

Ivar Brevik

'Der tida står stille'

Utvikling og status i Oslos
eldreomsorg
En sammenliknende analyse



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

'Der tida står stille'

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2005:17

Slik vil eldre bo

En undersøkelse av
framtidige eldres
boligpreferanser

NIBR-notat 2007:111

Eldreomsorgen i Oslo

Tjenester og
behovsdekning
Sammenliknende analyse
av Helsetilsynets
undersøkelse 2003

NIBR-notat 2007:102

**Utvikling og status i
Oslo og landets
eldreomsorg**

Noen hovedtrekk

Rapportene koster
kr 300,-, og kan bestilles
fra NIBR:

Postboks 44, Blindern,
0313 Oslo

Tlf. 22 95 88 00

Faks 22 60 77 74

E-post til

nibr@nibr.no

Notatene kan skrives ut
fra vår hjemmeside

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til
den oppgitte prisen

Ivar Brevik

'Det tida står stille'

Utvikling og status i Oslos eldreomsorg
En sammenliknende analyse

NIBR-rapport 2007:15

Tittel: **'Der tida står stille'**
Utvikling og status i Oslos eldreomsorg
En sammenliknende analyse

Forfatter: Ivar Brevik
NIBR-rapport: 2007:15
ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-731-6
Prosjektnummer: O-2547
Prosjektnavn: Utvikling og status i Oslo og landets eldreomsorg
Oppdragsgiver: Oslo fylkesforening av Norsk Pensjonistforbund
Prosjektleder: Ivar Brevik

Referat: Rapporten er en faktabeskrivelse og sammenliknende analyse av hovedtrekkene i utvikling og status av hovedtjenestene i eldreomsorgen, særlig for perioden 1998-2006 og året 2006. Forholdene i Oslo jevnføres med Bergen og Trondheim samt at vi sammenlikner med situasjonen på landsbasis. Den belyser egenskaper ved og sammenhenger mellom de tre hovedleddene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: institusjonene, de kommunale boligene og de heimebaserte tjenestene. Det dokumenteres at alle trinn i omsorgstjenestenes hovedtrapp for eldre i Oslo har lavere tilgjengelighet enn gjennomsnittet for landet samtidig som denne tilgjengeligheten er redusert i alle ledd i de seinere åra.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Desember 2007
Antall sider: 200
Pris: Kr 350,-
Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74

Vår hjemmeside: E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2007

Forord

Oslo fylkesforening av Norsk Pensjonistforbund tok i 2006 kontakt med NIBR om en undersøkelse av situasjonen i Oslos eldreomsorg. NIBR fikk i oppdrag å gjennomføre en sammenliknende analyse av status og utvikling i Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre.

Foreliggende arbeid er hovedrapporten fra prosjektet *Utvikling og status i Oslos eldreomsorg*.

Rapporteringen fra prosjektet omfatter dessuten to notater:

- *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk.* NIBR-notat 2007:102
- *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning. Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse 2003.* NIBR-notat 2007:111

Vi viser særskilt til rapportens kap 8, der vi har foretatt en sammenfatning og vurdering av de empiriske resultatene.

Bevilgningen har gitt rom for 12 ukeverk. Det har lagt begrensninger på hvor langt vi har kunnet føre analysene.

I arbeidet med prosjektet har vi hatt god hjelp og samarbeid med spesialkonsulent Dag Ragnvald Abrahamsen ved Statistisk sentralbyrå. NIBR vil takke ham og Lars Nygård, dekan ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, for kommentarer til manus underveis. Takk også til forsker Frode Berglund ved NIBR for hjelp ved tilrettelegging av datamaterialet og metodisk bistand.

Vi håper rapporten vil kunne komme til nytte i Oslo fylkesforenings arbeid for å bedre de kommunale tjenestene for eldre i Oslo.

Rapporten er skrevet av forsker Ivar Brevik ved NIBR.

Oslo, desember 2007

Olaf Foss
forskningssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	8
Figuroversikt.....	9
Sammendrag	13
Summary.....	27
1 Innledning	34
1.1 Bakgrunn for og hovedtrekk i opplegget av prosjektet ..	34
1.2 Hovedtrekk i utvikling i pleie- og omsorgstjenesten på landsbasis	35
1.3 Hjelpebehov, tilgang på tjenester og vurdering av tjenestenes tilstrekkelighet. Helsetilsynets undersøkelse 2003.....	36
1.4 Om hovedinnretningen av rapporten.....	38
1.5 Om data og tidsserier	39
2 Om pleietyngde og hjelpe behov blant eldre med pleie- og omsorgstjenester	41
2.1 Om mål for funksjonstap.....	41
2.2 Funksjonssvikt og hjelpebehov hos eldre.....	44
2.2.1 Grad av funksjonstap etter type oppholdssted.....	44
2.2.2 Andel med demens som hovedårsak til hjelpe behovet etter type oppholdssted og grad av funksjonstap.	45
2.2.3 Grad av funksjonstap etter oppholdssted og type bosted	46
2.3 Grad av funksjonstap og tilbudsform og oppholdssted..	47
2.4 Sammenheng mellom hjelpebehov og tjenestetilbud i Oslo og innretningen av videre analyse	51
3 Utvikling og status i institusjonsomsorgen i Oslo og i storby	53
3.1 Innledning	53
3.2 Institusjonsplasser og sykehjemsplasser i Oslo. Utvikling og status.....	54
3.2.1 Institusjonsplasser	54
3.2.2 Sykehjemsplasser	55
3.3 Plasser i ensengsrom	56
3.4 Brukertilpasset enerom med eget bad/WC.....	59

3.4.1	Årsverk i lege- og fysioterapitjeneste i institusjon.....	60
3.5	Utvikling i befolkningen 80 år + i Oslo 1975-2005 og fram til 2025	62
3.6	Utvikling i sykehjemsplasser og eldrebefolkningen 1975-2004.....	63
3.7	Dekningsgrad i institusjon og somatisk sykehjem	64
3.7.1	Dekningsgrad i institusjon.....	64
3.7.2	Dekningsgrad i sykehjem	66
3.8	Drift av sykehjemsplasser og sirkulasjon i korttidsplassene	68
3.8.1	Korttidsplassenes betydning for tilgjengelighet til sykehjem	68
3.8.2	Om bruk av korttidsplasser – noen resultater.....	69
4	Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål	76
4.1	Innledning	76
4.2	Plasser i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål bebodd av eldre.	77
4.2.1	Antall plasser i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo, Bergen og Trondheim.....	77
4.2.2	Dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre.....	78
4.2.3	Omfang av omsorgsboliger i Oslo, Bergen og Trondheim80	
4.3	Nærhet til hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene i kommunale boliger	82
4.3.1	Stasjonær bemanning og nærhet til pleie- og omsorgstjenester på dagtid.....	83
4.3.2	Stasjonær bemanning og nærhet til pleie- og omsorgstjenester om natta.....	84
4.3.3	Eldres kommunale bolig som del av bofellesskap/bo kollektiv.	84
4.4	Andel kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie og omsorg.....	85
4.4.1	Andel med heldøgns pleie- og omsorg i kommunale boliger – resultater fra enkelt undersøkelser	85
4.4.2	Kommunale boliger til pleie- og om sorgs formål med heldøgns pleie- og omsorg	87
5	De heimebaserte tjenestene	92
5.1	Innledning	92
5.2	Kjennetegn ved brukere og bruken av heimebaserte tjenester	94
5.2.1	Andel brukere av heimebaserte tjenester under 67 år	94
5.2.2	Relativ endring i antall brukere av heimebaserte tjenester 1998-2006 etter alder	95

5.2.3	Mulige forklaringer på økt antall yngre brukere	96
5.3	Andel eldre brukere av heimebaserte tjenester etter alder	98
5.4	Type heimebaserte tjenester	100
5.4.1	Om profil og intensitet i hjemmetjenestene	100
5.4.2	Bevegelse mot mer målretta og intensiv bruk av heimebaserte tjenester de 15 siste åra	100
5.4.3	Endringer i sammensetningen av brukerne av heimebaserte tjenester	103
5.4.4	Samlet relativ endring i sammensetningen av heimebaserte tjenester 1998-2006.....	105
5.5	Endringer i bruk av type heimebaserte tjenester – en nyorientering	106
5.5.1	Bevegelse mot yngre brukere og brukere av bare hjemmesykepleie- 1998-2001	106
5.5.2	Endring i antall brukere etter alder og type heimebaserte tjenester 1998-2006.....	107
5.5.3	Relativ endring i sammensetningen av brukere av heimebaserte tjenester 1998-2006.....	110
5.5.4	Endring i antall brukere etter alder og type heimebaserte tjenester i Oslo 1998-2006	112
5.5.5	Endring i andel eldre med hjemmehjelp i Oslo 1998-2006	113
5.6	Bruk av hjemmehjelp og hjemme sykepleie – hyppighet, intensitet og omfang.....	114
5.6.1	Hyppighet i hjemmesykepleiebesøk	115
5.6.2	Andel korte og lange besøk i hjemmesykepleien.....	117
5.6.3	Bruk av hjemmehjelp pr uke	118
5.7	Samlet innsats i heimebaserte tjenester til eldre i ordinære boliger. Oslo og resten av landet.....	119
5.7.1	Samlet heimebasert hjelp til eldre som bor i ordinær privat bolig	119
5.8	Samlet innsats i heimebaserte tjenester til eldre i kommunale boliger. Oslo og resten av landet.....	122
6	Utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak og kontakt	125
6.1	Innledning	125
6.2	Vurdering av hjelpesituasjonen i forhold til personlige gjøremål i hverdagen blant eldre i egen heim	126
6.2.1	Andeler med utilstrekkelig hjelp til personlig gjøremål blant eldre i Oslo og resten av landet	127
6.2.2	Utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål etter grad av funksjonstap blant eldre i ordinær privat bolig	130
6.3	Om utilstrekkelig medisinsk faglig tilsyn	132

6.3.1	Sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn til eldre som bor heime.....	132
6.3.2	Medisinsk faglig tilsyn etter funksjonssvikt blant eldre i ordinær privat bolig.....	133
6.4	Sosiale tiltak og aktivitetstiltak	133
6.5	Om utilstrekkelig hjelp i institusjon i Oslo sammenliknet med resten av landet.....	134
7	Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene.....	136
7.1	Fordeling av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester	136
7.1.1	Årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester på landsbasis 1988-2001 og i 2002.....	136
7.1.2	Årsverk i institusjon og i hjemmetjenestene pr brukerenhet i 2002	137
7.2	Forholdet mellom samlet innsats i institusjon og heimebaserte tjenester målt ved samlede brutto driftskostnader.....	139
7.2.1	Fordeling av brutto driftskostnader i Norge, Oslo, Bergen og Trondheim.....	139
7.3	Brutto driftskostnader pr innbygger fordelt på institusjon, heimebaserte tjenester og aktiviseringstiltak.....	141
7.4	Utviklingen i samlet årsverksinnsats i pleie- og omsorgstjenestene	143
7.4.1	Om begrensinger ved relativ måling av årsverksinnsats i pleie og omsorg.....	143
7.4.2	Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo, Bergen, Trondheim og Norge målt i årsverk pr 1000 innb. 80 år +. 1998-2002 og 2003-2006.....	144
7.4.3	Samlet årsverksinnsats pr 1000 pers 80 år+ fordelt på institusjon og heimebaserte tjenester	145
8	Sammenfatning og vurdering av resultater om utvikling og status i Oslos eldreomsorg	148
8.1	Om pleietyngde og hjelpebehov hos eldre med pleie- og omsorgstjenester (kap 2)	148
8.1.1	Funksjonsevne etter oppholdssted og hjelpebehov etter bosted	148
8.1.2	Sammenheng mellom hjelpebehov og tjenestetilbud i Oslo og innretningen av videre analyse	150
8.2	De heimebaserte tjenestene (kap 5).....	150
8.2.1	Sterkt voksende bruk av heimebaserte pleie- og omsorgstjenester i befolkningen under 67 år	150
8.2.2	Brukerrater - andel eldre brukere av heimebaserte tjenester etter alder	152

8.2.3	De yngste og eldstes andel av brukerne av heimebaserte tjenester	152
8.2.4	Endringer i de heimebaserte tjenestenes profil - sammensetningen av brukerne etter type tjenester.....	153
8.2.5	Relativ endring i sammensetningen av brukere av heimebaserte tjenester 1998-2006.....	156
8.2.6	Hyppighet og intensitet i hjemmesykepleien	157
8.2.7	Om bruk av hjemmehjelp – timer pr uke	159
8.2.8	Samlet timeinnsats pr uke i heimebaserte tjenester til eldre.....	159
8.2.9	De heimebaserte tjenestene - oppsummering.....	160
8.3	Utvikling og status i institusjonsomsorgen i Oslo og i storby (kap 3)	163
8.3.1	Antall plasser i institusjon og i sykehjem.....	163
8.3.2	Enerom, enerom med eget bad og WC samt legeårsværk i sykehjem	163
8.3.3	Utvikling i eldrebefolkningen og dekningsgrad i institusjon	164
8.3.4	Drift av sykehjems plasser og sirkulasjon i korttids plassene.....	164
8.4	Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (kap 4).....	166
8.4.1	Antall boliger og andel eldre bosatt i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål	166
8.4.2	Om omsorgsboliger.....	167
8.4.3	Kommunale boliger til eldre som bofelleskap, med fast bemanning eller med nærhet til omsorgsbasis	168
8.4.4	Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg	168
8.5	Utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp og tilsyn, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak og kontakt – sammenfatning av kap 6.....	169
8.5.1	Eldre i ordinær privat bolig.....	169
8.5.2	Eldre i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål ..	170
8.5.3	Utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål etter grad av funksjonstap blant eldre i ordinær privat bolig	170
8.5.4	Om utilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn ..	171
8.5.5	Sosiale tiltak og aktivitetstiltak	171
8.5.6	Om utilstrekkelig hjelp i institusjon.....	172
8.6	Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene (kap 7) ..	172
8.6.1	Fordeling av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester	172
8.6.2	Innsats i institusjon og heimebaserte tjenester målt ved samlede brutto driftskostnader i 2006.....	173

8.6.3	Utviklingen i samlet årsverksinnsats i pleie- og omsorgstjenestene 1998-2006.....	173
8.7	Oppsummering av hovedtrekkene ved Oslos eldreomsorg	175
8.7.1	Moderat og redusert tilbud i heldøgnsomsorgen.....	175
8.7.2	Mangel på omsorgsboliger og kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg.....	176
8.7.3	Mangelfulle og svekkete hjemmetjenester	177
8.7.4	Ingen økning i årsverksinnsatsen i pleie- og omsorg ...	179
8.7.5	Konklusjon	180
8.8	Vurderinger av innretningen av Oslos pleie- og omsorgstjenester.....	180
8.9	Vurdering av hva som bør gjøres – mulig revisjon av pleie- og omsorgstjenestenes innretning i hovedstaden	182
Litteratur	186
Vedlegg 1	Status og utvikling i omsorgstjenestene - landsomfattende historisk oversikt	190
Vedlegg 2	Tabell og figurer i vedlegg til kap 6.....	197

Tabelloversikt

Tabell 5.1	<i>Endring i bruksrater. Andel brukere av heimebaserte tjenester etter alder i Oslo i 1998 og 2006. Prosent. ...</i>	114
Tabell 7.1	<i>Relativ fordeling av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester/aktiviseringstiltak samt årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester pr 1000 innb 80 år+. Norge, Oslo, Trondheim og Bergen 2006. Relative andeler i prosent og årsverk pr 1000 innb. 80 år+.....</i>	147
Tabell 8.1	<i>Relativ endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder i årene 1998-2006 Prosent og absolutte tall for 2006. Oslo og hele landet.....</i>	151
Tabell 8.2	<i>Andel brukere (rater) av heimebaserte tjenester blant personer 67 år+ i Oslo i 1998, 2001 og 2006 og i Norge 2001 og 2006. Prosent.</i>	152
Tabell 8.3	<i>Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge og i Oslo 1998-2006 etter type tjeneste. Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+, samt brutto og netto endring. Absolutte tall.....</i>	154
Tabell 8.4	<i>Endring i andel brukere av typer heimebaserte tjenester 1998-2006 i Norge og i Oslo. Relativ andel brukere i 1998 og 2006 etter type tjenester og alder - under 67 år, 67-79 år og 80 år+. Prosent.</i>	156
Tabell 8.5	<i>Antall timer hjelp pr uke i heimebaserte tjenester i alt og i hjemmesykepleie etter om en bor i ordinær privat eller i kommunal bolig. Oslo og Norge samt Oslo i pst av Norge. Eldre 67 år+. Antall timer og prosent.....</i>	160

Figuroversikt

Figur 2.1	<i>Grad av funksjonssvikt etter type oppholdssted. Gradering i grupper etter Barthels ADL-indeks. Andel med skåre for funksjonssvikt i 5 grupper. Andeler i prosent.....</i>	44
Figur 2.2	<i>Pleietyngde etter oppholdssted og bosted. Oslo, annen stor by og resten av landet. Barthels indeks. Eldre 67 år+. Poeng i indeksen i gjennomsnitt.</i>	47
Figur 2.3	<i>Eldre 67 år + med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie eller i kommunale boliger/institusjon etter grad av funksjonstap i forhold til personlige gjøremål/gangeførhet. Andeler i ulike grupper for funksjonstap etter type oppholdssted. Prosent.....</i>	48
Figur 2.4	<i>Eldre 67 år +. Andel med opphold i institusjon, kommunal bolig eller i eget ordinært hjem etter grad av funksjonstap gruppert etter Barthels- ADLindeks i 4 nivåer. Prosent.</i>	49
Figur 3.1	<i>Antall plasser i institusjon for eldre og funksjonshemmede. Oslo. 1980-2006. Utvalgte år 1980-1998 og 2001-2006. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk 1980-1998, Statistikkbanken 2002-2006 og Kostra grunnlagstall 2001-2006, SSB, Oslo 2007.....</i>	54
Figur 3.2	<i>Antall plasser i sykehjem i Oslo. Utvalgte år 1975-1997 og 2002-2006. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk 1975-1997('Hjulet'), Statistikk banken 2002-2006 og Kostra, grunnlagstall 2004-2006, SSB, Oslo 2007.</i>	56
Figur 3.3	<i>Andel plasser i enerom pleie- og omsorgsinstitusjoner. Oslo, Bergen og Trondheim sammenliknet med hele landet. 2001-2006.</i>	58
Figur 3.4	<i>Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad og WC i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Oslo, Bergen og Trondheim samt Hele landet. 2004 og 2006.</i>	59
Figur 3.5	<i>Antall legeårsverk og antall avtalte fysioterapiårsverk pr 1000 plasser i institusjon. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. 2003 og 2006.</i>	61

Figur 3.6	<i>Personer 80 år+ i Oslo. 1975-2006 samt framskrivning av befolkningen 80 år+ 2005-2024.....</i>	62
Figur 3.7	<i>Utvikling i befolkningen 80 år+ og antall plasser i sykehjem. Andel personer 80 år+ og antall sykehjemsplasser i forhold til valgt basisår 1988=100. 1975-2006 og 2005-2024. Relative forskjeller i prosent.63</i>	63
Figur 3.8	<i>Dekningsgrad i institusjoner for eldre (syke- og alders hjem). Plasser pr 100 person 80 år+. 1998-2006. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.</i>	65
Figur 3.9	<i>Sykehjemrater. Antall plasser i sykehjem pr 100 personer 80 år+ i Oslo og Norge 1975,1988,1995, 1998 og 2002 og 2006, samt i Bergen og Trondheim 2002-2006.....</i>	67
Figur 3.10	<i>Antall utskrivninger i sykehjem pr plass, sum korttids- og langtids plasser etter fylke. Norge 2005. Antall.</i>	71
Figur 3.11	<i>Andel korttids plasser av alle sykehjemssenger samt antall utskrivninger pr korttids plass pr 100 person 80 år+ i alt i befolkning en, i begge tilfeller i prosent av landsgjennomsnittet.....</i>	73
Figur 4.1	<i>Antall kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål bebodd av personer 67 år+ i Oslo, Bergen og Trondheim. 1998-2006.....</i>	78
Figur 4.2	<i>Antall plasser i kommunale boliger med personer 67 år+ pr 100 personer 80 år+. 1998-2006. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.....</i>	79
Figur 4.3	<i>Antall omsorgsboliger i forhold til pr 1000 personer 80 år+ i 2001 og i 2006. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.</i>	80
Figur 4.4	<i>Eldre i kommunal bolig. Andel som bor med stasjonær service (personalbase) eller med nærhet til leie- og omsorgstjenester angitt i minutter. Prosent.....</i>	83
Figur 4.5	<i>Andel eldre som bor i bofellesskap/bokollektiv i kommunale boliger og i ordinære private boliger etter om de bor i Oslo, annen stor by eller resten av landet. Prosent.....</i>	85
Figur 4.6	<i>Dekningsgrad i institusjon + kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg til personer 67 år+. Oslo, Bergen og Trondheim og Hele landet. Ant enheter pr 1000 pers 80 år+. 2006.....</i>	89
Figur 5.1	<i>Andel av alle mottakere av heimebaserte tjenester som er under 67 år og 80 år+. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 1993-2006 og 2001-2006. Prosent*).</i>	94

Figur 5.2	<i>Relativ endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder i årene 1998-2006. Oslo og hele landet. Prosent.....</i>	96
Figur 5.3	<i>Brukerrater - bruk av heimebaserte tjenester blant eldre. Andel innbyggere 67 år + og 80 år + med heimebaserte tjenester. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 2001-2006.</i>	99
Figur 5.4	<i>Eldre 67 år+. Andel som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, bare hjemmesykepleie eller bare hjemmehjelp. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 2006. Prosent.....</i>	102
Figur 5.5	<i>Andel brukere med bare praktisk bistand, bare hjemmesykepleie eller med begge deler. Oslo, Bergen og Norge. Andeler med bruk av heimebaserte tjenester 1998 og 2006. Prosent.....</i>	104
Figur 5.6	<i>Prosentvis endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter type i perioden 1998-2006. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. Prosent.</i>	105
Figur 5.7	<i>Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge 1998-2006 etter type tjeneste - bare hjemmesykepleie (rød), bare hjemmehjelp (gul), begge deler (grønn) og alle (blå). Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+.....</i>	109
Figur 5.8	<i>Brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. Andelen med bare hjemmehjelp, bare hjemmesykepleie eller begge deler, Pers under 67 år, 67-79 år og 80 år+. 1998 og 2006.....</i>	111
Figur 5.9	<i>Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Oslo 1998-2006 etter type tjeneste for brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+.....</i>	112
Figur 5.10	<i><u>Eldre i kommunal bolig.</u> Antall ganger med besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte (<15 min), lange (60 min+) og mellom lange (>15<60 min) besøk samt antall timer hjemmehjelp pr uke i gjennomsnitt. Gjennomsnitt</i>	115
Figur 5.11	<i><u>Eldre i ordinær privat bolig.</u> Antall besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte, lange og mellom lange besøk samt antall timer hjemmehjelp pr uke i gjennomsnitt. Gjennomsnitt.</i>	116
Figur 5.12	<i>Eldre i privat bolig. Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke samt antall timer heimebasert hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Oslo og resten av landet. Timer. Samt Oslos andel i forhold til resten av landet. Prosent</i>	120
Figur 5.13	<i>Eldre i privat bolig. Store hjelpebehov. Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke samt antall timer</i>	

	<i>heimebasert hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Oslo og resten av landet. Timer. Samt Oslos andel i forhold til resten av landet. Prosent</i>	121
Figur 5.14	<i>Eldre i kommunal bolig. Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke samt antall timer heimebasert hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Oslo og resten av landet. Timer. Samt Oslos andel i forhold til resten av landet. Prosent.....</i>	122
Figur 5.15	<i>Eldre i kommunal bolig med betydelige/store hjelpebehov. Antall timer besøk fra hjemmesykepleien pr uke samt antall timer heimebasert hjelp i alt pr uke i gj. sn. Oslo og resten av landet. Timer. Samt Oslos andel i forhold til resten av landet. Prosent</i>	123
Figur 6.1	<i>Kommunenes vurdering av utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og praktisk hjelp i huset. Andeler etter type oppholdssted. Oslo og resten av landet. Prosent. .</i>	128
Figur 6.2	<i>Kommunenes vurdering av utilstrekkelig hjelp til mat og måltider og tilsyn om kvelden/natta. Andeler etter type oppholdssted. Oslo og resten av landet. Prosent.</i>	129
Figur 6.3	<i>Eldre i ordinær privat bolig med hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Andel med utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp i huset og personlig hygiene etter grad av funksjonstap/hjelpebehov. Oslo og Norge. Prosent.....</i>	130
Figur 6.4	<i>Andel med utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn etter grad av hjelpebehov Oslo og Norge. Eldre som bor i ordinær privat bolig og mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Prosent.....</i>	133
Figur 7.1	<i>Antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i institusjon og i de heimebaserte tjenestene. Talloppgaver angitt for 1980, 1988, 1992, 1997 og 2001. Prosentandel i heimebaserte tjenester i parentes.</i>	137
Figur 7.2	<i>Årsverk i pr innb 80 år+ i institusjon og i heimebaserte tjenester i 2002 samt relativ fordeling mellom årsverk i og utenfor institusjon. Oslo, Bergen, Trondheim og landet. Årsverk og Prosent.</i>	138
Figur 7.3	<i>Fordeling av brutto driftskostnader i pleie- og omsorgstjenestene fordelt på institusjon (f253+f261), heimebaserte tjenester (f254) aktiviseringsstiltak (f234) i Norge, Oslo, Bergen og Trondheim. 2006. Mrd kroner.</i>	140
Figur 7.4	<i>Brutto driftsutgifter i kommunenes pleie- og omsorgstjenester pr innbygger fordelt mellom kostnader i institusjon, heimebaserte tjenester og til aktiviserings-/støttetjenester. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 2006. Kroner.</i>	142

Sammendrag

Ivar Brevik

'Der tida står stille'. Utvikling og status i Oslos eldreomsorg.

En sammenliknende analyse.

NIBR-rapport: 2007:15

Kap 1. Innledning – om innhold og datagrunnlag

Denne utredningen er utført på oppdrag av Oslo forening av Norsk Pensjonistforbund. Bakgrunnen var foreningens observasjon av at tjenestene i eldreomsorgen i Oslo har blitt svekket i de seinere åra.

I rapporten gjør vi rede for status i pleie- og omsorgstjenestene til eldre og hvordan utviklingen har vært de seinere årene i Oslo. Etter forslag fra NIBR har analysene blitt gjennomført som sammenliknende, hvor vi jevnfører med Bergen og Trondheim samt at vi sammenlikner med situasjonen på landsbasis.

Rapporten er en faktabeskrivelse av hovedtrekkene i utvikling og status av hovedtjenestene i eldreomsorgen, dvs institusjonsomsorgen, de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål samt de heimebaserte tjenestene.

For utviklingen over tid har vi i hovedsak holdt oss til perioden 1998-2006, dvs den perioden da den nasjonale *Handlingsplan for eldreomsorgen* ble gjennomført.

Rapporten er basert på kvantitative data. De statistiske opplysningene er i hovedsak fra Pleie- og omsorgsstatistikk og Kostra i SSB og våre egne samt andres analyse av disse. Videre har vi analysert data i *Statens Helsetilsyns* store landsrepresentative undersøkelse av brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003 som omfatter i alt 13.240 brukere, herav 11.131 personer 67 år og derav 1.006 i Oslo.

Alle data ble samlet inn av kommunalt personale og er basert på deres kunnskap og vurderinger. I kap 8 har vi gitt en fylldig sammenfatning og vurdering av resultatene i kap 2-7. Vi viser til denne.

Kap 2. Om pleietyngde og hjelpe behov blant eldre med pleie- og omsorgstjenester

Innenfor et rasjonelt kommunalt system for pleie- og omsorg vil en bl.a. måtte ta utgangspunkt i den enkeltes helsetilstand og funksjons- evne og derved legge hjelpebehovene til grunn ved fordelingen av tjenester. Kunnskap om mottakernes funksjonsnivå vil derfor måtte bli av vesentlig betydning når en skal vurdere omfang og innretning at tjenestetilbudet.

Blant eldre i *institusjon* og i *kommunal bolig til pleie- og omsorgsfor- mål* er omfanget av funksjonstap og hjelpebehov i 2003 det samme i Oslo som i resten av landet. Eldre brukere i *ordinær privat bolig* i Oslo har imidlertid jevnt over noe mindre grad av funksjonstap og hjelpebehov. Det er likevel i utgangspunktet ikke forskjeller på 'etter- spørsselsida' i betydningen helseproblemer som tilsier at tilførselen av kommunale tjenester omfangsmessig bør være forskjellig i Oslo sam- menliknet med landet forøvrig.

På ethvert av ulike nivåer for funksjonstap og hjelpebehov er det i Oslo flere brukere 67 år+ som har plass i institusjon enn i resten av landet. På landsbasis hadde f. eks 77 pst av alle eldre brukere med stor eller svært stor grad av funksjonstap plass i institusjon i 2003, mens resten bodde i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål eller i ordinære private boliger. I Oslo hadde imidlertid 90 pst av disse plass i institusjon. Der betydelig grupper avhjelpest for sine behov ved bruk av kommunale boliger og en mer intensiv heimetjeneste, synes Oslo oftere å måtte ty til sykehjemmet.

Det at eldre i Oslo med samme grad av funksjonstap som i resten av landet, ender opp i så vidt ulike tiltaksformer i pleie- og omsorgstjen- estene, leder oppmerksomheten mot sjølve innretningen og dimensjo- neringen av tjenestene, dvs mot forholdet mellom de ulike leddene. Og vi legger til grunn at nettopp innretningen av omsorgstrappa an- takelig er av vesentlig betydning for den samlede kapasiteten i komm- unenes samlede tilbud i pleie og omsorg ved samme bruk av ressurser.

Oppbyggingen, framstillingen og analysene i denne rapporten er der- for rettet inn mot å belyse egenskaper ved og sammenhenger mellom de tre hovedleddene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: institusjonene, de kommunale boligene og de heimebaserte tjenestene.

Kap 3. Utvikling og status i institusjonsomsorgen i Oslo og i storby

Antall plasser i institusjon og i sykehjem

Fra kommunene overtok sykehjemmene i 1988 økte *antallet sykehjemsplasser* på landsbasis fram til 2006 med 30 pst. I Oslo ble de imidlertid redusert med 5 pst i samme periode. Da den statlige *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til i 1998, var det 5.100 sykehjemsplasser i Oslo, mot i underkant av 4.800 i 2006, dvs en reduksjon på 6 pst i perioden 1998-2006. På landsbasis var det imidlertid i samme periode en økning på 10 pst.

Antall plasser i Oslo var på sitt høyeste midt ut i 1980-åra med i underkant av 5.500 i 1986. Oslo dro ikke fordel av *Handlingsplanen for eldreomsorgen* til å øke netto plasstilbud i sykehjem. I et lengre perspektiv har tida slik sett stått stille i Oslo.

Enerom, enerom med eget bad og WC samt legeårsverk i sykehjem

I 2006 var idet 9 av 10 plasser i institusjon Oslo i enerom, dvs ca på landsgjennomsnittet. Oslos satsing i bygging av *enerom i sykehjem* i perioden 2001-2006 var i tråd med gjennomsnittet for landet, men ikke mer. Her gjenstår like mye som ellers i landet i forhold til en 10 år gammel nasjonal målsetting.

I Oslo var 24 pst av rommene i institusjon i *bruker tilpasset enerom med eget bad og WC* i 2006, mens 55 pst på landsbasis hadde samme standard.

Med 8 av 10 plasser i enerom i Bergen og Trondheim er det imidlertid færre slike plasser her enn i Oslo. I Bergen og Trondheim var på den andre sida hhv 67 pst og 44 pst av institusjonsplassen i brukertilpasset enerom med bad og WC i 2006.

På landsbasis ble det i 2006 utført 7 *legeårsverk* pr 1000 plasser i institusjon mot 6 i Oslo. I hht departementets målsetting - 11.5 slike årsverk pr 1000 plass fram til 2010 - bør denne innsatsen dobles på 4 år i hovedstaden. Til sammenlikning ble det i Bergen i 2006 ble nedlagt 10 årsverk og i Trondheim 7 pr 1000 plasser. Situasjonen her og på landsbasis er bedre på tross av Oslos generelle høye legedekning.

Dekningsgrad i sykehjem

Det har vært sterk vekst i befolkningen 80 år+ i Oslo de 30 siste åra. Den flatet ut etter 2001 og vil synke noe fram til ca 2016. Deretter vil

antall eldre 80 år+ igjen øke og i 2025 nå samme omfang som 30 år tidligere. I et langsiktig perspektiv vil således befolkningen 80 år+ i Oslo være nokså konstant.

I 1988 var dekningsgraden i sykehjem i Oslo 23 plasser pr 100 pers 80 år+. I 2002 og 2006 var den redusert til hhv 21 plasser og 20 plasser pr 100 pers 80 år+. Fra å ha hatt en høy dekningsgrad i sykehjem, har Oslo i dag en sykehjemsdekning jevnt over er på linje med Bergen og Trondheim.

Sjøl med stagnasjon i den eldre befolkningen i Oslo i de seinere åra, er dekningsgraden i *sykehjem* blitt redusert i takt med reduksjonen på landsbasis. Både i 1988, 1998 og 2006 lå imidlertid denne dekningsgraden i Oslo 11 pst over landsgjennomsnittet.

Mens Oslo og Riket hadde omtrent samme *dekningsgrad i institusjon* (sykehjem+aldershjem) i 1998, var det i Oslo i 2006 21,3 slike plasser pr 100 innb. 80 år+, mot 18,8 i landet som helhet. Bergen hadde imidlertid i 2006 en institusjonsdekning noe over Oslo, mens Trondheim plasserte seg rundt landsgjennomsnittet.

Bringer vi inn *kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg* - der Oslo har svært få plasser - endrer bildet seg. For institusjoner (syke- og aldershjem) og kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg til personer 67 år+ *under ett*, var imidlertid den samlede dekningen i Oslo i 2006 5 pst *under gjennomsnittet* for landet, med i alt 21,5 heldøgns plasser pr 100 innb 80 år+, mot 22,7 på landsbasis, jfr kap 4.

Men dekningsgraden avgjør imidlertid langt fra det faktiske tilbudet i sykehjem. Det avgjørende og overordna spørsmålet er *tilgjengeligheten*, dvs til enhver tid å ha *tilgjengelige* plasser i sykehjem når nødvendige behovet melder seg. Det er den *sentrale og prekære* størrelsen i enhver eldreomsorg. Og den bestemmes i stor grad av sirkulasjonen i korttidsplassene.

Drift av sykehjems plasser og sirkulasjon i korttidsplassene

Det er særlig *bruken av korttidssengene* som forklarer tilgangen til sykehjems plasser, og mer enn hva dekningsgraden gjør. Jo høyere utskrivingsrate fra korttidsplasser, desto større er den samlede pasient-sirkulasjonen.

Kommuner med høy andel korttidssenger i sykehjem har bedre tilgjengelighet til sykehjem enn kommuner med lav andel korttidsplasser, sjøl om den samlede dekningsgraden er lavere. Og kommunene med lav samlet dekningsgrad, men med høyt innslag av korttidsplasser, har de høyeste utskrivningsratene og dermed den beste til-

gjengeligheten. Det at kommuner med lav dekningsgrad kommer best ut er paradoksalt siden dekningsgrad i alle år har vært holdt fram som det sentrale målet for sykehjemsutbyggingen.

Sum antall *utskrivninger pr alle sykehjemssenger* i Oslo i 2005 var 25 pst lavere enn i gjennomsnittet for landet og vel 40 pst lavere enn i de 3 fylkene med høyest antall utskrivninger. Oslo måtte mao ha hatt ca 1200 (25 pst) flere plasser (med dagens sirkulasjon) for å kunne gi sin befolkning samme *tilgang* på sykehjemsplass som gjennomsnittet for landet, gitt at dekningsgraden var den samme. Når Oslo ikke har det, er den *faktiske tilgjengeligheten*, eller det egentlige sykehjemstilbudet, ca 25 prosent lavere.

Relativt god dekningsgrad i korttids plasser i Oslo er mao mer enn 'spist opp' av lav sirkulasjon i disse sengene, og den *faktiske* tilgangen på sykehjemsplasser i Oslo er blant de lavere i landet. Dette viser hvor galt det kan føre av sted ensidig å fokusere på dekningsgrader og ikke på tilgjengelighet.

Disse variasjonene i tilgjengelighet til sykehjem må forklares ut fra forhold som er eksterne i forhold til sykehjemmene. De har mao fundamental sammenheng med *innretningen av de alternative tilbudene*. Det er innretningen av de alternative tjenestene og pleie- og omsorgsforholdene i eldres egne heimer og boliger som utgjør den sentrale dimensjonen.

Kap 4. Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

Antall boliger og andel eldre bosatt i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål – svakt innslag i Oslo

Det er boligbyggingen av omsorgstjeneste som særlig kjennetegner utviklingen i Norge de 10-15 siste årene. Det er blitt bygget kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede i stort omfang.

Noe av det mest særskilte i Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre, er det svake innslaget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål samt det betydelig fraværet av slike boliger til eldre med behov for heldøgns pleie- og omsorg.

Mens landet har bygd opp tilbudet av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+, synes Oslo å ha bygget det *ned* fra ca 2.200 enheter i 1998 til 1.300 i 2006, eller med 42 pst.

Av de tre byene er det bare Trondheim som har sluttet seg til den storstilte nasjonale satsingen på omsorgsboliger når det gjelder eldre.

Dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre i Oslo var i 2006 under halvparten av gjennomsnittet for hele landet, eller 6 boliger pr 100 eldre 80 år+ mot 14 boliger på landsbasis.

Om omsorgsboliger – få enheter i Oslo

Det som er bygget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fra 1994 og fram til i dag, er i det alt vesentlige '*omsorgsboliger*'.

Dekningsgraden for *omsorgsboliger* regnet i forhold til befolkningen 80 år+, var i 2006 på landsbasis 121 plasser pr 1000 innb. 80 år+, mot 51 i Oslo. Trondheim hadde derimot et tilbud i omsorgsboliger tilsvarende 164 slike boliger pr 1000 pers 80 år+, eller vel 3 ganger så høy dekning som Oslo. Den lavere dekningsgraden i sykehjem i Trondheim enn i Oslo er antakelig i betydelig grad kompensert for.

Om Oslo skulle ha hatt dekningsgraden i omsorgsboliger i alt i forhold til befolkningen 80 år+ som gjennomsnittet for landet i 2006, måtte antallet slike boliger ha vært 2.900 og ikke 1.222. Differansen på omlag 1.700 omsorgsboliger viser hvor langt Oslo generelt befinner seg etter i forhold til resten av landet.

Vi har videre beregnet at Oslo i 2006 skulle ha hatt 1.840 omsorgsboliger til *personer over 67 år* for å ha den samme andel som på landsbasis målt i forhold til befolkningen 80 år+. Byen synes å ha en vesentlig lavere andel, bl.a siden det i alt var ca 1.200 omsorgsboliger til alle aldersgrupper og brukere.

Kommunale boliger til eldre som bofellesskap, med fast bemanning eller med nærhet til omsorgsbase

Motsatt de fleste andre kommuner synes Oslo bevisst ikke å ha prioritert boliger til pleie- og omsorgsformål. Og ytterst få av disse boliganeleggene for eldre fast bemanning om natta idet det bare gjaldt 5 pst av beboerne i 2003. Omlag 8 av 10 måtte vente på hjelp ut over 10 minutter, mot vel hver tredje eldre i slike boliger i resten av landet. Det kan etter vår vurdering vanskelig karakteriseres som heldøgns bemanning.

I Norge bodde omlag 8 av 10 eldre i slike boliger enten med personalbase eller rimelig god nærhet til omsorgsbase i 2003. I Oslo bodde imidlertid 7 av 10 i boliganlegg med fast bemanning på dagtid eller

med kort tilgang på hjelp. Fysiske nærhet til hjelpepersonal på dagtid synes god i Oslo.

På landsbasis bodde for øvrig 40 pst av eldre i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål som del av bofellesskap i 2003. Det samme gjaldt halvparten, eller 20 pst i Oslo.

Forskjellen på det punktet synes stor. Og i relasjon til slike boligers funksjon i forhold til flytting til sykehjem, er den ikke sterkere enn det svakeste leddet. Det inntrykket forsterkes ved at bare 2 pst av de kommunale boligene til eldre i Oslo i 2006 oppgis å ha tilbud om heldøgns pleie og omsorg, mot 26 pst på landsbasis.

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

I 2006 var 26 pst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til *personer 67 år+ på landsbasis* etter kommunenes vurderinger bebodd av personer med *heldøgnspleie og omsorg*, eller 8.400 enheter. I Oslo gjaldt det samme 2,3 pst av boligene for eldre, eller 58 boliger.

På landsbasis gir dette isolert en dekningsgrad i heldøgnsomsorg tilsvarende 38 enheter pr 1000 innb 80 år+. Om andelen slike boliger skulle ha vært den samme i Oslo som på landsbasis, ville det betydd at Oslo i 2006 *skulle ha hatt vel 900 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie og omsorg til personer 67 år+*

Disse heldøgnsenhetene kan imidlertid regnes inn i dekningsgraden for institusjon/boliger med heldøgns pleie og omsorg. Denne dekningsgraden, dvs *i institusjon + kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg til personer 67 år+*, var på landsbasis 227 enheter pr 100 personer 80 år+. I Oslo var imidlertid tilsvarende dekningsgrad 215 enheter pr 1000 innb 80 år+.

Fra å ha en dekning betydelig over landsgjennomsnittet for institusjonsplasser, befinner hovedstaden seg i 2006 som nevnt med en samlet dekning 5 pst under når vi bringer inn boliger med heldøgns pleie og omsorg.

Kap 5. De heimebaserte tjenestene

Sterkt voksende bruk av heimebaserte pleie- og omsorgstjenester i befolkningen under 67 år

Samlet antall brukere i Oslo *ble redusert med 10 pst* i årene 1998-2006, mens antallet brukere på landsbasis økte med 12 pst i samme tidsrom. Antallet brukere i alt i Bergen og Trondheim økte også med

hhv 23 pst og 11 pst. Her er imidlertid forskjellene i endring store etter alder.

Siden *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til i 1998 - men også i åra før det – har det vært en sterkt økende bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år. De yngre brukerne har stått for all netto tilvekst, både målt ved antall brukere og samlet årsverksinnsats.

I perioden 1998-2006 sto personer under 67 år for 68 pst av *brutto* tilvekst i antall brukere i heimebaserte tjenester, mens resten, 32 pst, falt på brukere 80 år+. De yngre brukerne inntar en sentral posisjon i tilveksten.

Tilvekst på netto 18.500 nye brukere under 67 år i perioden faller sammen med hele netto tilveksten. Blant *eldre* var det ingen netto tilvekst, men et betydelig *skifte mellom de minst og mest tilårskomme*. Tilbakegangen på i underkant av 9.000 brukere 67-79 år + ble oppveid av en tilsvarende øking på 9.000 brukere 80 år +. Ironisk nok falt hele nettotilveksten under *Handlingsplan for eldreomsorgen* på brukere under 67 år.

Oslo har hele tida hatt en relativt lav andel yngre brukere av heimebaserte tjenester, sjøl om veksten blant disse også her har vært betydelig de seinere åra. I 2006 var deres andel i Oslo 28 pst mot 32 pst på landsbasis. Oslo har imidlertid en tilsvarende større andel brukere blant personer 80 år+.

Konklusjonene er imidlertid at det ikke er vesentlige forskjeller i *andelene* yngre og eldre brukere av heimebaserte tjenester i Oslo og de øvrige to største byene i forhold til landsgjennomsnittet.

Redusert tilgjengelighet for eldre brukere i Oslo

I Oslo vokste også de yngste brukerne i årene 1998-2006 med 50 pst, mens det ble 40 pst færre brukere 67-79 år og 11 pst færre 80 år +.

Det var 11.600 brukere av heimebaserte tjenester 67 år+ i Oslo i 2006, eller netto 3.200 færre enn i 1998, dvs en reduksjon på 22 pst over 8 år.

Reduksjonen i absolutt antall brukere i Oslo har imidlertid vært så vidt stor at bruksraten for eldre 67 år+ har gått ned fra 21 brukere pr 100 i 1998 til 19 brukere pr 100 pers 67 år+ i 2006. Og andelen brukere 80 år+ i Oslo ble redusert fra 39 til 34 pr 100 personer 80 år+ i samme periode.

Den relative *reduksjonen i bruksrate* i Oslo i gruppene 67-79 år, 80 år+ og 67 år+ fra 1998 til 2006 var hhv 22 pst, 13 pst og 9 pst.

Reduksjonene er både absolutt og relativ i alle aldersgrupperinger 67 år+. Dette er ikke ubetydelig, særlig når vi tar i betraktning at den samlede årsverksinnsatsen i de heimebaserte tjenestene både i 1998 og i 2006 lå svært mye under landsgjennomsnittet og de andre store byene

Endringer i de heimebaserte tjenestenes profil - sterk vekst i hjemmesykepleien

Sammensetningen av de heimebaserte tjenestene etter type benevner vi som deres *profil*. Foruten framveksten av unge brukere, er det brukeren av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som nokså reindyrket kjennetegner perioden 1998-2006. To tredjedeler av brutto økning i brukere av heimebaserte tjenester var knyttet til dem med bare hjemmesykepleie, mens resten mottok begge tjenestene, dvs at hjemmesykepleien var involvert i hele tilveksten. Den klassiske heimebaserte omsorgen med bare hjemmehjelp er betydelig redusert.

Brukere med *bare hjemmesykepleie har således vokst radikalt*, og deres andel er nesten fordoblet i alle aldersgrupperinger i perioden 1998-2006.

Men også andelen som kombinerer begge tjenestene, økte med 20 pst. Brukere med bare hjemmehjelp er imidlertid redusert med 31 pst på landsbasis fra 1998 til 2006. Det er betydelig.

Kommunene har i stadig større grad konsentrert innsatsen om de mest ressurskrevende brukerne som mottar mer omfattende hjelp knyttet til opptrening, rehabilitering, behandling og pleie. Denne dreiningen har også sammenheng med at stadig flere tungt hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon.

Mønsteret i utviklingen i Oslo følger stort sett hovedtrekkene i den nasjonale trenden med økning i brukere av hjemmesykepleie, men ikke i satsingen utenfor institusjon. Det ble således 1000 flere brukere av hjemmesykepleie 80 år+ i årene 1998-2006. Men siden den samtidig ble 2.000 færre brukere av hjemmehjelp, ble netto sum andel brukere 80 år+ redusert med ca 1000 personer i Oslo i disse åra.

Av en *brutto reduksjon* på 4.500 brukere i Oslo i perioden 1998-2006, var forøvrig nesten samtlige 67 år+ og 90 pst var brukere av *bare hjemmehjelp*.

På landsbasis var *hjemmesykepleien* i 2006 involvert i alt i 7 av 10 tilfeller både blant yngre og eldre brukere. Den er etter hvert blitt den viktigste aktøren i de heimebaserte tjenestene for alle. Andelen brukere med *bare hjemmehjelp* er redusert i alle aldere, og samlet fra 46

pst av alle brukerne i 1998 til 28 pst i 2006. Majoritetsgruppa er blitt minoritetsgruppe blant tjenestetypene på historisk svært kort tid.

De heimebaserte tjenestene har radikalt skiftet karakter på relativ få år. *Handlingsplan for eldre omsorgen* resulterte ikke bare i klassisk eldreomsorg, men *forsterket omsorgstjenestenes påbegynte forvandling*. Fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid viser at medisinske pleie gradvis har inntatt en sentral plass.

De sterke nasjonale utviklingstrekkene har imidlertid ikke gjort seg så sterkt gjeldende i Oslo, idet 4 av 10 brukere så sent som i 2006 hadde *bare hjemmehjelp*. En har imidlertid fulgt opp den nasjonale trenden ved at andelen med bare hjemmesykepleie er doblet etter 1998. Oslo skiller seg likevel fortsatt ut ved den særskilte *profilen* i bruken av heimetjenester siden det fortsatt er vesentlig flere eldre med *bare hjemmehjelp* i Oslo og vesentlig færre med *både* hjemmehjelp og hjemmesykepleie enn på landsbasis.

Mindre hyppighet, fleksibilitet og intensitet i hjelpa i Oslo

Sammenliknet med landet samlet har Oslo jevnt over mindre *hyppighet, fleksibilitet og intensitet* i sine heimebaserte tjenester.

Oslo skiller seg vesentlig ut ved færre besøk pr uke i hjemmesykepleien enn det som jevnt over er det vanlige på landsbasis, både i kommunale og i ordinære private boliger. Videre er den samlede bruken av korttids og langtids besøk i hjemmesykepleien omlag halvparten så omfattende som i resten av landet, som igjen tyder på mindre *fleksibilitet*.

Det er jevnt over få brukere som får *intensiv* hjelp både i hjemmehjelpa og hjemmesykepleien. I kommunale boliger i Oslo dreier det seg i *hvert femte tilfelle* om minst to besøk pr dag i hjemmesykepleien, mot hver tredje i resten av landet.

Både i Oslo og på landsbasis får en vanligvis hjemmehjelp kun *en eller to timer i uka*. I Oslo skiller eldre i *ordinære private* boliger seg ut fra resten av landet ved at *så få har mer enn to timer pr uke og at så mange bare har en time*. Bare 4 pst har mer enn 2 timer hjemmehjelp.

Mindre samlet hjelpeomfang pr uke i Oslo

Sammenliknet med resten av landet utgjorde timeverkene pr uke i de heimebaserte tjenestene til eldre i *kommunale* boliger i Oslo pr 2003 *73 pst* av tilsvarende innsats i resten av landet og *80 pst* for eldre i *ordinær privat bolig*. For eldre *med store hjelpebehov* i kommunal bolig var den samlede innsatsen 60 pst og i *hjemmesykepleien* 55 pst

av nivået i resten av landet. I ordinær privat bolig utgjorde samlede timeverk *81 pst* og i *hjemmesykepleien 82 pst* av nivået for dem med tilsvarende behov i resten av landet.

Kap 6. Utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak og kontakt

Oftere utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål og medisinsk faglig tilsyn i Oslo

I følge pleiepersonalets vurderinger syntes det i 2003 å foreligge en nokså stor svikt i *hjelp til personlige gjøremål i hverdagen* for eldre i Oslo i *kommunale boliger* til pleie- og omsorgsformål i Oslo. Mellom 20-35 pst av alle er vurdert til å ha utilstrekkelig hjelp i forhold til personlig hygiene, praktiske gjøremål, mat/måltider og tilsyn om kvelden/natta. Under ellers like vilkår er sannsynligheten for å ha utilstrekkelig slik hjelp til disse funksjonene jevnt over *3-4 ganger større i Oslo* enn i resten av landet.

På landsbasis har 15-25 pst av eldre i *ordinære private boliger* utilstrekkelig hjelp til de nevnte gjøremålene. I Oslo var det under ellers like vilkår f. eks 30-40 pst større sjans for å ha utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp i huset eller mat/måltider.

Generelt er det flest med utilstrekkelig hjelp til personlig gjøremål i hverdagen blant dem med betydelige/ store funksjonstap. I Oslo hadde 36 pst av disse i 2003 utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og praktisk hjelp i huset. De samme tendensene gjenfinnes i forhold til mat og måltider. Utilstrekkelig hjelp i de heimebaserte tjenestene i Oslo i forhold til resten av landet, er mest markant for de mest hjelpetrengende. Det synes å være slik at en i Oslo ofte kommer til kort der en burde strekke til lengst.

Det *sykepleiefaglige tilsynet* og *legetilsynet* for eldre i *ordinære private boliger* er på landsbasis utilstrekkelig i 1 av 10 tilfeller. I Oslo er det imidlertid *dobbelt så stor sjans* for å ha utilstrekkelig tilsyn fra lege. Medisinsk faglig tilsyn er oftest utilstrekkelig for dem med størst funksjonssvikt, særlig i Oslo, og oftest for tilsyn av lege. For eldre i kommunal bolig er sjansene for utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn jevnt over dobbelt så store som i resten av landet.

Den betydelige utilstrekkeligheten i hovedstadens medisinske tilsyn for eldre i ordinære private boliger er antakelig med på å svekke de faglige vurderinger som kontinuerlig er nødvendig som ledd i å hindre eller å

utsette innleggelse i institusjon og i sykehus. En bør ikke bare ha fokuset på 'ut av' sykehus, men like så mye på 'inn i'.

Sosiale tiltak og aktiviseringstiltak

Det synes å foreligge mangler i forhold til aktiviseringstiltak og sosiale tiltak som er av en vesentlig annen størrelsesorden enn når det gjelder personlig hjelp og tilsyn. Slike tiltak vurderes som utilstrekkelig for 50-60 pst av de eldre på landsbasis, og det uavhengig av hvor en oppholder seg og uavhengig av bosted. Og utilstrekkeligheten gjelder framfor alt dem med størst funksjonssvikt. Oslo plasserer seg her under ellers like vilkår jevnt over rundt landsgjennomsnittet.

Om utilstrekkelig hjelp i institusjon

Det *generelle* bildet fra Helsetilsynets undersøkelse i 2003 er at andelen med utilfredsstillende tjenester jevnt over er minst i institusjon. I sykehjem i Oslo var det i 2003 det svært få pasienter som har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene, tilsyn og mat og måltider og færre enn i resten av landet. Sykehjemmene i Oslo synes slik sett å være relativt bra drevet.

Sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn i Oslos sykehjem var også sjelden vurdert som utilstrekkelig. Også når det gjelder aktivitetstiltak og sosiale tiltak i institusjon, skiller Oslo seg ut i positiv retning.

Kap 7. Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene

Fordeling av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester – mangelfulle og svekka hjemtjenester i Oslo

Den vesentlige delen av årsverkstilveksten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene etter 1988 har kommet i de heimebaserte tjenestene. Mens innsatsen her på landsbasis utgjorde 1/3-del av samlet antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren i 1988, sto de i 2006 for omlag halvparten. Det er det mest markante trekket i utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de 15-20 siste åra.

Mens den norske gjennomsnittskommunen nyter halvparten av ressursene og årsverkene i sektoren i de heimebaserte tjenestene, brukte Oslo i 2006 bare 38 pst av midlene her, mot 50 pst i Bergen og 53 pst i Trondheim. Den svake utbyggingen av disse tjenestene er det mest markante særtrekket ved Oslo.

Ingen økning i årsverksinnsatsen i pleie- og omsorg i Oslo

I de siste 5 åra (2002-2006) har den samlede innsatsen i Oslos pleie- og omsorgstjenester målt i årsverk vært noenlunde konstant med i overkant av

10.000. Det har ikke vært noen vekst. På landsbasis vokste imidlertid pleie- og omsorgstjenestene med 10 pst i samme periode.

SSB har gjennom årene nyttet samlet antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i forhold til befolkningen 80 år + som et *samlemål* for nivået i tjenestene og for hvor en kommune i hovedsak befinner seg i forhold til ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren.

Mens den samla innsatsen i Oslo målt som årsverk i forhold til befolkningen 80 år+, utgjorde 83 pst av landsgjennomsnittet i 2002, var denne andelen redusert til 76 pst i 2006, eller f. eks 66 pst av tilsvarende innsats i Bergen samme år.

Årsverk i heimebaserte tjenester i forhold til befolkningen 80 år+

Denne generelt svake satsinga gjenspeiler seg særlig ved at årsverkene i de heimebaserte tjenestene pr innb 80 år+ bare utgjorde ca 60 pst av landsgjennomsnittet og halvparten av tilsvarende innsats i Trondheim og Bergen i 2006. Oslo skiller seg altså radikalt ut ved svak satsing på heimebaserte tjenester.

Mens landet og de to andre store byene arbeidet fram en betydelig vekst i de nasjonale satsingsåra i eldreomsorgen (1998-2006), forble Oslo der en befant seg for lenge siden. Innsatsen har ikke rukket til mer enn å opprettholde tidligere underdekning.

Konklusjon

Dekningsgraden i sykehjem i Oslo er blitt redusert de 10 siste åra uten at det er kompensert ved alternative tjenestetilbud. Tilgjengeligheten i *heldøgnsomsorgen* i 2006 var imidlertid *litt under* nivået på landsbasis. Særsilt i Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre er *det lave innslaget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål* og særlig at det er *så få tilbud om heldøgns pleie og omsorg i slike boliger*.

Den svake utbyggingen av de heimebaserte tjenestene er imidlertid det mest markante særtrekket. Her plasserer Oslo under riksnivået både i forhold til *hyppighet, fleksibilitet, intensitet og samlet omfang*. Det har heller ikke vært vekst i årsverkene i sektoren i de seinere åra. Samlet innsats i hovedstadens pleie- og omsorgstjenester utgjorde i 2006 tre fjerdedeler av riksnivået målt i forhold til befolkningen 80 år+.

Rapporten dokumenterer at alle trinn i omsorgstjenestenes hovedtrapp for eldre i Oslo har lavere tilgjengelighet enn gjennomsnittet for landet samtidig som denne tilgjengeligheten er redusert i alle ledd i de seinere åra. Det gjelder både heldøgnsstilbudet, tilbudet i kommunale boliger samt i de heimebaserte tjenestene til eldre. Tida synes å ha stått stille i Oslo.

I kap. 8 har vi foretatt en sammenfatning og vurdering av resultatene om utvikling og status i Oslos eldreomsorg. Det er ikke referert i dette sammendraget. Vi viser derfor til kap 8 i sin helhet for et mer utførlig sammendrag av rapporten.

Summary

‘Where time stands still...’

Trends and status in Oslo City’s care of its senior citizens. A comparative analysis

NIBR Report 2007: 15

Introduction – On the contents and data

The study was conducted on behalf of the Oslo branch of the Norwegian Pensioners’ Association. The association was anxious to see whether their perception of a steady decline in Oslo’s delivery of care services for the city’s senior citizens would be borne out by the figures.

We present a status and ten-year trend report on Oslo city’s nursing and care services for the elderly. The study was designed to enable a comparison between Oslo and similar services in Bergen, Trondheim and across the country as a whole.

The report describes the main trends and status within the broad components of elderly care, i.e., residential care, sheltered housing, and home care services. The period of study is 1998–2006.

The data used in the analyses are all quantitative. Statistics derive mostly from Statistics Norway’s nursing and care statistics and statistics on local authorities (so-called KOSTRA data – statistics on central and local government). We also refer to analyses of the statistics by others of relevance to our investigation. We also analysed data from the Norwegian Board of Health Supervision’s 2003 survey of 11,100 local nursing and care service clients aged 67+. These latter data were collected by council officials and are based on their information and assessments.

Some reduction in 24-hour care delivery

Between 1988 when local authorities were put in charge of running of nursing homes, and 2006, the total *number of beds* in the country grew by 30 per cent. In Oslo, bed numbers fell by 5 per cent in the period.

When the government's *Action Plan for Elderly Care* began in 1998, Oslo had 5,100 nursing home beds. By 2006, there were 4,800, a 6 per cent drop in the period 1998–2006. Nationwide, however, we found bed numbers increasing by 10 per cent, but the numbers of elderly persons rose even faster, resulting in a sharp drop in relative bed supply.

As the numbers of elderly persons in Oslo remained stable, the decline in nursing home bed has mirrored the decline across the nation. In 2006, the ratio was 19.6 beds per 100 persons aged 80+, as against 18.8 nationally. In 1988, 1998 and 2006, supply in Oslo was 11 per cent above the national average.

For institutions (nursing and retirement homes) and sheltered accommodation with 24-hour nursing and care facilities on hand, supply across Oslo in 2006 was 5 per cent below the national average (i.e. there were 21.5 beds for persons aged 67+ per 100 head of population aged 80+ in Oslo, while the national average was 22.7 beds). Oslo's earlier, relatively good record in 24-hour care delivery has declined: actual supply is relatively lower due to slower patient turnover.

The percentage of single rooms in institutions in 2006 was the same as the national average, that is, 9 in 10. And 24 per cent of patients had a single room with separate bathroom and toilet, while 55 per cent enjoyed these amenities nationally. Doctors worked less in Oslo institutions than across the country (6 versus 7 person-years per 1,000 beds).

On the other hand, very few Oslo nursing home residents have unmet needs, according to healthcare staff, in connection with personal hygiene, observation and meals, and fewer than the national average. Supply of qualified nursing and medical staff is seldom rated at less than adequate. Nursing homes in Oslo appear on that measure to be well managed.

Too few sheltered/community accommodation units with access to 24-hour assistance and nursing

One of the most conspicuous deficiencies affecting Oslo's care and nursing services for the elderly is the lack of community care and

nursing accommodation units¹ and the significant lack of active use of this type of housing: the capital supplies almost no housing for the aged in need of round the clock nursing and care.

While the nation as a whole has increased the supply of community accommodation for persons in the 67+ age bracket, Oslo appears to have gone in the opposite direction and reduced supply (down from about 2,200 units in 1998 to 1,300 in 2006, a 42 per cent reduction). Supply in 2006 was less than half of the countrywide average (or 6 units per 100 head of population aged 80+ as against 14 units nationally).

The type of community care and nursing accommodation built since 1994 is largely of the *sheltered housing* variety. According to our calculations, Oslo should have had 1,840 sheltered units for people aged 67+ to stay abreast of growth nationally relative to the numbers of people aged 80+. The city's supply is significantly lower in relative terms, with about 1,200 sheltered units for all age groups and client categories.

Unlike most local authorities, Oslo authorities seem to have wilfully downgraded housing for persons with care and nursing needs. Oslo is committed, say the authorities, to care for people in sheltered housing through the ordinary home care services. Only a tiny minority of sheltered units for the aged are staffed during the night, however: in 2003 only 5 per cent of residents had access to onsite care at night. About 8 in 10 had to wait more than 10 minutes for help to arrive at night, as against more 1 in 3 elderly residents of this accommodation category nationally. The gap is particularly striking. And given the purpose of this type of housing – to avoid or delay admittance to a nursing home – it is no stronger than the weakest link, an impression conveyed more vividly when we learn that only 2 per cent of community housing for the aged in Oslo reportedly has access to 24-hour care and nursing, as against 26 per cent across the country.

¹ “Community care and nursing accommodation (for the aged and disabled)” [Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (til eldre og funksjonshemmede)] is an umbrella term for accommodation provided by local councils for various client categories in all age groups (49,000 nationally in 2006). “Sheltered housing” [omsorgsboliger], i.e. housing subsidised by the Norwegian State Housing Bank 1994–2006 and adapted for people with care needs (26,400 units in 2006), is basically the same and is included in the definition above. There is no category in other words for non-adapted units or units built before 1994.

Inadequate or reduced home care services

Viewed in relation to most local authorities, the slow pace of growth of Oslo's home care services is another distinctive feature of the city's nursing and care sector. While the average local council channels half of its sector resources into home care, Oslo spent only 38 per cent of its sector funding on home care provision. Oslo's weak performance is further evident if we compare Oslo with the national average and Trondheim and Bergen. In terms of person/year input in these services per resident aged 80+, Oslo's performance in 2006 was 60 per cent of the national average and half of Trondheim's and Bergen's. Oslo, in other words, departs radically from the norm in its commitment to home based care delivery. This has a number of consequence that find expression in various ways.

Compared with the country as a whole, Oslo stands out with lower scores on *availability*, *frequency*, *flexibility* and *intensity* of its home care services, at the same time as its *service mix* is rather unique too. The total number of hours provided by the home care services is relatively low, particularly in community nursing for high-need elderly residents in sheltered accommodation. We have demonstrated:

– Reduced availability for elderly clients in Oslo

Between 1998 and 2006, the *total number* of home care service recipients in Oslo *fell by 10 per cent*, while the national average grew by 12 per cent. In the same period, the number of clients aged 67+ in Oslo fell by 3,200 or 22 per cent, against 2 per cent nationally. The relative reduction in usage rates within the age groups 67–79 and 80+ between 1998 and 2006 was 22 and 13 per cent respectively. This is not insignificant in light of the generally low spending levels in these services.

– Lower performance in terms of frequency, flexibility and intensity of care in Oslo

Visits per week by community nurses tends to be lower in Oslo than across the country, whether the client lives in community housing or in their own home. Further, the total number of short and long visits is about half the national rate, indicating a lower level of *flexibility*.

In general terms, there are few high-need clients requiring intensive community nursing and care at home. For residents of community housing in Oslo, only *1 in 5* has at least two daily visits of the community nurse, as against 1 in 3 nationally. In Oslo, as in the rest of the country, home care is limited to *one or two hours weekly*. But the striking fact about Oslo is that so few clients living in their *own*

private homes, receive more than two hours' help weekly, and so many have to make do with one hour weekly. Only 4 per cent have more than two hours home help weekly.

–Poor and distinctive mix of home care services, with the emphasis still on home help

Oslo has not in the main kept pace with developments in the sector favouring a more heterogeneous mix of home care services, with the emphasis more on community nursing. Nationwide, the community nursing service in 2006 was involved in seven out of ten cases among younger and older clients. The percentage receiving *only home help fell* across all age-groups. Medical care occupies today a more central place.

What distinguishes Oslo so transparently here however is the unique blend of home care services, with home help and community nursing delivered to a significantly smaller number than the national average for 2006 where we see a corresponding rise. These strong national trends have yet to make a mark in Oslo.

–Less overall care and assistance per week in Oslo

In comparison with the national average, the home care services for seniors in community housing in Oslo in 2003 amount to *73 per cent* of the nationwide input in hours per week, and 80 per cent for residents in their *own private homes*. Delivery for *high need* seniors in community housing was 60 per cent, while *community nursing* came out at 55 per cent of the national rate. Total input for seniors in private residences was 81 per cent, and for *community nursing* 82 per cent of the norm for seniors with similar needs in the rest of the country.

Higher frequency of personal assistance and medical attention in Oslo

According to reports by care staff, there appeared to be relatively widespread unmet needs in 2003 for *everyday personal assistance* among seniors living in community care and nursing accommodation in Oslo. Between 20 and 35 per cent of clients have unmet assistance needs in connection with personal hygiene, practical chores, food/-meals and observation in the evening and at night.

Observation by *qualified nursing and medical staff* of seniors in *their own home* is inadequate nationally in 1 in 10 cases. In Oslo, however, *the risk* of inadequate medical supervision *is twice as high*. Medical attention is more likely to fail for clients with the severest disabilities, especially in Oslo, and mostly limited to attendance by doctors. For

seniors in community housing, the risk of inadequate medical care is generally speaking twice as great in Oslo as the rest of the country.

A further unfortunate consequence of this lack of medical provision for seniors living in their own home is that regular medical assessments aimed at preventing or delaying admittance to an institution or hospital are in all probability not done with sufficient regularity. The focus should be as much on “admitting patients” as “getting patients out” of hospital.

No performance improvements in the nursing and care sector

Over the past 5 years (2002–2006), Oslo’s nursing and care sector recorded slightly over 10,000 person/years. There was no increase in those years. Nationally, the nursing and care services grew by 10 per cent, from 106,500 person/years in 2002 to 117,000 in 2006. While performance in Oslo for seniors 80+ years old amounted to 83 per cent of the national average in 2002, by 2006, it was down to 76 per cent, and 66 per cent of Bergen’s in the same year.

Oslo’s delivery of care to the elderly remains in terms of annual person/years well below the national average. Delivery stagnation over the past 5 years relative to the rest of the country puts Oslo at an even greater disadvantage. Not only does the capital do poorly today, performance has been poor for many years. While the country as a whole and the two major cities of Trondheim and Bergen have successfully expanded and re-aligned services for seniors, time apparently has stood still in Oslo.

Conclusion

The supply of nursing home beds in Oslo fell in the past decade but without more investment in other services to compensate for the loss. Availability of 24/hour care delivery in 2006 was slightly below the national average. A particularly conspicuous aspect of Oslo’s community care services for seniors is the low availability of community care and nursing housing and, even more, the low availability of round the clock nursing and care in this type of housing. But the lack of investment in the home care services is the most serious feature. Here, Oslo is behind the national rates with regard to frequency, flexibility, intensity and overall input. Nor has there been any performance growth in terms of annual person/years in recent years. Overall performance levels by the capital’s nursing and care services amounted to 75 per cent of the national average relative to the 80+ segment of the population.

This review shows that at all levels of care services for seniors, Oslo does less well than the national average, with access falling across all levels in recent years, including round the clock community care, community housing and home care services for the elderly. Time does indeed seem to have stood still in Oslo.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for og hovedtrekk i opplegget av prosjektet

Pleie- og omsorgstjenestene for eldre består på den ene sida i hovedsak av plasser i institusjoner (syke- og aldershjem) og i ulike *kommunale boliger for eldre og funksjonshemmede til pleie- og omsorgsformål*, bl. a. *'omsorgsboliger'*. På den andre, av tjenester fra hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp). Samtidig er sykehusene en viktig del av helsetilbudet til eldre i mer akutte situasjoner, mens eldrementene representerer en viktig del av velferdstilbudet.

Oslo fylkesforening av Norsk Pensjonistforbund henvendte seg høsten 2006 til NIBR med forespørsel om en utredning av utvikling og status i Oslos eldreomsorg. Det på bakgrunn av foreningens observasjon av at tjenestene i eldreomsorgen i Oslo har blitt svekket i de seinere åra. En har særlig reist spørsmål om hvorvidt sykehjemstilbudet er tilstrekkelig.

På den bakgrunn ba foreningen om en utredning der en på empirisk grunnlag gjør rede for status i pleie- og omsorgstjenestene til eldre og hvordan utvikling har vært de seinere årene i Oslo. Dette både absolutt sett og holdt sammen med endringen i størrelsen og sammensetningen av den eldre befolkningen.

Etter NIBRs vurdering ville det imidlertid være lite meningsfylt å utrede situasjon i eldreomsorgen begrenset til bare Oslo. Det er her som ofte ellers i slike sammenhenger nødvendig med et sammenliknende perspektiv.

En studie som skal kunne gi grunnlag for en noenlunde samlet vurdering av hva som er den faktiske situasjon og status i Oslos eldreomsorg, må både ha med seg det sammenliknende perspektivet og tidsperspektivet.

Dagens situasjon i hovedstadens pleie- og omsorgstjenester kan best analyseres og beskrives ved å sammenlikne tilbudet i Oslo med status og utvikling i det samme tilbudet i andre kommuner, fylker og med hele landet. I denne sammenhengen måtte vi av ressurs hensyn begrense oss til Bergen og Trondheim, for så jevnføre disse med data for hele landet. Vi har i hovedsak lagt opp til kvantitative analyser.

For utvikling over tid har vi i hovedsak holdt oss til perioden 1998-2006, dvs den perioden da *Handlingsplan for eldreomsorgen* ble realisert. Der det er hensiktsmessig eller av datamessige hensyn nødvendig vil nytte et kortere tidsperspektiv, f. eks 2001/2003-2006.

1.2 Hovedtrekk i utvikling i pleie- og omsorgstjenesten på landsbasis

Tilbudet i kommunenes pleie- og omsorgstjenester er hele tida under utvikling sjøl om noen trekk bare endrer seg langsomt. Og tjenestene har vært gjennom store endringer de 25 siste åra. Noen av disse er av permanent karakter, f. eks nedbyggingen av aldershjemmene. Samtidig har det skjedd en betydelig bolig- og heimliggjøring av tjenestene. Den dominerende posisjon som institusjonene tidligere hadde, er betydelig svekket og tilveksten i sykehjemsplasser har bare vært moderat eller liten i de 20 siste åra.

Som del av prosjektet har vi allerede gjort rede for hovedtrekk i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene på landsbasis. Dette for å minne både om hva som har vært under avvikling og hva som er under utvikling. Samtidig kan slike historiske linjer fortelle noe om retningen for den videre utvikling i disse tjenestene. Vi har ønsket å 'posisjonsbestemme' situasjonen i Oslos eldreomsorg i dag i forhold til hovedtrekkene i utviklingen av disse tjenestene på landsbasis over tid. På den måten ønsker vi å gi et bilde av Oslos innplassering i forhold til det som synes å avtegne seg som hovedtrekk i den framtidige utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene. Vår bruk av det historiske og landsomfattende materialet nyttes her mao til å identifisere Oslos posisjon i en ferd som har pågått lenge og hvor byen fortsatt er under veis.

Resultatene fra denne studien forelå i desember 2006 som prosjekt rapport. Den er bearbeidet og foreligger nå som NIBR-notat 2007: 102: *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg*. Noen hovedtrekk. Noen hovedlinjer fra dette arbeidet foreligger også som artikkel i tidsskriftet *Aldring og eldre* (Brevik og Daatland 2007): *Utvikling og*

status i norsk eldreomsorg. Institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1989-2005.

I det nevnte notatet ga vi først en landsomfattende oversikt over den historiske utviklingen i antall plasser i institusjon i perioden 1966-2005. Dernest oppgaver over utvikling i antall beboere 67 år+ i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i perioden 1994-2005. Oversikten ble avsluttet med et samlet bilde av utvikling og status i dekningsgrad i institusjoner for eldre og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+ 1975-2005.

Deretter ble boliggyøring av omsorgstjenestene vidd særskilt oppmerksomhet. Det at flere tjenester og mer intensive tjenester ytes i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig, er den mest markante endringen omsorgstjenestene har vært gjennom i nyere tid. Å skjønne denne utviklingen er avgjørende for å forstå 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 for øvrig en rekke andre hjelpetrengende grupper i omsorgsboligene enn eldre, som f. eks utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede og psykiatriske langtidspasienter. Til slutt gjør vi her rede for hvem som bor i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål* og disse boligens plass i pleie- og omsorgstjenestene i forhold til eldre, pleietyngde og samlet årsverksinnsats.

Sammendrag av hovedtrekkene i utvikling og status i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene på landsbasis følger også som vedlegg I til denne rapporten.

1.3 Hjelpetbehov, tilgang på tjenester og vurdering av tjenestenes tilstrekkelighet. Helsetilsynets undersøkelse 2003

Statens Helsetilsyn gjennomførte i 2003 en stor og unik landsomfattende undersøkelse av brukerne og bruken av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Nettutvalget i undersøkelse *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene* besto av 73 kommunene som utgjorde 17 pst 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. Oslo er representert med 1.227 (derav 1.006 67 år+) personer fra 2 bydeler, hvorav ca 500

er i institusjon. Det er bydelene Majorstua/Uranienborg og Sofienberg/Grunerløkka². Det er rimelig å regne disse som representative for Oslo³ siden tjenester og tiltak for eldre i bydelene er drevet for midler bydelene får overført fra kommunen sentralt etter objektive kriterier med sikte på at tjenestetilbudet i eldreomsorgen skal være det samme som i andre bydeler.

I utvalget for Helsetilsynets undersøkelse inngår:

**samtlig med opphold i institusjon (syke- og aldershjem)
samtlig beboere i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål
alle heimeboende 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 pst 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 2007:111.

² Oslo ble trukket ut blant fylkene. Antall kommuner/bydeler i fylkene ble så trukket etter størrelse basert på variasjonen i kommunal tjenesteproduksjon, jfr Romøren 2003, s. 39.

³ Det er gjort nærmere rede for representativitet, utvalg og datainnsamling i kap 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, kap 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 pst av personer 67 år i institusjon og 8 pst av dem som bor i kommunale boliger samt 12 prosent av eldre i ordinære boliger med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

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

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 vår sammenliknende studie av status i Oslos eldreomsorg. Resultatene er gjort rede for i NIBR-notat 2007:111: *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning Sammenliknende analyse av Helse tilsynets undersøkelse i 2003*.

1.4 Om hovedinnretningen av rapporten

Vi har lagt opp til en utredning som både vil fange opp helheten i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet og de vesentlige delene. Den omfatter derfor både institusjonene, de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål og de heimebaserte tjenestene enkeltvis. Sykehjemmene må få en vesentlig plass i kraft av sin sentrale posisjon i Oslo, både i omfang og betydning.

Videre er vi opptatt av særskilte trekk ved dem. Strategiske aspekter ved tjenestene, som f. eks innretningen og profil i de heimebaserte, vil ha en viktig plass fordi dette ofte er nøkkelstørrelser. Eller i hvor stor grad er de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål organisert som bofelleskap, med personalbase og hvordan fungerer de i forhold til å yte heldøgns pleie og omsorg?

Samtidig legger vi opp til å analysere de reelle forhold mellom behov og hjelpetilbud i eldreomsorgen og hvilke tjenester som eventuelt vurderes som utilstrekkelige.

Men enda mer er vi opptatt av forholdet mellom tjenestene og hvordan de er dimensjonert i forhold til hverandre og hvordan institusjoner, boliger tjenester og tiltak er innrettet for å kunne fungere som alternativer og samvirke som fleksibel omsorgstrapp. Spesielt er vi rettet mot de heimebaserte tjenestenes evne til å muliggjøre hyppige utskrivinger og høy sirkulasjon i sykehjemmenes korttidssenger. Dette på bakgrunn av det noe ensidige og ofte misforståtte fokuset på dekningsgrader i sykehjem og tilsvarende manglende forståelse for helheten.

Hvordan gjør de ulike elementene i omsorgslaget 'hverandre gode'? God drift av sykehjem er ofte i stor grad avhengig av innretningen av de av de øvrige leddene i omsorgskjeden der hensynet til sykehjemmenes funksjon er integrert i forståelsen. Vi har mao omsorgskjedens helhet for øye i forhold til faktisk kapasitet i sykehjem og pleie- og omsorgstjenestens funksjon som en fleksibel helhet.

1.5 Om data og tidsserier

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. Blant surveyene står som nevnt Statens Helsetilsyns store landsomfattende undersøkelse fra 2003 svært sentralt. Rapporten er i sin helhet basert på kvantitative data.

For utviklingstrekkene nytter vi flere tidshorisonter. I forhold til særskilte statlige bidrag til utvikling av den kommunale eldreomsorgen er 1988, 1994/95 og 1998 sentrale år og etapper. I 1988 ble alt ansvar for pleie- og omsorgstjenestene samlet på ei kommunal hand ved at sykehjemmene ble overført fra statlig fylkesnivå til kommunene. I 1994 ble det innført relativt stort statlig tilskudd til bygging av omsorgsboliger i regi av Husbanken, samtidig som HVPU-reformen formelt ble avsluttet i 1995. I 1998 tok *Handlingsplan for eldreomsorgen* til. Driftstilskuddsdelen ble avsluttet i 2001, mens realisering av sykehjemsbygg og omsorgsboliger fortsatte fram til 2006 (og delvis etter det).

Vi har i ulik grad nyttet disse tidspunktene som referanse for tidsserier. Men pga omlegging/endringer i statistikkføringer ved SSB, har vi også vært henvist til kortere tidsperspektiv. Data om utvikling i disse tjenestene vil imidlertid i hovedsak være begrenset til perioden 1998-2006, dvs den perioden da den nasjonale Handlingsplan for eldreomsorgen ble realisert.

Når det gjelder dekning i sykehjemstilbud og kommunale boliger til pleie- og omsorgs tjenester og delvis hjemmebaserte tjenester, har vi tilgang til løpende data tilbake til 1980 og tidligere. Disse nytter vi når hensikten er å dra historiske hovedlinjer som understøttelse til forklaring av hvor og hvorfor en befinner seg der en nå er, dvs statusen i de kommunale pleie- og omsorgsformål i kommunene på et gitt tidspunkt.

2 Om pleietyngde og hjelpebehov blant eldre med pleie- og omsorgstjenester

2.1 Om mål for funksjonstap

Når vi skal vurdere omfanget av tjenester eldre mottar i ulike former for oppholdssted og typer bosted - her i storby versus hele landet - er kunnskap om mottakernes helsetilstand og funksjonsnivå av stor betydning. Innenfor et rasjonelt kommunalt tjenestesystem må en ta utgangspunkt i og gå ut fra at en ved fordelingen av tjenester legger den enkeltes helsetilstand eller grad av funksjonstap til grunn.

Hva som er forholdet mellom helse eller sykkelighet og tap av praktiske og personlige funksjoner i hverdagen - såkalte adl-funksjoner⁶ - er imidlertid mer komplisert og problematisk siden det ikke er umiddelbart lett å slutte fra helsetilstand til tap av adl-funksjoner. Det fordi en rekke helseproblemer ikke gir seg utslag i adl-tap eller fordi en del tap av adl-funksjoner ikke er følge av noen bestemt sykdom eller sykkelighet, sjøl om det generelt er slik at en eller annen form for uhelse ligger til grunn for tap av adl-funksjoner.

Det er også stor forskjell i omfang av tap av adl-funksjoner som følger av ulike typer sykdommer. Hjerteinfarkt og kreft er eksempler på sykdommer med allment relativt få avledete adl-funksjonstap. Nevrologisk betingete sykdommer som for eksempel Parkinson og

⁶ Den engelskspråklige betegnelsen adl-funksjoner er etter hvert godt etablert og referer til evnen til på egen hand – uavhengig av hjelp fra andre – privat eller offentlig – å ivareta dagliglivets funksjoner ('activities of daily living' – ADL-funksjoner). De deles som regel inn i funksjoner på den ene sida knyttet til *daglige praktiske gjøremål* (mat laging, rengjøring og så videre) og *personlig gjøremål* på den andre – spise, kle seg, legge seg, vaske seg, osv.

MS, eller seinfølger av hjerneslag eller aldersdemens, er eksempler på sykdommer som kan gi både omfattende og langvarige funksjonstap. Og mens de første særlig fordrer tjenester fra spesialisthelsetjenesten og legetjenesten, krever de sistnevnte ofte – om enn i varierende grad – hjelp fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

I denne sammenhengen er vi rettet inn mot mål for helsetilstand i betydningen 'behov for pleie- og omsorgstjenester' utgått fra funksjonstap knyttet til daglige og personlige gjøremål i den eldre befolkningen, det vil si den typen behov som pleie- og omsorgstjenestene dekker.

Vi mangler imidlertid så langt et statistisk inntak som gir oss mål for denne typen funksjonstap innen de første landsdekkende data fra IPLOS – individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, innført for alle landets kommuner i 2006 – etter hvert vil foreligge ved SSB i løpet av 2007. Dette er systematisert standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og brukere av kommunale sosial- og helse-tjenester, herunder pleie- og omsorgstjenester. Her kartlegges brukernes funksjonsnivå og tjenestebehov etter internasjonal standard, basert på et sett av ulike variabler. En nytter den internasjonale klassifikasjonen (ICF) for funksjon, funksjonshemming og helse. En registrerer brukernes helse/sykelighet etter diagnose ved ICPC-koder (International Classification of Primary Care) som brukes av legene i kommunens helsetjeneste. Funksjonsevne betraktes her som uttrykk for behov for tjenester.

Det foreligger imidlertid tilsvarende data gjennom den omfattende undersøkelsen av behov og pleie- og omsorgstjenester som *Statens Helsetilsyn* gjennomførte i 2003, se nedenfor. Undersøkelsen inneholder data om utviklingshemmedes *funksjonsnivå etter Barthels adl-indeks* som også inkluderer hjelpebehov i forhold til mobilitet, men særlig behov i forhold til hjelp til personlig stell og pleie og fødeinntak.⁷

Dette materialet er særlig verdifullt fordi det er foretatt individuelle *pleietyngdemålinger* med detaljerte opplysninger om pleie tyngde/hjelpebehov. De gjør det igjen mulig å relatere kartlegging av nivået på tjenestetilførsel i forhold til behov. Uten kunnskap om det siste er det vanskelig å analysere og vurdere nivået på tjenestetilgangen i en kommune.

⁷ Dette samt undersøkelsen har vi gjort rede for i Brevik I.: *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovs dekning. Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse 2003*, NIBR-notat 2007:111, kap1.1.

Mål for funksjonstap

I tråd med tidligere analyser av materialet fra Helsetilsynets undersøkelse (Romøren 2003) nytter vi også her Barthels ADL (Activities of daily living) som mål for funksjonssvikt. 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 og spising samt gangførhet. Det er således først og fremst mer omfattende funksjonssvikt som måles på denne måten.⁸

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.

Vi har tidligere laget en oversikt over hva som kjennetegner eldre i forhold til noe mer omfattende svikt i forhold til funksjoner knyttet til evnen til å klare seg i hverdagen på det personlige plan⁹. Vi har videre gruppert grad av funksjonssvikt ved hjelp av skårene i Barthels adl-indeks fra 1-20 i 5 hovedgrupper¹⁰.

Materialet fra undersøkelsen gir etter vår vurdering et svært pålitelig bilde av hvordan den sentrale majoriteten av eldre mottakere av kommunale pleie- og omsorgs tjenester er sammensett mht grad av funksjons tap (pleietyngde).

⁸ Når det gjelder mer begrenset funksjonssvikt i forhold til såkalte IADL-aktiviteter ('instrumental activities of daily living'), som f. eks å foreta innkjøp, lage mat og ulike husholdsoppgaver, så er ikke de målt i denne sammenheng (Romøren 2003, s. 42).

⁹ Det gjelder 10 funksjoner knyttet til grad av bevegelsesevne (a), evnen til å ivareta personlige gjøremål (b), kontroll av vannlating og avføring (c) og evne til å kunne kle på seg og spise (d). De er gjort nærmere rede for i NIBR-notat 2007:111 (Brevik 2007b, vedlegg IIA).

¹⁰ Vi har gruppert dem etter skåre på Barthels indeks fra *svært store*, *store*, *betydelige* og *moderate* funksjonstap samt *lette* (uten tap av *personlige* adl-funksjoner). Hvor store andeler som i hver gruppe har funksjonstap i forhold til de 10 enkeltfunksjonene som inngår i indeksen, er gjort rede for i NIBR-notat 2007:111, Vedlegg IIIa (Brevik 2007b).

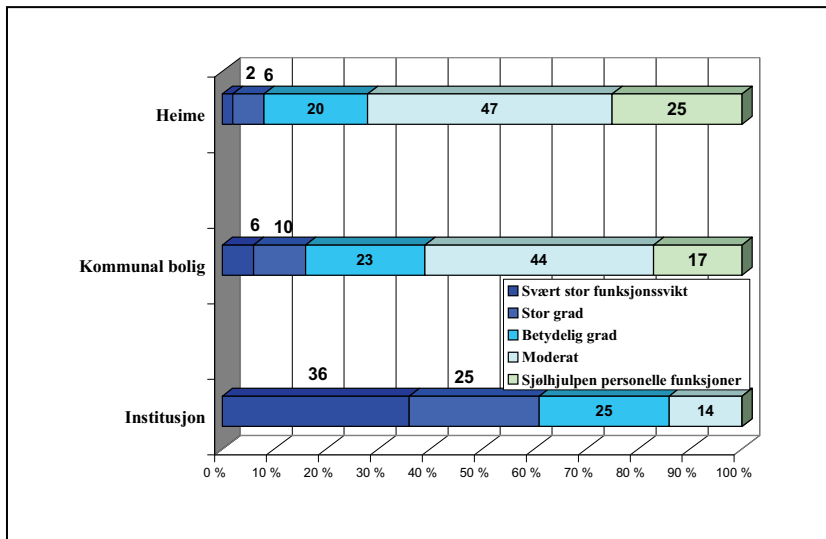
2.2 Funksjonssvikt og hjelpebehov hos eldre

2.2.1 Grad av funksjonstap etter type oppholdssted

I ordinær privat bolig

Blant eldre 67 år+ som bor i ordinære private boliger og som er så vidt skrøpelige at de både har kommunal hjemmehjelp og hjemmesykepleie, har 3 av 4 moderate funksjonstap eller er sjølhjulpne i forhold til de funksjoner som måles ved Barthels ADL-indeks. Bare 8 pst har store eller svært store funksjonstap, jfr figur 2.1. Men legger vi til dem med *betydelige funksjonstap*, er vi oppe i 28 prosent.

Figur 2.1 *Grad av funksjonssvikt etter type oppholdssted. Gradering i grupper etter Barthels ADL-indeks. Andel med skåre for funksjonssvikt i 5 grupper. Andeler i prosent*



På den andre sida vet vi at 25 pst av dem med plass i institusjon har funksjonstap på det nivået, jfr figur 2.1. Det viser mao at omlag 3 av 10 som bor heime, har funksjonstap på eller nært om til institusjonspasientenes nivå. Det er samtidig beviset for at det foregår en ikke ubetydelig alternativ pleie i forhold til institusjon i eldres egne heimer.

I kommunal bolig tilpleie- og omsorgsformål

I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål har *hver sjuende* beboere 67 år+ store eller svært store funksjonstap. Disse kan alle ha hjelpebehov på sykehjemsnivå. Legger vi til dem med betydelig grad av funksjonstap, er vi oppe i 4 av 10 med så vidt store funksjonstap i kommunal bolig.

I kap 4 gjør vi rede for SSBs undersøkelser i 2005 og 2006 som viser at omlag hver fjerde personer 67 år bosatt i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, bodde med heldøgns pleie og omsorg¹¹.

Undersøkelsen forteller ikke noe om grad av funksjonstap blant eldre beboere, men gjengir en *vurdering* av nivået for omfang av hjelp. Likevel mener vi at det synes å være et betydelig sammenfall mellom resultatene fra de to undersøkelsene.

I institusjon

Blant personer 67 år+ i institusjon har 6 av 10 store og svært store funksjonstap. Slik vi har beskrevet disse gruppene, har de ofte svært omfattende hjelpebehov. Bare 14 prosent har moderate hjelpebehov.

2.2.2 Andel med demens som hovedårsak til hjelpebehovet etter type oppholdssted og grad av funksjonstap.

Det er få sykdommer i eldre år som har så store konsekvenser som demenssykdommene. Demente pasienter trenger ofte kvalifisert hjelp og tilsyn for å kunne leve med sin sykdom. Ved langt kommet stadium trenger de ofte heldøgns pleie og omsorg. Romøren har vist at det som kjennetegner funksjonstap blant demente er at de oftere enn andre befinner seg i de mest pleietrengende og langvarige forløpene (Romøren 2001). Omfanget av personer med demens vil derfor legge betydelige føringer på hva som fordres av offentlig omsorgsarbeid blant eldre.

Vi gir her en kort oversikt over for hvor mange demens er hovedårsaken til hjelpebehovet.¹² Undersøkelsen viser at blant eldre i insti-

¹¹ På grunnlag av SSBs særskilte undersøkelser i 2005 og 2006 av andel kommunale boliger til eldre og funksjonshemmede med heldøgns pleie og omsorg, har vi beregnet at det for boliger bosatt av personer 67 år+ i 2005 og 2006 var hhv 24 og 26 pst som bodde i slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg i følge kommunenes vurderinger, jfr kap 4.4.2.

¹² Dette må ikke forveksles med andel med ulike demenssykdommer i alt. Her er bare tatt med dem for hvem dette er *hovedårsaken* til hjelpebehovet.

tusjon i 2003 var aldersdemens viktigste årsak til hjelpebehovet for 40 prosent. Oslo skiller seg ikke ut i slik sammenheng. Blant eldre med opphold i kommunale boliger, er demens hovedårsaken til hjelpebehovet for 11 pst. Det betyr at det i 2003 bodde omlag 3.500 slike demente i kommunale boliger. Graden av demens kjenner vi imidlertid ikke.

Blant eldre uten skåre i Barthels pleieindeks, har hver tredje plass i institusjon i Oslo, mot 16 prosent på landsbasis¹³ Det kan bety at personer som har demens som viktigste årsak til funksjonstap - men som forøvrig ikke har andre vesentlige funksjonstap - oftere får plass i institusjon i Oslo enn i landet for øvrig.

At det kan være slik, synes å bli bekreftet av at det er betydelig færre i Oslo med aldersdemens som hovedårsak til hjelpebehovet blant eldre i egne ordinære boliger med betydelige eller moderate funksjonstap, sammenliknet med resten av landet (jfr Brevik 2007b, figur v1.7 i vedlegg I). Innslaget av demente blant disse i Oslo, er halvparten av hva det er i resten av landet.

2.2.3 Grad av funksjonstap etter oppholdssted og type bosted

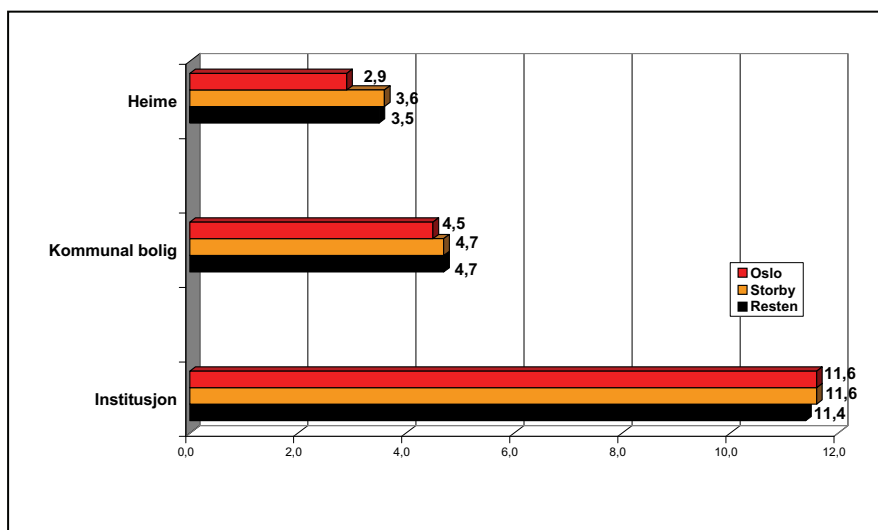
Undersøkelsen viser at blant eldre i institusjon, er *gjennomsnittlig* skåre på Barthels ADL-indeks den samme i de tre områdene, jfr figur 2.2. Det samme gjelder eldre med opphold i *kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål*.

Eldre som *bor heime i ordinær privatbolig* og som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, har jevnt over noe mindre grad av funksjonstap i Oslo, idet de skårer 2,9 poeng i gjennomsnitt i Barthels ADL-indeks, mens skåren for resten av landet er 3,5. Det kan bety at de heimeboende i Oslo har hjelpebehov som representerer 83 pst av behovene i 'resten av landet'.

I Oslo har 35 pst av eldre i ordinær privat bolig med hjemmehjelp og hjemmesykepleie relativt små hjelpebehov, dvs at de er sjølhjulpne i forhold til de funksjoner som måles ved Barthels ADL-indeks. Tilsvarende for resten av landet er 23 pst. Det synes å bekrefte vår hypotese om mindre intensiv bruk av de heimebaserte tjenestene i Oslo.

¹³ Vi viser her til Brevik 2007b, tabell v 1.7, Vedlegg IIIa.

Figur 2.2 Pleietyngde etter oppholdssted og bosted. Oslo, annen stor by og resten av landet. Barthels indeks. Eldre 67 år+. Poeng i indeksen i gjennomsnitt.



Det er særlig de eldste (90 år+) og de yngre eldre (67-79 år) blant disse som har noe mindre hjelpebehov i Oslo enn i landet forøvrig. Det kan muligens for de eldste ha en viss sammenheng med en stor andel bor alene i Oslo, og som av den grunn har vanskelig for å klare seg i egen bolig og som har fått plass i sykehjem, sjøl om funksjons- evne alene kanskje ellers ikke tilsier plass i sykehjem.

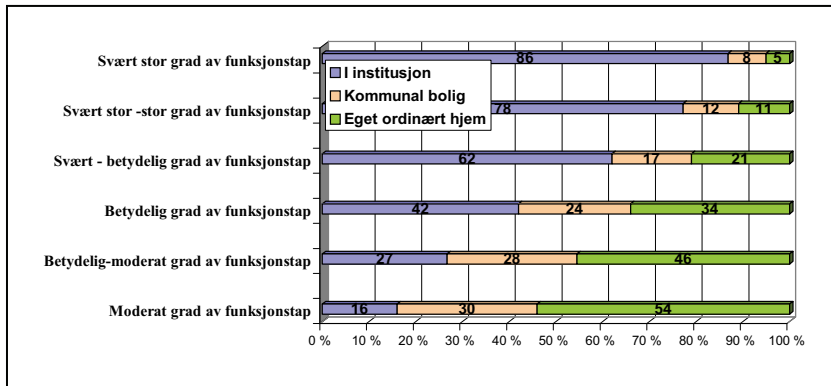
2.3 Grad av funksjonstap og tilbudsform og oppholdssted

Så langt (kap 2.2) har vi vist vi fordelingen av eldre etter grad av funksjonstap i de ulike former for tjenestetilbud/oppholdssted - eget hjem, kommunal bolig eller institusjon. Men om vi gjør omvendt, og fordeler eldre med samme grad av funksjonstap målt ved Barthels ADL- indeks gruppert etter type oppholdssted, trer et annet bilde fram.

Hvordan personer med jevnt over *samme* grad av funksjonstap er fordelt i forhold til type oppholdssted, vil samtidig fortelle noe vesentlig om hvordan tjenestene er organisert og hvilke valg kommunene har lagt seg på i forhold til bruk av sykehjem, kommunale pleie- og om-

sorgsboliger eller bruk av heimebaserte tjenester inn i den enkeltes private heim.

Figur 2.3 *Eldre 67 år + med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie eller i kommunale boliger/institusjon etter grad av funksjonstap i forhold til personlige gjøremål/gangførhet. Andeler i ulike grupper for funksjonstap etter type oppholdssted. Prosent.*



Undersøkelsen viser f. eks at blant eldre med stor eller *svært stor grad* av funksjonstap, bor 23 pst i eget ordinært hjem eller i kommunal bolig, jfr figur 2.3. Sjøl på det nivået fungerer alternativene til sykehjem i betydelig grad.

Slår vi sammen eldre med stor grad av funksjonstap med dem med betydelige funksjonstap, har 39 pst av disse opphold utenfor institusjon, jfr figur 2.3. Det viser på nytt at en relativt betydelig andel eldre med nokså omfattende funksjonstap bor utenom institusjon og avhjelpes der med sine pleie- og omsorgsbehov.

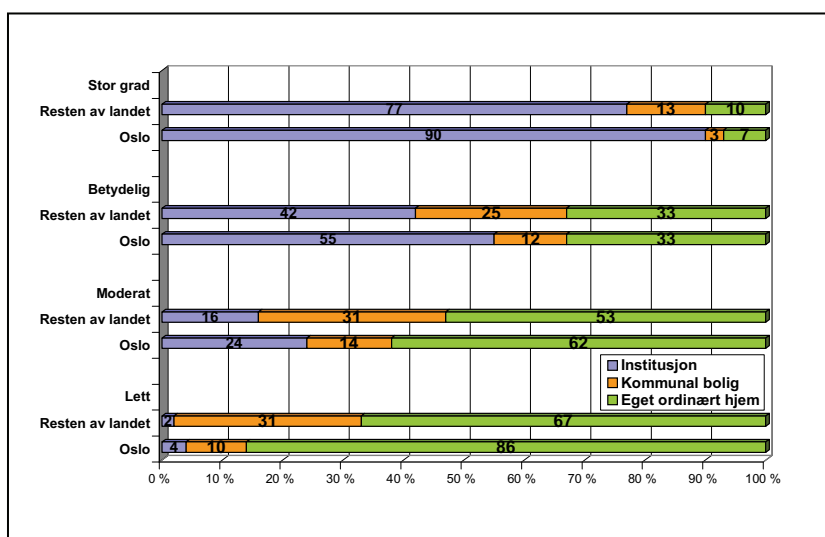
Eldre med store eller svært store funksjonstap

På landsbasis har 77 pst av alle eldre med svært store/store funksjonstap plass i institusjon, mens 13 pst bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og 10 pst bor i ordinære private hjem, jfr figur 2.4. I Oslo har imidlertid 90 pst i samme grupper for funksjonstap plass i institusjon. Bare 3 pst har opphold i kommunal bolig. Slik vi vil vise i kap 4, vil dette ha betydelig sammenheng med at Oslo har få kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål¹⁴, og særlig slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg.

¹⁴ I 2006 hadde Oslo en dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål tilsvarende 6 boliger pr 100 pers 80 år+. Tilsvarende på lands-

I resten av landet har 13 pst av dem med størst funksjonstap plass i kommunal bolig. Oslo synes heller ikke å klare å kompensere for manglende tilbud i kommunale boliger, ved en intensiv bruk av heimebaserte tjenester i eldres egne ordinære hjem. For svært hjelpe-trengende er det sykehjemmet som derfor oftest må bli løsningen.

Figur 2.4 *Eldre 67 år +. Andel med opphold i institusjon, kommunal bolig eller i eget ordinært hjem etter grad av funksjonstap gruppert etter Barthels- ADLindeks i 4 nivåer. Prosent.*



Dette har imidlertid også uten tvil sammenheng med den betydelig høye andelen aleineboende eldre i Oslo¹⁵. Av den grunn trenger Oslo - under ellers like vilkår - en høyere sykehjemsdekning eller tilbud med heldøgns pleie og omsorg enn de fleste andre kommuner.

Med betydelige funksjonstap

På landsbasis har 42 pst av eldre med betydelige funksjonstap plass i institusjon, mens 25 pst opp holder seg i ulike kommunale boliger og

basis var 14. Dekningsgraden var mao under det halve. Andelen av slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg er enda mindre, jfr kap 4.2.2 og 4.4.

¹⁵ Oslo har gjennom årtier hatt en høy andel aleineboende eldre, ja, den høyeste i landet. Det går også fram av Folke og bolig telling 2001 (Brevik 2007a). Og vi har tidligere i en rekke sammenhenger vist at eldre som bor aleine bruker pleie- og omsorgstjenestene betydelig hyppigere enn dem som bor sammen med noen (Brevik 2007a). Se forøvrig kap 3.7.1.

resten bor i egen ordinær bolig, jfr figur 2.4. I Oslo befinner imidlertid 55 pst av disse seg i institusjon. En større andel i institusjon i Oslo blant disse - tilsvarende 13 prosentpoeng - kan sannsynligvis aleine til skrives manglende tilbud i kommunal bolig *sammenliknet med* resten av landet.

Der betydelig grupper avhjelpest for sine behov ved bruk av kommunale boliger og en mer intensiv hjemmetjeneste, må Oslo ty til sykehjemmet. Det gjør at Oslos sykehjem også av den grunn kontinuerlig vil måtte være under press. Det kommer vi tilbake til i kap 3.

Med moderate funksjonstap

På det funksjonsnivået har 16 pst på landsbasis plass i institusjon, mens 30 pst befinner seg i kommunale boliger. Resten, eller noe over halvparten, bor i ordinære private boliger. I Oslo har imidlertid 24 pst i denne gruppa plass i institusjon (sykehjem), jfr figur 2.4. Igjen er det manglende tilbudet i kommunal bolig som synes å utgjøre forskjellen i forhold til resten av landet, hvor som nevnt 30 pst bor slik, mot 14 pst i Oslo.

Lett - ingen funksjonstap etter Barthels ADL-indeks

Sjøl om personer i denne gruppa ikke har funksjonstap knyttet til personlige behov og gangførhet, har de heimebaserte tjenester til ulike i daglige eller huslige gjøremål. At 31 pst av disse befinner seg i kommunale boliger på landsbasis, mot 10 pst i Oslo, viser etter vår vurdering enda en gang til den *generelle* mangelen på slike boliger i Oslo, uavhengig av grad av funksjonstap, jfr figur 2.4.

Sammenfatning

Undersøkelsen viser at på alle nivå for funksjonstap hos eldre i Oslo er det flere som har plass i institusjon enn det som er tilfellet i resten av landet på samme nivå. Vår hypotese er at sjølve innretningen av det samlede tjenestetilbudet i Oslo - under ellers like vilkår - fører til ekstra bruk av sykehjemsplasser som ikke ville ha vært nødvendig om en hadde innrettet seg som gjennomsnittet for landet.

Vår hypotese er videre at dette reduserer Oslos 'effektive' dekningsgrad i sykehjem, slik at den reelt sett er lavere enn hva som går fram av den umiddelbare dekningsgraden og sammenliknet med landet for øvrig. Dette fordi belegget med et betydelig innslag av pasienter som må befinne seg i sykehjem pga manglende alternative tilbud, 'blokkerer' for utskrivninger og sirkulasjon i plassene og reduserer den faktiske tilgjengeligheten til de eksisterende plassene. Dette kommer vi tilbake til i kap 3.8.

Det er, som vi allerede har vist, heller ikke slik at eldre i sykehjem i Oslo *jevnt over* har større funksjonstap enn eldre i sykehjem i landet forøvrig, slik det ofte framstilles. Dette kanskje nettopp fordi at sykehjemmene i Oslo rekrutterer pasienter som andre steder ville ha hatt et alternativ i form av heimebasert omsorg. Det betyr at noen eldre har mindre funksjonstap når de legges inn i Oslo sammenliknet med gjennomsnittet for landet.

Videre: hvis det var slik at det å disponere tilrettelagte boliger i kommunale regi, ikke spilte noen vesentlig rolle, kunne Oslo ha kompensert for et slikt manglende tilbud ved å tilføre tilstrekkelige kommunale tjenester til eldre i ordinære private boliger slik en ofte gjør i kommunale boliger i landet forøvrig. Men organiseringen av tjenestene i Oslo og omstendighetene for øvrig synes ikke å bidra til det. Og 'bruken' av ordinære heimer er omtrent den samme i Oslo som i resten av landet. Derfor synes svaret å måtte bli at Oslo ofte bruker sykehjem, der det ellers i landet nyttes kommunale boliger.

2.4 Sammenheng mellom hjelpebehov og tjenestetilbud i Oslo og innretningen av videre analyse

Vi har her viet så vidt mye plass til å belyse sammenhengen mellom pleietyngde/hjelpebehov og fordelingen av eldre med samme grad av funksjonstap på ulike tilbudsformer i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Vi ønsker med dette å lede oppmerksomheten mot at denne ulike fordelinga av eldre med samme grad av funksjonstap til de forskjellige tilbudsformer i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten - og dermed den samlede organiseringen av disse tjenestene og sjølve dimensjoner ingen av forholdet mellom de ulike leddene - antakelig er av vesentlig betydning for den samlede kapasiteten innenfor en og samme bruk av ressurser.

Oppbyggingen, framstillingen og analysene i denne rapporten er rettet inn mot å belyse egenskaper ved og sammenhenger mellom de tre hovedleddene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: institusjonene, de kommunale boligene og de heimebaserte tjenestene. Samtidig som vi gjør rede for innretningen av dem enkeltvis, er fokuset satt på hvilken type helhet de utgjør og hva som er konsekvensene av ulik sammensetning og dimensjonering av tjenestetilbudet.

Vår hovedhypotese om situasjonen i Oslo er at mangelfullt utviklede alternativer til institusjon (sykehjem) ved svake heimebaserte tjenester

og betydelig mangel på kommunale boliger, særlig med heldøgnspleie og omsorg, forhindrer mulighetene til å drive sykehjemmene med tilfredsstillende *tilgjengelighet*. Det innebærer at sykehjemmenes bidrag til det samlede tilbudet reduseres betydelig. Gjennom for liten innsats i de alternative tilbudene 'amputerer' kommunen en relativt bra dekningsgrad i institusjon og den kapasiteten en kunne ha hatt i sykehjem gjennom større sirkulasjon i sykehjemssengene som godt utbygde alternative tjenester ville ha lagt grunnlag for.

Dette fordi den sentrale og prekære størrelsen i enhver kommunal omsorgstjeneste for eldre er til enhver tid å ha *tilgjengelige* plasser i sykehjem når det faglig sett er nødvendig.

3 Utvikling og status i institusjonsomsorgen i Oslo og i storby

3.1 Innledning

Oslo har over 30 år hatt en relativt godt utbygd institusjonsomsorg målt i antall plasser, særlig i somatiske sykehjem. Derfor er det i denne sammenhengen av betydelig interesse å få fram kunnskap om hva status er i dag når en tar veksten i den eldste delen av befolkningen i betraktning. Det er særlig utviklingen i dekningsgrad i institusjon/sykehjem som bør interessere og da sammenliknet med hele landet, Bergen og Trondheim.

Først vil vi gjøre rede for utviklingen i antall sykehjems- og institusjonsplasser i Oslo de 25 siste åra samt utviklingen i befolkningen 80 år+ i samme periode samt fram til 2025. Derneft holder vi sammen hvordan disse størrelsene har utviklet seg i forhold til hverandre.

Det sentrale er imidlertid å vise hvordan dekningsgrad i somatisk sykehjem og institusjon har utviklet seg i Oslo over tid og sammenliknet med landet forøvrig samt Bergen og Trondheim. Har Oslo beholdt en historisk høy dekningsgrad i sykehjem eller er den redusert både over tid og sammenliknet med andre? Og hva er situasjonen i Oslos hovedtjeneste i eldreomsorgen i dag?

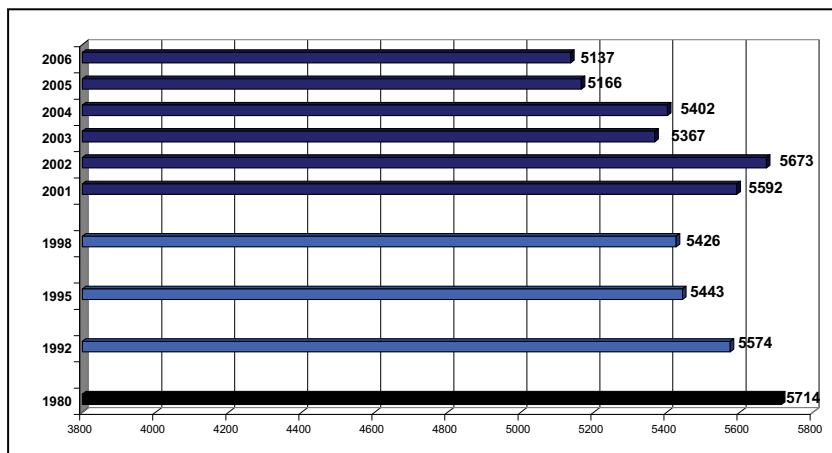
3.2 Institusjonsplasser og sykehjemsplasser i Oslo. Utvikling og status

Vi gir her en enkel oversikt over utviklingen i antall plasser i institusjon for eldre og funksjonshemmede. De fleste av disse er sykehjemsplasser¹⁶.

3.2.1 Institusjonsplasser

Slik det går fram av figur 3.1, var det i Oslo i 1980 5.700 plasser i institusjon. Antallet har etter hvert blitt redusert, men lå stabilt på ca 5.400 - 5.500 plasser i 1990-åra.

Figur 3.1 *Antall plasser i institusjon for eldre og funksjonshemmede. Oslo. 1980-2006. Utvalgte år 1980-1998 og 2001-2006. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk 1980-1998, Statistikkbanken 2002-2006 og Kostra grunnlagstall 2001-2006, SSB, Oslo 2007*



I 5-årsperioden 2001-2006¹⁷ er imidlertid antall plasser blitt redusert med 455 til 5.137 plasser i 2006, eller 8 pst færre enn 5 år tidligere og

¹⁶ I 2006 befant 74 pst av plassene i institusjon seg i rene sykehjem, 23 pst i kombinerte alders- og sykehjem, 1 pst i aldershjem og 2 pst i annen boform godkjent som institusjon.

¹⁷ SSB har fra og med 2004 foretatt en korrigering av antall plasser i institusjon ut fra data om leie og utleie av institusjonsplasser (Kostra, grunnlagstall). Av disse oppgavene går det fram at antall plasser de 3 siste åra i Oslo er

10 pst færre enn for 25 år siden. Senere skal vi forholde dette til utviklingen i den eldre befolkningen.

Så langt har vi funnet det mest hensiktsmessig å inkludere de få aldershjems plassene som Oslo fortsatt har, da disse oftest har samme funksjon som sykehjem og for å beholde sammenliknbarheten i forhold til Bergen, Trondheim og Norge.

Men siden det hele tiden har vært sterkt fokus på sykehjem i Oslo, vil vi også gjøre rede for utviklingen i antall somatiske sykehjemsplasser de 30 siste åra i Oslo.

3.2.2 Sykehjemsplasser

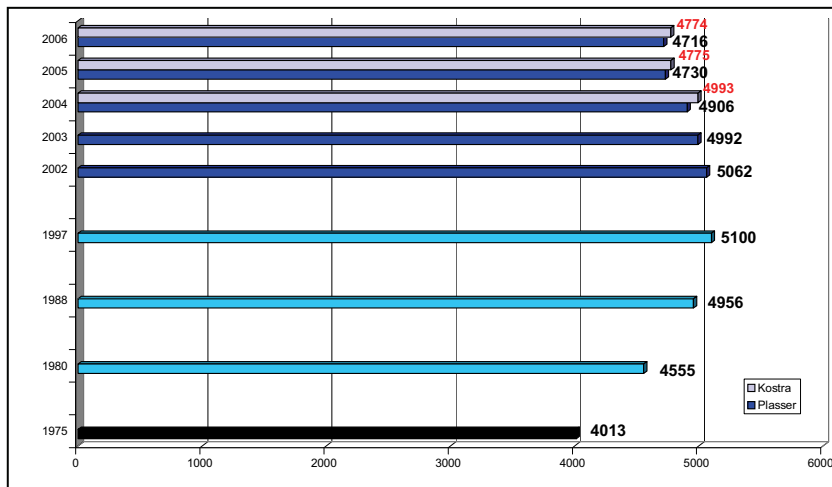
Kommunene tok som nevnt over ansvaret for sykehjemsdrifta i 1988. I åra etter, i perioden 1989-2006, økte antall plasser i sykehjem på landsbasis med ca 30 pst, mens de i Oslo ble redusert med 5 pst, fra 4.956 i 1988 til 4.716 i 2006, jfr figur 3.2.

Antall sykehjemsplasser i Oslo var på sitt høyeste i andre halvdel av 1990-åra. I perioden 1995 til 2001 lå antallet stabilt rundt 5.100 - 5.200 plasser.

Da *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1997-2003) tok til i 1997, var det 5.100 sykehjemsplasser i Oslo, jfr figur 3.2. I 2003, da planperioden formelt var over, var antallet sykehjemsplasser redusert med ca 100 plasser (til 4.992). Oslo dro ikke fordel av handlingsplanen i betydningen økt netto plasstilbud i sykehjem.

ca 2 pst høyere enn det antall som går fram av oppgavene i Statistikkbanken (ukorrigert). Ved sammenlikning med årene forut - som er basert på ukorrigerte tall - var det sannsynligvis noen flere plasser enn denne statistikken viser, siden Oslo f. eks lenge har leid institusjonsplasser utenbys. Slik sett er reduksjonen i antall plasser den siste 5-årsperioden sammenliknet med tidligere, noe større (2-3 pst).

Figur 3.2 *Antall plasser i sykehjem i Oslo. Utvalgte år 1975-1997 og 2002-2006. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk 1975-1997('Hjulet'), Statistikk banken 2002-2006 og Kostra, grunnlagstall 2004-2006, SSB, Oslo 2007.*



I perioden 2003-2006 ble tilbudet ytterligere redusert med vel 200 plasser. I 2006 var det 4.716/4.774¹⁸ plasser i sykehjem i Oslo. Det var 384 færre plasser enn i 1997, jfr figur 3.2. Antall sykehjemsplasser i Oslo ble redusert med 8/6 pst i perioden 1998-2006. Til sammenlikning økte antall slike plasser på landsbasis i perioden 1998-2006 med 10 pst, jfr også figur v1 i vedlegg I. I et lengre perspektiv har tida slik sett nærmest stått stille i Oslo. Antallet eldre har imidlertid økt en del i denne perioden. Det kommer vi tilbake til.

3.3 Plasser i ensengsrom

I St meld nr 50 (1996-97), Handlingsplan for eldreomsorgen, var det lagt opp til å bygge ut et tilbud om enerom i løpet av 2002 for alle med langvarig opphold i institusjon og som ønsket det. De kommuner som da ikke hadde gjennomført dette, skulle lovpålegges det, dvs det

¹⁸ For årene 2004-2006 har SSB også lagt fram tall som er korrigeret for leie/utleie av institusjonsplasser/ sykehjemsplasser (Kostra, grunnlagstall). Det siste gir et litt høyere antall plasser i 2006 (4.774) enn den ujusterte oppgaven over antall plasser (4.716). For sammenliknbarhet over tid, dvs før 2004 har vi imidlertid holdt oss til de ujusterte oppgavene.

skulle gjennomføres plikt til ensengsrom.¹⁹ I 1997 var forøvrig 83 pst av landets *sykehjemsplasser* i enerom.

Og det var for øvrig kravet om enerom i sykehjem som var en av foranledningene til denne handlingsplanen, et løfte som regjeringen ga allerede i 1993. Ved Stortingets behandling av Sosial- og helsedepartementets budsjett for 1997 høsten 1996 ble det så gjort følgende vedtak (såkalt romertallsvedtak): "*Stortinget ber Regjeringen kostnadsberegne full sykehjemsdekning med enerom innen år 2001*" (op. cit). Det var oppfølgingen av stortingets vedtak i trontaledebatten, der regjeringen ble bedt om å legge fram en stortingsmelding med plan om full sykehjemsdekning med enerom for dem som ønsker det.²⁰

I St meld nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE), knytter en bruken av de finansielle virkemidlene til å:

**øke kapasiteten slik at den følger befolkningsutviklingen
bedre kvaliteten å tjenestene, herunder ensengsrom for de som
ønsker det
sikre et mest mulig likeverdig tilbud på landsbasis, dvs. å utjevne
kommunale forskjeller**

(St meld nr 50 (1996-97) s. 37).

Det at alle som ønsker det skulle få ensengsrom, var en vesentlig del av bakgrunnen og engasjementet som lå til grunn for *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Da den første formelle planperioden var avsluttet i 2001, var likevel omlag 2 av 10 plasser i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner (syke- og aldershjem) fortsatt plasser i flersengsrom (aller oftest dobbeltrom), Siden har kommunene jevnlig økt andelen i

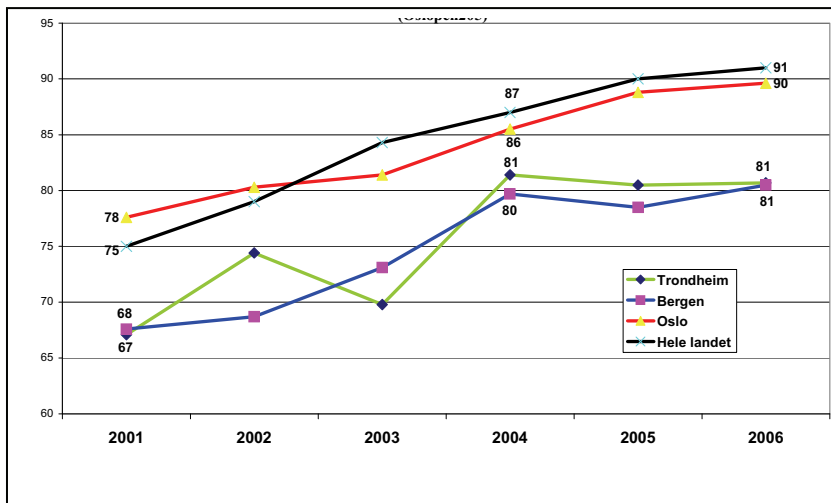
¹⁹ I St meld nr 50 (1996-97), heter det at "*Regjeringen vil sikre dette tilbudet også etter 2002 gjennom lovfesting av kommunenes plikt til å tilby beboere med varig opphold i institusjon og som ønsker det, ensengsrom fra 2003*" (op cit s 44).

²⁰ Og i februar 1997 ba Sosialistisk Venstreparti (Dokument nr 8:46 (1996-97) Stortinget legge fram en melding med plan for full sykehjemsdekning basert på enerom for dem som ønsker det over en fem-års periode ved statlig fullfinansiering av investeringskostnadene og innføring av et eget driftstilskudd til formålet lagt inn i inntektssystemet. Dette forslaget ble tatt inn under kap 5 i Sosialkomiteens innstilling til St meld nr 50, (1996-97), Innst S. nr 294 (1996-97). Det ble drøftet i Stortinget den 19. juni 1997 sammen med behandlingen av St meld nr 50 (1996-97), *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

enerom. Ved utgangen av 2006 – 10 år etter handlingsplanens start – befant 9 av 10 plasser seg i enerom, mens 1 av 10 fortsatt delte rom²¹.

Om vi tar utgangspunkt i året 2001, befant 78 pst av institusjonsplassene i Oslo seg i enerom, eller litt over landsgjennomsnittet. Fram til 2006 hadde Oslo jevnlig økt andelen plasser i enerom. I 2006 befant hovedstaden seg omtrent på landsgjennomsnittet, idet 9 av 10 plasser var i enerom. Oslo har mao satset i tråd med gjennomsnittet for landet i denne perioden, men ikke mer. Her gjenstår like mye som ellers i landet i forhold til en 10 år gammel nasjonal målsetting.

Figur 3.3 *Andel plasser i enerom pleie- og omsorgsinstitusjoner. Oslo, Bergen og Trondheim sammenliknet med hele landet. 2001-2006.*



Kilde: Kostra, detaljerte nøkkeltall, SSB 2007

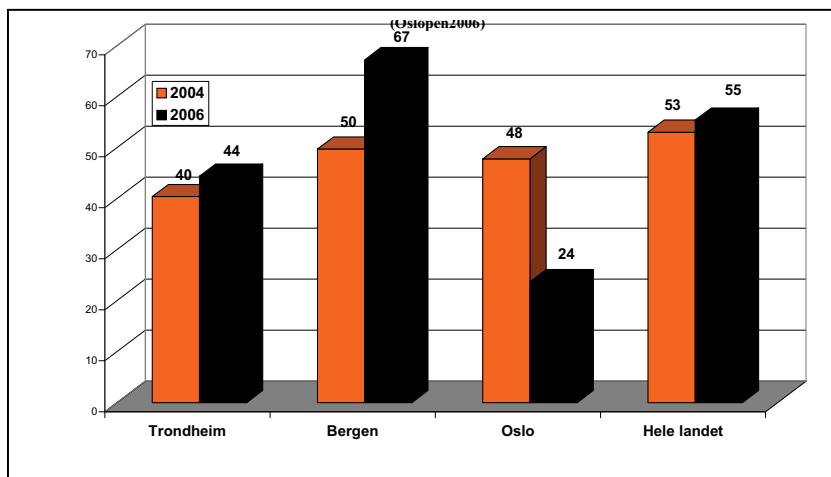
Bergen og Trondheim har imidlertid 8 av 10 institusjonsplasser i enerom, sjøl om de har bygget om i vel så stor takt som Oslo og gjennomsnittet for landet i de siste 5 åra. Det skyldes at disse to byene i 2001 bare hadde 2 av 3 plasser i enerom. De hadde og har fortsatt noe igjen i forhold til tidligere relativt lavt tilbud i forhold til denne sentrale nasjonale målsettingen.

²¹ De fleste av disse ca 3.880 plassene som befinner seg i to- eller flersengs rom, må samtidig være sykehjems plasser siden det i alt var bare 1.644 aldershjemsplasser i Norge i 2006 (Kommunale pleie- og omsorgstjenester, Statistikkbanken, 2007). Omtrent det samme må være tilfellet i Oslo.

3.4 Brukertilpasset enerom med eget bad/WC

Siden 2003 har SSB registrert plasser i institusjon for 'eldre og funksjonshemmede' som befinner seg i enerom og *som i tillegg er brukertilpasset samt har eget bad og WC*. Det betyr at her registreres brukertilpasset ut fra at rommet er *utformet slik at nødvendig stell og pleie kan foregå der* samt at der er bad og WC²².

Figur 3.4 *Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad og WC i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Oslo, Bergen og Trondheim samt Hele landet. 2004 og 2006.*



Kilde: Kostra. Nøkkeltall, SSB 2007

På landsbasis var 55 pst av plassene i syke- og aldershjemmene i brukertilpasset enerom med eget bad og WC i 2006. I Oslo var imidlertid 24 pst av institusjonsrommene av slik standard.²³ Det er betydelig under landsgjennomsnittet. Sjøl om Oslo har bygd om en god del

²² Både rommet, badet og WC skal være brukertilpasset, dvs de skal være utformet/innredet slik at nødvendig pleie skal kunne skje på en hensiktsmessig måte for aktuelle pasienter. Det skal være egen atkomst fra rommet til bad og WC, Veiledning til utfylling av skjema, *Rapportering av kommunale tjenesteproduksjonsdata* i Kostra, 2006, s.17 i SSB. Oslo.

²³ I 2004 rapporterte Oslo om at dobbelt så mange (48 %) plasser hadde den standarden. I 2005 var den oppgitte andelen sunket til 30 pst. Hva som er riktig, er vanskelig å avgjøre. I denne studien er det forøvrig nærmest et generelt problem at de statistiske oppgavene for ett og samme fenomen i Oslo varierer betydelig fra ett år til et annet, jfr. f. eks kap 4 om kommunale boliger.

sykehjemsplasser til enroms i de seinere åra, synes en ikke samtidig å ha utviklet enn fullgod standard målt ved eget bad og WC.

Bergen, som har en noe lavere andel plasser i enrom sammenliknet med Oslo og gjennomsnittet for landet, har til gjengjeld 2 av 3 institusjonsplasser i brukertilpasset enerom med eget bad og WC. Ikke bare har Bergen bra dekningsgrad og god sirkulasjon i sine sykehjem (jfr kap 3.5 og 3.8), byen synes også jevnt over å ha en god standard på plassene. I Trondheim har 44 pst av plassene brukertilpasset enerom med eget bad og WC. Det er noe under landsgjennomsnittet, men vesentlig flere enn i Oslo.

3.4.1 Årsverk i lege- og fysioterapitjeneste i institusjon

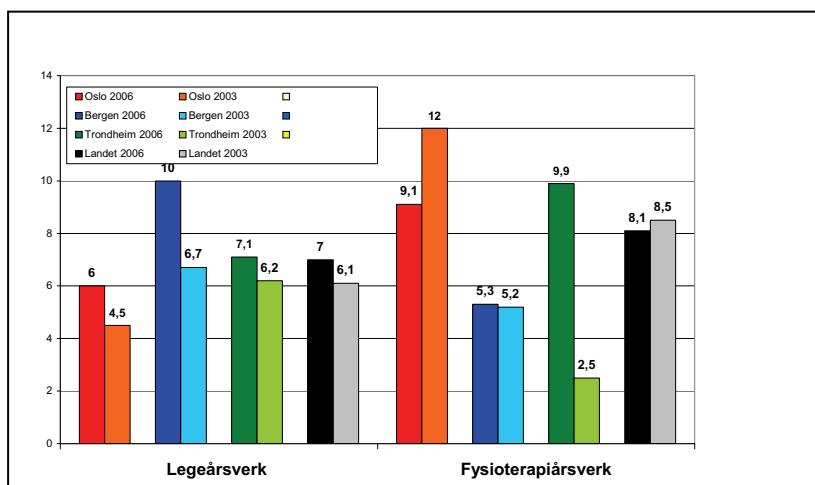
Det har i mange år vært et betydelig fokus på mangelfull legedekning for eldre som befinner seg i institusjon. Dette har vært tatt opp i flere og ulike sammenhenger. I St meld nr 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, ønsker regjering i samarbeid med KS å legge til rette for en nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem. Helse- og omsorgsdepartementet vil i den sammenheng gjøre endringer i turnusforskriftene og vil i rundskriv til kommunen gi kriterier for fastsetting av lokale normer for lege dekning (op cit s 18).

I følge Kostra (SSB 2007) ble det i 2006 på landsbasis utført 7 legeårsverk pr 1000 plasser i institusjon²⁴, jfr figur 3.5. Helse- og omsorgsdepartementet mener imidlertid at det er behov for å øke innsatsen av legeårsverk med minst 50 pst fram til 2010 (op cit, s 18). I forhold til dekningen i 2006, innebærer det 11.5 årsverk pr 1000 plasser i 2010.

Oslo hadde i 2006 6 legeårsverk pr 1000 plasser i institusjon. I hht departementets målsetting må således denne innsatsen dobles på 4 år i hovedstaden.

²⁴ Siden det var 41.120 institusjonsplasser i Norge i 2006, innebærer det at det samlet ble nedlagt ca 330 legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjons hemmede det året.

Figur 3.5 *Antall legeårsverk og antall avtalte fysioterapiårsverk pr 1000 plasser i institusjon. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. 2003 og 2006.*



Kilde: Kostra, detaljerte nøkkeltall, SSB, Oslo 2007

Situasjonen er vesentlig bedre i Bergen, hvor det i 2006 ble nedlagt 10 årsverk pr 1000 plasser. Det betyr imidlertid at omlag 100 eldre til enhver tid må dele på dette årsverket. I Trondheim var det tilsvarende 7 årsverk i legetjenesten i institusjon. Situasjonen er mao noe bedre både i de to andre store byene og på landsbasis enn i Oslo, på tross av Oslos generelle høye legedekning.

Det synes imidlertid å ha funnet sted en betydelig økning i de seinere år, eller målt i forhold til 2003. Det gjelder særlig Bergen og Oslo, jfr figur 3.5.

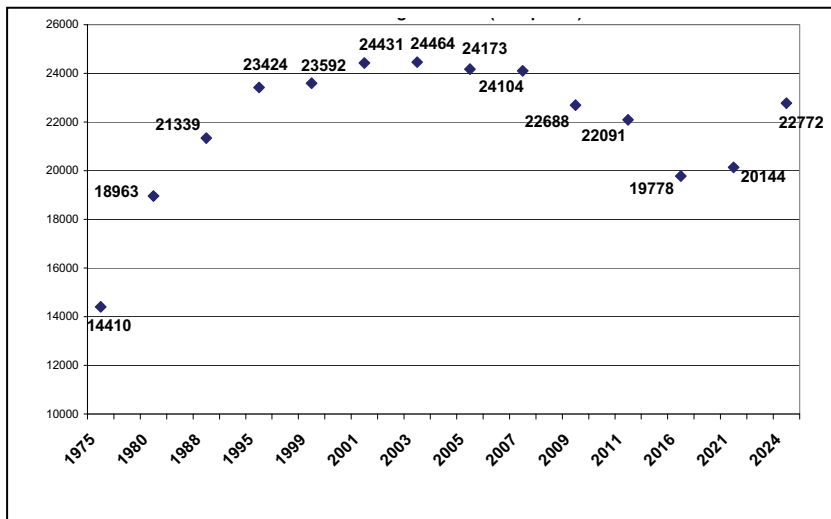
Gjennom avtalte årsverk i fysioterapi ble det i 2006 nedlagt 8 årsverk pr 1000 institusjonsplass i slik virksomhet. I Oslo tilsvarte innsatsen 9 årsverk. Mens den utgjorde 10 årsverk i Trondheim²⁵, var det i Bergen bare nedlagt 5 avtale årsverk pr 1000 plass institusjon, jfr figur 3.5.

²⁵ Den store økningen i Trondheim på så vidt kort tid som tre år, må sannsynligvis i noen grad tilskrives sjølve statistikkføringen. Det har vi imidlertid ikke ressurser til å undersøke nærmere. Det gjelder generelt for øvrig flere punkter i denne rapporten, hvor variasjonene fra ett år til et annet synes noe store.

3.5 Utvikling i befolkningen 80 år + i Oslo 1975-2005 og fram til 2025

Det har vært en sterk vekst i den eldre befolkningen i Oslo de 30 siste åra. Den flatet ut etter 2001 og vil synke noe i de tjue neste, jfr figur 3.6. Antall personer 80 år+ økte fra 14.400 i 1975 til 24.400 i 2006, dvs med 70 pst eller med 10.000 personer. Fra 1988 til 2006 økte befolkningen 80 år+ med omlag 3000 personer uten at det samtidig fant sted *verken en faktisk eller en tilsvarende* økning i antallet sykehjemsplasser.

Figur 3.6 *Personer 80 år+ i Oslo. 1975-2006 samt framskrivning av befolkningen 80 år+ 2005-2024.*



Kilde: SSB 2006)*

*) Kilde: Framskrivning av folkekmengden 2005-2060 etter kjønn og alder i 9 alternativer, alternativ MMMM, SSB, Oslo 2006

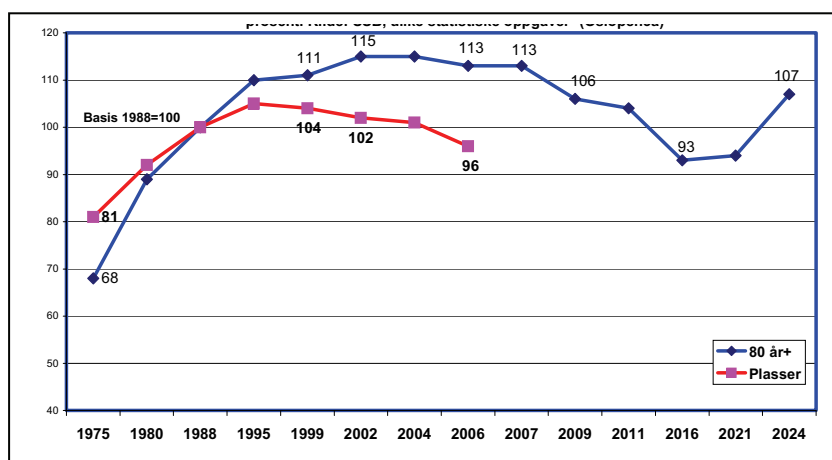
Antall eldre 80 år+ nådde i Oslo en topp i årene 2001- 2005. I følge SSBs siste framskrivning av folkekmengden vil antall personer 80 år+ reduseres til i underkant av 20.000 i 2016, eller med 4.600 på 10 år, eller med 19 pst i samme periode. Det er betydelig. Men fram til 2025 vil antall eldre 80 år+ igjen øke og nå samme omfang som 30 år tidligere. I et langsiktig perspektiv vil således befolkningen 80 år+ i Oslo være nokså konstant.

3.6 Utvikling i sykehjemsplasser og eldrebefolkningen 1975-2004

Vi tar utgangspunkt i antall eldre 80 år + og antall sykehjemsplasser i Oslo i 1988 (da kommunene fikk et samlet ansvar for pleie- og omsorgstjenestene) og gir en oversikt over utviklingen i 50-års-perioden 1975-2024. Basisår er 1988, hvor antall personer 80 år+ og antall sykehjemsplasser er satt lik 100. Etter 1988 har tilveksten i befolkningen 80 år+ vært større enn tilveksten i antall plasser i sykehjem, jfr figur 3.7. Mens det var 13 pst flere personer 80 år+ i Oslo i 2006 enn i 1988, var det 4 pst færre plasser i sykehjem. Det vil si at det målt på denne måten var en tilsvarende økt underdekning på 17 pst mht sykehjemsplasser i 2006 sammenliknet med 1988.

I følge SSBs framskrivning av folkemengden vil den eldre befolkningen avta de 10-12 neste åra fram mot 2016.

Figur 3.7 *Utvikling i befolkningen 80 år+ og antall plasser i sykehjem. Andel personer 80 år+ og antall sykehjemsplasser i forhold til valgt basisår 1988=100. 1975-2006 og 2005-2024. Relative forskjeller i prosent.*



Kilde: SSB, ulike statistiske oppgaver. Oppgavene over plasser i sykehjem er basert på Pleie- og omsorgsstatistikk og 'Hjulet' (1988-2001), Statistikkbanken (2002-2003) og Kostra grunnlagstall (2004-2006), SSB, Oslo.

I Oslo vil det da være 19.800 personer 80 år+, eller 4.700 færre enn i 2003 da antall personer 80 år+ var på sitt høyeste med 24.464.

Antallet personer 80 år+ vil da være 93 pst av hva det var i 1988. Med dagens antall plasser i sykehjem holdt konstant i årene framover, vil vi

måtte vente til omlag år 2014 før Oslo har en sykehjemsdekning på høyde med 1988.

Men bringer vi inn utviklingen i antall personer 90 år+, ser vi at antallet blant de aller eldste fortsetter å vokse fram til 2016, fra 4.000 personer 90 år+ i 2006 til 4.200 i 2016. Dette er ikke uvesentlig da vi vet 70-80 pst blant disse eldste eldre er brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester (Brevik 2003a). Det betyr at målt på denne måten vil ikke den teoretiske etterspørselen etter omsorgstjenester avta så mye som utviklingen i befolkningen 80 år+ kan tyde på.

Etter 2016 vil imidlertid antall personer 80 år+ igjen tilta. Og i 2024 vil denne delen av eldrebefolkningen være 107 pst av hva den var i 1988, eller som i begynnelsen av 1990-åra. Deretter vil andelen eldre øke betydelig i Oslo - som i resten av landet - som del av den nye eldrebølgen etter en 'stagnasjonsperiode' på 20 år (2005-2024).

3.7 Dekningsgrad i institusjon og somatisk sykehjem

I de seinere åra har en oftest målt sykehjems- og institusjonsdekningen i forhold til omfanget av befolkningen 80 år+ da de fleste pasientene i eldreinstitusjoner er personer over 80 år. En har her om regnet samlet antall plasser i forhold til samlet antall personer 80 år+ i befolkningen, oftest pr 100 pers 80 år+. Dette er imidlertid et forenklet mål.²⁶ Vi har valgt å sammenlikne med Bergen og Trondheim samt å jevnføre med dekningsgraden for hele landet.

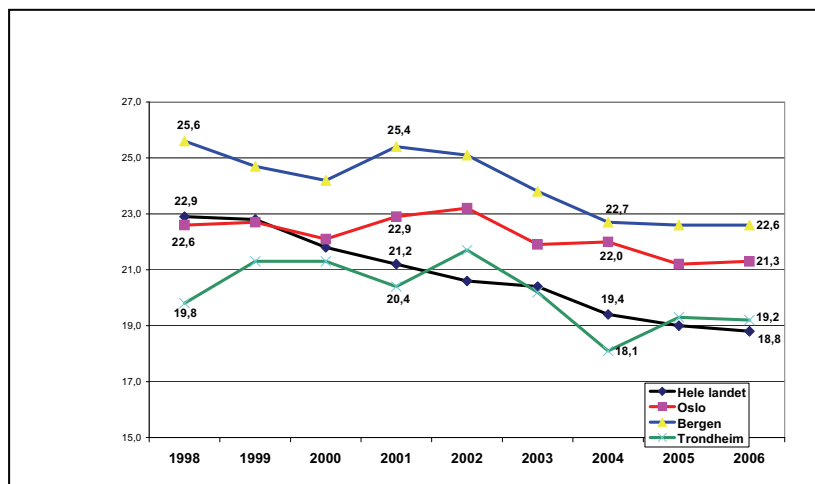
3.7.1 Dekningsgrad i institusjon

Med institusjon forstår vi her plasser i somatiske sykehjem, aldershjem og andre boformer godkjent som institusjon. Utviklingsmessig har vi her holdt oss til den perioden som omfattes av *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2006).

²⁶ Det er fullt mulig å nytte mer eksakte mål, f.eks ved å beregne hvor mange som har slik plass etter alder i 5-årsgrupper. Likevel vil rater beregnet i forhold til hele befolkningen 80 år+ være en god indikator for dekningsgrad fordi de årlige innleggelsene vil variere noe tilfeldig mellom ulike aldersgrupper blant de eldste da det i et lokalt og kortsiktig perspektiv ikke er alder aleine som fører til innleggelse i sykehjem. Rent statistisk på makronivå tiltar imidlertid innleggelser i sykehjem nærmest eksponensielt med alder.

Vi har tidligere vist (figur v1 i vedlegg I) at samlet antall institusjonsplasser på landsbasis gradvis har blitt redusert de 25 siste åra. Men siden det i samme periode har vært en betydelig vekst i den eldre befolkningen, har dekningsgraden blitt redusert som følge av begge disse utviklingstrekkene.

Figur 3.8 *Dekningsgrad i institusjoner for eldre (syke- og alders hjem). Plasser pr 100 person 80 år+. 1998-2006. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.*



*) Kilde: Kostra, grunnlagstall, antall plasser korrigert for utleie (2001-2006) og Statistikkbanken (1998-2000), SSB 2007

I Norge ble dekningsgraden i institusjon redusert fra 23 plasser pr 100 personer 80 år+ i 1998 til 19 plasser i 2006, jfr figur 3.8. Det er en reduksjon i dekningsgrad på 17 prosent i en periode som er sammenfallende med Handlingsplan for eldreomsorgen.²⁷

I Oslo er imidlertid dekningsgrad i institusjon redusert mindre enn landet som helhet i den nevnte perioden. Mens Oslo og Riket hadde omtrent samme dekningsgrad i 1998, var det i Oslo i 2006 21,3 plasser i institusjon pr 100 innb. 80 år+, mot 18,8 i landet som helhet. Dette er imidlertid en relativ liten forskjell. Om vi brakte inn den langt større

²⁷ Vi har valgt året 1998 som startpunkt her da det året var det første i Handlingsplan for eldreomsorgen, opprinnelig 1998-2001, men seinere forlenget en rekke ganger, nå seinest til utgangen av 2007, jfr St meld nr 25 (2005-2006), s 38.

andelen aleineboende blant Oslos eldre sammenliknet med tilsvarende på landsbasis, ville bildet ha blitt et ganske annet.²⁸

Når vi sammenlikner med Trondheim og Bergen, viser utviklingen at også disse byene har redusert sin institusjonsdekning i Handlingsplan-perioden, Bergen mest og Trondheim minst. Bergen hadde imidlertid i 2006 en institusjonsdekning noe over Oslo, mens Trondheim plasserte seg rundt landsgjennomsnittet, jfr figur 3.8. Men som vi kommer til seinere, har f.eks Trondheim en vesentlig større tilgang på kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål enn Oslo og Bergen, og særlig slike med heldøgns pleie og omsorg.

3.7.2 Dekningsgrad i sykehjem

I et historisk perspektiv har vi valgt å sammenlikne dekningsgraden i sykehjem i Oslo med den tilsvarende for hele landet. For sammenlikning for de aller siste åra, har vi gjort rede for tilsvarende dekningsgrader i byene Bergen og Trondheim.

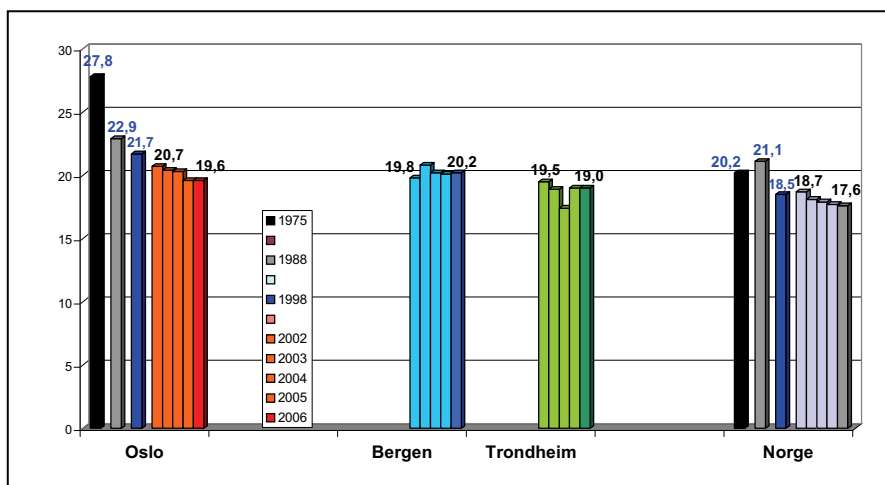
Den sterkeste utbyggingen av somatisk sykehjem i Norge fant sted i 1970-åra, jfr figur v1 i vedlegg I (og Brevik 2003a, Brevik 2003b). For omlag 30 år siden, i 1975, tilsvarte sykehjemsdekningen i Oslo 28 plasser i forhold til 100 pers 80 år+, mens den på landsbasis utgjorde 20 plasser, jfr figur 3.9. Dekningsgraden i sykehjem i Oslo lå den gangen 38 pst over landsgjennomsnittet.

Da kommunene i 1988 overtok ansvaret for etablering og drift av sykehjem, og dermed ansvaret for alle pleie- og omsorgstjenester, var dekningsgraden i Oslo redusert til 23 plasser pr 1000 pers 80 år +, som igjen lå 11 pst over landsgjennomsnittet, jfr figur 3.9.

I 2002 var dekningsgraden redusert til 20,7 plasser pr 100 pers 80 år+. Men Oslo lå fortsatt 11 pst over landsgjennomsnittet fordi sykehjemsdekningen i Norge var redusert tilsvarende. Dette bl.a som følge av at en i mange kommuner i landet forøvrig hadde gjennomført en omfattende utbygging av omsorgboliger i regi av statens *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Dette skjedde imidlertid ikke i samme omfang i Oslo. Det momentet kommer vi imidlertid tilbake til.

²⁸ Vi har tidligere i en rekke sammenhenger vist at aleineboende bruker ulike tjenester i pleie- og omsorgstjenestene betydelig hyppigere enn eldre som bor sammen med ektefelle eller andre. Blant personer 80 år pluss var det 70 pst flere som hadde plass i institusjon (syke- + aldershjem) når de i utgangspunktet bodde aleine sammen liknet med dem som kom fra flerpersonshushold (Brevik 1996, *Plan og Arbeid*, nr 4).

Figur 3.9 Sykehjemsrater. Antall plasser i sykehjem pr 100 personer 80 år+ i Oslo og Norge 1975, 1988, 1995, 1998 og 2002 og 2006, samt i Bergen og Trondheim 2002-2006*



*Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, 'Hjulet,' SSB/Daatland 1994 (1975-1998), Statistikkbanken(2002-2003), Kostra grunnlagstall (2004-2006)

I 2006 var dekningsgraden i sykehjem i Oslo redusert til 19,6 plasser pr 100 personer 80 år +. Fra tidligere isolert sett å ha en relativt sett høy dekningsgrad i sykehjem, var denne nå redusert betydelig. I forhold til året 1988 var den redusert med 14 prosent, og i forhold til året 2002 med 9 prosent. Det er således særlig de aller siste årene at Oslos dekningsgrad i sykehjem har gått ytterligere ned.

Men pga av betydelig reduksjon i dekningsgraden på landsbasis pga sterk vekst i den eldre befolkningen (til 17,6 plasser pr 100 innb 80 år +, jfr fig 3.9), var Oslos dekningsgrad i sykehjem i 2006 fortsatt 11 pst høyere enn landsgjennomsnittet.

Fra å ha hatt en høy dekningsgrad i somatisk sykehjem har Oslo i dag en sykehjemsdekning som jevnt over er på linje med de to andre store byene. Bergen plasser seg litt over mens Trondheim befinner seg tilsvarende litt under.

Men dekningsgraden i sykehjem er imidlertid langt fra det som avgjør hva som framstår som det faktiske tilbudet i sykehjem. Det avgjørende er *tilgjengeligheten*, dvs om det til enhver tid finnes en ledig plass når nødvendige behov melder seg. Det er ikke nødvendigvis dekningsgrad som er det avgjørende målet, men tilgjengelighet og tilgjengelige plasser. Den bestemmes i stor grad av 'liggetid' eller sirkulasjonen i

de sykehjemsplassene en disponerer. Før vi går videre, må vi derfor belyse denne avgjørende viktige størrelsen.

3.8 Drift av sykehjemsplasser og sirkulasjon i korttidsplassene

3.8.1 Korttidsplassenes betydning for tilgjengelighet til sykehjem

Slik det går fram i kap 3.7, har institusjons- og sykehjemsdekningen lenge gått ned i Norge. For noen har det ført til krav om flere sykehjemsplasser. Men slik andre nå har analysert og vist i flere omganger,²⁹ er det flere korttidsplasser og framfor alt økt sirkulasjon pr korttidsseng som er den beste strategien for å skape større tilgjengelighet i sykehjem og dermed å unngå kø til de eksisterende plassene. Og hovedforutsetningen for en slik økt sirkulasjon, er nettopp mer omfattende og intensiv bruk av heimebaserte tjenester og et større innslag av kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg. Økt sirkulasjon i korttidssengene blir ikke til av seg sjøl og er antakelig i liten grad sprunget ut av egenskaper ved sjølve sykehjemsdrifta. Det er innretningen av de alternative tjenestene og pleie- og omsorgsforholdene i eldres egne heimer og boliger som utgjør den sentrale dimensjonen. Når sirkulasjonen i sykehjemssengene i en kommune er lav, skyldes det spissformulert: at sykehjemsdøra er stengt utenfra, ikke innenfra. Vi skal derfor se nærmere på noen av resultatene fra disse studiene.

I en studie av 73 kommuner i fylkene Buskerud, Vestfold, Akershus og Østfold fant en (Otterstad og Søberg, 2004) på grunnlag av Kostradata (SBB) for 2003 at dekningsgraden i sykehjem i gjennomsnitt for kommunene var 18,2 plasser pr 100 pers 80 år+. Det vises til at erfaringene fra utviklingen i perioden 1998-2003 – dvs i perioden for

²⁹ Vi viser her til flere artikler der en på grunnlag av Kostradata fra SSB har analysert, gjort rede for og drøftet betydningen av bruken av korttidssenger i sykehjem og denne brukens betydning for tilgjengelighet og kapasitet i sykehjem: Otterstad H.K. og Sorteberg K (2004): *Hvor stort er behovet for sykehjemsplasser?*, Aldring og eldre nr 3 2004, NOVA, Oslo 2004; Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007a): *Sykehjemsdriften i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet?*, Aldring og eldre nr 1 2007, NOVA, Oslo 2007; Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007b): *Bruk av korttidsplasser i sykehjem i de fire store byene i Norge*, Sykepleien nr 13, Oslo 2007; Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007c): *Store forskjeller i sykehjemsdrift og tilgjengelighet*, Aldring og eldre nr 2 2007, NOVA, Oslo 2007.

Handlingsplan for eldreomsorgen – har vist at kommunene kan klare seg med enda lavere dekningsgrad dersom de skjerper strategiene for bruk av korttidsplasser i sykehjem gjennom styrking av alternative heimebaserte tjenester og bruken av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (i hht det såkalte gamle LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgsnivå).

Her fant en at kommuner som gjør bruk av korttidsopphold i sykehjem, kan klare seg like godt ved en lavere sykehjemsdekning. I disse 73 kommunene var 22 pst av sykehjemssengene øremerket til korttidsbruk, mot departementets anbefalte norm på 15 prosent. Det høye innslaget av korttidsplasser antas å være del av en strategi for å gi et godt tilbud sjøl ved senket dekningsgrad (Otterstad og Søberg 2004).

En konkluderer analysen med at det har vært tendens til økt bruk av korttidsplasser de siste åra og at kommuner med lav *sykehjemsdekning* unngår køer til sykehjemmene gjennom å øke andelen korttidssenger.

På bakgrunn av studiene legger en til grunn at utviklingen av de alternative tilbudene til sykehjem (f. eks intensiv bruk av heimebaserte tjenester og omsorgsboliger) bør legges til grunn for den videre utvikling av kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

Samtidig peker en på at *”en betydelig del av fagfolkene ønsker høyere sykehjemsdekning enn dagens. Mens en annen og tilsvarende stor andel mener at utviklingen har gått i riktig retning, og at LEON-prinsippet bør legges til grunn for den videre utvikling av tjenestene”* (Otterstad og Sorteberg 2004, s. 5).

3.8.2 Om bruk av korttidsplasser – noen resultater

Om korttids- og langtidsplasser

Som mål for tilgjengelighet av plasser i sykehjem nyttes antall utskrivninger. I Norge sto korttidsplassene for 81 prosent av alle utskrivningene fra sykehjem (institusjon) i 2005 (Otterstad og Tønseth 2007a). Det er derfor nokså innlysende at det er antall korttidsplasser, men særlig gjennomstrømningen i disse, som avgjør tilgjengeligheten til sykehjem.

Pasienter som kommer *inn* på korttidsplass, kommer i hovedsak fra den kommunale hjemmesykepleien eller fra sykehus (Otterstad og Tønseth 2007a). I Norge var kun 7,5 prosent av *utskrivningene* i korttidsplassene forårsaket av dødsfall. De fleste utskrivningene var til vanlig bolig eller kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, mens 10-15 prosent var overflyttinger til langtids plass. En liten pasientstrøm

gikk til sykehus (Otterstad og Tønseth 2007b). Hovedstrømmen ut fra korttidsplassene går til vanlige boliger med hjemmebaserte tjenester.

I gjennomsnitt var varigheten av et korttidsopphold 28 dager i 2005, og dette er noe av årsaken til at det ikke er ventetid for sykehjemssinnleggelse i mange norske kommuner. Hadde sykehjemmene kun hatt langtidsplasser, ville så godt som alle sykehjem i Norge hatt lange køer (Otterstad og Tønseth 2007b).

Langtidsplassene dominerer rent plassmessig, og er den typiske endestasjon i behandlingsskjeden i eldreomsorgen. I 2005 skyldtes rundt 80 prosent av utskrivningene fra dette nivået et dødsfall. Langtidsplassene er preget av en enveisstrøm som ender med døden, og disse pasientene har i gjennomsnitt ca. to års oppholdstid (Otterstad og Tønseth 2007b).

Resultater for Norge i 2005

Tilgjengeligheten til sykehjem avgjøres i noen grad av dekningsgraden, men fram for alt av antall utskrivninger pr seng pr år, eller pasientsirkulasjonen. Og det siste bestemmes stort sett av utskrivningsratene fra korttidssengene.

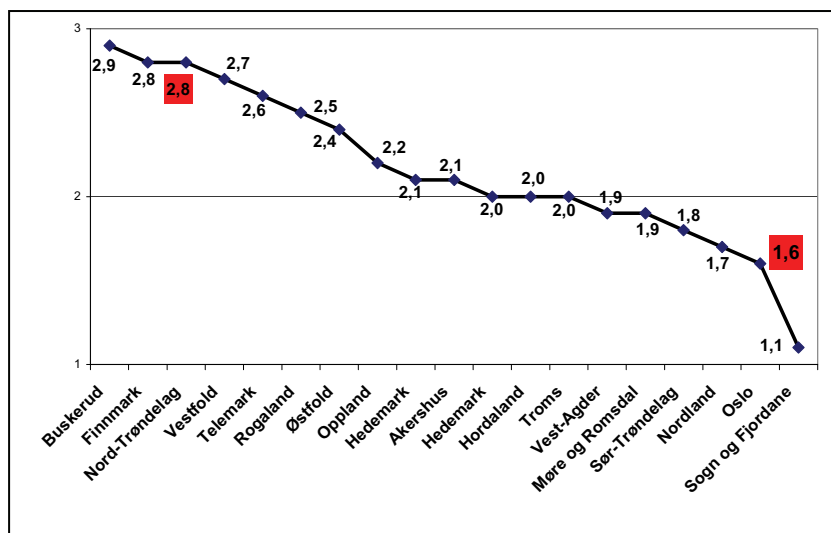
Otterstad og Tønseth finner at ”*Jo høyere utskrivingsrate fra korttidsplasser, desto større er den samlede pasientsirkulasjonen*” Deres konklusjon er at det er bruken av korttidssengene som forklarer en betydelig del av tilgangen til sykehjemsplasser, og mer enn hva dekningsgraden gjør (Otterstad og Tønseth 2007a, s 14).

En relevant måte å måle sirkulasjonen i sykehjem på er å relatere *alle utskrivningene* til *pr innbygger 80 år+*, siden omlag 80 pst av alle med plass i institusjon er 80 år+.

I Norge var det i 2005 32,4 utskrivninger over korttidsplasser pr 100 innb 80 år+ (Otterstad og Tønseth 2007a). Og tre fylker hadde mer enn 40 utskrivninger.

Otterstad og Tønseth mener at normen om at 15 pst av sykehjemsplassene bør være korttidsplasser, burde erstattes av en nasjonal for antall utskrivninger. De har beregnet at en norm på 35 utskrivninger pr korttidsplass pr 100 innb 80 år +, ville representerer et minimumsnivå for tilgjengelighet i sykehjem (Otterstad og Tønseth 2007a og 2007c). Oslo hadde i 2005 25,7 utskrivninger fra korttidssenger pr 100 innb 80 år+, eller tilsvarende 73 pst av den anbefalte minstenormen.

Figur 3.10 *Antall utskrivninger i sykehjem pr plass, sum korttids- og langtidsplasser etter fylke. Norge 2005. Antall.*



Kilde: Kostra SSB/ Otterstad og Tønseth 2007a. Aldring og livsløp nr 1, NOVA, Oslo 2007

Gjennomsnittlig antall utskrivninger pr *alle* sykehjemsplasser var 2,1 pasienter for landet som helhet i 2005. Tre fylker skilte seg ut med høye utskrivningsrater (Buskerud, Nord-Trøndelag og Vestfold), med i gj sn 2.8 utskrivninger pr seng. Tre fylker hadde særlig lave utskrivningsrater, blant disse Oslo med 1,6 pasienter utskrevet pr plass i 2005.

En konkluderer med at dette betyr at ”*de tre fylkene med lavest sirkulasjon må ha nær 50 prosent flere sykehjemsplasser enn de tre fylkene med høyest sirkulasjon for å gi sin eldrebefolkning samme tilgang på sykehjemsplass gitt at dekningsgraden var den samme*”

Sum antall *utskrivninger pr alle sykehjemssenger* i Oslo var i 2005 25 pst lavere enn gjennomsnittet for landet og vel 40 pst lavere enn i de 3 fylkene med høyest antall utskrivninger.

Oslo måtte i 2005 mao ha hatt ca 1200 (25 pst) flere plasser (med den gangens sirkulasjon i sykehjemssengene) for kunne gi sin befolkning samme *tilgang* på sykehjemsplass som gjennomsnittet for landet, gitt at dekningsgrad er den samme som for landet³⁰. Når Oslo ikke hadde

³⁰ Dette regnestykket vil kunne teoretisk kunne modifiseres av at Oslo i 2005 hadde en dekningsgrad i institusjon som lå 11 pst over landsgjennomsnittet, jfr kap 3.7, figur 3.8. Om vi bringer inn kommunale boliger med heldøgn

1200 flere plasser, var den *faktiske tilgjengeligheten* - eller det egentlige sykehjemstilbudet - ca 25 prosent lavere. Dette viser hvor galt det fører av sted å ensidig fokusere på dekningsgrader og ikke på tilgjengelighet.

Relativt god dekningsgrad i Oslo er mer enn 'spist opp' av lav sirkulasjon, og den *faktiske* tilgangen på sykehjemsplasser er i Oslo blant de lavere i landet.

Dette har på den andre sida fundamental sammenheng med innretningen av de alternative tilbudene til eldre i Oslo, dvs i kommunale boliger og heimebaserte tjenester. Og det er hovedpoenget. Den viktigste forklaringen på lav tilgjengelighet til sykehjem i Oslo er imidlertid ikke andelen korttidsplasser, men sirkulasjonen i disse plassene.

Otterstad og Tønseth konkluderer med at eventuelle kødannelser til plass i sykehjem må vurderes i forhold til utskrivingsrater (sirkulasjon) i sykehjemmet og først dernest i forhold til dekningsgrad (Otterstad og Tønseth 2007a, s 16).

I en studie av det samme materialet for året 2005 av de 37 kommunene i kommunegruppe 13 (de største kommunene i Norge unntatt de 4 største byene) fant en at kommuner med høy andel korttidssenger i sykehjem hadde bedre tilgjengelighet til sykehjem enn kommuner med lav andel korttidsplasser, sjøl om den samlede dekningsgraden er lavere. Og en finner at kommunene med lavest samlet dekningsgrad, men med høyt innslag av korttidsplasser, hadde høyest utskrivingsrate pr 100 innb 80 år+ og dermed den beste tilgjengeligheten (Otterstad og Tønseth 2007c, s 7). Det at kommuner med lav dekningsgrad kommer best ut, pekes på som paradoksalt siden dekningsgrad i alle år har vært holdt fram som det sentrale målet for sykehjemsutbyggingen.

Resultater for storby 2005

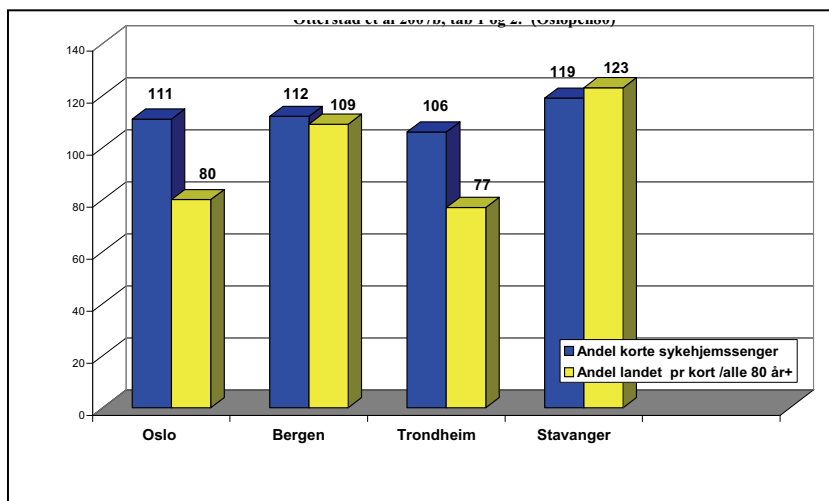
Otterstad og Tønseth har gjennomført en tilsvarende studie av de 4 største byene i 2005 ved hjelp av det samme Kostra-materialet fra SSB. En konstaterer at storbyene - unntatt Trondheim - har bedre dekning av korttidssenger i sykehjem sammenliknet med gjennomsnittet for norske kommuner³¹ og dermed i utgangspunktet en bedre mulighet

pleie- og omsorg, dvs *heldøgnsstilbudet*, var imidlertid denne dekningsgraden i Oslo under landsgjennomsnittet i 2005 (og 2006), jfr kap 4.4. Dette er dog relative detaljer i forhold til hovedpoenget som er at tilgjengeligheten til sykehjem i Oslo er vesentlig lavere enn dekningsgraden skulle tilsi pga lav sirkulasjon i korttidssengene.

³¹ I Norge var 13,1 pst av alle plasser i sykehjem korttidsplasser, mor 13,9 i Trondheim og 14,5 i Oslo og 14.7 i Bergen (Otterstad og Tønseth 2007b).

for god tilgjengelighet, jfr figur 3.11. Men bruken av plassene gir imidlertid et annet bilde.

Figur 3.11 *Andel korttidsplasser av alle sykehjemssenger samt antall utskrivninger pr kortidsplass pr 100 person 80 år+ i alt i befolkning en, i begge tilfeller i prosent av landsgjennomsnittet.*



Kilde: Otterstad og Tønseth 2007b, tab 1 og 2.

Mens bruken av korttidssengene i Bergen ligger godt over landsgjennomsnittet, representerer den i Oslo og Trondheim respektive 80 pst og 77 pst av landsgjennomsnittet. Den relativt gode dekningsgraden i korttidsplasser i Oslo og Trondheim spises opp av lav sirkulasjon i sengene.

Den lavere tilgjengelighet til sykehjem i Oslo og Trondheim skyldes i følge Otterstad og Tønseth nesten utelukkende meget lav pasient sirkulasjon i korttidssengene. Otterstad og Tønseth viser til at:

Oslo har en middels god sirkulasjon i langtidssengene, men meget lav sirkulasjon i korttidssengene. For denne del av sykehjemsdriften har Oslo en profil som ligner meget på Trondheims. Dette betyr lav tilgjengelighet til sykehjem til tross for god dimensjonering av plassene, og skyldes den lave sirkulasjonen i korttidssengene. (Ottestad og Tønseth 2007b, op cit).

Og en går videre og framhever at

Dette utgjør et grunnleggende forhold som forplanter seg til terminalpleien og 'resirkuleringen' av pasienter i korttidssengene. Årsaken er i første rekke et stort press på plassene i langtidsavdelingene, noe som fører til at langtidspasienter blir liggende i korttidssengene, slik at det dannes sykehjemskøer. Dette blir en ond sirkel som det kan bli vanskelig å komme ut av, og som har en tendens til å forsterke seg over tid. Dette synes å ha vært unngått i Bergen og Stavanger, mens det tydeligvis var et problem i Oslo og særlig Trondheim i 2005. (Ottestad og Tønseth 2007b).

I Bergen er riktignok sirkulasjonen i langtidsavdelingene lavere enn landsgjennomsnittet, mens korttidsavdelingene har en relativt god sirkulasjon. Tilgjengeligheten til sykehjem i Bergen er i følge Otterstad og Tønseth den beste blant de tre største byene, og bedre enn landsgjennomsnittet.

Forøvrig viser Otterstad og Tønseths analyse noen interessante og relevante trekk i forhold til betydningen av godt utbygde alternative tjenester til sykehjemmene mht dødeligheten i korttidsavdelinger. De viser til at dødsfallene i korttidsplasser som regel har to helt ulike år saker.

På den ene siden er antallet høyt i kommuner med kroniske køer, der langtidspasientene blir liggende i korttidssenger fordi det ikke er plass i langtidsavdelingene. På den annen side står kommuner som ikke har ventelister. Disse har høy sirkulasjon og "open return", der terminale og meget syke pasienter tør å reise til eget hjem i den siste fasen av livet. Pasienten og de pårørende vet at det alltid står en plass ledig, og trenger derfor ikke tviholde på sykehjemsplassen de har fått.

Og hvilken kategori den enkelte kommune befinner seg i, går i følge Otterstad og Tønseth fram av den totale utskrivingsstrøm fra sykehjem. I den første gruppen er den alltid lav, i den andre som regel høy.

Til slutt peker en på at

en del forklaringer på regional variasjon i kødannelser må søkes i sykehjemmets 'omgivelser' og nærmeste samarbeidspartnere, slik som dimensjoneringen av de "øvre" trinnene i omsorgskjeden (tilpasset bolig og hjemmesykepleie) og forskjeller i sykehusenes utskrivingspraksis. (Otterstad og Tønseth 2007b).

Her understrekes mao betydningen av de alternative tilbudene i en helhetlig pleie- og omsorgstjeneste.

Og som et apropos til det materialet som er lagt fram her og det analyseperspektiv vi legger til grunn, nevner vi at i en særskilt studie av sykehjemsbeboernes funksjonsevne og hjelpebehov i Moss kommune i 2005 (Otterstad et al 2006), fant en at hver femte pasient med langtids plass i sykehjem trolig var plassert på for høyt omsorgsnivå. Dette på grunnlag av IPLOS-registreringer³² (jfr kap 2.1 i denne rapporten). Det viser mao til mangler i alternative tjenestetilbud.

På bakgrunn av det som her er dokumentert om betydning av innretningen og dimensjoneringen av de øvrige leddene i den kommunale omsorgskjeden eller omsorgstrappa, vil vi derfor i det følgende måtte undersøke hvordan Oslo er forspent i forhold til de alternative tjenestene til sykehjem. Vi vil derfor ta for oss utvikling og faktisk tilbud i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i hovedstaden samt innretningen og dimensjoneringen av hjemmetjenestene. Dette sammenliknet med Bergen, Trondheim og hele landet.

Det er grepet om alternativene og helheten som er siktemålet og fortsettelsen i denne vår sammenliknende analyse av pleie- og omsorgstjenestene til eldre i Oslo.

³² Her anføres det imidlertid at IPLOS-registreringene på det tidspunktet ikke godt nok fanger opp behovene hos personer med demens, og at faglig skjønn av behov hos disse kan endre på IPLOS-resultatene, jfr Otterstad H.K. et al 2006: *Sykehjemsbeboernes funksjonsevne og hjelpe behov*, Aldring og livsløp, nr 3, 2006, NOVA, Oslo 2006.

4 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

4.1 Innledning

Så langt har vi tatt for oss sykehjemsdekningen i Oslo og de to andre store byene uten å relatere sammenlikningene til det samlede tilbudet på institusjons- og boligsida. Utvikling og status i Oslos samlede omsorg for eldre kan ikke drøftes ut fra en ensidig fokusering på institusjons- og sykehjemsdekning.

Her spiller imidlertid både det kommunale boligtilbudet og omfang og intensitet i de kommunale hjemmetjenesten en sentral rolle. Derfor vil vi vende tilbake til et utviklings- og statusbilde der tilbudet i institusjon analyseres i sammenheng med kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Dernest tar vi for oss de heimebaserte tjenestene.

I den landsomfattende oversikten over status og utvikling i pleie- og omsorgstjenestene i vedlegg I til denne rapporten, har vi vist at det er boligkjøringen av omsorgstjeneste som særlig kjennetegner utviklingen i Norge de 10-15 siste årene. Det er blitt bygget kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede i stort omfang. Siden 1994 er det bl.a ført opp 26.000 omsorgsboliger.

Hvor Oslo plasser seg i utviklingen av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, er av vesentlig betydning for å avgjøre hvor kommunen befinner seg mht samlet tilbud i pleie- og omsorgstjenestene, og hva som er den relative betydningen av dekningsgrad i sykehjem. Her er det særlig viktig med kunnskap om hvor stor del av de kommunale boligene som fungerer som et heldøgns pleie- og omsorgstilbud.

Derfor vil vi undersøke kommunenes utbygging av slike boliger over tid og hvor mange som er bebodd av eldre. Her sammenlikner vi utvikling og status i Oslo med Trondheim og Bergen samt hele landet.

Men kommunale boliger til pleie- og omsorgsmål bebos av en rekke andre enn eldre. Således bor det f. eks vel 8.000 psykisk utviklingshemmede i slike boliger (Brevik og Høyland 2007). Det er derfor viktig å avklare den delen som bebos av eldre og hvilken funksjon slike boliger har i forhold til institusjonene og i forhold til eldre i ordinære private boliger.

Som ledd i å bestemme deres funksjon har vi kartlagt årsverksbruken i hjemmetjenestene til eldre i boliger til pleie- og omsorgsmål på landsbasis, jfr Vedlegg I, avsnitt 3. Videre, hvor stor andel som er bebodd av eldre med heldøgns pleie og omsorg, dvs som har en tilnærmet institusjons funksjon, jfr kap 4.4.

Vi vil i dette kapitlet dokumentere at det noe av det særskilte i Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre, er det svake innslaget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsmål, samt et betydelig fravær i aktiv bruk av slike boliger, idet hovedstaden så og si nesten er uten slike med heldøgns pleie- og omsorg for personer 67 år.

4.2 Plasser i kommunale boliger til pleie- og omsorgsmål bebodd av eldre.

4.2.1 Antall plasser i kommunale boliger til pleie- og omsorgsmål i Oslo, Bergen og Trondheim

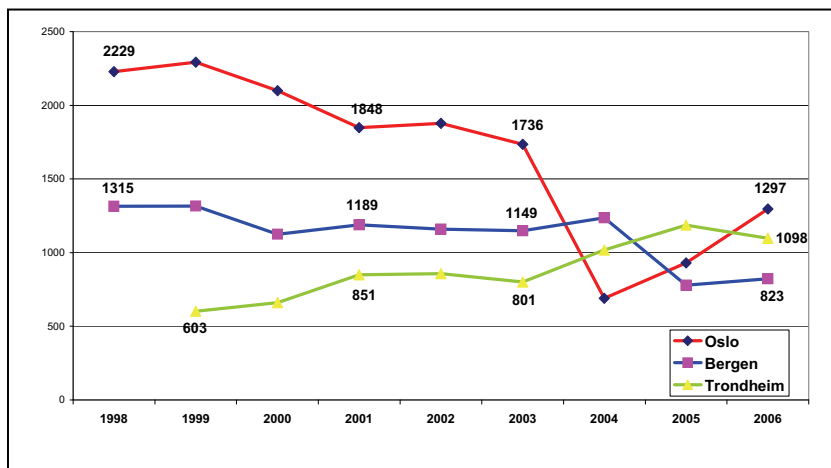
Vi har gått gjennom SSB's pleie- og omsorgsstatistikk over antall registrerte boliger til pleie- og omsorgsmål bebodd av personer 67 år + i perioden 1998-2006.

Mens landet som gjennomsnitt bygget opp sitt tilbud i kommunale boliger til pleie- og omsorgsmål til personer 67 år+ med netto 3.750 enheter, eller med 13 pst i perioden 1998-2006, synes³³ Oslo å ha bygget sitt tilbud ned fra 2.229 enheter i 1998 til 1.297 i 2006, jfr figur

³³ Når vi betrakter utviklingen i antall slike boliger over et så vidt kort tidsrom som 1998-2006, er det helt på det rene at den 'statistiske' reduksjonen i Oslo må ha noe å gjøre med hvilke boliger som er tatt inn i de statistiske oppgavene fra ett år til et annet. En reduksjon f. eks fra 1.736 slike boliger i 2003 til 931 i 2004, og igjen en økning til 1.297 i 2006, jfr figur 4.1, har neppe bakgrunn i virkelighetens verden. Vi må imidlertid forholde oss til hva Oslo kommune rapporterer til SSB, som utgjør de statistisk autoriserte talloppgavene for Oslo. Å gå etter dette, er ikke vår oppgave i denne sammenheng.

4.1. I følge de statistiske oppgavene ble antall slike boliger redusert med 42 pst løpet av disse åra.

Figur 4.1 *Antall kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål bebodd av personer 67 år+ i Oslo, Bergen og Trondheim. 1998-2006.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistikkbanken, SSB, hvert år.

I Bergen har en i perioden 1998-2003 også hatt en betydelig reduksjon av slike boliger, fra 1.315 i 1998 til 823 i 2006, eller med 37 pst. I Trondheim har det derimot funnet sted en betydelig vekst, fra 603 i 1998 til 1098 slike boliger i 2006 - en økning på 82 pst, jfr figur 4.1.

Utviklingen i de tre store byene i perioden 1998-2006, dvs i perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*, har tedd seg svært ulikt. Bare Trondheim synes å ha sluttet seg til den stortstilte nasjonale satsingen på omsorgsboliger når det gjelder eldre.³⁴

4.2.2 Dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre

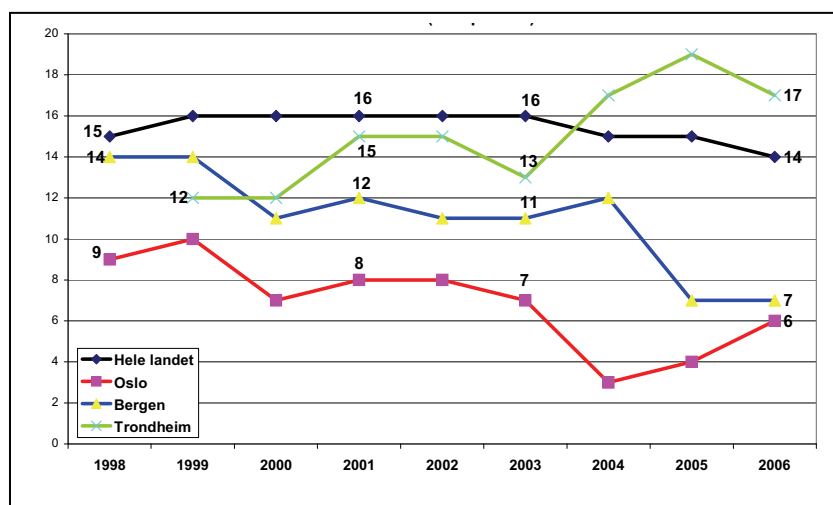
I Figur 4.1 har vi gitt en oversikt over antall plasser/beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, dog med en del forbehold.

³⁴ For å konkludere mer sikkert på det punktet trenger vi imidlertid oppgaver over nybygde omsorgsboliger i de 3 byene i denne perioden samt til hvilke aldersgrupper de har gått til. Vi trenger mao oppgaver både om brutto tilvekst og avgang. Nettotallene tyder imidlertid ikke på vesentlig satsing på slike boliger i disse byene.

Nå viser vi hvordan dekningsgraden i slike boliger for eldre varierer. Dekningsgraden har vi - analogt til øvrige beregninger av dekningsgrader i denne rapporten - relatert til befolkningen 80 år+. Vi har således beregnet boligtilbudet som antall boliger/beboere 67 år+ i forhold til antall pers 80 år+.

I denne omgangen tar vi for oss dekning i antall kommunale boliger til pleie- og omsorgstjenester uavhengig av hvilken funksjon disse har, f. eks den andel som dekker behovet for heldøgnspleie- og omsorg. Det viktige spørsmålet kommer vi tilbake til, særlig fordi det er sentralt når en sammenlikner dekningsgrader i institusjon.

Figur 4.2 *Antall plasser i kommunale boliger med personer 67 år+ pr 100 personer 80 år+. 1998-2006. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.*



Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk. Statistikkbanken, Oslo 2007.

I 1998, da *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til, var det - som nevnt innledningsvis, jfr figur v1 i Vedlegg I - 28.250 beboere 67 år + i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Dette tilsvarte 15 slike kommunale boliger til eldre pr 100 personer 80 år+. Denne andelen økte til 16 i 2000, for siden å avta til 14 enheter pr 100 personer 80 år+ i 2006, jfr figur 4.2.

Som vi kommer tilbake til i kap 4.4, ble det på landsbasis ytt pleie- og omsorg på heldøgnsnivå i 26 pst av slike boliger bebodd av personer 67 år+ i 2006. Disse boligene vil i mange kommuner således ha en funksjon som er av vesentlig betydning for det samlede pleie- og omsorgstilbudet, og som 'avlastning' for sykehjemmene.

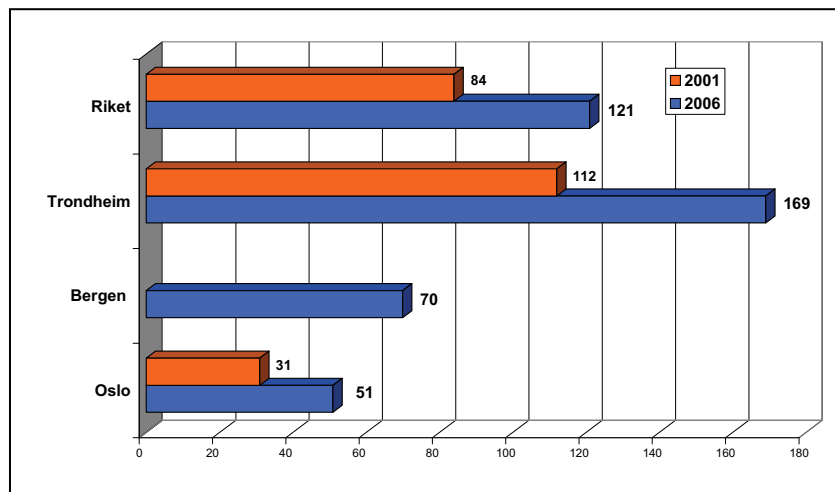
Oslo har imidlertid en dekningsgrad i slike boliger for eldre som er under halvparten av gjennomsnittet for hele landet, idet denne i 2006 utgjorde 6 boliger pr 100 eldre 80 år + mot 14 boliger på landsbasis. Situasjonen har vært svak i forhold til dette tilbudet både under *Handlingsplan for eldreomsorgen* og i forhold til den store innsatsen som jevnt over har funnet sted i de fleste kommuner i forhold til bygging av omsorgsboliger fra 1994 og fram til i dag.

Oslo har et dårlig tilbud i slike boliger sammenliknet med Trondheim, hvor dekningsgraden i slike boliger er vesentlig høyere. I Bergen er imidlertid tilsvarende dekningsgrad bare litt i overkant av Oslos, jfr figur 4.2.

4.2.3 Omfang av omsorgsboliger i Oslo, Bergen og Trondheim

Det som er bygget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fra 1994 og fram til i dag, er i det alt vesentlige omsorgsboliger. Hvor aktive de store byene har vært på dette feltet de 10 siste åra - som tidligere nevnt - bør således gjenspeile den vekt de tillegger prinsippet om boliggingjøring av omsorg.

Figur 4.3 *Antall omsorgsboliger i forhold til pr 1000 personer 80 år+ i 2001 og i 2006. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.*



Kilde: SSB og Husbanken 2007.

Vi gjør her rede for antall slike boliger i 2001 og 2006 regnet pr 1000 innb 80 år +.³⁵

I følge oppgaver fra Husbanken/SSB hadde Oslo i 2006 ferdigstilt 1222 *omsorgsboliger* mot 752 i 2001. Til sammenlikning hadde Trondheim ført opp 1025 slike boliger. Forskjellen er imidlertid at Oslo har fire ganger så mange personer over 80 år som Trondheim.

Dekningsgraden for omsorgsboliger regnet i forhold til befolkningen 80 år+, var i 2006 på landsbasis 121 plasser pr 1000 pr innb. 80 år+, mot 51 i Oslo, jfr figur 4.3. Om Oslo skulle ha hatt dekningsgrad i omsorgsboliger som gjennomsnittet for landet, måtte antallet slike boliger ha vært 2.900 og ikke 1222. Differansen på omlag 1700 omsorgsboliger viser hvor langt etter Oslo befinner seg i forhold til resten av landet. Til det kommer antakelig at en mindre del av disse boligene er bebodd av eldre sammenliknet med resten av landet, jfr anføringen avslutningsvis i dette avsnittet.

Når det gjelder omsorgsboliger foreligger det ingen fordeling av beboerne etter alder i oppgavene fra SSB/Husbanken. Men om den relative andelen personer 67 år+ i omsorgsboliger i 2006 var den samme som den for samtlige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, skulle Oslo ha hatt 1.840 omsorgsboliger bebodd av personer 67 år+ det året for å ha det samme antall som gjennomsnittet for landet i forhold til sin faktiske eldre befolkning. Vi kjenner ikke andelen eldre i *omsorgsboliger* i Oslo, men den er vesenlig lavere enn på landsbasis idet Oslo i 2006 totalt hadde 1.222 slike boliger.³⁶

Bergen har imidlertid relativt sett noen flere slike boliger enn Oslo. Trondheim har derimot et tilbud i omsorgsboliger tilsvarende 164 omsorgsboliger pr 1000 pers 80 år+, eller vel 3 ganger så høy dekning som Oslo, jfr figur 4.3. Den lavere dekningsgraden i sykehjem i Trondheim enn i Oslo er antakelig i betydelig grad kompensert for, jfr pkt 4.4.2.

³⁵ Vi kjenner ikke aldersfordelingen blant beboerne av de 26.400 omsorgsboligene i 2006. Men vi vet at av de nærmere 49.000 kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål i alt, var 31.858 bebodd av eldre 67 år+, eller 65 pst. (SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk 2006, Oslo 2007). Hvis andelen eldre i omsorgsboligene er den samme, betyr det at vel 17.000 av omsorgsboligene var bebodd av eldre 67 år på landsbasis det året.

³⁶ I Oslo var 51 pst av samtlige kommunale boliger i 2006 bebodd av eldre 67 år+. Om den relative andelen eldre er like stor i omsorgsboliger som i samtlige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo i 2006, måtte det være $1.222 * 51 / 100 = 623$ omsorgsboliger bebodd av personer 67 år+. Den faktiske andelen kjenner vi imidlertid ikke.

Men som vi har nevnt tidligere, er det en rekke brukergrupper som bor i de nye omsorgsboligene, og langt fra bare eldre. Her bor utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, personer med psykiske problemer og lidelser, personer under rusomsorg, bostedsløse osv., jfr også kap 5.2.3. Vi har begrenset kunnskap om hvordan disse fordeler seg på omsorgsboligene. Hvis de sistnevnte brukergruppene er betydelige, kan det imidlertid være noe misvisende å nytte pers 80 år+ som referanse for dekningsgrad slik vi har gjort her.

Siden de eldre i alle kommunale boliger til pleie og omsorg utgjør bare halvparten av disse beboerne i Oslo, mot 65 pst på landsbasis, kan det tyde på at færre av de nye omsorgsboligene i Oslo er bebodd av eldre. At det kan være slik, sannsynliggjøres bl.a. av at svært få kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål er bebodd av eldre med heldøgns pleie og omsorg, jfr pkt 4.4.2.

Det avgjørende spørsmålet er samtidig hvor mange av de eldre beboere i de kommunale boligene som mottar et tilbud tilsvarende heldøgns pleie- og omsorg. Det kommer vi tilbake til i punkt 4.4.2 etter at vi har gjort rede for nærhet til pleie- og omsorgstjenesten for beboerne i kommunale boliger.

4.3 Nærhet til hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene i kommunale boliger

Vi viste i kap 2 til Helsetilsynets undersøkelse av pleie- og omsorgstjenestene i 2003. Der kartla en også *nærhet* til pleie- og omsorgstjenestene på dagtid og om natta. Tidligere har vi hatt relativt sparsomme data om dette. En undersøkelse fra Nord-Trøndelag i 2002 (Romøren og Svorken 2003) viste at hver tredje *omsorgsbolig* var lokalisert umiddelbart nært sykehjemmet. Videre fant en at 6 av 10 av disse boligene hadde *stasjonær* bemanning (personalbase). Dette gjaldt alle omsorgsboliger til alle grupper. Her bor imidlertid ikke bare eldre, men også en betydelig andel utviklingshemmede og andre funksjonshemmede under 67 år.³⁷

Her har vi imidlertid analysert det samme for personer 67 år+ i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, både for dag- og nattid.

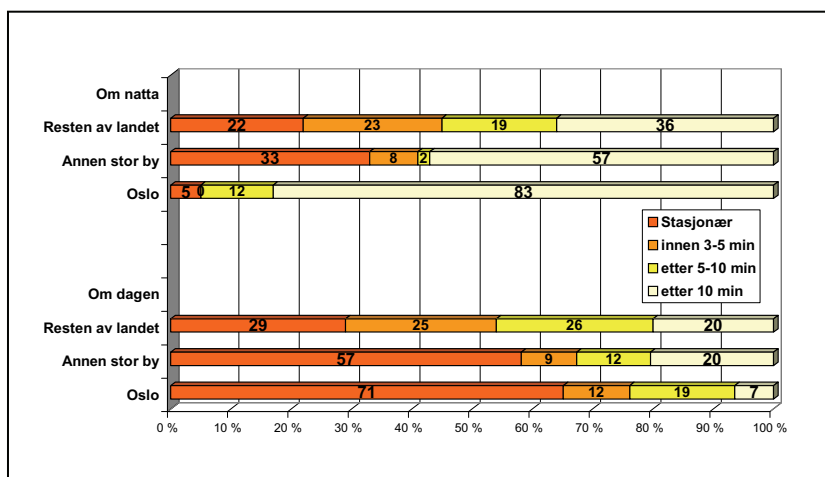
³⁷ I en analyse av utviklingshemmede i dette materialet fra Helsetilsynets undersøkelse fant vi at 69 pst av utviklingshemmede bodde med fast bemanning tilknyttet boliganlegget, mot 28 pst blant øvrige funksjonshemmede 20-66 år (Brevik 2006, NIBR-notat 2006:116, kap 3.2).

4.3.1 Stasjonær bemanning og nærhet til pleie- og omsorgstjenester på dagtid

På landsbasis hadde 33 pst av eldre i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, pleie- og omsorgstjenester gjennom fast/stasjonær bemanning på *dagtid* i 2003. Videre bodde 23 pst slik at hjelpen kunne tilkalles utenfra og komme i løpet av 2-5 minutter. Ytterligere 23 pst bodde med muligheter til hjelp utenfra i løpet av 5-10 minutter. Det betyr at nærmere 8 av 10 eldre i kommunale boliger enten bodde med personalbase eller rimelig god nærhet til omsorgsbases.

Tilgang på pleie- og hjelpetjenester til eldre som bor slik, synes derfor i mindre grad å være betinget av spørsmål om nærhet, men mest av tilgang på faktiske hjelpressurser.

Figur 4.4 Eldre i kommunal bolig. Andel som bor med stasjonær service (personalbase) eller med nærhet til leie- og omsorgstjenester angitt i minutter. Prosent.



Kilde: Statenes Helsetilsyn 2003/NIBR 2007.

Blant de relativt få eldre som bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo, bor 7 av 10 i boliganlegg med fast bemanning på dagtid. Ytterligere 23 pst bor med tilgang på hjelp i løpet av under 10 minutter på dagtid, jfr figur 4.4. Den fysiske nærheten til hjelpepersonalet på dagtid synes god. Eventuelle mangler på hjelp for disse må sannsynligvis derfor aller oftest måtte tilskrives for få ressurser.

4.3.2 Stasjonær bemanning og nærhet til pleie- og omsorgstjenester om natta

Oslo, som har en svært god nærhets-dekning på dagtid i sine kommunale boliger, kommer helt annerledes ut på nattid. Bare 5 pst av eldre i slike boliger i Oslo bor i boliganlegg med fast bemanning om natta. Ytterligere 12 pst kan få hjelpa i løpet av under 10 minutter. Resten, eller 83 pst, må vente lenger på slik hjelp, mot 36 pst i resten av landet.

Det er således en vesentlig annen situasjon *nattestid* i Oslos kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål enn det som er vanlig i kommunene generelt, samtidig som pleietyngden hos beboerne er her omtrent den samme og andelen med *demens som hovedårsak* til behovet for hjelp, er noe større³⁸. Og det er slike situasjoner som er de mest prekære i forhold til flytting til sykehjem. Slik sett er ikke et tilbud sterkere enn det svakeste leddet. Oslo synes i stor grad å basere natt tilbudet i de kommunale boligene på trygghetsalarm, mens bemannet tilstedeværelse er sjelden. Forskjellen til resten av landet er radikal.

4.3.3 Eldres kommunale bolig som del av bofellesskap/bo kollektiv.

En betydelig andel av de omsorgsboligene som er bygget fra 1994 og utover, er fellesskapsboliger i ulik grad.³⁹

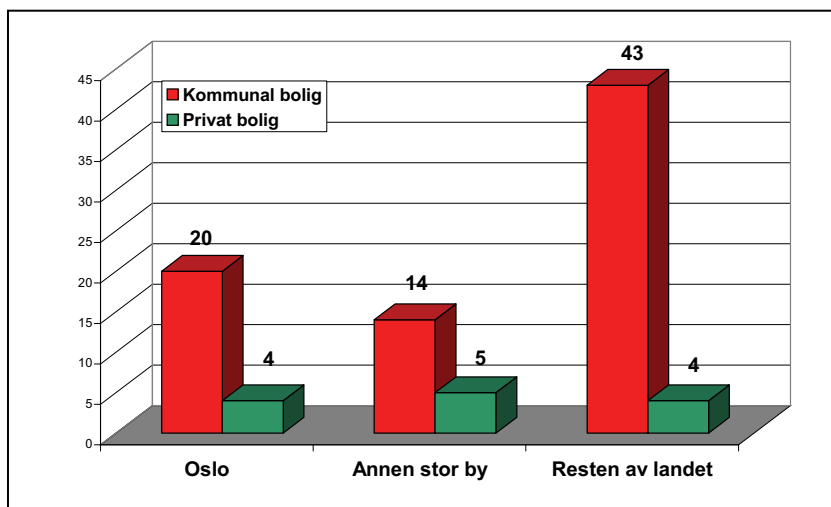
Denne undersøkelsen viser at på landsbasis bor 40 pst av eldre som del av bofellesskap/bokollektiv (aller oftest bofellesskap) når de bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Det samme gjelder halvparten, eller 20 pst i Oslo.

Det er de øvrige kommunene som i ikke ubetydelig grad har integrert sine eldre i bofellesskap, mens Oslo og de større byene har gjort det i mindre grad. Det kan også delvis være en av årsakene til at eldre i Oslo kommer ut med et dårligere tilbud i de heimebaserte tjenestene kvantitativt sett, jfr kap 5, men neppe i betydelig grad.

³⁸ Vi viser her til Brevik 2007b, NIBR-notat 2007:111; *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning. Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse 2003*, kap 1.2.5, figur 1.3 og figur v1.5.

³⁹ Av omsorgsboliger bygget i perioden 1998-2003 hadde 7 av 10 fellesareal, dvs de er del av ulike former for bofellesskap (Husbanken 2004).

Figur 4.5 *Andel eldre som bor i bofellesskap/bokollektiv i kommunale boliger og i ordinære private boliger etter om de bor i Oslo, annen stor by eller resten av landet. Prosent*



Kilde: Statens helsetilsyn 2003/NIBR 2007.

Men det å bo tilknyttet bofellesskap eller service gjennom personalbase eller gjennom nær omsorgsbasis, vil imidlertid kunne gi tilleggs-kvalitet i form av trygghet som antakelig oftest må avleses som et pluss ut over den rene tilgang på hjemmehjelp og hjemmesykepleie målt i timer.

4.4 Andel kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie og omsorg

4.4.1 Andel med heldøgns pleie- og omsorg i kommunale boliger – resultater fra enkelt undersøkelser

Vi har tidligere gjort rede for de kommunale boligenes pleie- og omsorgsfunksjon ut fra gjennomsnittsmål for tilførte årsverk i de heimebaserte tjenestene, jfr vedlegg I til denne rapporten, pkt 3 og ved pleie-tyngde/hjelpebehov hos eldre i slike boliger, jfr kap 2.3. Dette besv-arer imidlertid ikke spørsmålet om hvor mange eldre som bor slik at de samtidig har funksjonstap og tilførsel av heimebaserte tjenester

som gjør at boligene har funksjon av å yte heldøgns pleie- og omsorg på til nærmet institusjons nivå.

Det spørsmålet er imidlertid forsøkt besvart gjennom tre enkelt undersøkelser i til knytning til evaluering av *Handlingsplan for eldre omsorgen* og i regi av NIBR, Statens Helsetilsyn og NOVA.

De tre ulike undersøkelsene⁴⁰ - en på landsbasis, en annen i et utvalg kommuner og en tredje i ett enkelt fylke - gir som resultat at omlag *en tredjedel* av beboerne i kommunale boliger til pleie- og omsorgs formål har betydelige funksjonstap og får tilført heimebaserte tjenester som gjør at boligene i ulik grad kan karakteriseres som å fungere som et til bud i 'egnet bolig med heldøgns pleie- og omsorg'.

Resultatene fra den landsomfattende undersøkelse (til alle landets kommuner) ved NIBR i 2001 tydet på at om lag 35-40 pst av de 13.130 omsorgsboligene bygget i perioden 1994-2000, var bebodd av personer *med behov for heldøgns pleie- og omsorg* (Brevik 2003c).

Dette er noenlunde sammenfallende med resultatene fra en annen representativ undersøkelse på landsbasis i regi av Statens Helsetilsyn i 2003 (Romøren 2003). Her fant en at 34 pst av beboerne i slike boliger er *betydelig hjelpetrequende*.

En undersøkelse i alle kommunene i Nord-Trøndelag i 2002 basert på bl.a pleietyngde-registreringer, viste at 32 pst av beboerne i omsorgsboliger var *totalt/sterkt hjelpeavhengige/ trenger en del hjelp* (Romøren og Svorken 2003).

De tre nevnte undersøkelsene viser at jevnt over 1/3-del av beboerne i omsorgsboliger har funksjonstap på linje med pasienter med fast opphold i sykehjem, dvs kan ha tilnærmet institusjons funksjon.

Nå er det ikke slik at alle eldre som har plass i sykehjem eller har såkalt 'heldøgns pleie- og omsorg' i kommunal bolig for eldre og funksjonshemmede, har samme grad av funksjonstap og hjelpebehov. Det går således ingen skarp grense mellom personer i kommunal boliger eller sykehjem mht hvem som har hjelp på 'heldøgnsnivå' eller på 'sykehjemsnivå', jfr kap 2.3.

I den landsomfattende undersøkelsen (Romøren 2003) ble alle som inngikk i den gjennomgått og bedømt ut fra et eget mål for omfang av funksjonssvikt, den såkalte Barthels ADL-indeks. For beboerne i de

⁴⁰ Vi viser til nærmere omtale av resultatene fra disse undersøkelsene i Brevik I: *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk* (NIBR-notat 2007:102, kap 8).

nye omsorgsboligene bygget med Husbankstandard etter 1993, var Barthel-skåre 14,8, og i øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål var den 15,5, mens den for dem som bodde i egen ordinære hjem var 16.6⁴¹. Barthel-skåre for sykehjemspasientene var til sammenlikning 8.1 og for aldershjemsbeboerne 12.8.

Første generasjons beboere i de nye omsorgsboligene er ut fra gjennomsnittsbetraktninger mennesker med et begrenset hjelpebehov sammenlignet med sykehjemspasientene (Romøren 2003). Funksjonsnivået blant dem som bor i de nye omsorgsboligene er bare noe lavere enn gjennomsnittet for tjeneste mottakerne i vanlige hjem (med både praktisk bistand og hjemmesykepleie).

Dagens omsorgsboliger representerer imidlertid et vesentlig større fysisk potensial for omsorg enn det som 'tas ut' gjennom dagens 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 nevnt 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.

Det at omsorgsboligene gir muligheter til å omgås andre som mulig motvekt til ensomhet og angst, vurderes som et positivt aspekt i de fleste kommuner. I følge NIBRs undersøkelse i 2001 tillegges 9 av 10 kommuner sine omsorgsboliger en slik funksjon (Brevik 2003c). Her står vi antakelig ved en svært betydelig egenskap og gevinst ved omsorgsboligbyggingen de seinere år.

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

Statistisk sentralbyrå har imidlertid for årene 2005 og 2006 kartlagt andelen slike boliger som i følge faglige vurderinger i kommunene er bebodd av personer med heldøgns pleie- og omsorg⁴². En fant at det

⁴¹ Her må vi ha i mente at undersøkelsen blant dem som bor i egne ordinære hjem, bare gjelder dem som både har hjemmehjelp og hjemmesykepleie, mao oftest dem med størst hjelpebehov. De som f. eks bare har hjemmesykepleie eller bare hjemmehjelp, er ikke med der (Romøren 2003, s 40), jfr for øvrig kap 2.1 her.

⁴² I følge registreringsskjema 6 til Kostra for 2006, var en slik bolig med heldøgns pleie- og omsorg bl. a definert ved *heldøgns bemanning* i den forstand at en "forutsetter at det er en ansatt i boligfellesskapet/bygningen hele døg-

på landsbasis i 2005 og 2006 gjaldt hhv 32 pst og 34 pst av alle kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Det synes således å være stor overensstemmelse mellom resultatene fra enkeltundersøkelsene som vi har referert fra og den landsomfattende registreringen.

Men på bakgrunn av det vi har vist (Romøren og Svorken 2003, jfr Brevik 2007a, kap 8), om variasjon i pleietyngde hos personer i slike boliger, er det fortsatt en viss usikkerhet knyttet til hvem som er inkludert under 'heldøgns pleie- og omsorg', samt hva som er spennvidden i dette begrepet. Når de landsomfattende resultatene fra det statlige IPLOS-systemets registrering av pleietyngde og hjelpebehov foreligger i 2008, er vi imidlertid langt bedre rustet til å besvare dette spørsmålet.

Det som umiddelbart er nokså innlysende, er at andelen slike boliger bebodd av eldre med heldøgns pleie- og omsorg, er av vesentlig betydning for samlet dekningsgrad i forhold til institusjon/ boformer med heldøgnspleie og omsorg. Derfor har vi sett nærmere på dette.

NIBR har på grunnlag av SSBs registreringer beregnet at i 2005 og 2006 var etter kommunenes vurderinger hhv 24 pst og 26 pst av kommunale boliger til pleie- og omsorgs formål til *personer 67 år+* bebodd av personer med heldøgns pleie og omsorg.

I 2006 utgjorde dette 8.400 kommunale boliger *med heldøgns pleie og omsorg* med personer 67 år+. Det gir aleine en dekningsgrad i enheter med heldøgns omsorg tilsvarende 38 plasser pr 1000 innb 80 år+ på landsbasis, jfr figur 4.6⁴³.

Det gir på landsbasis en samlet dekningsgrad i *institusjon pluss boliger med heldøgns pleie og omsorg til personer 67 år+*, tilsvarende 227 enheter pr 1000 innb 80 år+ i 2006.

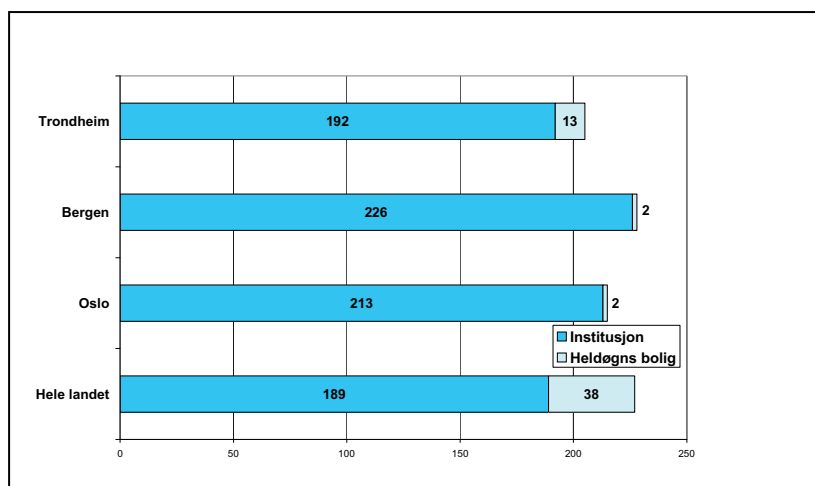
Vi har tidligere vist (kap 3.7, figur 3.8) at dekningsgraden i institusjon ble redusert i årene med Handlingsplan for eldreomsorgen, fra 229 plasser pr 1000 innbygger 80 år+ i 1998 til 188 plasser i 2006. Noe av denne reduksjonen ble det imidlertid til en viss grad kompensert for ved at det i 2006 var en dekningsgrad i kommunale boliger tilsvarende

net". Boliger med heldøgns pleie og omsorg er mao boliger som har bemanning gjennom det vi annet sted (Brevik og Høyland 2007) har benevnt som 'personalbase' med tjenester på permanent døgnbasis. Omvendt betyr det at når tjenestene tilføres boligen *utenifra* fra en instans som er virksom på døgnbasis, er det *ikke å regne* som '*bolig med heldøgns pleie og omsorg*'.

⁴³ I 2006 var det i alt 41.120 plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. I forhold til disse utgjør kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg til personer 67 år+ 20 prosent.

38 enheter pr 1000 innb pr 80 år+, eller samlet 227 plasser pr 1000 innb. 80 år +, jfr figur 4.6. Den faktiske heldøgnsdekningen for eldre er m.a.o. ikke vesenlig endret i løpet av disse 8 åra.

Figur 4.6 *Dekningsgrad i institusjon + kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg til personer 67 år+. Oslo, Bergen og Trondheim og Hele landet. Ant enheter pr 1000 pers 80 år+. 2006.*)*



*) Kilde: Kostra, Detaljerte nøkkeltall og Kostra grunnlagsdata (beregninger), SSB/NIBR, Oslo 2007.

Vi har imidlertid beregnet dekningsgrad i forhold til kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål begrenset til beboere 67 år+. Offisielt regner en imidlertid annerledes. Helse- og omsorgsdepartementet⁴⁴ tar f.eks utgangspunkt i definisjonene og målsettingen om dekningsgrad fra 1997 i tilknytning til framlegget om Handlingsplan for eldreomsorgen. Her legger en til grunn et behov for "plasser med heldøgns pleie-

⁴⁴ 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 institusjons plasser og omsorgsboliger, dvs kommunale boliger bygget med støtte fra Husbanken fra 1994 og utover. Her ser en imidlertid bort fra øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, jfr St prp nr 1 (2007-2008), Statsbudsjettet HOD, tabell 5.11, s 195.

og omsorg i egnet bolig tilsvarende om lag 25 pst av befolkningen 80 år og eldre”, og forutsatt en godt utbygd hjemmetjeneste⁴⁵.

Dette gir en samlet dekning i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg i 2006 tilsvarende 77 slike boligenheter pr 1000 80 år+. Sammen med en dekningsgrad i institusjon tilsvarende 189, blir samlet dekning i heldøgns omsorg i 2006 266 enheter pr 1000 innb 80 år+, mot 227 beregnet slik vi har gjort. Regnet på den offisielle måten, er målet for handlingsplansatsingen 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 til personer under 67 år utenfor våre beregninger og *beholder eldre både i teller og nevner* når vi beregner rater.

Om kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg i de store byene

De tre største byene har alle svært få kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg. Oslo og Bergen har ifølge egne oppgaver gitt til SSB svært få personer 67 år+ (58/23 pers) med heldøgns pleie- og omsorg i slike boliger. Oslo har en dekningsgrad *i institusjon pluss i kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg til personer 67 år+* tilsvarende 215 enheter pr 1000 innb 80 år+, jfr figur 4.6.

Fra å ha en dekningsgrad betydelig over landsgjennomsnittet for institusjonsplasser, befinner hovedstaden seg med en samlet dekningsgrad 5 pst underlandsgjennomsnittet når vi bringer inn boliger med heldøgns pleie- og omsorg.

I Trondheim utgjorde de kommunale boligene bebodd av eldre med heldøgns pleie og omsorg, 13 pr 1000 per 80 år+. Det gir samlet dek-

⁴⁵ Og i St meld nr 31 (2001-2002) gjentas det at alle kommuner gjennom Handlingsplanen "skal få mulighet 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."

ningsgrad i 2006 tilsvarende 205 enheter pr 1000 innb 80 år+, eller noe under Oslo.

De få heldøgnsboligene i Bergen endrer lite på det samlede bildet. Bergen har likevel den beste dekningsgraden i institusjoner/boliger med heldøgns pleie og omsorg av disse tre byene, med 228 enheter pr 1000 innb 80 år+⁴⁶ eller som landsgjennomsnittet, jfr figur 4.6.

Til slutt nevner vi at om Oslo skulle ha hatt samme dekningsgrad i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg til personer 67 år +* som på landsbasis i 2006, dvs 38 enheter pr 100 innb 80 år+, måtte en ha hatt i overkant av 900 slike boliger. At en bare hadde 58, understreker hvor svakt Oslo er forspent med kommunale boliger som del av den øvre del av omsorgstrappa.

⁴⁶ Men f. eks i Hordaland er det flere kommuner som har en langt større samlet dekningsgrad i institusjon pluss kommunal bolig med heldøgns pleie og omsorg. Således var den samlede dekningsgraden i 2006 i f. eks Os kommune 259, i Fusa 267, i Fedje 314 og i Askøy 338 enheter pr 1000 pers 80 år+ (beregnet ved NIBR på grunnlag av Kostra 2006, detaljerte nøkkeltall og grunnlagstall). Tilsvarende vil en jevnt over finne i alle landets fylker.

5 De heimebaserte tjenestene

5.1 Innledning

Vi vurderer det som særlig viktig å gjøre rede for de *heimebaserte tjenestenes* omfang, type og fordeling på bruker grupper i Oslo. Vi vil ta for oss utviklingen de seinere åra og samtidig vise hvor stor del av disse tjenestene som går til brukere under 67 år. Dette for å minne om at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ingenlunde er reservert eldre.

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 det er en omfattende bruk av den heimebaserte delen av disse tjenestene blant personer under 67 år. Forøvrig er det slik - og som vi vil dokumentere i kapittel 7 - at en voksende del av den samlede årsverksinnsatsen i de seinere åra har falt på de heimebaserte tjenestene.

Når vi skal sammenlikne innsatsen i de heimebaserte omsorgstjenestene, trenger vi kunnskap om andelene brukere, men også det samlede omfang i bruken av ressurser, dvs årsverksinnsatsen. Vi har tidligere vist (Toresen 2003, Brevik 2003a, Brevik 2007a) at i 2001 gikk 22.880 av de 48.100 årsverkene i hjemmetjenestene den gangen til personer under 67 år, dvs andre enn eldre. Dette utgjorde 48 prosent av disse årsverkene. Etter 2001 har det ikke foreligget oppgaver over årsverk i de heimebaserte tjenestene fordelt på aldersgrupper.⁴⁷ Men siden omtrent hele nettotilveksten av brukere av disse tjenestene i de seinere åra er kommet blant brukere under 67 år, jfr kap 5.5, er denne andelen i dag sannsynligvis vesentlig høyere, antakelig henimot 60

⁴⁷ Våre oppgaver fra 2001 er basert på beregninger ved hjelp av regresjonsanalyse-teknikker gjennomført ved NIBR (Toresen 2003).

pst. Det kommer vi tilbake til et annet prosjekt ved NIBR som tok til høsten 2007.⁴⁸

Når de yngre bruker så vidt mye av ressursene i heimebasert omsorg, blir det viktig å korrigere for deres bruk ved sammenliknende analyser av årsverksinnsatsen i Oslo sammenliknet med de andre store byene og landet for øvrig.

Det er imidlertid slik at en i SSBs statistikk over årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Kostra), ikke skiller i bruken av årsverk, verken mellom institusjon og heimebaserte tjenester eller i bruk en av heimebaserte tjenester etter alder. En gir bare oppgaver over antall beboere i institusjon og kommunale boliger til pleie og omsorg og over antall *brukere* av heimebaserte tjenester *etter alder*. Men siden de yngre brukerne jevnt over bruker *langt mer* pr person enn de eldre⁴⁹ - uten at vi har løpende statistikk som eksakt viser hvor mye - blir det imidlertid vanskelig å nytte antall brukere som omregningsfaktor.

Men om vi foreløpig forutsetter at bruken av hjemmetjenester pr person, er den samme på de stedene vi sammenlikner Oslo med, vil det bare være eventuelle forskjeller i innslaget av yngre brukere som kan påvirke hvor mye av den samlede innsatsen i heimebaserte tjenester som går til eldre. Derfor vil vi nettopp se nærmere på dette.

⁴⁸ Vi viser her til oppdragsprosjektet for Kommunenes sentralforbund (KS): *Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten – økonomiske virkninger og alternative finansieringsordninger*.

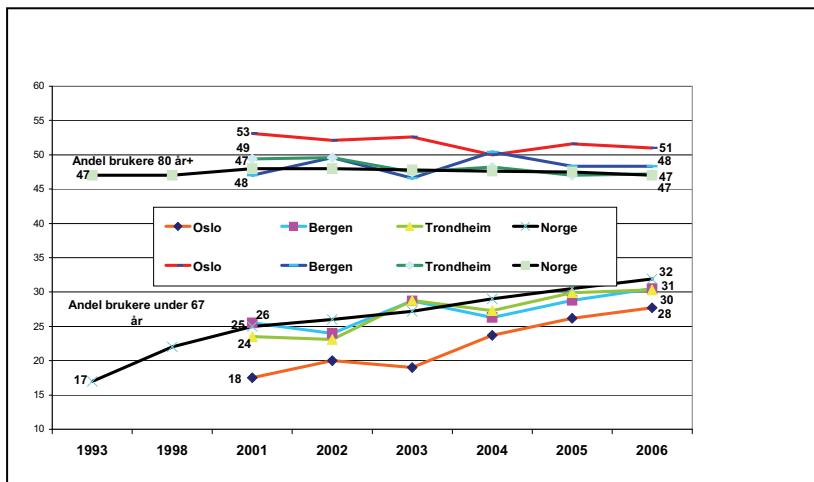
⁴⁹ Ved NIBR har vi beregnet at bruken av hjemmetjenester i 2001 tilsvarte, 0,30 årsverk pr bruker i gjennomsnitt. Men variasjonene var store. Blant beboere i ordinære private boliger representerte bruken 0,18 årsverk pr person pr år uansett alder. Blant eldre 67 år+ i omsorgsboliger tilsvarte innsatsen 0,34 årsverk pr beboere og i øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål ble det tilsvarende ytt 0,24 årsverk pr beboer 67 år+. Men betrakter vi alle kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer under 67 år under ett, var innsatsen 1,30 årsverk pr beboer (Brevik 2003b, beregnet på grunnlag av Toresen 2003). Som tidligere vist, dreide dette seg den gangen om vel 18.400 årsverk (Brevik 2007a, kap 9.2). Variasjonene i bruken pr person etter alder og boform er så store at en jevnføring etter antall brukere er svært vanskelig. Derimot gir disse oppgavene en viss mulighet til å standardisere årsverksbruken etter alder og boform.

5.2 Kjennetegn ved brukere og bruken av heimebaserte tjenester

5.2.1 Andel brukere av heimebaserte tjenester under 67 år

I tidligere analyser har vi pekt på at personer under 67 år er betydelige brukere av de heimebaserte tjenester innen kommunal pleie- og omsorg. Deres bruk tiltok vesentlig under *Handlingsplan for eldreomsorgen*, slik vi tidligere har vist for perioden 1998-2001. Da gikk en vesentlig del av veksten i de heimebaserte tjenestene til nye brukere, og særlig til brukere under 67 år (Brevik 2003a, kap 1.3).

Figur 5.1 *Andel av alle mottakere av heimebaserte tjenester som er under 67 år og 80 år+. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 1993-2006 og 2001-2006. Prosent*).*



*) Kilde: Kostra, *Detaljerte nøkkeltall (2001-2006)* og Statistikkbanken (1995-2002), SSB, Oslo.

Da HVPU-reformen forlengst var avsluttet (1998), utgjorde personer under 67 år 22 pst av brukerne av kommunale heimebaserte tjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie), mens andelen i 1993 var 17 pst (5 prosentpoeng lavere), jfr figur 5.1. I løpet av første del av perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2001) steg denne andelen til 25 pst (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 pst på landsbasis i hele perioden 1993-2006, jfr figur 5.1.

I de 5 siste åra har de yngres andel av alle brukere også tiltatt i de tre største byene som i resten av landet. Utviklingen har vært helt parallell. Mens Bergen og Trondheim har hatt en andel brukere under 67 år jevnt over nært landsgjennomsnittet, har Oslo hele tiden hatt en lavere andel sjøl om veksten i yngre brukere også her har vært særlig stor de seinere åra, jfr figur 5.1. Andelen brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i Oslo var i 2006 28 pst mot 32 pst på landsbasis.

Dette har sin motsvarighet i at Oslo i perioden 2001-2006 har hatt en noe høyere andel brukere 80 år+ enn gjennomsnittet for landet og de to andre store byene, jfr figur 5.1. Men siden antall yngre brukere har økt en god del, har andelen brukere av hjemmetjenester, særlig 67-79 år, men også 80 år+, blitt tilsvarende redusert i perioden (se figur 5.2).

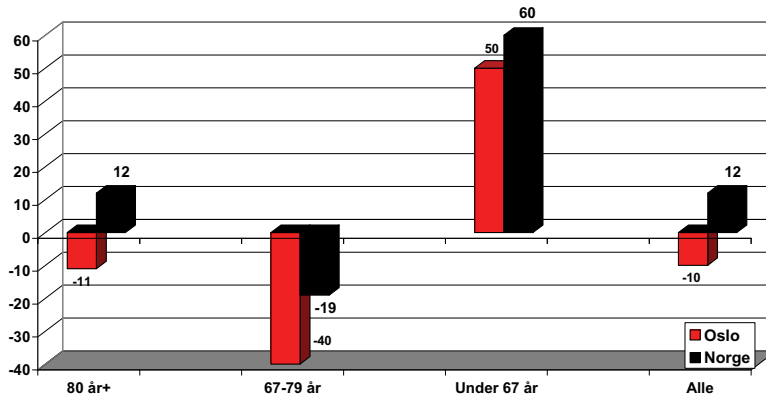
Konklusjonene er imidlertid at det ikke er vesentlige forskjeller i *andelen* yngre og eldre brukere av heimebaserte tjenester i de tre største byene i forhold til landsgjennomsnittet. Oslo skiller seg imidlertid noe ut med en noe lavere andel brukere under 67 år og en helt tilsvarende større andel blant personer 80 år.

Eventuelle forskjeller i samlet satsing i disse tjenestene mellom byene eller i forhold til landsgjennomsnittet, må derfor forventes i forhold til *ressursbruken pr bruker* og i *det relative antall brukere*, jfr kap 5.3 om bruksrater i de heimebaserte tjenestene og kap 7, om samlet årsverksinnsats.

5.2.2 Relativ endring i antall brukere av heimebaserte tjenester 1998-2006 etter alder

Antallet brukere av heimebaserte tjenester økte på landsbasis med 12 pst i perioden 1998-2006 (fra 152.500 til 171.500). I samme periode økte antallet brukere under 67 år med 60 pst (fra 34.200 til 54.700). Men også antallet brukere 80 år+ økte med 12 pst, mens brukere 67-79 år ble redusert med 19 pst i samme periode, jfr figur 5.2.

Figur 5.2 *Relativ endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder i årene 1998-2006. Oslo og hele landet. Prosent.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistikkbanken SSB/beregninger ved NIBR, Oslo 2007.

Oslo har også hatt en betydelig vekst i antallet yngre brukere, som økte med 50 pst i årene 1998-2006. Men antallet eldre brukere reduseres betydelig, idet det blir 40 pst færre brukere 67-79 år og 11 pst færre 80 år +. Det er en reduksjon som er større enn det som kan tilskrives reduksjonen av entall eldre i disse to aldersgrupperingene i samme periode, jfr figur 5.3 nedenfor, om andelen brukere av heimebaserte tjenester pr innbyggerenhet (bruksrater). I følge SSBs oppgaver er antallet brukere 67 år+ av heimebaserte tjenester i Oslo blitt redusert med 3.200 personer, fra 14.800 i 1998 til 11.600 i 2006, eller med 22 pst på 8 år.

Sjøl om antallet yngre brukere økte betraktelig i perioden, er reduksjonen i eldre brukere så vidt stor at samlet antall brukere av heimebaserte tjenester i Oslo ble redusert med 10 pst i denne nasjonale satsingsperioden. Til sammenlikning økte antallet brukere på landsbasis som nevnt med 12 pst i samme tidsrom, jfr figur 5.2.

5.2.3 Mulige forklaringer på økt antall yngre brukere

SSBs pleie- og omsorgsstatistikk viser at 70 pst av brutto tilvekst i antall brukere i heimebaserte tjenester i årene 1998-2006 falt på personer under 67 år. Resten, 30 pst tilfalt brukere 80 år+. Det understreker

den dominerende tilveksten av yngre brukere i de heimebaserte tjenestene de seinere åra.

Den samlede veksten på 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 + (ca 9.000 personer), jfr figur 5.7. Ironisk nok falt hele nettotilveksten i antall brukere i perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen* på brukere under 67 år.

Det er framfor alt yngre funksjonshemmede som særlig har nytt godt av den moderate satsingen i de heimebaserte tjenestene de seinere åra.

Om utviklingshemmede

Vi har vist at tilveksten i de heimebaserte tjenestene av personer under 67 år har vært den samme i de 10 åra etter at HVPU-reformen var fullført (1996) som i de seks åra *forut* da reformen ble gjennomført. Reformen forklarer sikkert en vesentlig del av tilveksten av yngre brukere før 1996. Men siden utviklingshemmede utgjør en nokså stabil relativ andel av befolkningen, forklarer endringer denne gruppa antakelig nokså lite av økningen 10 siste åra.⁵⁰

I følge en større landsomfattende undersøkelse som NIBR gjennomførte i 2005/2006 var det i 2005 10.350 utviklingshemmede 20-66 år som mottok heimebaserte tjenester⁵¹. Dessuten er det vist at 50 pst av brukerne av heimebaserte tjenester 0-17 år i 2005 var utviklingshemmede⁵², dvs omlag 650 utviklingshemmede under 20 år med slike tjen-

⁵⁰ Antall registrerte utviklingshemmede økte fra 18.305 i 1997 til 21.244 i 2006, eller med ca i alt 3.000 personer i perioden 1997-2006 (Sosial- og helsedirektoratet 2007). I 2005 var 55 pst av disse 20-66 år i egen bolig, og 95 pst brukte heimebaserte tjenester (Brevik I. og Høy land K: *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen*, Rapport NIBR/SINTEF, NIBR, Oslo 2007, s 86). Det gir en antatt økning i antall brukere av heimebaserte tjenester på ca 1.500 personer i denne gruppa, som aldersmessig uansett må omfatte de aller fleste utviklingshemmede brukere av disse tjenestene.

⁵¹ I følge vår undersøkelse var det i 2005 10.900 utviklingshemmede 20-66 år som bodde i egne boliger og der 95 pst mottok heimebaserte tjenester. Det gir -10.350 brukere av heimebaserte tjenester i denne gruppa i 2005 (Brevik og Høyland 2007, kap 3). I tillegg kommer eventuelle brukere blant de ca 2.000 utviklingshemmede 20 år + som bor hos sine foreldre, og for hvem vi ikke kjenner bruken av denne typen tjenester.

⁵² På grunnlag av data fra et utvalg kommuner er det for 2006 vist at 50 pst av mottakerne av heimebaserte tjenester 0-17 år, var utviklingshemmede, jfr Romøren T.I.: *Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'*, Aldring og livsløp, nr 1, NOVA, Oslo 2007.

ester. Samlet gir det 11.000 utviklingshemmede mottakere av i alt 50.150 personer under 67 år med heimebaserte tjenester i 2005, eller ca 22 prosent. Hvem er så de øvrige?

Den betydelige tilveksten i yngre brukere som har funnet sted de senere åra kan i bare liten grad tilskrives økt omfang av helseproblemer i befolkningen. Den skyldes mest sannsynlig i overveiende grad offentlige reformer og økte utskrivninger fra sykehus, dvs er knyttet til 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.

Det er således blitt pekt på at noe av årsakene til at antallet yngre mottakere av heimebaserte tjenester har økt utover i 1990-åra og fram til i dag, skyldes at kommunene er blitt pålagt nye oppgaver gjennom statlige helse- og sosialpolitiske reformer⁵³, hvor *Opptappingsplanen for psykisk helse* antakelig er den viktigste. Og det anføres at 4 av 10 brukere av heimebaserte tjenester under 67 år nettopp er personer med psykiske lidelser.⁵⁴

Samtidig hevedes det at ”anslagsvis en fjerdedel av dagens hjemmetjenestemottakere under 67 år er utskrevne pasienter fra somatiske sykehus. De fleste av dem er enten slagpasienter eller kreftpasienter”, Romøren 2007, s. 9).

Vi oppsummerer med at av de ca 50.000 brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i 2005 var 2 av 10 utviklingshemmede og 4 av 10 var personer med psykiske lidelser. En overveiende del av resten, dvs 4 av 10, har ulike somatiske plager og rusproblemer, og en betydelig del av disse igjen er utskrevne pasienter fra somatiske sykehus.

5.3 Andel eldre brukere av heimebaserte tjenester etter alder

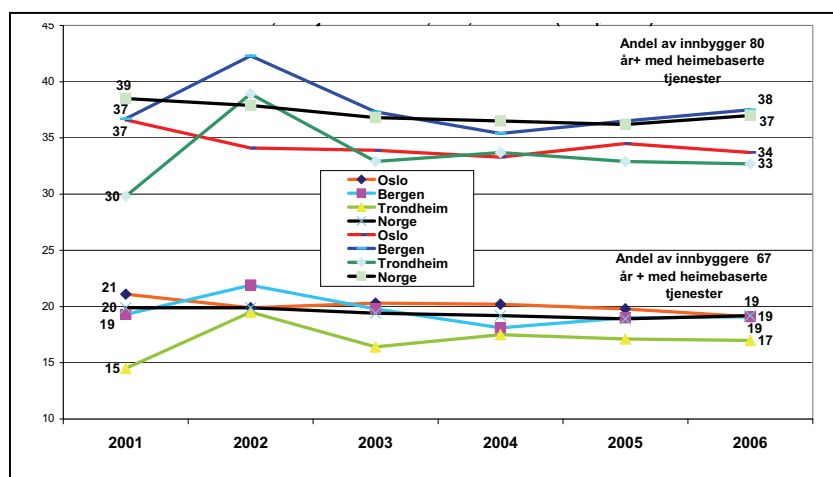
Så langt har vi gjort rede for endring i antall brukere etter alder uten å relatere dette til endringer i befolkningstall. Her vil vi gjøre rede for bruken av heimebaserte tjenester blant eldre pr befolkningsenhet i perioden 2001-2006. Endringer i bruksrater går fram av figur 5.3.

⁵³ Sentrale her er bl.a. *Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2008)* og *Handlingsplan mot rusproblemer (2003-2008)*.

⁵⁴ Vi refererer her til Romøren T.I.: *Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'*, i Aldring og livsløp, nr 1, NOVA, Oslo 2007.

I Norge er det slik at hver femte person 67 år+ er bruker av heimebaserte tjenester. Andelen har vært konstant i perioden 2001-2006. Oslo og Bergen har plassert seg rundt landsgjennomsnittet, mens Trondheim har ligget noe under.

Figur 5.3 Brukerrater - bruk av heimebaserte tjenester blant eldre. Andel innbyggere 67 år + og 80 år + med heimebaserte tjenester. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 2001-2006.



Kilde: Kostra, detaljerte nøkkeltall, SSB, Oslo 2007

I 2006 var 19 av 100 personer 67 år+ brukere av heimebaserte tjenester i Norge, Oslo og Bergen. Det er ingen forskjell i andelen brukere. Poenget er da som nevnt at eventuelle forskjeller må gjenfinnes i omfanget av hjelp pr bruker og hvilke type tjenester en får. Det kommer vi tilbake til.

I tråd med det vi har observert mht reduksjonen i absolutt antall brukere, jfr kap 5.5.4, har denne vært så vidt stor i Oslo at dekningsgraden har gått ned fra 21 til 19 brukere 67 år+ pr 100 personer 67 år+ fra 2001 til 2006.

Denne utviklingen blir enda tydeligere blant personer 80 år+. Antall brukere 80 år+ pr 100 personer 80 år+ i Oslo er redusert fra 37 til 34 pr 100 pers 80 år+ fra 2001 til 2006. Tilbakegangen er både absolutt og relativ både i aldersgruppen 67-79 år og 80 år+.

Og som tidligere vist, er dekningsgraden i institusjon i Oslo blitt redusert med fra 23 plasser til 21 målt i forhold til pr 100 pers 80 år+ i samme periode, jfr kap 3.6. Dette til sammen på fem år synes betydelig.

Mens Oslo og Trondheim har en dekningsgrad i de heimebaserte tjenestene for brukere 80 år+ under landsgjennomsnittet, har Bergen jevnt over plassert seg nært landsgjennomsnittet. Men igjen er poenget at det er ikke vesentlige forskjeller mht den relative andel brukere. Eventuelle vesentlige forskjeller må derfor gjenfinnes i *omfang ytt hjelp* og i *sammensetningen* av tjenestene. Det siste gjør vi rede for i neste avsnitt.

5.4 Type heimebaserte tjenester

5.4.1 Om profil og intensitet i hjemmetjenestene

I en helhetlig studie av Oslos eldreomsorg vil det måtte være viktig å få grep om innretningen og profilen i bruken av de *heimebaserte tjenestene* og deres bidrag til å oppfylle den nasjonale målsettingen om at enhver skal gis mulighet til å bo heime så lenge som mulig samt disse tjenestenes bidrag til å utsette eller forhindre innleggelse i institusjon.

Vi har tidligere vist at det er betydelige forskjeller mellom de store byene og mellom kommunene (Brevik 2007b) mht hvorvidt hjelpa i de heimebaserte tjenestene ytes som kun hjemmehjelp eller kun hjemmesykepleie eller om en kombinerer og yter begge hjelpeformene samtidig. Sammensetningen av tjenestene etter type har vi valgt å benevne som de heimebaserte tjenestenes *profil*.

Men *omfanget* av den hjelp en får, er også en svært sentral, særlig regnet om til årsverk eller timer pr uke pr bruker. Det siste sier noe om det vi betegner som '*intensiteten*' i tjenestene og som i sin tur kan betraktes som et grovt mål for kvalitet.

En profil preget av kombinert bruk av hjemmesykepleie og hjemmehjelp vil antakelig for de fleste eldre samtidig være et aspekt ved intensiteten idet vi legger til grunn at bruk av *både hjemmehjelp og hjemmesykepleie* oftere representerer både mer hjelp og en mer allsidig hjelp enn separat bruk av de to tjenestene.

5.4.2 Bevegelse mot mer målretta og intensiv bruk av heimebaserte tjenester de 15 siste åra

På landsbasis har utviklingen for eldre de siste 15 åra gått mot tiltakende intensiv bruk av heimetjenestene, dvs at hver enkelt bruker gradvis får mer hjelp pr uke, mens antall eldre brukere holdes noenlunde konstant, idet netto tilvekst av brukere etter 1998 i sin helhet har falt

på personer under 67 år, jfr pkt 5.2. Ressurstilførselen tas ut mer målrettet.

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 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. I alle disse landene har en utviklet hjemmetjenestene stadig mer skreddersydde og konsentrert om mennesker med store hjelpebehov (op cit s 26). Det har således de siste årene skjedd en konsentrasjon av ressursene til brukere med omfattende behov for tjenester (op cit s 28).⁵⁵

Helse- og omsorgsdepartementet peker i den sammenhengen på at:

dimensjoneringen av tilbudet i sykehjem og hjemmetjenester ytt i omsorgsboliger og egne hjem, er helt sentralt. Enkelte undersøkelser og forsøk indikerer at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt enn

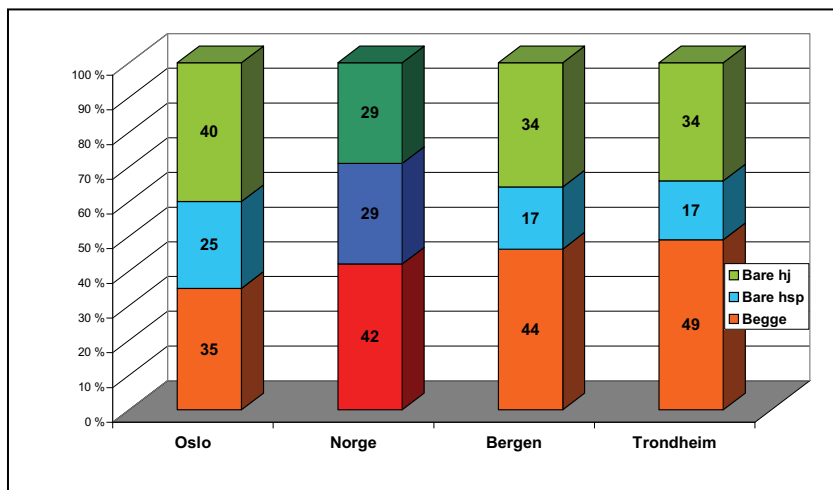
⁵⁵ En viser i meldinga her til NOU 2005:3, *Fra stykkevis til helt*. Her føyer en til at dette imidlertid ser ut til å ha "gått på bekostning av dem som tidligere fikk litt hjelp til praktisk bistand. Dette antas å ha svekket tjenestenes evne til tidlig intervensjon og muligheter til å ivareta forebyggende oppgaver, men styrker tilbudet til de som har størst behov" (op cit., s 28).

institusjons orienterte kommuner, uten at omsorgstilbudet blir dårligere⁵⁶ (op cit s 84).

I vurderingen av Oslos samlede pleie- og omsorgstilbud blir det som nevnt svært viktig å få klarlagt hvor Oslo befinner seg i utvikling i de heime baserte tjenestene i forhold til resten av landet og til Bergen og Trondheim. Dette er helt avgjørende for vurderingen av helheten i Oslos eldreomsorg og i forhold til bruken av sykehjem i Oslo.

Og data fra SSB viser at Oslo skiller seg i betydelig grad fra de to andre byene og gjennomsnittet for landet når det gjelder den særskilte bruken eller *profilen* i bruken av hjemmetjenester. Det er en vesentlig større andel brukere med *bare hjemmehjelp* i Oslo enn på landsbasis, men vesentlig færre med *både* hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Mens 40 pst av brukerne av heimebaserte tjenester i Oslo hadde bare hjemmehjelp (praktisk bistand) i 2006, gjaldt det 29 pst på landsbasis. Og mens det var 35 pst som kombinerte hjemmehjelp og hjemmesykepleie i Oslo, var det tilsvarende 44 pst i Bergen og 49 pst i Trondheim.

Figur 5.4 *Eldre 67 år+. Andel som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, bare hjemmesykepleie eller bare hjemmehjelp. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 2006. Prosent.*



Kilde: Kommunal pleie og omsorgsstatistikk, Statistikkbanken, SSB/ NIBR 2007.

⁵⁶ En viser her bl.a til en studie av Borge og Haraldsvik (2005), *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjon og hjemmetjenesteorienterte kommuner*. Senter for økonomisk forskning AS.

Andelen med bare hjemmesykepleie er imidlertid vesentlig mindre i Bergen og Trondheim, både sammenliknet med Oslo og gjennomsnittet for landet. Den noe hyppigere bruken av hjemmehjelp og hjemmesykepleie i kombinasjon i Bergen og Trondheim synes å ha sin motsvarighet i mindre hyppig bruk av bare hjemmesykepleie.

Hvorfor andelen med bare hjemmesykepleie er så vidt mye lavere i Bergen og Trondheim, gir dette materialet oss ikke inntak til å besvare. Heller ikke hvorfor Oslo har så stor andel med bare hjemmehjelp og en tilsvarende lav andel som kombinerer tjenester. Vi må her bare ta til etterretning at det er slik.

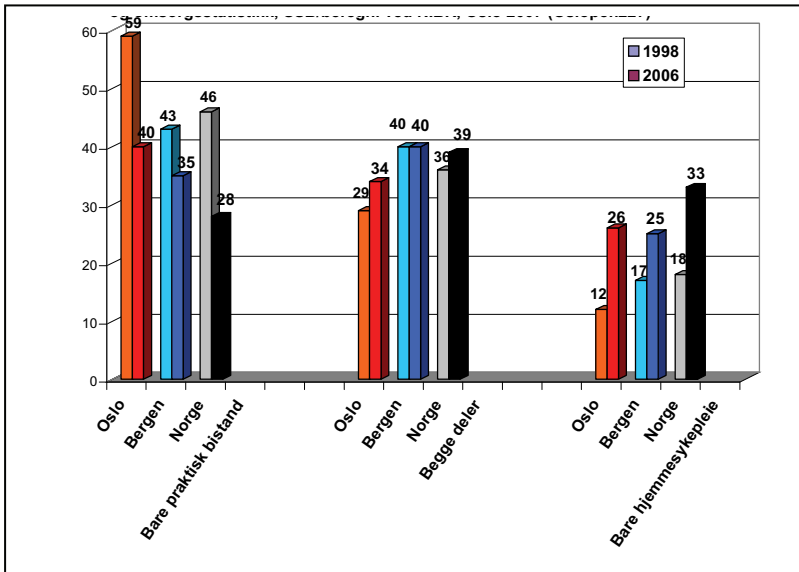
Resultatene synes å underbygge tidligere resultater og vår hypotese om at Oslo har en *mindre intensiv bruk av hjemmetjenestene* enn gjennomsnittet for landet. Det kommer vi tilbake til i kap 5.6-5.8. Vår andre hypotese er at dette har positiv sammenheng med en *samlet lav årsverksinnsats* i hjemmetjenestene, jfr kap 7.

Personer med *bare* hjemmehjelp eller *bare* hjemmesykepleie er erfaringsmessig sjelden personer hvis samlede situasjon nærmere seg behovet for heldøgns pleie- og omsorg i institusjon (sykehjem) eller annen egnet boform. Oslos profil i hjemmetjenestene med mindre hyppig kombinasjon av hjemmehjelp og hjemmesykepleie, vil samtidig sannsynligvis svekke hjemmetjenestene evne til å motvirke tidligere innleggelse i sykehjem og medføre press på sykehjemskapasiteten.

5.4.3 Endringer i sammensetningen av brukerne av heimebaserte tjenester

I årene 1998-2006, som stort sett er sammenfallende med *Handlingsplan for eldreomsorgen*, skjer det betydelig endringer i kommunenes bruk av heimebaserte tjenester. Mens vi i avsnittet foran tok for oss sammensetningen av disse tjenestene for befolkningen 67 år+, omfatter framstillingen her alle brukere.

Figur 5.5 *Andel brukere med bare praktisk bistand, bare hjemmesykepleie eller med begge deler. Oslo, Bergen og Norge. Andeler med bruk av heimebaserte tjenester 1998 og 2006. Prosent.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB/beregninger ved NIBR, Oslo 2007.

Mens 46 prosent av alle brukerne på landsbasis mottok bare hjemmehjelp i 1998, var denne andelen redusert til 28 pst i 2006. Andelen som mottok begge tjenestene var økt litt, fra 36 til 39 pst i samme periode, jfr figur 5.5. Omtrent hele den relative veksten faller således på personer som bare har hjemmesykepleie. Denne andelen økte fra 18 pst i 1998 til 33 pst i 2006.

Det forekommer oss nokså åpenbart at denne utviklingen er svar på noe gradvis nytt og en dreining over mot nye brukere med andre behov som tidligere ikke var der i samme grad. Således er det ikke bare galt å forstå kommunal pleie- og omsorgstjenester som eldreomsorg – slik vi framholdt innledningsvis. Det er etter hvert nokså feilaktig å forstå den bare som pleie- og omsorg i eldreomsorgens klassiske forstand. Den medisinske pleien synes i ferd med å innta en sentral plass. Det kommer vi tilbake til.

I Oslo og Bergen ser vi den samme tendensen, men en er på langt nær kommet så langt som i gjennomsnittet for landet. Det gjelder særlig Oslo. Det synes bl.a å måtte ha sammenheng med en slags 'historisk arv'. Så sent som i 1998 hadde 6 av 10 brukere av heimebaserte tjen-

ester i Oslo bare hjemmehjelp. Andelen var i 2006 redusert til 4 av 10, som likevel er betydelig over landsgjennomsnittet (28 pst). Bergen synes å ha fanget opp den nasjonale trenden tidligere og har lenge hatt en andel som kombinerer begge tjenestene på landsgjennomsnittet (40 pst), jfr figur 5.5.

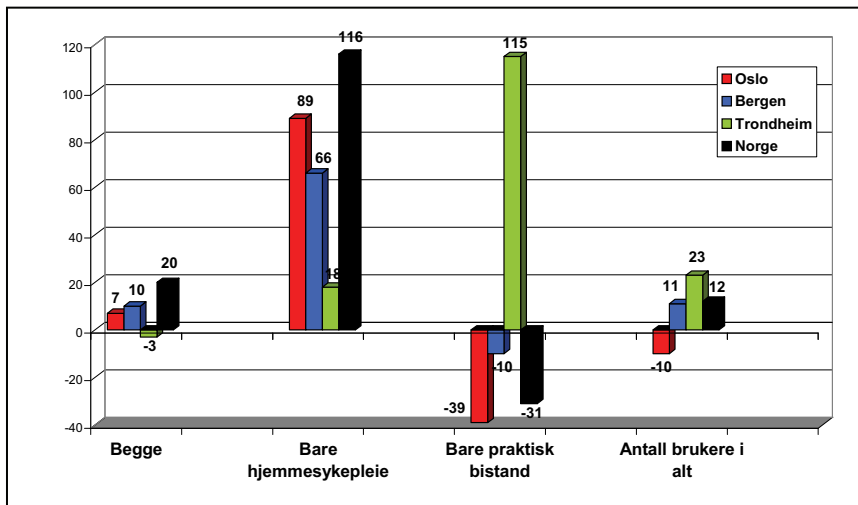
Oslo har imidlertid fulgt opp den nasjonale trenden med bare bruk av hjemmesykepleie, idet andelen med bare denne typen hjelp er doblet i perioden, og gjelder hver fjerde bruker i 2006, eller det samme som i Bergen. Men fordi utgangspunktet var en lav andel, plasserer Oslo seg fortsatt bak landsgjennomsnitt, hvor hver tredje bruker har bare hjemmesykepleie, jfr figur 5.5.

5.4.4 Samlet relativ endring i sammensetningen av heimebaserte tjenester 1998-2006

Vi gjengir her en samlet framstilling av de *relative* endringene i sammensetningen av de heimebaserte tjenestene etter type i perioden 1998-2006. Den viser at andel brukere med *bare hjemmesykepleie* er mer enn doblet på landsbasis i løpet av disse åra, jfr figur 5.6.

Men også andelen som kombinerer begge tjenestene er økt med 20 pst.

Figur 5.6 *Prosentvis endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter type i perioden 1998-2006. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. Prosent.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistikk banken, SSB, Oslo 2007.

Denne utviklingen har samlet ført til at andelen brukere med bare hjemmehjelp, er redusert med 31 pst på landsbasis fra 1998 til 2006. Det er også betydelig.

Antallet brukere av heimebaserte tjenester i alt har *økt* med 11 pst i Bergen og 23 pst i Trondheim, mens antallet er *reduisert* med 10 pst i Oslo, jfr figur 5.6. Dette er betydelig særlig når vi tar i betraktning at den samlede innsatsen i hjemmetjenestene i Oslo både i 1998 og i dag ligger vesentlig - ja, egentlig svært mye - under landsgjennomsnittet og de andre store byene⁵⁷. Det kommer vi tilbake til i kap 7.

Bergen har vært gjennom bare mindre endringer i sammensetningen av de heimebaserte tjenestene, men også Bergen har hatt betydelig vekst i antall brukere av bare hjemmesykepleie. Trondheim utviser et a-typisk mønster med en dobling av antall brukere med bare praktisk bistand og en liten økning i brukere av bare hjemmesykepleie. Om dette skyldes endring i statistikkføring eller har andre årsaker, har vi i prosjektet ikke hatt ressurser til å undersøke nærmere, og må derfor holde oss til SSBs data.

5.5 Endringer i bruk av type heimebaserte tjenester – en nyorientering

5.5.1 Bevegelse mot yngre brukere og brukere av bare hjemmesykepleie- 1998-2001

Vi har vist at det har skjedd en betydelig endring i sammensetningen av brukerne av heimebaserte tjenester *etter type* de seinere åra. Samtidig har vi vist at andelen yngre brukere økt så sterkt at de står for hele netto økningen på i underkant av 20.000 brukere i perioden 1998-2006. Vi vil derfor undersøke nærmere hvordan denne endringen i bruk av heimebaserte tjenester - og da særlig økningen i antall brukere som mottar *bare hjemmesykepleie* - fordeler seg etter alder. Gjelder dette særlig bare yngre brukere, eller går den nye orienteringen også igjen i forhold til eldre og de aller eldste?

⁵⁷ I kap 7 vil vi vise at samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo målt i årsverk i forhold til antall innb 80 år+ i 2006 var 76 pst av landsgjennomsnittet 66 pst av innsatsen i Bergen. Målt på samme måte utgjorde imidlertid innsatsen i de heimebaserte tjenestene 57 pst av landsgjennomsnittet og halvparten av innsatsen i de heimebaserte tjenestene i Bergen og Trondheim, målt i forhold til befolkningen 80 år+. Vi viser her til kap 7 for en mer utførlig redegjørelse.

Vi har tidligere studert denne utviklingen i første delen av perioden 1998-2006 i tilknytning til NIBRs evaluering av *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Her pekte vi på framveksten av yngre brukere og særlig at det etter hvert hadde blitt mange under 67 år blant dem som bare mottar hjemmesykepleie (Brevik 2003c).

Vi framhevet at økningen i brukere som bare mottar hjemmesykepleie, er det mest

markante trekket i utviklingen av hjemmetjenestene i de seinere åra. Brutto ble det om lag 24.000 flere brukere av hjemmetjenestene under HPE-perioden 1998-2001. Denne økningen fordeler seg imidlertid med 2/3-deler på personer med bare hjemmesykepleie og 1/3-del på dem som kombinerer hjemmesykepleie med hjelp fra hjemmehjelpa. Hele bruttoveksten kommer i hjemmesykepleievirksomhet eller blant personer som mottok begge tjenestene. Antall personer med bare hjemmehjelp ble redusert med 12.000 (Brevik 2003a, s 45).

Av tilveksten av brukere med *bare* hjemmesykepleie i perioden 1998-2001, var 4 av 10 under 67 år. Og personer med bare hjemmesykepleie, sto for 2/3-del av netto økningen i antall brukere 67 år+.

Hjemmetjenestene profilerer seg entydig mot hjemmesykepleievirksomhet i denne delen av Handlingsplanperioden. Vi pekte den gang på at det kan tyde på

en viss prioritering av de tyngste brukergruppene i hjemmetjenestene. Videre må tilveksten i bruk av hjemmesykepleie antas å ha en viss sammenheng med den rasjonalisering som har funnet sted i sykehussektoren i de seinere år hvor pasienter oftere og tidligere overføres til kommunene, ikke bare til institusjonene, men kanskje hyppigere til den åpne omsorgen (Brevik 2003a, s. 45).

5.5.2 Endring i antall brukere etter alder og type heimebaserte tjenester 1998-2006

Disse nevnte observasjonene, som ble lite lagt merke til den gangen, forsterkes når vi legger 4 nye år til.

Og når vi så vidt detaljert går inn på dette i denne sammenhengen, er det ikke for å terpe tall, men for å minne om og gi empirisk basisgrunnlag for videre utvikling av kunnskap og drøfting av de betydelige endringer i innretningen av de heimebaserte tjenesten 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', eller i institusjoner - 'mangel på sykehjem.'

Personer under 67 år

I tidsrommet 1998-2006 ble brukerne av heimebaserte 67-79 år redusert, mens brukere under 67 år og 80 år+ vokste med til sammen 27.300 personer. Og hele 2/3-deler av denne tilvekst falt på dem under 67 år, jfr figur 5.7⁵⁸. Økningen på 18.500 brukere under 67 år tilsvarte samtidig hele nettoøkningen på 18.700 brukere i samme periode.

Hele 65 pst av tilveksten var brukere med bare hjemmesykepleie. De resterende 35 pst gjaldt både hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Personer 67 år+

Blant *de eldre* var det ingen netto tilvekst, men et betydelig *skifte mellom de yngre og eldste brukerne* både i antall brukere, dvs mellom eldre 67-79 år og 80 år+ og i bruken av ulike typer tjenester i heimebasert omsorg. Tilbakegangen på i underkant av 9.000 brukere 67-79 år +, ble *oppveid* av en tilsvarende øking på ca 9.000 brukere 80 år +, jfr figur 5.7.

Personer 80 år+

Av en brutto økning i perioden 1998-2006 på vel 15.000 mottakere av heimebaserte tjenester 80 år+, var 65 pst brukere av *bare hjemmesykepleie*, mens resten, 35 pst, brukte begge tjenestene. Forøvrig den samme andel som blant personer under 67 år.

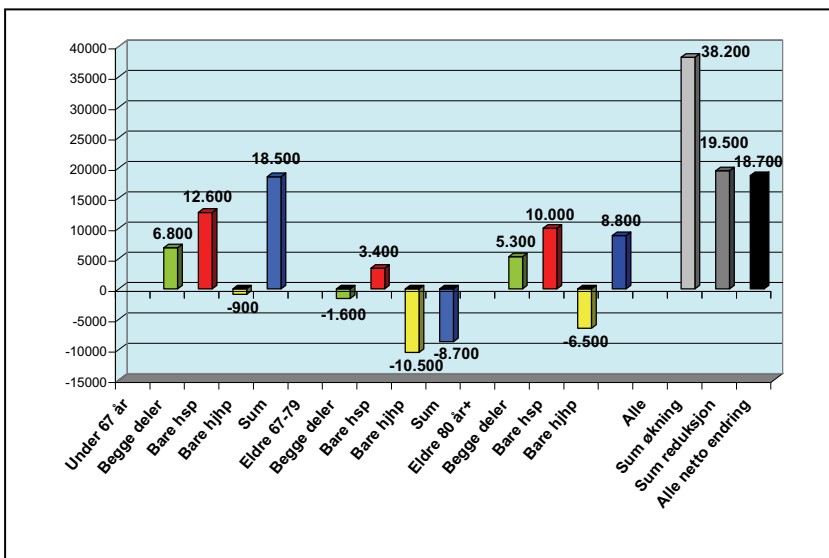
Nettoøkningen med 8.800 brukere 80 år+ i perioden skyldes at det ble 6.500 færre ble mottakere av *bare hjemmehjelp*, eller en reduksjon ved disse på 42 pst i forhold til bruttoøkningen.

⁵⁸ I oppgavene fra SSB for 1998 er det i alt 152.796 brukere av heimebaserte tjenester, mens 150.360 er fordelt på *type* tjenester, dvs 2.436 færre personer ('ubesvarte'). Det gir en tilvekst i forhold til de 171.494 brukerne i 2006 tilsvarende 21.134 personer, mens det faktiske antall er 18.698, eller ca 11.5 pst færre. Alle endringer i antall brukere etter type tjeneste i perioden 1998-2006 er justert i hht dette, dvs at de 2.436 'ubesvarte' etter type tjeneste, er fordelt prosentvis likt ved nedjusteringen av økningen i antall brukere fra 21.134 til 18.698.

Personer 67-79 år

Blant eldre 67-79 år var det en netto reduksjon på 8.700 brukere. Men også i denne gruppa økte brukere med bare *hjemmesykepleie* med 3.500 personer. Det ble imidlertid 12.100 færre med bare hjemmehjelp eller hjemmehjelp i kombinasjon med hjemmesykepleie, men aller oftest brukere med bare hjemmehjelp, jfr figur 5.7.

Figur 5.7 *Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge 1998-2006 etter type tjeneste - bare hjemmesykepleie (rød), bare hjemmehjelp (gul), begge deler (grønn) og alle (blå). Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB, Oslo, 2007

Samlet utvikling

Samlet var det i perioden en brutto og netto økning på 26.000 mottakere av bare hjemmesykepleie samt en brutto økning på 12.100 brukere av begge tjenester. *Det betyr at 2/3-deler av økningen i perioden kom i form av brukere av bare hjemmesykepleie. Den øvrige 1/3-delen kom blant brukere av begge tjenester.* Hjemmesykepleien var således involvert i hele tilveksten. Klarere kan ikke framveksten av den medisinske delen av pleie- og omsorgstjenestene finne uttrykk.

Reduksjonen er nesten helt ut knyttet til mottakere av bare hjemmehjelp. Og av disse var nesten samtlige 67 år+, særlig personer 67-79 år, men også 80 år+.

De ca 18.000 færre mottakere av bare hjemmehjelp, tilsvarer mao omtrent den samlede netto tilvekst på omlag 18.700 personer av heimebaserte tjenester i perioden 1998-2006. Den klassiske bruken av heimebaserte tjenester med bare hjemmehjelp, er betydelig redusert.

Det som kjennetegner denne perioden er den sterke vekst i brukere med *bare hjemmesykepleie*, særlig personer under 67 år. De yngre brukerne sammen med personer 80 år+, sto for nesten hele økningen i denne typen medisinsk tjeneste. Videre har det vært en ikke ubetydelig tilvekst av brukere av *begge tjenester*, både under 67 år og 80 år+.

Det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som nokså reindyrket kjennetegner denne 8-årsperioden som formelt tok plass i den nasjonale stasjonsperioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

5.5.3 Relativ endring i sammensetningen av brukere av heimebaserte tjenester 1998-2006

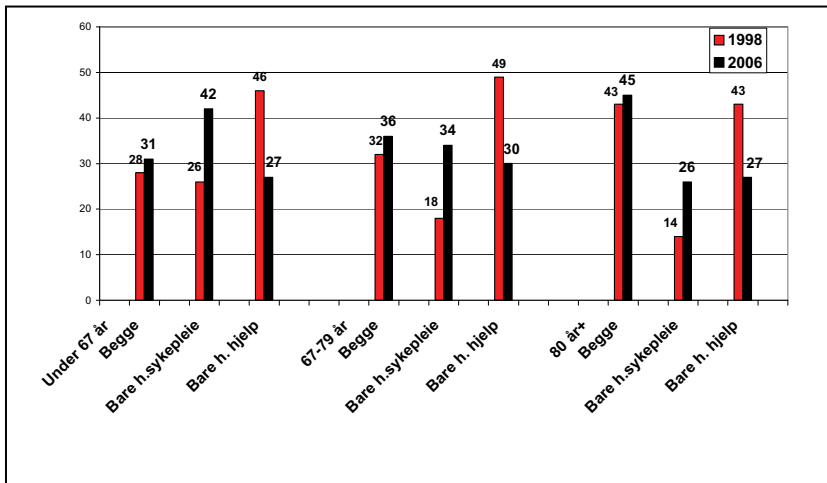
De betydelige endringene i bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie og kombinasjonen av disse to, har samtidig endret *det samlede bildet* av hvordan andelen brukere av ulike typer tjenester fordeler seg i 2006 sammenliknet med situasjonen i 1998. Derfor gjengir vi oppgave over utviklingen i den relative fordelingen mellom tjenestene i perioden på landsbasis.

Figur 5.8 viser at andelen brukere med *bare hjemmesykepleie har vokst radikalt* og nesten fordoblet seg i de tre aldersgrupperingen. Blant brukere under 67 år utgjorde de med bare hjemmesykepleie 42 pst av alle i 2006. Legger vi til dem som mottar hjemmesykepleie sammen med hjemmehjelp, er vi oppe i 73 pst.

Også blant eldre 67-79 år har andelen med bare hjemmesykepleie fordoblet seg i løpet av disse åra. I denne gruppa er det nå 70 pst som har bare hjemmesykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp, mot 50 pst for 8 år siden.

Men også blant brukere 80 år+ har det vært en sterk vekst i andelen som mottar bare hjemmesykepleie, fra 14 pst til 26 pst av alle. Blant de eldste brukerne er hjemmesykepleien involvert i 81 pst av tilfellene. Hjemmesykepleien har etter hvert blitt en sentral aktør i de heimebaserte tjenestene, nærmest uavhengig av brukernes alder.

Figur 5.8 Brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. Andelen med bare hjemmehjelp, bare hjemmesykepleie eller begge deler, Pers under 67 år, 67-79 år og 80 år+. 1998 og 2006.



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistikkbanken, SSB 2007

For *samtlige* brukere har andelen med bare hjemmesykepleie økt fra 18 pst i 1998 til 33 pst i 2006. Legger vi til dem som samtidig mottar hjemmehjelp, er vi oppe i 72 pst (går ikke fram av figur 5.8).

Slik det også går fram av figur 5.8, har andelen av mottakerne som mottar begge tjenestene, tiltatt bare svakt i de tre aldersgrupperingene (i gj. sn. fra 33 pst til 39 pst). Slike brukere utgjør omlag 1/3-del blant dem under 80 år. Og blant personer 80 år+ er det kombinasjon av de to tjenestene i 45 pst av tilfellene.

Andelen med bare hjemmehjelp er redusert i alle de tre aldersgrupperingene, og samlet fra 46 pst av alle brukere i 1998 til 28 pst i 2006. Som vist tidligere, har reduksjonen i denne typen brukere vært størst blant de eldste, men også betydelig blant de yngre. Nå er andelen slike brukere i underkant av 30 pst i alle aldre. Majoritetsgruppa er blitt minoritetsgruppe blant tjenestetypene på historisk svært kort tid.

De heimebaserte tjenestene har radikalt skiftet karakter på relativ få år. *Handlingsplan for eldreomsorgen* resulterte i noe mer en klassisk eldreomsorg.

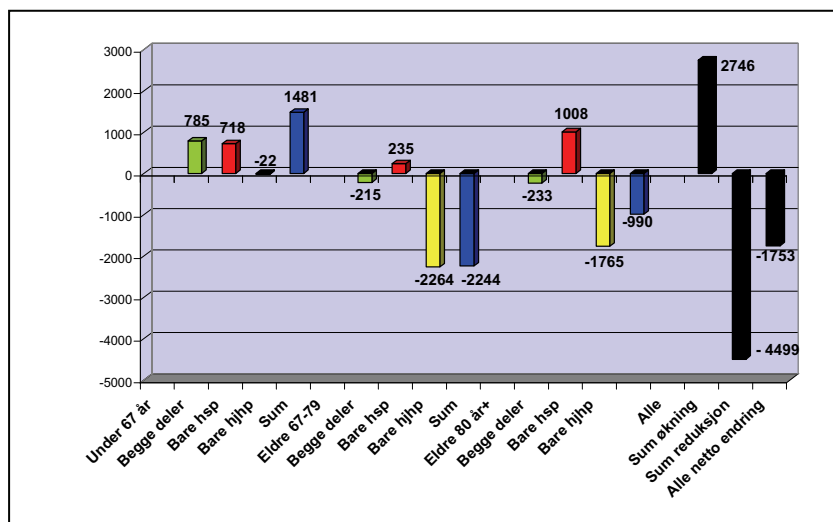
Det gjenstår mye analysearbeid for å anskueliggjøre og forstå de betydelige og kanskje radikale endringen som har funnet sted i de heimebaserte tjenestene de seinere åra. Særlig gjelder det hvilke nye grupper og nye behov som er avhjulpet gjennom de endringer som har funnet sted i bruken av de kommunale pleie- og omsorgstjenesten. At det nettopp er slik, er bare sparsomt dokumentert. Og enda mindre er drivkreftene bak endringene belyst. Her gjenstår en god del forskningsarbeid.

5.5.4 Endring i antall brukere etter alder og type heimebaserte tjenester i Oslo 1998-2006

Mens det på landsbasis i perioden 1998-2006 - slik vi viste i kap 5.4.4 - var en netto vekst i antallet brukere av heimebaserte tjenester med 12 pst, var det i Oslo en reduksjon på 10 pst i samme periode.

Men mønsteret i utviklingen i Oslo i samme periode følger likevel stort sett hovedtrekkene i den nasjonale trenden som vi har gjort rede for. Det går fram av figur 5.9 nedenfor.

Figur 5.9 *Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Oslo 1998-2006 etter type tjeneste*) for brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+.*



*) For tegnangivelse: Bare hjemmesykepleie (rød), bare hjemmehjelp (gul), begge deler (grønn) og alle (blå). Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk, Kostra, SSB 2007.

Den samlede reduksjonen i Oslo rammer ikke de yngre brukerne. Blant personer under 67 år ble det her ca 1.500 flere brukere. Økningen faller både på personer med bare hjemmesykepleie og personer som kombinerer disse tjenestene.

Blant eldre 67-79 år er det, som i landet forøvrig, en reduksjon av brukere, og framfor alt brukere med bare hjemmehjelp, jfr figur 5.9.

Mens det på landsbasis var en ikke ubetydelig økning i brukere 80 år+, reduseres også denne gruppa med ca 1.000 brukere i Oslo i perioden. Det er imidlertid samtidig en økning på 1.000 personer 80 år+ med bare hjemmesykepleie i Oslo. Men reduksjonen i brukere med bare hjemmehjelp eller personer som kombinerer disse tjenestene, er imidlertid så vidt mye større, jfr figur 5.9.

Av brutto tilvekst i brukere i Oslo, utgjør personer under 67 år 54 pst. Resten, eller 46 pst, er eldre med bare hjemmesykepleie (omregning av talloppgaver i fig 5.9).

Samlet fant det sted en *brutto reduksjon på 4.500 brukere* i Oslo i perioden 1998-2006. Av disse var nesten samtlige 67 år+. Og 10 pst av dem var mottakere av begge tjenestene, mens de øvrige 90 pst var brukere av bare hjemmehjelp, dvs brukere 67-79 år (50 pst av dem) og brukere 80 år+ (40 pst).

For gruppa 67-79 år er dette en reduksjon som relativt sett er større enn reduksjonen i *befolkningen* 67-79 år i Oslo i denne perioden. Befolkningen 80 år har imidlertid vokst. Reduksjonen i antall brukere, gjenspeiler seg derfor i lavere rater for bruk av heimebaserte tjenester i Oslo i 2006 sammenliknet med tidligere, slik vi gjorde rede for i kap 5.3 og slik det går fram av tabell 5.1 nedenfor.

Samlet *netto reduksjon* i antall brukere 67 år+ i perioden var 3.234. Det er en nedgang på 22 pst sammenliknet med 1998 da det var 14.800 brukere 67 år+ av heimebaserte tjenester i Oslo.

5.5.5 Endring i andel eldre med hjemmehjelp i Oslo 1998-2006

Hvordan den absolutte og relative andelen brukere av heimebaserte tjenester 67 år+ i Oslo er redusert fra 1998 til 2006, er vist i tabell 5.1.

Tabell 5.1 *Endring i bruksrater. Andel brukere av heimebaserte tjenester etter alder i Oslo i 1998 og 2006. Prosent.*

Alder	Bruksrater			Absolutt antall brukere		
	1998	2006	Diff	1998	2006	Diff
67-79 år	12,0	9,4	- 2,6	5652	3408	- 2244
80 år+	38,6	33,7	- 4,9	9147	8157	-990
67 år+	20,9	19,1	- 1,8	14.799	11.565	-3.234

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB hvert år

Andelen brukere av heimebaserte tjenester blant personer 80 år+ er redusert fra 38,6 pst av alle i 1998 til 33,7 pst i 2006, dvs med 4,9 prosentpoeng. *Relativt* sett er det en reduksjon i bruksrate tilsvarende 13 pst i perioden.

Blant eldre 67-79 år er andelen brukere redusert fra 12,0 pst til 9,6 pst, eller med 2,6 prosentpoeng eller relativt sett med 22 prosent. Og regnet i forhold til alle brukere av heimebaserte tjenester 67 år+, er også bruksraten redusert fra 21 pst til 19 pst pr 100 innb 67 år+, eller relativt sett med 9 pst.

I samtlige grupperinger av personer 67 år har det i perioden 1998-2006 funnet sted både en absolutt og relativ reduksjon i bruken av heimebaserte tjenester i Oslo.

5.6 Bruk av hjemmehjelp og hjemme sykepleie – hyppighet, intensitet og omfang⁵⁹

Vi går her over til å bruke data fra Helsetilsynets undersøkelse fra 2003, hvor Oslo er representert med ca 1000 personer 67 år+. Vi viser til nærmere omtale av undersøkelsen i kap 1.3 og i Brevik 2007b, kap 1. Som omtalt her gjelder denne undersøkelsen alle eldre i institusjon og i kommunale boliger. Blant dem som bor i ordinære private boliger, er inkludert bare de som mottar både hjemmehjelp og hjemme-sykepleie.

⁵⁹ Framstillinga i dette avsnittet er basert på et annet arbeid fra dette prosjektet: *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning. Sammenliknende analyse av tjenester og behovs dekning i storby*, NIBR-notat 2007:111. Det er igjen en egen separat analyse av en omfattende undersøkelse i regi av Statens Helsetilsyn i 2003, publisert i rapporten *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Statens Helsetilsyn, Rapport 10/2003, Oslo oktober 2003. For en mer utførlig omtale av dette materialet, viser vi til NIBR-notat 2007:111 (Brevik 2007b).

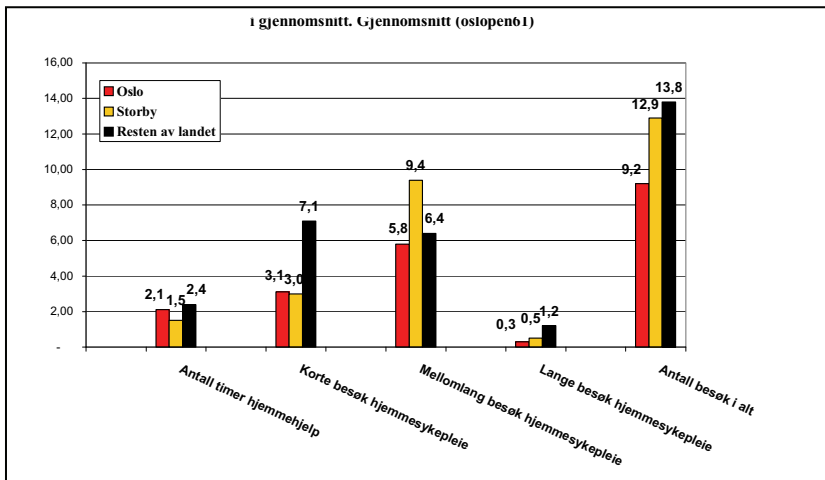
5.6.1 Hyppighet i hjemmesykepleiebesøk

Antall besøk pr uke i gjennomsnitt

Eldre i *kommunale boliger* har på landsbasis i *gjennomsnitt* ca 14 besøk pr uke fra hjemmesykepleien, derav er *7 korte* (under 15 min), *6 mellomlange* (15 min til 1 time) og ett *langt* (60 min eller mer), jfr figur 5.10.

I Oslo har eldre 9 besøk pr uke. Det er særlig korte og lange besøk som forekommer sjeldnere i Oslo.

Figur 5.10 *Eldre i kommunal bolig. Antall ganger med besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte (<15 min), lange (60 min+) og mellom lange (>15<60 min) besøk samt antall timer hjemmehjelp pr uke i gjennomsnitt. Gjennomsnitt*



Eldre i *ordinær privat bolig* med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, har på landsbasis i *gjennomsnitt* 7.4 besøk fra hjemmesykepleien i uka. Det samme er tilfellet i Oslo, jfr figur 5.11.

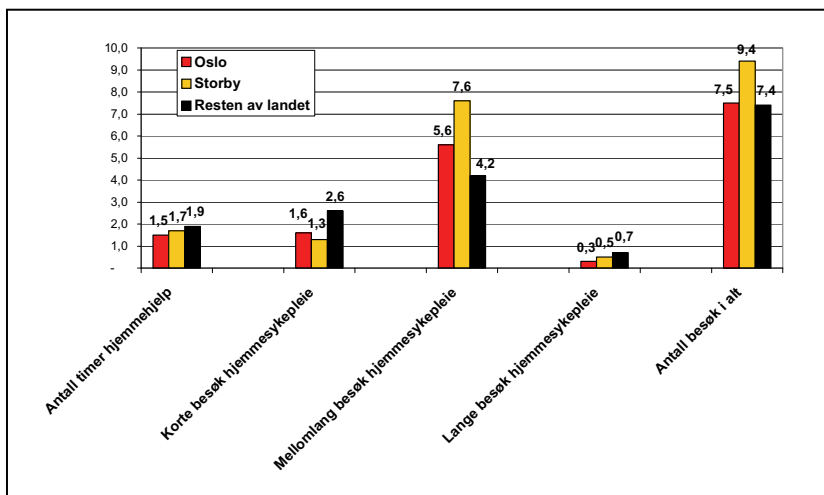
Antall besøk gruppert – grad av intensiv bruk av hjemmesykepleie

Vi gir først en oversikt over *hyppighet* i bruken av hjemmesykepleie målt ved *frekvensen* i tilbudet ut fra hvor mange ganger pr uke en har slik hjelp uavhengig av besøkenes varighet.

Hele landet

For over halvparten av eldre i *kommunale boliger*, er besøkene flere enn 7 pr uke. I hvert tredje tilfelle i gjennomsnitt dreier det seg om minst 2 besøk pr dag.

Figur 5.11 *Eldre i ordinær privat bolig. Antall besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte, lange og mellom lange besøk samt antall timer hjemmehjelp pr uke i gjennomsnitt. Gjennomsnitt.*



Av eldre i *ordinære private heimer* har 35 pst flere enn 7 besøk pr uke, mens det for bare 13 pst i gjennomsnitt dreier seg om minst 2 ganger pr dag.

Det er imidlertid betydelige forskjeller i besøksintensiteten etter om en bor i kommunal bolig eller i eget ordinært hjem. Det gjelder særlig i forhold til 1-7 besøk pr uke og til 15 besøk+, dvs i gjennomsnitt minst 2 besøk pr dag, eller det som vi må anta oftest er knyttet til mer intensiv pleie. Vi viser her til Brevik 2007b, hvor dette er gjort nærmere rede for i kap 1.4.2. Vi gjengir her hovedresultatene.

Hvis '*intensiv*' bruk av hjemmesykepleie f. eks innebærer minst to besøk pr dag - f. eks morgen og kveld - er 13 pst på landsbasis i slik situasjon når en bor i *ordinær privat heim*. I *kommunal bolig* dreier det seg imidlertid om hvert *tredje* tilfelle. Det sannsynliggjør at de kommunale boligene ofte har en annen hjelpe- og pleiemessig funksjon enn ordinære heimer.

Av all hjelp til eldre som bor i *ordinær privat bolig* med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, faller imidlertid *halvparten* av timeverkene på disse 13 prosent eldre med intensiv bistand fra hjemmesykepleien (med i *gjennomsnitt minst 2 ganger pr dag*). Ressursene er mao i betydelig grad konsentrert om de mest hjelpetrengende.

Mest sannsynlig beror i de fleste tilfeller en ytterligere intensiv innsats over for eldre med store funksjonstap i private boliger, på en *generell samlet økning* i tilførselen av ressurser til pleie- og omsorgssektoren.

Oslo

I Oslo - som i resten av landet - dreier det seg i to av tre tilfeller om 1-7 besøk i uka til eldre i *ordinære private* boliger. Her, som i landet ellers, er det bare i hvert åttende tilfelle tale om i gjennomsnitt mer enn to eller flere besøk pr dag. Det er jevnt over *lav intensitet*.

I Oslo er det imidlertid lite intensiv bruk av hjemmesykepleien i *kommunale bolig*. Vel halvparten har 1-7 besøk pr uke. Bare hver femte eldre i kommunal bolig i Oslo har *2 eller flere besøk pr dag* i gjennomsnitt, mot hver tredje i resten av landet.

Ikke bare har Oslo svært få slike boliger, men gir jevnt over færre besøk pr bruker enn ellers i landet. Byen synes også å bruke hjemmesykepleien mindre *intensivt*.

5.6.2 Andel korte og lange besøk i hjemmesykepleien

Et annet uttrykk for bruken av hjemmesykepleie er de ulike besøkenes lengde eller *fleksibiliteten* i tjenestene. Vi har vist at det er betydelige variasjoner i sammensetningen av besøk i hjemmesykepleien, særlig etter andelen korte og lange besøk. Det er rimelig å anta at et betydelig innslag av både korte og lange besøk, samtidig er uttrykk for en større fleksibilitet i bruken av hjemmesykepleien enn om den er konsentrert om det som er det mest vanlige, dvs de mellomlange besøkene (fra ett kvarter til en time). For detaljert dokumentasjon viser vi til Brevik 2007b, kap 1.4.4.

For eldre i *ordinære private boliger* er ca hvert tredje besøk i hjemmesykepleien på landsbasis et *kortidsbesøk*, mens ca hvert tiende varer mer enn en time. I Oslo er hver femte besøk korttids, og bare 4 pst er *langtids*. Her er 3 av 4 mellomlange besøk mot 56 pst i gjennomsnitt for resten av landet.

Den samlede bruken av korttids og langtids besøk i hjemmesykepleien er nesten dobbelt så stor i gjennomsnittet for resten av landet som i Oslo.

I *kommunale boliger* er hvert tredje et korttidsbesøk i Oslo, mot halvparten i gjennomsnitt for resten av landet. Og langtidsbesøkene er også her svært få i Oslo. Det synes å rasjoneres med knappe ressurser.

Mens 6 av 10 besøk i *kommunale boliger* i resten av landet er korttids eller langtids besøk, er tilsvarende andel 37 pst i Oslo, eller omlag det halve.

Flexibiliteten i bruk av hjemmesykepleie i Oslo skiller seg vesentlig fra det som jevnt over er det vanlige både i kommunale boliger og i ordinære private heimer. Siden den samla innsatsen i de heimebaserte tjenestene også er mindre i Oslo, må svært liten bruk av langtidsbesøk i hjemmesykepleien mest sannsynlig være knyttet til knapphet på ressurser, jfr kap 7.

5.6.3 Bruk av hjemmehjelp pr uke

Vi skal så gjøre rede for omfang og profil i bruk av hjemmehjelp målt ved fordelingen i bruken av slik hjelp etter antall timer pr uke og etter om en bor i ordinære private eller kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål. Oslo er sammenliknet med storby og resten av landet.

Det har lenge vært pekt på at bruken av hjemmehjelp er for lite intensiv i norske kommuner. En får ofte for lite slik hjelp og må således noen ganger flytte til institusjon før det er helt nødvendig.

Når hjemmehjelp i Norge ytes i kommunal bolig aleine eller sammen med hjemmesykepleie, eller i ordinære bolig sammen med hjemmesykepleie, er *det vanlige* kun en eller to timer i uka. Godt over halvparten og nærmere en tredjedel av oppdragene i hjemmehjelpa dreier seg om hhv 1 eller 2 timer pr uke, jfr tabell 5.2.

I kommunal og i privat bolig utgjør hjemmehjelpa 3 timer eller mer pr uke i bare hhv 19 pst og 15 pst av tilfellene. Og hjelp ytes i gjennomsnitt i 1 time eller mer pr dag for i hhv 5 pst og 3 pst av brukerne, jfr tabell 5.2.

I Oslo har to av tre eldre i privat bolig og som samtidig har hjemmesykepleie, 1 time hjemmehjelp i uka. Og 3 av 10 har 2 timer. Bare 4 pst har mer enn 2 timer, mot 15 pst i resten av landet.

Tabell 5.2 *Eldre 67 år+ med hjemmehjelp. Hjelp i timer pr uke gruppert etter oppholdssted og bosted. Sammenlikning mellom Oslo, annen storby og resten av landet. Prosent.*

Timer pr uke	Bor i kommunal bolig			Bor i ordinær bolig		
	Oslo	Annen	Resten	Oslo	Annen	Resten
1 time	53	91	52	68	86	54
2 timer	27	5	30	29	10	32
3-6 timer	12	2	14	3	2	12
7 timer+	7	1	5	1	3	3
Sum/ant personer	100 89	100 210	100 1616	101 349	101 323	101 2588

Det er den knappe hjemmehjelpsinnsetningen som dominerer bildet. I Oslo skiller eldre i *ordinære private* boliger seg ut fra resten av landet ved at så få har mer enn to timer pr uke og at så mange bare har en time.

I *kommunale boliger* er imidlertid situasjonen i Oslo den samme som i resten av landet, idet 8 av 10 begge steder har 1 eller 2 timer hjemmehjelp pr uke.

5.7 Samlet innsats i heimebaserte tjenester til eldre i ordinære boliger. Oslo og resten av landet

I Helsetilsynets undersøkelse er hjemmehjelpa oppgitt i antall timer pr uke, mens hjemmesykepleien er angitt i antall ganger etter besøkets lengde. Vi har foretatt en estimering av medgått tid.⁶⁰

5.7.1 Samlet heimebasert hjelp til eldre som bor i ordinær privat bolig

På landsbasis har eldre som bor i *ordinære private boliger* og som både har hjemmehjelp og hjemmesykepleie, i gjennomsnitt 5 timer

⁶⁰ I undersøkelsen oppga en om besøkene i hjemmesykepleien var korte (under 15 min), eller 1 time eller mer. Resten har vi beregnet som 'mellom lange' (15-59 min). Vi kjenner ikke den faktiske tiden som er gått med. Derfor har vi måttet regne om til timer. Da har vi stipulert 'korte' besøk til 15 minutter, 'mellomlange' til 30 minutter, mens alle 'lange' besøk er regnet til 1 time og 15 minutter.

hjelp pr uke, hvor mesteparten faller på hjemmesykepleie.⁶¹

Oslos samlede innsats i heimebaserte tjenester til eldre i *ordinær privat bolig* med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, er 4 timer i gjennomsnitt pr uke. Det utgjør 80 pst av innsatsen i resten av landet, jfr figur 5.12.

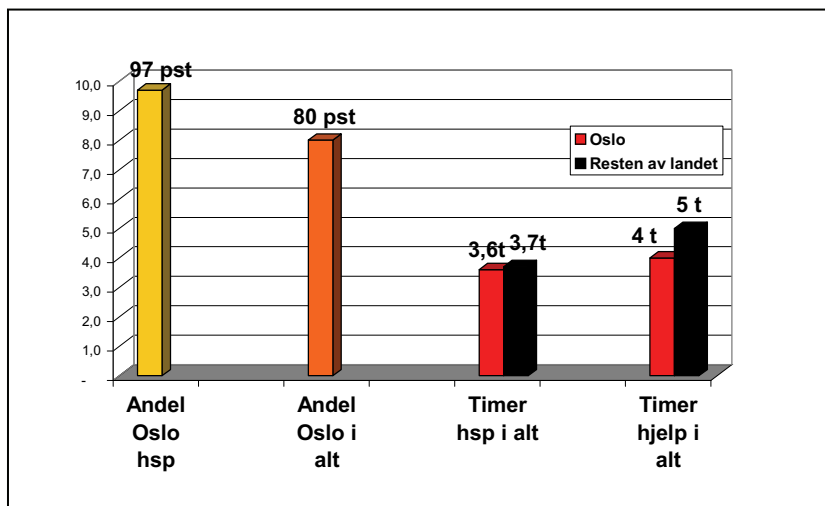
Etter grad av funksjonstap

Vi gjengir her situasjonen for dem med betydelige eller store funksjonstap og tilsvarende betydelige eller store hjelpebehov. For en mer fullstendig oversikt viser vi til NIBR-notat 2007:11, kap 1.6.

Betydelige hjelpebehov

Samlet tilgang på hjelp til eldre med *betydelige* funksjonstap i ordinær privat bolig, er 7,4 timer pr uke på landsbasis, mens den i Oslo er 6.1 time, eller *82 pst* av gjennomsnittet for resten av landet.

Figur 5.12 *Eldre i privat bolig. Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke samt antall timer heimebasert hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Oslo og resten av landet. Timer. Samt Oslos andel i forhold til resten av landet. Prosent*



Innsatsen i form av korte og lange besøk i hjemmesykepleien til disse er langt lavere i Oslo enn i resten av landet. Mens samlet ressursbruk i

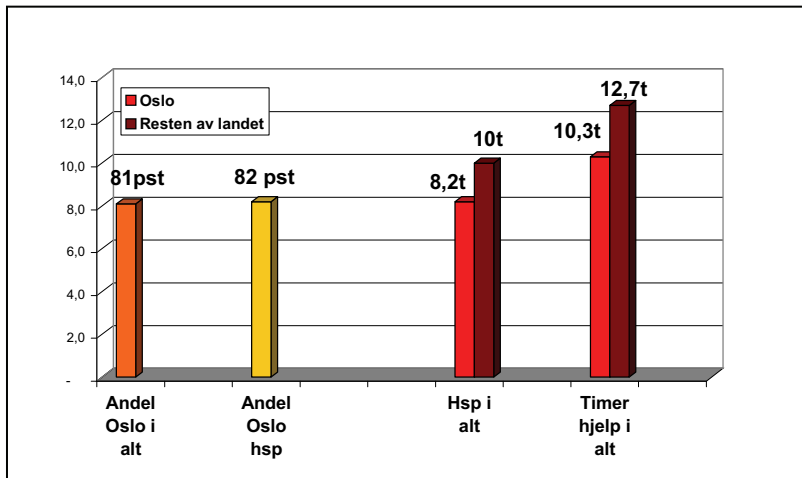
⁶¹ Vi viser her til NIBR-notat 2007:111 (Brevik 2007b), kap 1.6 for nærmere oversikt over fordeling av hjelp, også i forhold til korte, mellomlange og lange besøk i hjemmesykepleien.

korte og lange besøk i hjemmesykepleien i Oslo utgjør 21 pst av samlet bruk av heimebaserte tjenester i denne gruppa brukere, var den 39 pst i resten av landet, eller nesten dobbelt så mye.

Store hjelpebehov

Heimeboende eldre med store funksjonstap utgjør en strategisk viktig gruppe siden sykehjemmet eller kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg oftest er de eneste alternativene. Hvordan en følger opp disse med tjenester, er derfor nokså viktig i forhold til hvordan omsorgskjeden fungerer.

Figur 5.13 *Eldre i privat bolig. Store hjelpebehov. Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke samt antall timer heimebasert hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Oslo og resten av landet. Timer. Samt Oslos andel i forhold til resten av landet. Prosent*



Samlet innsats i de heimebaserte tjenestene for eldre med store hjelpebehov er 12,7 timer pr uke; mot 10,3 timer i Oslo. Innsatsen for denne viktige gruppa heimeboende eldre representerer i hovedstaden 81 pst av det som ytes i resten av landet, jfr figur 5.13.

Oslo bruker relativt få ressurser på korte og lange besøk i hjemmesykepleien også til eldre med svært omfattende funksjonstap i ordinære heimer. Innretningen eller fleksibiliteten i bruken av hjemmesykepleien i Oslo avviker betydelig fra hva som ellers praktiseres.

Mens timebruken i korte og lange hjemmesykepleiebesøk utgjør 19 pst av totalen for den gruppa i Oslo, utgjør den 42 pst i resten av landet. Slik bruk av hjemmesykepleie i Oslo er under halvparten av

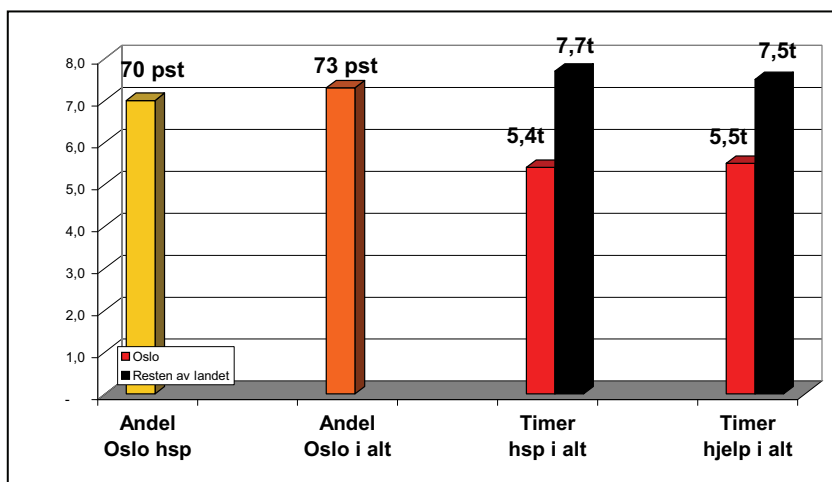
gjennomsnittet for resten av landet. Oslo har mao både mindre bredde og mindre omfang i sin hjemmesykepleie innsats for de mest hjelpe-trengende heimeboende eldre. Hjemmesykepleien i hovedstaden synes således å fungere annerledes og være mindre 'bredspektret'.

Det at det i Oslo på alle nivå for funksjonstap er mindre innsats i de heimebaserte tjenestene enn det som ellers er vanlig, må vi anta vil øke presset på sykehjemmene. Ved mer omfattende og mer fleksibel bruk av disse tjenestene ville en sannsynligvis kunnet ha *utsatt* tidspunktet for institusjonalisering for en god del eldre og dermed kuttet ned på oppholdstida der og slik bidratt til økt sykehjemskapasitet.

5.8 Samlet innsats i heimebaserte tjenester til eldre i kommunale boliger. Oslo og resten av landet

Hovedstadens bidrag i hjemmesykepleien til de relativt få eldre som bor i *kommunale boliger*, er 5,4 timer i uka. Det utgjør 70 pst av innsatsen i gjennomsnittet for resten av landet. De heimebaserte tjenestene utgjør her samlet 5,5 timer pr uke, eller 73 pst i forhold til resten av landet, jfr figur 5.14.

Figur 5.14 *Eldre i kommunal bolig. Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke samt antall timer heimebasert hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Oslo og resten av landet. Timer. Samt Oslos andel i forhold til resten av landet. Prosent*



Eldre i kommunale boliger på landsbasis er gjenstand for en vesentlig mer offensiv pleie- og omsorgsinnsats enn eldre i ordinære heimer og enda mer enn i Oslo.

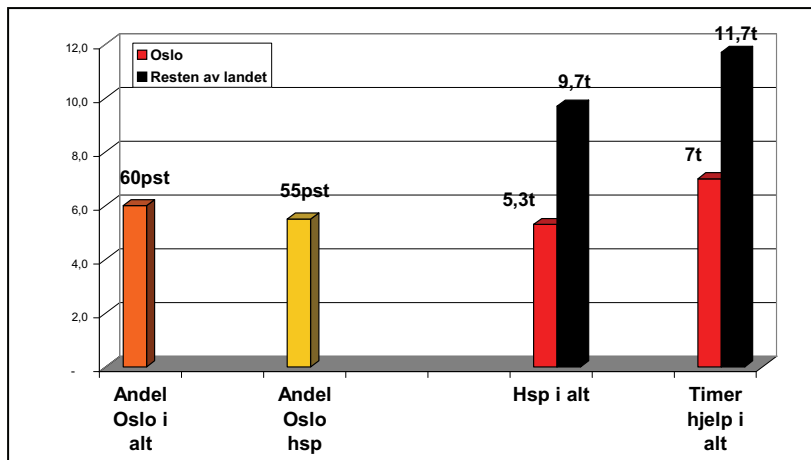
Etter funksjonstap

Her har vi slått sammen dem med *betydelige* og *store* hjelpebehov og analysert dem under ett siden det er relativt få personer som bor slik i Oslo.

Også i kommunale boliger repeterer Oslo mønsteret i bruken av hjemmesykepleie i private heimer seg, med begrenset bruk av korttids og langtids besøk i hjemmesykepleien.

Samlet tjenestetilførsel i form av hjemmesykepleie til de mest hjelpetrgende i kommunale boliger i Oslo, utgjør 5,3 timer mot 9,7 i resten av landet, eller 55 pst av nivået i gjennomsnittet for resten av landet.

Figur 5.15 *Eldre i kommunal bolig med betydelige/store hjelpebehov. Antall timer besøk fra hjemmesykepleien pr uke samt antall timer heimebasert hjelp i alt pr uke i gj. sn. Oslo og resten av landet. Timer. Samt Oslos andel i forhold til resten av landet. Prosent*



Den samlede innsatsen i hjemmesykepleie og hjemmehjelp for de samme er i resten av landet 11,7 timer pr uke, eller antakelig et *halvt årsverk* når indirekte tidsbruk regnes inn. Det viser at det pågår et nokså omfattende pleie- og omsorgsarbeid i norske kommuner for de 4 av 10 av beboerne i kommunale boliger med betydelige eller store funksjonstap, jfr kap 2, figur 2.1.

I Oslo utgjør imidlertid samlet innsats for eldre med jevnt over samme grad av funksjonstap 7 timer pr uke, eller 60 pst av ressursbruken i resten av landet.

Dette representerer et *betydelig avvik* fra det som er vanlig - og som igjen kanskje ofte oppleves som knapt i andre kommuner. Og det er situasjonen i gjennomsnittet for resten av landet som er 'det normale'. Årsaken til at bruken av de heimebaserte tjenestene i Oslo avviker så vidt *mye og systematisk* fra resten av landet, kjenner vi imidlertid ikke. Her kommer det etter vår vurdering likevel til syne en policy som til dels synes å være radikalt forskjellig fra den i majoriteten av norske kommuner. Men framfor alt: det må være store forskjeller i levekår som skrøpelig gammel i kommunale boliger mellom Oslo og resten av landet.

Dette reiser en rekke spørsmål. Oslo har vesentlig færre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål enn det som er vanlig i norske kommuner. Men samtidig bruker byen dem lite intensivt. Vår hypotese at dette nokså ofte har som følge at det fører til press på sykehjemskapasiteten. På den andre siden bør en reise spørsmål om levekår og faktisk omsorgssituasjon for dem det gjelder, når avvikene fra det som er vanlig i landet – og som langt fra er rikelig – er så vidt store.

Dette kommer vi tilbake til, idet vi i kap 6 skal gjøre rede for i hvilken grad kommunalt personale bedømmer hvor tilstrekkelig eller utilstrekkelig den enkeltes situasjon er etter type oppholdssted når det gjelder f.eks praktisk hjelp i huset, personlig hygiene og tilsyn.

6 Utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak og kontakt

6.1 Innledning

Vi har så langt gjort rede for bruken av heimebasert tjenester etter tilgjengelighet og omfang og fleksibilitet i bruken av hjemmesykepleie etter hvor eldre oppholder seg og etter hvor de bor og etter pleietyngde eller hjelpebehov.

I dette kapitlet gjør vi rede for hvorvidt den hjelpa som faktisk ytes, *vurderes* som tilstrekkelig sett i forhold til de ulike tjenestemottakernes behov.

I *Helsetilsynets* undersøkelse ble det bedt om en vurdering av om den hjelpa tjenestemottakerne fikk, var *tilstrekkelig*. I veiledingen 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)⁶². Det ble bedt om den umiddelbare faglige vurderingen fra den som registrerer av hva som måtte være 'utilstrekkelig' hos brukerne.

I undersøkelsen opererer en med fire kategorier ved bedømmingen av hvorvidt hjelp som ytes er tilstrekkelig eller ikke: '*Utilstrekkelig*' er vurdert i to kategorier: 'alt for lite' og 'noe for lite', mens tilfreds-

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 mint 1 måned, oftest syke- eller hjelpepleiere som arbeider nær den som har mottatt tjenestene.

stillende er synonymt med 'tilstrekkelig'⁶³. Forøvrig vises det til forskning som viser at fagpersonell opererer med strengere normer for hva som er tilfredsstillende enn eldre sjøl eller deres pårørende.

Som tidligere nevnt, gjelder undersøkelsen for dem som bor i egen ordinær privat bolig, bare de som både har hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Det vil jevnt over være personer med nokså betydelige hjelpebehov og som på sikt oftere vil kvalifiserer til opphold i kommunal omsorgsbolig eller sykehjem sammenliknet med dem som bare mottar hjemmehjelp eller hjemmesykepleie, sjøl om det vil forekomme en god del unntak fra denne antatte regelen.

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 analyserer og gjør rede for disse tre hovedgruppene av hjelpetiltak etter type oppholdssted og sammenlikner Oslo med resten av landet. Framstillingen her bygger på utførte analyser som er rapportert i Brevik 2007b⁶⁴. Vi viser i sin helhet til disse.

6.2 Vurdering av hjelpesituasjonen i forhold til personlige gjøremål i hverdagen blant eldre i egen heim

En har her vurdert hvor tilfredsstillende situasjonen er i forhold til personlige gjøremål som *personlig hygiene*, hjelp til *praktiske gjøremål*, hjelp ved *mat og måltider* samt *tilsyn om kvelden/natta*.

⁶³ Den fjerde vurderingskategorien er 'for mye'. Siden det er relativt svært få som er plassert her, har vi i denne sammenhengen sett bort fra disse, også for å forenkle analysen.

⁶⁴ *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning. Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003*. NIBR-notat 2007:111, Oslo 2007, kap 2: Utilstrekkelig hjelp personlige gjøremål, medisinsk faglig tilsyn, aktiviseringstiltak og kontakt.

I det følgende refereres det til *sum utilstrekkelig hjelp*, det vil si 'alt for'+ 'noe for' utilstrekkelig hjelp er slått sammen.⁶⁵

Dette gjelder imidlertid som oftest 'noe' utilstrekkelig hjelp. Hovedinntrykket på landsbasis er forøvrig at den grunnleggende pleien synes gjennomgående godt ivaretatt.

Vi gir forøvrig en samlet oversikt over andel med utilstrekkelig hjelp i forhold til samtlige 10 funksjoner som omhandles i dette kapitlet i en egen tabell, tabell v6.1, vedlegg 2. Der sammenlikner vi resultatene for Oslo med resten av landet, dvs Norge, minus bydeler i Oslo og bydeler i de øvrige tre større byene ('annen storby' - Kristiansand, Trondheim og Tromsø) som inngår i dette materialet.

Vi gjengir resultatene i hovedsak i form av bivariate sammenhenger, men også som resultat av *regresjonsanalyse*⁶⁶.

I vår analyse av forhold som kan tenkes å påvirke det bivariate resultatet om utilstrekkelig hjelp, har vi nyttet kjønn (1), alder (2), grad av funksjonssvikt (Barthels ADL indeks) gruppert (3) og aldersdemens som viktigste grunn til hjelpebehov (4).⁶⁷

6.2.1 Andeler med utilstrekkelig hjelp til personlig gjøremål blant eldre i Oslo og resten av landet

Eldre i ordinær privat bolig

På landsbasis har i følge pleiepersonalets vurderinger 15-25 pst av eldre i ordinære private boliger utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål og praktisk hjelp i hverdagen. Men bare 1- 4 pst har 'alt for lite' slik hjelp. Det synes nokså ofte å *skje forsømmelser, men kvalitetssvikt av mer alvorlig karakter er antakelig likevel sjelden*. Det er

⁶⁵ Dette gjelder imidlertid som oftest 'noe' utilstrekkelig hjelp. Hovedinntrykket på landsbasis er at *alt for lite* hjelp er en vurdering som sjelden gis. Den grunnleggende pleien synes gjennomgående godt ivaretatt.

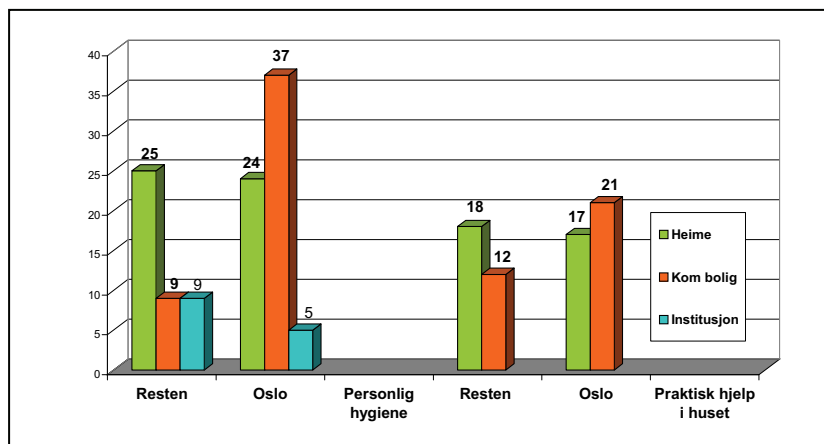
⁶⁶ Ved hjelp av slik analyse kan vi kontrollere for utfall som kan skyldes effekten av at den avhengige variabelens samvariasjon med egenskaper (verdier) i de ulike uavhengige variablene som måtte inngå i analysen. Regresjonsteknikken gjør det mulig å korrigere verdien av de separate og sjølstendige effektene av 'påvirkningsegenskaper' (enkeleffektorer) i forhold til utfall i den avhengige variabelen, dvs den egenskapen vi analyserer. Vi nytter her logistisk regresjon.

⁶⁷ Det er de samme faktorene (uavhengige variablene) som tidligere har vært anvendt i analysen av Helsetilsynets materiale, jfr Helsetilsynets rapport 2003, kap 5 (Romøren 2003).

imidlertid en viss og noen ganger betydelig utilstrekkelighet, som mest sannsynlig skyldes knapphet på ressurser.

I følge det kommunale fagpersonalet vurderinger har *hver fjerde* mot-taker av kommunale tjenester i ordinær privat bolig utilstrekkelig hjelp til *personlig hygiene* og 18 pst for lite hjelp til *praktisk hjelp i huset*, jfr figur 6.1.

Figur 6.1 *Kommunenes vurdering av utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og praktisk hjelp i huset. Andeler etter type oppholdssted. Oslo og resten av landet. Prosent.*



Noen færre har utilstrekkelig hjelp til mat og måltider og til tilsyn om kvelden/natta, jfr figur 6.2.

Det er imidlertid et slags *hierarki* i utilstrekkeligheten. Hjelp til viktige funksjoner som personlig hygiene, er utilstrekkelig i 25 pst av tilfelle på landsbasis. Deretter følger praktisk hjelp, mat og måltidet og tilsyn om kvelden/natta med 18-15 pst.

Oslo sammenliknet med resten av landet

For eldre i *ordinære boliger* skiller Oslo seg lite ut fra resten av landet, bortsett fra at det er noen færre som vurderes til å ha utilstrekkelig tilsyn om kvelden/natta. Resultatene fra regresjonsanalysene viser forøvrig at utsiktene til å ha utilstrekkelige tjenester av denne typen under ellers like vilkår er 10-40 pst større i Oslo for 3 av 4 av de funksjonene vi har gjort rede for her sammenliknet med resten av landet, jfr figur v6.1 i figurvedlegg til dette kapitlet til slutt i rapporten. Det er en god del, men ikke markant.

Eldre i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål

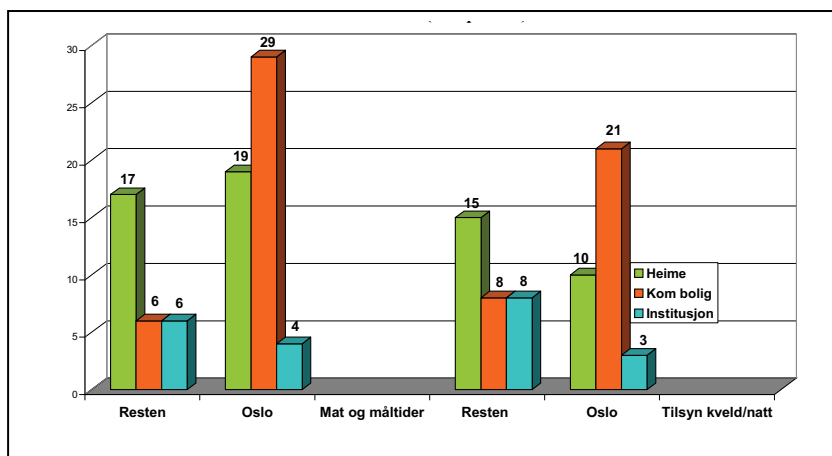
Det er langt færre som har utilstrekkelig hjelp i forhold til disse 4 personlige gjøremålene i hverdagen når de bor i kommunale boliger. Situasjonen her på landsbasis er jevnt over som i institusjon, jfr figur 6.1 og figur 6.2. Det kan tyde på at de kommunale boligene fungerer like bra som institusjonene mht å tilfredsstillere eldres personlige gjøremål i hverdagen. Det er imidlertid ikke tilfellet i Oslo.

Oslo sammenliknet med resten av landet

For eldre i *kommunale boliger* i Oslo er hjelp til personlig hygiene utilstrekkelig for 37 pst, mot 9 pst i resten av landet. Tilsvarende for praktisk hjelp er hhv 21 pst og 12 pst, jfr figur 6.1.

På landsbasis er det 8 pst med utilfredsstillende tilsyn om kvelden/natta, mot 21 pst i Oslo. Mens 6 pst av eldre i slike boliger har utilstrekkelig hjelp til mat og måltider i resten av landet, gjelder det 29 pst i Oslo, jfr figur 6.2.

Figur 6.2 *Kommunenes vurdering av utilstrekkelig hjelp til mat og måltider og tilsyn om kvelden/natta. Andeler etter type oppholdssted. Oslo og resten av landet. Prosent.*



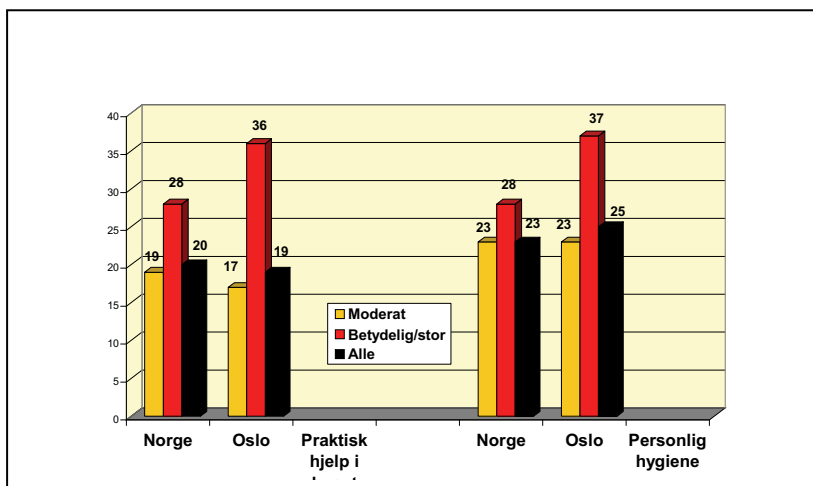
Det synes å foreligge nokså stor svikt i hjelp til personlige gjøremål i hverdagen for eldre i kommunale boliger i Oslo målt i forhold til disse fire hverdagsfunksjonene. Fra 21 til 37 pst er vurdert til å ha utilstrekkelig hjelp.

Resultatene fra regresjonsanalysen viser at sannsynligheten for å ha utilstrekkelig hjelp til de nevnte 4 funksjonene i kommunal bolig i Oslo, er under ellers like vilkår jevnt over 3-4 ganger større i Oslo enn i resten av landet, jfr figur v 6.2.

6.2.2 Utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål etter grad av funksjonstap blant eldre i ordinær privat bolig

På landsbasis er det generelt noen flere blant dem med betydelige/store funksjonstap, som har utilstrekkelig hjelp til personlig gjøremål i hverdagen. Mens 28 pst av eldre med betydelige/store funksjonstap har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og praktisk hjelp i huset, gjelder det samme imidlertid 36/37 pst i Oslo. De samme tendensene gjenfinnes i forhold til mat og måltider, men i mindre grad tilsyn om kvelden/ natta⁶⁸.

Figur 6.3 *Eldre i ordinær privat bolig med hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Andel med utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp i huset og personlig hygiene etter grad av funksjonstap/hjelpebehov. Oslo og Norge. Prosent*



⁶⁸ I hovedanalysen av dette materialet har vi vist at mens 20 pst hadde utilstrekkelig hjelp til mat og måltider på landsbasis, gjaldt det samme 25 pst i Oslo. På den andre sida var det i Oslo i tilsvarende gruppe 14 pst som hadde utilstrekkelig tilsyn om kvelden/natta, mot 18 pst på landsbasis (NIBR-notat 2007:111, Brevik 2007b, kap 2.7).

Det er jevnt over slik de heimebaserte tjenestene oftest er utilstrekkelig for dem med de største hjelpebehovene, dvs for dem som trenger det mest, både levekårsmessig og i forhold til utsettelse av plassering i institusjon.

Utilstrekkelig hjelp i de heimebaserte tjenestene i Oslo er mest markant for de mest hjelpetrequende. De synes særlig å svikte i forhold til dem med størst behov. Det tyder på at på at en nokså ofte kommer til kort der en burde strekke til lengst. Det understøtter hypotesen om at svakt utviklet alternative tjenesteyting øker presset på sykehjemmene i Oslo.

Regresjonsanalysene av utilstrekkelig hjelp for eldre som bor i ordinære private boliger, viser er at det særlig går et skille mellom dem med relativt små funksjonstap og alle de øvrige uavhengig av graderingen av funksjonstapene, jfr Brevik 2007b, kap 2.2.

I forhold til f.eks *personlig hygiene* er oppfølgingen dårligst i forhold til heimeboende med *betydelige funksjonstap*⁶⁹. Blant disse er det vel tre ganger så stor sannsynlighet for at hjelpa er utilstrekkelig som blant dem som ikke skårer i Barthels ADL-indeks, dvs de som bare har hjelp til mer hverdagslige gjøremål.

Det er antakelig blant eldre med betydelige/store funksjonstap, at vi finner flest 'kandidater' til framtidig sykehjemsplassering – hvor sjansene til å ha utilstrekkelig hjelp er omlag 2.5- 3 ganger større enn i referansegruppa, dvs blant den uten funksjonssvikt i forhold til personlige gjøremål (jfr Brevik 2007b, tabell 2.1).

Hvis den heimebasert omsorgen hadde fungert optimal i forhold til å utsette tidspunktet for flytting ut av heimen, burde vi forvente et omvendt resultat. Disse resultatene synes etter vår vurdering så og si å levere 'bevis' for at de heimebaserte tjenestene oftest er utilfredsstillende for dem som trenger det mest, både levekårsmessig og i forhold til utsettelse av plassering i institusjon.

For øvrig er det under ellers like vilkår dobbelt så stor utsikt til at menn har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene enn kvinner. Og det er vesentlig flere blant eldre med demens som hovedårsak til hjelpebehovet enn blant ikke-demente. Dementes vesentlig dårligere situasjon går forøvrig igjen i forhold til alle funksjoner som er knyttet til personlige gjøremål.

⁶⁹ Vi viser her til referanse til beskrivelsen av funksjonssvikt i denne gruppa i kap 2.1 og i NIBR-notat 2007:111 (Brevik 2007b, kap 1.2.2).

6.3 Om utilstrekkelig medisinsk faglig tilsyn

I Helsetilsynets undersøkelse vurderte en eventuell utilstrekkelighet i det medisinske tilsynet ved å undersøke både tilsyn fra lege og sykepleiefaglig tilsyn.

6.3.1 Sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn til eldre som bor heime

Medisinsk faglig tilsyn til eldre i ordinær privat bolig

Det sykepleiefaglige tilsynet for eldre i egen heim er utilstrekkelig i 1 av 10 tilfeller, jfr tabell v6.1, men er sjelden *alt for* utilstrekkelig. Sjansene for at det er utilstrekkelig, er 40 pst større i Oslo enn i resten av landet, jfr figur v6.1.

Også tilsyn fra lege er utilstrekkelig for 10 pst av de eldre, jfr tabell v6.1. Det er dobbelt så stor sjanse for å ha utilstrekkelig tilsyn fra lege i Oslo som i resten av landet, jfr figur v6.1.

Utilstrekkeligheten i hovedstadens medisinske tilsyn for eldre som bor i ordinære private boliger, er relativt sett betydelig sammenliknet med gjennomsnittet for landet. Og den er hyppigere enn hva tilfellet er for personlige gjøremål i hverdagen. Dette er antakelig med å svekke de faglige vurderinger som kontinuerlig er nødvendig i forhold til innsatsen i de heimebaserte pleie- og omsorgstjenestene og som ledd i å hindre eller å utsette innleggelse i institusjon og sykehus. En bør ikke bare ha fokuset på 'ut av' sykehus, men like så mye på 'inn i'.

Medisinsk faglig tilsyn til eldre i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål

Situasjonen i Oslo for eldre i kommunal bolig i forhold til resten av landet, er presist den samme som vi har funnet for eldre som bor i ordinære private boliger.

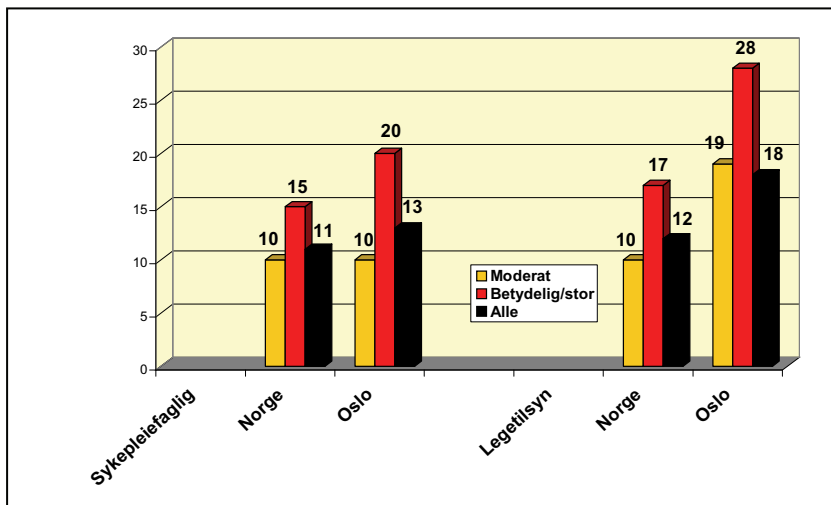
I Oslo er legetilsynet utilstrekkelig for 20 pst av eldre i kommunale boliger og det sykepleiefaglige tilsynet utilstrekkelig for 14 pst, jfr tabell v6.1.

Og sjansene for å ha utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn i kommunal bolig er jevnt over dobbelt så store i Oslo som i resten av landet, jfr figur v 6.2.

6.3.2 Medisinsk faglig tilsyn etter funksjonssvikt blant eldre i ordinær privat bolig

Medisinsk faglig tilsyn fra sykepleiere og leger til eldre i *ordinære private boliger*, er generelt oftest utilstrekkelig for dem med størst funksjonssvikt og hjelpebehov. Det gjelder imidlertid i særlig grad i Oslo når vi sammenlikner med resten av landet. Og særlig gjelder dette legetilsyn, jfr figur 6.4.

Figur 6.4 *Andel med utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn etter grad av hjelpebehov Oslo og Norge. Eldre som bor i ordinær privat bolig og mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Prosent*



Blant heimeboende eldre med betydelige/store funksjonstap i Oslo, er det 28 pst med utilstrekkelig legetilsyn, mot 17 pst i samme gruppe på landsbasis.

6.4 Sosiale tiltak og aktivitetstiltak

Det synes å foreligge mangler i innsatsen mht aktiviseringstiltak og sosiale tiltak som er av en vesentlig annen størrelsesorden enn når det gjelder personlig hjelp og tilsyn.

Aktivitetstiltak og sosiale tiltak vurderes over hele landet som utilstrekkelig for 50-60 pst av de eldre, og det uavhengig av type opp-

holdssted, jfr tabell v6.1. Dette synes å være en allmenn mangel og er derfor den samme uavhengig av Eldres alder og kjønn.

En skulle kanskje tro at det var noe lettere å få til slike tiltak blant eldre i kommunale boliger siden en så vidt stor andel da bor i fellesskapsboliger, jfr kap 4.3. At det ikke er tilfellet, må vise til generelle manglende ressurser og fokus på disse viktige sidene av Eldres levekår.

Og utilstrekkeligheten gjelder framfor alt dem med størst funksjonssvikt. Det bekrefter at når den enkelte er redusert i forhold til å få til aktivitet på egen hand eller i egen regi, er det offentlige bidraget oftest fraværende og kompenserer ikke for det som følger av tap av egen funksjonsevne. Det samme er tilfellet for sosiale tiltak Dette er ett av de fundamentale problemene i forhold til det offentliges bidrag til Eldres levekår.

I Oslo er omlag halvparten av eldre i kommunale boliger i en situasjon preget av utilstrekkelige tiltak i følge kommunalt fagpersonell. Det er omtrent den samme andelen som for eldre i ordinære private heimer, jfr tabell v6.1. Det er imidlertid en tendens til at noen færre har utilstrekkelige aktivitets tiltak og sosiale tiltak i Oslo sammenliknet med resten av landet, jfr tabell 6.1. Men regresjonsanalysene viser at Oslo plasserer seg jevnt over rundt landsgjennomsnittet, jfr figur v6.2.

6.5 Om utilstrekkelig hjelp i institusjon i Oslo sammenliknet med resten av landet

Det *generelle* bildet er at andelen med utilfredsstillende tjenester jevnt over er størst blant eldre som bor i egen bolig. Den er vesentlig bedre for dem som bor i kommunale boliger, hvor situasjon er jevnt over den samme som institusjon. I Oslo er imidlertid forholdene aller oftest utilstrekkelige i kommunal bolig, og aller best i institusjon, jfr tabell v6.1 og figur v6. 3 i vedlegg.

I sykehjem i Oslo er det færre og svært få som har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene, tilsyn og mat og måltider. Sykehjemmene i Oslo synes slik sett å være drevet godt.

Sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn i Oslos sykehjem er av kommunens fagpersonale sjelden vurdert som utilstrekkelig, idet det gjelder omlag 5 pst av pasientene, og da oftest som *noe* utilstrekkelig.

Også når det gjelder aktivitetstiltak og sosiale tiltak i institusjon, skiller Oslo seg ut i positiv retning. Sjansene for å ha tilstrekkelige tiltak her, er under ellers like vilkår en del mindre i Oslo enn i resten av landet, jfr figur v6.3.

For en mer utførlig redegjørelse for i hvor stor grad de 7 ulike funksjonene som vi har tatt for oss i institusjon mht til vurderinger av utilstrekkelighet, viser vi til NIBR-notat 2007:111 (Brevik 2007b).

7 Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene

Vi gir her oversikt over *samlet* innsats i pleie- og omsorgstjenestene målt ved anvendte årsverk. Det er etter vår vurdering et nyttig mål og inntak til en innledende overordnet vurdering av status i tjenestene.

Vi avslutter så langt analysene av de tre hovedområdene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med en oppsummering i den forstand at vi gjør rede for den samlede årsverksbruken i Oslo og i sammenlikningsområdene. Dette både for de heimebaserte tjenestene, institusjonsomsorgen og samlet innsats.

7.1 Fordeling av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester

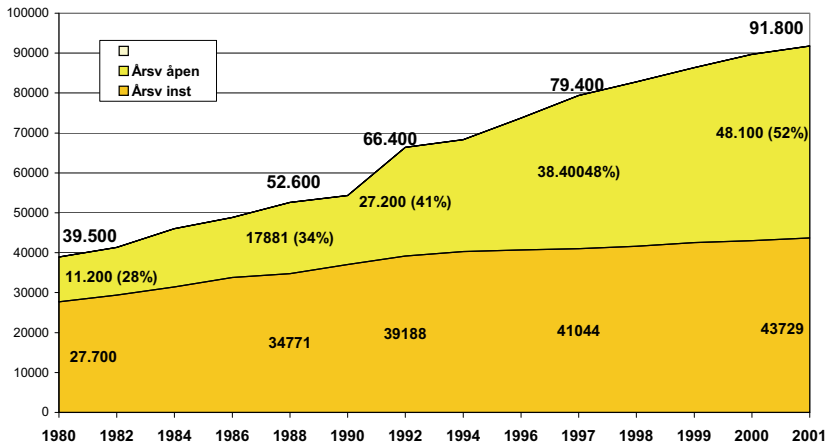
7.1.1 Årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester på landsbasis 1988-2001 og i 2002

Det er viktig å vite *hvor* kommunene anvender årsverkene i pleie- og omsorgstjenestene. Bli de i stor grad anvendt i institusjoner eller går en betydelig del til personer i ordinære private boliger eller i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål?

Vi har tidligere vist at den alt vesentlige veksten i pleie- og omsorgstjenestene etter 1988 har kommet i de heimebaserte tjenestene (Brevik 2003a). Vi vil derfor innledningsvis gi en kort oversikt over utviklingen i årsverksinnsatsen i disse tjenestene fordelt til institusjon versus heimebaserte tjenester. Vi tar først for oss perioden 1988-2001.

Etter at kommunene fikk et samlet ansvar for pleie- og omsorgstjenestene i 1988, fant det sted en omfattende satsing på hjemmetjenester med en kontinuerlig og betydelige vekst i disse tjenestene.

Figur 7.1 *Antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i institusjon og i de heimebaserte tjenestene. Talloppgaver angitt for 1980, 1988, 1992, 1997 og 2001. Prosentandel i heimebaserte tjenester i parentes.*



Kilde: Beregnet på grunnlag av: *Daatland 1997 (1980-92) og Toresen 2003 (1994-2001)*.

Mens innsatsen i de heimebaserte tjenestene i 1988 utgjorde 1/3-del av samlet antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren (52.600 årsverk), sto de i 2001 - i følge NIBRs beregninger - for 52 pst av de 92.000 årsverkene i sektoren, jfr figur 7.1. Økt innsats i de heimebaserte tjenestene er *det mest markante trekket* i utviklingen av den kommunale pleie- og omsorgstjenestene i 1990-åra og fram til i dag.

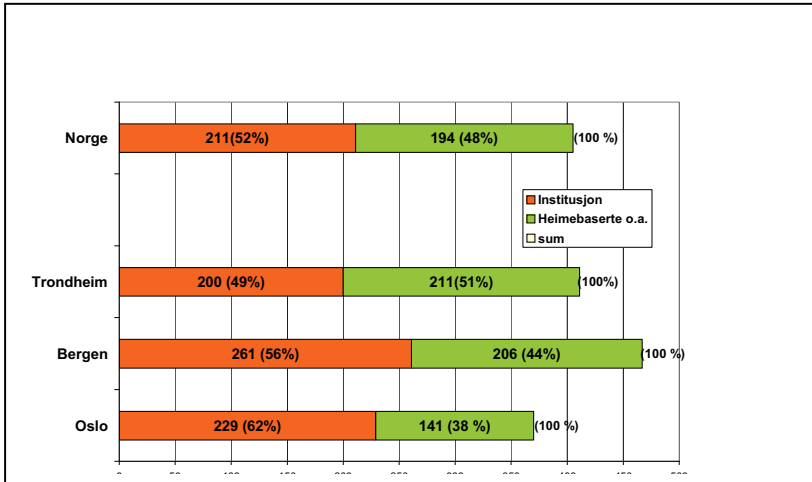
7.1.2 Årsverk i institusjon og i hjemmetjenestene pr brukerenhet i 2002

I en sammenliknende studie av utvikling og status i Oslos pleie- og omsorgstjenester er det av stor betydning å få brakt på det rene hvordan Oslo posisjonerer sin innsats i forhold til institusjoner og heimebaserte tjenester.

Etter 2002 har det ikke vært publisert statistikk fra SSB der en skiller mellom årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester, samtidig som statistikkføringen her ble lagt om i 2003. Dette fordi disse tjenestene i mange kommuner er integrerte og at det derfor ikke er mulig å legge fram god statistikk for disse områdene atskilt. Derfor nytter vi oppgaver for 2002.

Nivået i *institusjonsomsorgen* på landsbasis i 2002 utmåles på denne måten til 211 årsverk pr 1000 innb 80 år+, mens de *heimebaserte tjenester* representerer 194 årsverk. Det innebærer en fordeling tilsvarende 52/48 pst mellom institusjon og heimebaserte tjenester⁷⁰.

Figur 7.2 *Årsverk i pr innb 80 år+ i institusjon og i heimebaserte tjenester i 2002 samt relativ fordeling mellom årsverk i og utenfor institusjon. Oslo, Bergen, Trondheim og landet. Årsverk og Prosent.*



Kilde: SSB, KOSTRA, upubliserte data (2006)

Av de tre største byene hadde Trondheim i 2002 den største innsatsen i heimebaserte tjenester målt som årsverk i alt pr innb 80 år+. Bergen hadde en noe lavere aktivitet her, mens Oslo plasserer seg nærmest i særstilling. Bare 38 pst av årsverkene var knyttet til de heimebaserte tjenestene, jfr figur 7.2.

For øvrig legger vi merke til at den *samlete* innsatsen er størst i Bergen, så følger Trondheim, mens Oslo kommer betydelig svakere ut. Det kommer vi tilbake til i kap 7.4.

⁷⁰ Den betydelige veksten i de heimebaserte tjenestene også i andre halvdel av 1990-åra, og det forhold at det særlig var de heimebaserte tjenestene som vokste under *Handlingsplan for eldreomsorgen*, underbygger den sterke både absolute og relative veksten i de heimebaserte tjenestene, jfr kap 5 og framstillingen av den historiske utviklingen i omsorgstjenestene i Brevik 2003a og Brevik 2003c.

Bergen skiller seg ut både med stor innsats i institusjonsomsorgen og i heimebaserte tjenester, idet årsverkene pr 1000 innb 80 år+ her lå respektive 24 pst og 6 pst over landsgjennomsnittet i 2002.

Oslo skiller seg igjen betydelig fra landet og de to andre store byene, ikke bare ved samlet å nytte færre årsverk, men særlig ved profilen. Innsatsen i de heimebaserte tjenestene representerer 141 årsverk pr 1000 innb 80 år+, eller 73 pst av landsgjennomsnittet (194 årsverk).

Og vi får her således bekreftet hypotesen fra kap 5, om at det er lav samlet innsats i de heimebaserte tjenestene som bidrar til en lite intensiv profil og som i mindre grad er i stand til å forhindre innleggelse i sykehjem.

7.2 Forholdet mellom samlet innsats i institusjon og heimebaserte tjenester målt ved samlede brutto driftskostnader

Etter 2002 mangler vi eksakte data om årsverkene i kommunenes pleie- og omsorgstjenester fordelt på institusjon og heimebaserte tjenester. På den andre siden inneholder Kostra-statistikken i SSB nøyaktige opplysninger om samlede kostnader knyttet til å frambringe eller 'produsere' tjenestene i institusjon versus i de heimebaserte tjenestene.

Vi nytter derfor brutto driftskostnader fordelt mellom institusjon og heimebaserte tjenester pluss aktiviseringstiltak som *proxy* for fordeling av årsverksinnsatsen i institusjon og heimebasert omsorg.

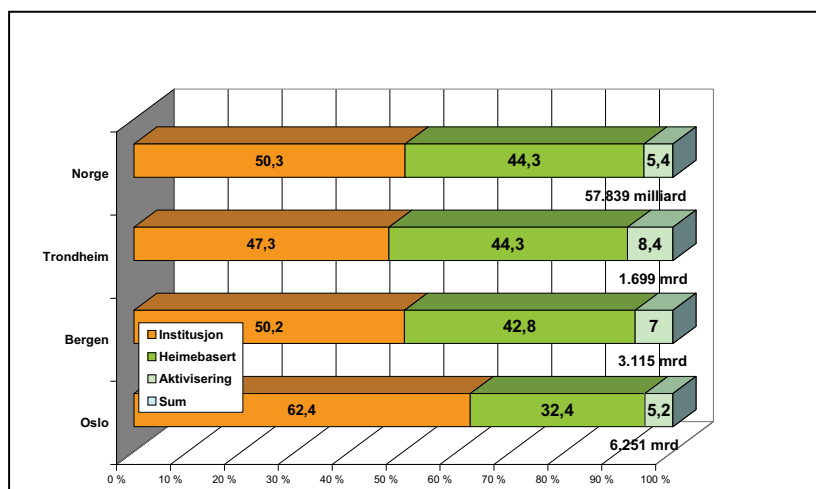
7.2.1 Fordeling av brutto driftskostnader i Norge, Oslo, Bergen og Trondheim

Denne oversikten gjelder institusjonstjenestene og de heimebaserte tjenestene samt det som er benevnt som *aktivisering*, dvs bl.a drift av dagsenter, eldrecentre osv.⁷¹

⁷¹ Post 234, *Aktivisering*, gjelder aktiviserings- og støttetjenester overfor eldre og funksjonshemmede som omfatter virksomhet ved eldrecentre og dagsenter/aktivitetssenter samt til støttekontakt. Post 254 gjelder *Kjernetjenester knyttet til pleie og omsorg og hjelp* til mestring av dagliglivet for eldre og funksjonshemmede som bor hjemme. Tjenestene omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning og omsorgslønn. Dette er nærmere presisert i

Da vi her er bare opptatt av den relative fordelingen i innsats mellom disse tre hovedområdene på hvert sted, kan vi se bort fra eventuelle kommunale variasjonene i kostnader knyttet til å framskaffe en enhet tjenester, f.eks årskostnader pr institusjonsplass eller kostnader pr årsverk i de heimebaserte tjenestene. Derimot har vi forutsatt at enhetskostnadene knyttet til å framskaffe tjenester innen disse tre områdene relativt sett - dvs mellom de tre nevnte hovedområdene - er de samme i de respektive kommunene vi her sammenlikner.

Figur 7.3 *Fordeling av brutto driftskostnader i pleie- og omsorgstjenestene fordelt på institusjon (f253+f261), heimebaserte tjenester (f254) aktiviseringsiltak (f234) i Norge, Oslo, Bergen og Trondheim. 2006. Mrd kroner.*



Kilde: Kostra grunnlagsdata, SSB 2007

Vi har således ikke korrigert for at enhetskostnadene ved å bringe til veie f.eks institusjonstjenester *i forhold til* heimebaserte tjenester relativt sett, kan være høyere eller lavere i en kommune enn i en annen, dvs at det kan være *ulike* relative forhold i enhetskostnader knyttet til de tre aktivitetsområdene. Slike eventuelle avvik ser vi mao bort fra. Det er imidlertid rimelig å anta at variasjonene i slike relative forhold er små og at det er det allmenne kostnadsnivået som vil måtte utgjøre de vesentlige av eventuelle variasjoner kommuner i mellom.

Veiledning til utfylling av skjema: Rapportering av kommunale produksjonsdata, Kostra 2006, SSB, 2006.

I 2006 gikk 50,3 pst av ressursene i pleie- og omsorgssektoren på landsbasis til drift av institusjonene, mens den andre halvdel gikk til heimebaserte tjenester og aktiviseringstiltak. Den første andelen er for øvrig helt sammenfallende med den andel som gikk fram av SSBs upubliserte oppgaver for året 2005, som viste at 50,4 pst av årsverkene gikk til institusjonene det året⁷². Det sammenfallet gir støtte til vår bruk av brutto driftskostnader som proxy for årsverk i fordeling av ressurser mellom institusjoner og øvrige tjenester i pleie- og omsorg er nokså pålitelig.

Andelen brukt på institusjon i Bergen er lik landsgjennomsnittet, mens Trondheim plasserer seg noe under. Det er Oslo som skiller seg ut. Hele 62 prosent av innstasen i Oslos pleie- og omsorgstjenester i 2006 faller på institusjonene, og 38 pst på heimebaserte tjenester og aktiviseringstiltak, jfr figur 7.3. Dette er i tråd med det vi tidligere har vist og er eksakt den samme andel som går fram av fordelingen av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester i 2002, jfr figur 7.2. og avsnitt 7.1.2. Det gir igjen støtte til at brutto driftskostnader synes å gi et nokså nøyaktig bilde av fordeling av årsverksinnsats internt mellom de ulike tjenestene i pleie- og omsorgssektoren.

7.3 Brutto driftskostnader pr innbygger fordelt på institusjon, heimebaserte tjenester og aktiviseringstiltak

Denne analysen er ikke rettet inn mot å studere variasjoner i driftskostnader mellom de tre store byene. Vi har her bare interesse av driftskostnader i forhold til hva de kan fortelle om intern fordeling av årsverksinnsats mellom hovedområder i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Dessuten er det er årsverksinnsatsen som i hovedsak gjenspeiler tjenestenes kvantitative størrelse i forhold til brukerne. Kostnadene knyttet til å frambringe dem, er et finansielt spørsmål.

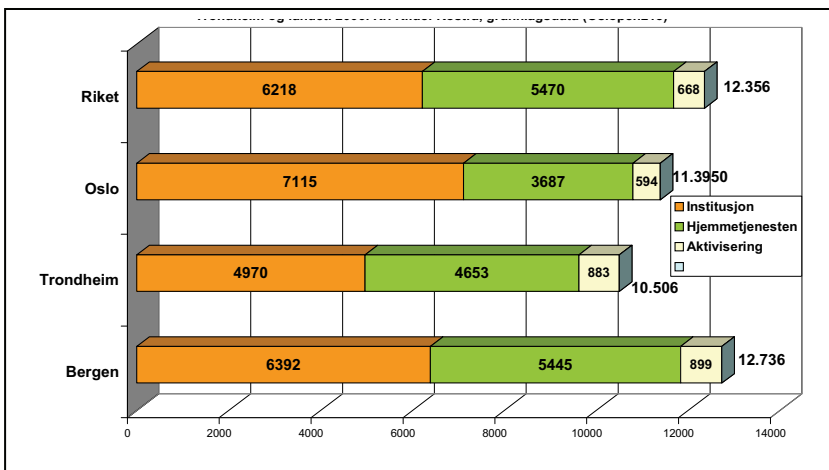
Men samtidig påvirker størrelsen på de lokale enhetskostnadene knyttet til denne type tjenesteproduksjon omfanget av de årsverk som kan framskaffes per kostnadsenhet. Derfor bør dette korrigeres for. Det foreligger imidlertid ikke i Kostra kommunespesifikke oppgaver

⁷² Upubliserte data for 4. kvartal 2005 fra SSB viste imidlertid at av samlet 110.985 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i 2005, var 55.908 årsverk knyttet til pleie og omsorg i institusjon, eller 50,4 pst, og resten 49,6 pst gikk til heimebaserte tjenester.

knyttet til kostnadene per årsverk innen de særskilte hovedområdene i kommunal pleie og omsorg, bare lønnsutgifter knyttet til *kommunale* årsverk i pleie- og omsorg *i sin alminnelighet*, slik de går fram av Kostras detaljerte nøkkeltall.

Vi nøyer oss derfor her med å gjengi omfanget av innsatsen i disse områdene regnet i kr pr innbygger for de tre største byene sammenliknet med resten av landet. Resultatet går fram av figur 7.4.

Figur 7.4 *Brutto driftsutgifter i kommunenes pleie- og omsorgstjenester pr innbygger fordelt mellom kostnader i institusjon, heimebaserte tjenester og til aktiviserings-/støttetjenester. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 2006. Kroner.*



Kilde: Kostra, grunnlagsdata, SSB 2007

Av de tre største byene har Bergen relativt høy innsats sammenliknet med hele landet (12.736 kr pr innb), men likevel ganske nært landsgjennomsnittet når vi regner i forhold til alle innbyggere. Trondheim kommer dårligst ut⁷³. Ressursinnsatsen i Oslo regent i forhold til innbyggertallet, er 92 pst av landsgjennomsnittet. Slik det går fram av figur 7.3, skyldes det i sin helhet den lave ressursbruken i de heimebaserte tjenestene. Dette kommer vi tilbake til i kap 7.4, hvor vi forholder oss til oppgavene over *samlet antall årsverk* i sektoren.

⁷³ Her viser vi imidlertid til kap 7.4, der årsverksinnsatsen beregnes *i forhold til antall innbyggere 80 år+*. Det gir en noe annen fordeling i forhold til landsgjennomsnittet og de tre byene seg i mellom.

7.4 Utviklingen i samlet årsverksinnsats i pleie- og omsorgstjenestene

7.4.1 Om begrensninger ved relativ måling av årsverksinnsats i pleie og omsorg

Vi gir i dette avsnittet en kort oversikt over *samtliges årsverk i pleie- og omsorgstjenesten målt i forhold til befolkningen 80 år +*. Dette målet har en lenge gjort bruk av i den statistikken som årlig publiseres i SSB og som departementene har holdt seg til i mange år⁷⁴.

Vi har tidligere drøftet en del begrensninger knyttet til å bruke eldre 80 år som referanseenheter i forhold til samlet bruk av tjenester i pleie- og omsorgssektoren siden personer 80 år+ bruker omlag halvparten av alle årsverkene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.⁷⁵

På den bakgrunn kan det innvendes at det hefter svakheter ved å utmåle nivået for pleie- og omsorgsinnsatsen f. eks mellom kommuner uttrykt ved formelen 'alle årsverk i sektoren delt på alle personer 80 år+'. Dette fordi de som inngår i nevneren i denne typen beregninger bare utgjør vel halvparten av brukerne, dvs halvparten av telleren. Når vi er henvist til å operere med en slik utmåling, skyldes det manglene i statistikken. Dette kunne en imidlertid ha bøtt noe på ved den typen beregninger som NIBR har nyttet for året 2001. Men IPLOS-data for 2007 vil imidlertid gi et radikalt bedre grunnlag for å analysere ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene i forhold til særskilte kjennetegn ved brukerne.

Vi gjør også oppmerksom på at registreringen av årsverk i pleie- og omsorgstjenestene ble lagt om fra 2002 til 2003. I 2003 fikk vi således på landsbasis en nivåheving på vel 8.000 årsverk i forhold til 2002

⁷⁴ Dette nå seinest i St meld nr 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* og i *Statsbudsjettet 2008*, St. pr nr 1 (2007-2008), HOD, tabell 5.11/5.12, s 195.

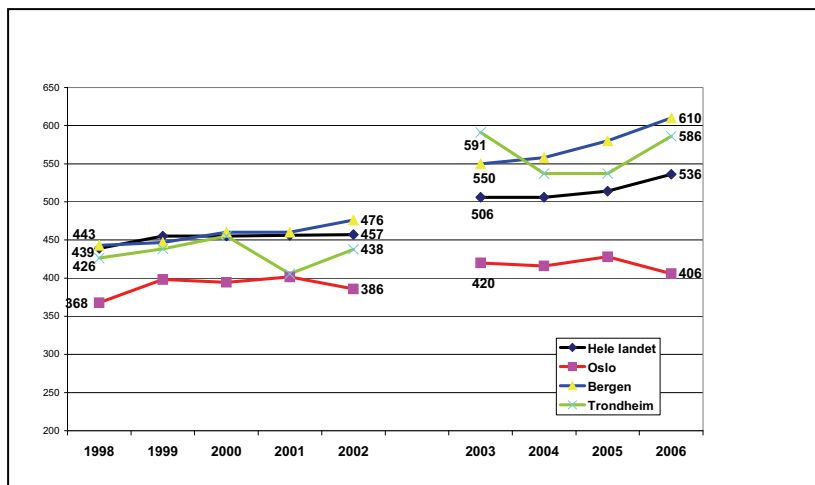
⁷⁵ For året 2001 har vi beregnet at personer under 67 år brukte 27 pst av samlet innsats, 20 pst gikk til eldre 67-79 år, mens resten av innsatsen - 53 pst - tilfalt personer 80 år+. Situasjonen har imidlertid gradvis endret seg noe siden den gang - som ledd i en endring som imidlertid har vært på gang nokså lenge - idet det har funnet sted en betydelig vekst i brukere under 67 år, jfr kap 5. Vi viser her også til Brevik 2007a, kap 9 (tabell 9.1) hvor vi har gjort nærmere rede for beregningen.

som bl.a skyldes at årsverk knyttet til bruk av vikariater ved fravær nå regnes inn, samtidig som årsverksopplysningene er hentet inn fra registre og ikke fra egne skjema, slik de ble til og med 2002. Dette er vist som et brudd i linjeføringen i figur 7.5 nedenfor.

7.4.2 Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo, Bergen, Trondheim og Norge målt i årsverk pr 1000 innb. 80 år +. 1998-2002 og 2003-2006

I perioden 1998-2002, dvs i kjerneperioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*, var det på landsbasis bare en mindre vekst i den samlede årsverksinnsatsen målt i forhold til befolkningen 80 år +, jfr figur 7.5. I perioden 2003-2006 var veksten noe større, men likevel moderat. I 2006 ble det på landsbasis utført 536 årsverk pr 1000 innb 80 år+.

Figur 7.5 *Antall årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene pr 1000 innb 80 år+. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge 1998-2002 og 2003 - 2006. Beregnet på grunnlag av Kostra, grunnlagstall, SSB, Oslo 2007.*



I Oslo representerte innsatsen i pleie- og omsorgssektoren målt i *samlet antall årsverk pr innbygger 80 år+* 84 pst av landsgjennomsnittet, både i 1998 og i 2002. I samme periode lå innsatsen i Bergen og Trondheim rundt landsgjennomsnittet.

Som nevnt ble statistikkføringen lagt om i 2003, noe som førte til en viss generell økning av antall årsverk. Bergen og Trondheim har i

perioden 2003 – 2006 hatt en samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene over landsgjennomsnittet. I 2006 lå årsverksinnsatsen i pleie og omsorg pr 1000 innb 80 år+ i de to byene respektive 19 pst og 14 pst over landsgjennomsnittet.

Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE) tok til i 1998. I de 4 første år av 8-årsperioden 1998-2006 var den samlede innsatsen i Oslo ikke større enn at den akkurat rakk til å opprettholde den underdekningen byen hadde i utgangspunktet. I den siste delen, fra 2002 til 2006, har det fortsatt likeens. Og i 2006 hadde Oslo en samlet årsverksinnsats i forhold til befolkningen 80 år+ som representerte 76 pst av landsgjennomsnittet, og 66 prosent av tilsvarende innsats i Bergen.

Ikke bare kommer hovedstaden svakt ut i dag. Oslo har kommet svakt ut hele veien. Mens landet og de to andre store byene har fått til en betydelig vekst i disse nasjonale satsingsåra, synes tida å ha stått stille i Oslo. En befinner seg fortsatt der en var for lenge siden.

Og her har vi f. eks ikke grepet fatt i betydningen av at hovedstaden har en vesentlig større andel eldre som bor aleine enn landet forøvrig. Og som NIBR har vist - siden midten av 1980-åra i full samforståelse med Oslo kommune - er dette av fundamental betydning for behov og etterspørsel etter kommunale pleie- og omsorgstjenester. Og den høye andelen aleineboende har siden den gangen også ofte blitt nevnt som sjølve '*storbyfaktoren*' i pleie- og omsorgssammenheng. Dette vesentlige forhold er her ikke trukket inn, men burde trekkes inn ved en mer fullstendig analyse av den faktiske status i Oslos pleie- og omsorgstjenester.

7.4.3 Samlet årsverksinnsats pr 1000 pers 80 år+ fordelt på institusjon og heimebaserte tjenester

På grunnlag av Kostra-data om fordeling av brutto driftskostnader i 2006, viste vi i kap 7.2 at 50,3 pst av samlet innsats/årsverksinnsats i pleie- og omsorgssektoren på landsbasis går til institusjonene. Resten eller 49,7 pst går til heimebaserte tjenester samt aktiviseringstiltak.

Tidligere data om årsverksbruken viser omtrent samme fordeling⁷⁶. Derfor foreligger det et nokså sikkert grunnlag for å forutsette - slik vi

⁷⁶ Beregninger ved NIBR for 2001, viste at forholdet mellom årsverksinnsats i institusjon versus heimebaserte tjenester var 48/52. Årsverksoppgaver for 2002 viste nesten samme fordeling (52/48), jfr kap 7.1, mens upubliserte data fra SSB for 2005 viste en 50/50-fordeling mellom årsverk i og utenfor institusjon.

her gjør - at den ressursinnsats som kommer brukerne til gode, eller sjølve årsverksinnsatsen - fordeler seg mellom institusjon/heimebaserte tjenester+ aktivitetstiltak på samme måte som brutto driftskostnader.

Vårt formål i denne sammenhengen er imidlertid å vise hvor mye de tre byene *relativt* nytter i årsverksinnsats innen pleie- og omsorgssektorens *to hovedområde*. Om kostnadene pr årsverk (enhetskostnadene) f. eks skulle måtte være noe høyere i de heimebaserte tjenestene enn i institusjon - og slik sett gi tilsvarende færre årsverk her - har det, som tidligere nevnt, ingen effekt *ved relativ sammenlikning* mellom kommuner så lenge slike kostnadsforskjeller *relativt sett* er de samme i de områdene vi sammenlikner. Og det må vi velge å forutsette så lenge vi mangler oppgaver både om faktiske årsverk og faktiske kostnader pr årsverk i institusjon versus heimebaserte tjenester. Vi anser slike eventuelle feilkilder til å være av mindre betydning så lenge vårt formål med bruken av slike data er å belegge hvilke eventuelle forskjeller som *jevnt over* måtte foreligge i *relativ* årsverksinnsats mellom hovedsektorene i pleie- og omsorg mellom de tre største byene og i forhold til landet.

Vi har allerede vist at den samlede innsatsen målt direkte i årsverk for hele pleie- og omsorgssektoren pr 1000 innb 80 år+, utgjorde 536 årsverk på landsbasis i 2006. Ved hjelp av ovennevnte data fra Kostra i 2006, om den relative fordelingen av innsats mellom institusjon og heimebaserte tjenester målt i brutto driftskostnader, jfr figur 7.3, kan vi enkelt beregne antall årsverk pr 1000 innb 80 år+ i disse to hoveddelene av pleie- og omsorgstjenestene.

Vi legger således til grunn at den relative fordelingen av årsverksinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene i 2006 mellom institusjon og heimebaserte tjenester/aktiviseringstiltak er slik den går fram av figur 7.3 foran, og som f.eks for Oslo er 62/38. Resultatet går fram av tabell 7.1 på neste side.

På landsbasis ble det i 2006 nyttet 268 årsverk i *heimebaserte tjenester* pr 1000 person 80 år+. Men siden 38 pst av Oslos samlede ressurser i pleie- og omsorgssektoren nyttes i de heimebaserte tjenestene, kommer byen ut med 154 årsverk pr 1000 innb 80 år+ i disse tjenestene i 2006. Det er 60 pst av landsgjennomsnittet i 2005 og 57 pst i 2006, og *halvparten* av den tilsvarende innsatsen i Trondheim og Bergen. Oslo skiller seg betydelig, om ikke radikalt, ut ved sin svake satsing på heimebasert omsorg.

Tabell 7.1 *Relativ fordeling av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester/aktiviserings tiltak samt årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester pr 1000 innb 80 år+. Norge, Oslo, Trondheim og Bergen 2006. Relative andeler i prosent og årsverk pr 1000 innb. 80 år+.*

	Institusjon Andel i pst	Heimebasert Andel i pst	Årsverk institusjon pr 1000 innb 80 år+	Årsverk i heimebaserte pr 1000 innb 80 år+	Årsverk i alt pr 1000 innb 80 år+	Årsverk i heimebasert pr pers 80 år+ i pst av lands- gjennomsnittet
	Prosent	Prosent	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Relativ andel
Norge	50	50	268	268	536	100
Oslo	62	38	252	154	406	57
Oslo 2005*)	62	38	266	162	428	60
Trondheim	47	53	275	311	586	116
Bergen	50	50	305	305	610	114

Kilde: Kostra 2007, SSB 2007. Siden det for Oslo i SSBs Kostra-data for 2006 er egenrapportert nedgang i antall årsverk pleie- og omsorgssektoren i 2006 i forhold til 2005 - og også i forhold til de 3 foregående år - har vi for Oslo også nyttet tilsvarende data for 2005. Vi finner da at årsverksinnsatsen i de heimebaserte tjenestene utgjorde 60 pst av landsgjennomsnittet i 2005 mot 57 pst i 2006. Forskjellen er mao marginal.

8 Sammenfatning og vurdering av resultater om utvikling og status i Oslos eldreomsorg

Del I

Hovedformålet med denne rapporten er å legge fram bred empirisk dokumentasjon knyttet til utvikling og status i Oslos eldreomsorg sammenliknet med gjennomsnittet for landet og med Bergen og Trondheim. Denne typen analyse har ikke foreligget på lenge og kunnskapen på feltet har vært sparsom. Derfor blir det viktig å *dokumentere*. Samtidig ønsker leseren *hovedtrekk og oversikt*.

For å møte det behovet har vi her laget en sammenfatning av hovedresultatene i rapportens seks substansielle kapitler, dvs kap 2-7. Samtidig har vi foretatt en vurdering av resultatene. En mer kortfattet oversikt over resultatene er også gjengitt innledningsvis i sammendraget av rapporten. Vi har her valgt å holde særlig fokus på Oslo.

8.1 Om pleietyngde og hjelpebehov hos eldre med pleie- og omsorgstjenester (kap 2)

8.1.1 Funksjonsevne etter oppholdssted og hjelpebehov etter bosted

Innenfor et rasjonelt kommunalt system for pleie og omsorg vil en bl.a måtte ta utgangspunkt den enkeltes helsetilstand og funksjonsevne og

derved hjelpebehov til grunn ved fordelingen av tjenester. Kunnskap om mottakernes funksjonsnivå blir derfor av vesentlig betydning når en skal vurdere omfang og innretning av tjenestetilbudet.

Funksjonsevne er samtidig uttrykk for *behov for tjenester* utgått fra funksjonstap knyttet til daglige og personlige gjøremål, dvs den typen behov som pleie- og omsorgstjenestene dekker. Våre data med individuelle *pleietyngdemålinger*, gjør det igjen mulig å relatere nivået i tjenestetilførsel i forhold til behov.

Blant eldre i *institusjon* i Norge i 2003 hadde 6 av 10 store og svært store funksjonstap. Bare 14 prosent har moderate hjelpebehov, slik vi har karakterisert og gruppert hjelpebehovene.

I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål bodde det imidlertid i 4 av 10 personer med store eller betydelige funksjonstap. Det viser at disse boligene fungerer som sykehjem for en god del eldre.

Blant eldre i *institusjon* og i *kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål* var det samlede omfanget av funksjonstap og hjelpebehov de samme i Oslo som i og resten av landet. Eldre brukere i *ordinær privat bolig* i Oslo har imidlertid jevnt over noe mindre grad av funksjonstap og hjelpebehov. Det er likevel i utgangspunktet ikke forskjeller på 'etter-spørsselsida' som tilsier at tilførselen av kommunale tjenester omfangsmessig bør være forskjellig i Oslo sammenliknet med landet forøvrig.

Hvordan personer med jevnt over *samme* grad av funksjonstap er fordelt i forhold til type oppholdssted, forteller imidlertid noe vesentlig om hvordan tjenestene er organisert og hvilke valg kommunene har lagt seg på i forhold til bruk av sykehjem, kommunale pleie- og omsorgsboliger eller bruk av heimebaserte tjenester inn i den enkeltes private heim.

På alle nivå for funksjonstap er det blant eldre i Oslo flere som har plass i institusjon enn i resten av landet på det samme nivået. På landsbasis har f. eks 77 pst av alle eldre brukere med stor eller svært stor grad av funksjonstap plass i institusjon, mens resten bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål eller i ordinære private boliger. I Oslo har imidlertid 90 pst med funksjonstap på det samme nivået plass i institusjon. Der betydelig grupper avhjelpes for sine behov ved bruk av kommunale boliger og en mer intensiv heimetjeneste, synes Oslo å måtte ty til sykehjemmet.

8.1.2 Sammenheng mellom hjelpebehov og tjenestetilbud i Oslo og innretningen av videre analyse

Det at eldre i Oslo med samme grad av funksjonstap som i resten av landet, ender opp i så vidt ulike tiltaksformer i pleie- og omsorgstjenestene, leder oppmerksomheten mot sjølve sammensetningen og dimensjoner ingen av disse tjenestene, dvs mot forholdet mellom de ulike leddene. Og vi legger til grunn at nettopp dimensjoneringen av omsorgstrappa er av vesentlig betydning for den samlede kapasiteten i en kommunes tilbud i pleie og omsorg ved samme bruk av ressurser.

Oppbyggingen, framstillingen og analysene i denne rapporten er derfor rettet inn mot å belyse egenskaper ved og sammenhenger mellom de tre hovedleddene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: *institusjonene, de kommunale boligene og de heimebaserte tjenestene*. Samtidig som vi gjør rede for innretningen av dem enkeltvis, er fokuset satt på hvilken type helhet de utgjør og hva som er konsekvensene av ulik sammensetning og dimensjonering av tjenestetilbudet.

Vi starter med en sammenfatning av resultatene av våre analyser av de heimebaserte tjenestene.

8.2 De heimebaserte tjenestene (kap 5)

8.2.1 Sterkt voksende bruk av heimebaserte pleie- og omsorgstjenester i befolkningen under 67 år

Pleie- og omsorgstjenestene reduseres ofte til 'eldreomsorg'. Den siste eksisterer formelt ikke i Norge. Det har dessuten de 10-15 siste åra vært en sterkt voksende bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år. Og de yngre brukerne har stått for all netto tilvekst i disse tjenestene, målt både i antall brukere og samlet årsverksinnsats siden *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til i 1998, men også i åra før.

Norge

Antallet brukere av heimebaserte tjenester økte moderat i Norge i årene 1998-2006, med *12 pst* fra 152.800 i 1998 til 171.500 i 2006.

Antallet brukere under 67 år økte med *60 pst*, brukere 80 år+ tiltok med *12 pst*, mens det ble *19 pst* færre brukere 67-79 år, jfr tab 8.1.

Tabell 8.1 *Relativ endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder i årene 1998-2006 Prosent og absolutte tall for 2006. Oslo og hele landet.*

	Økning i pst 1998-2006		Alle brukere 2006	
	Norge	Oslo	Norge	Oslo
Under 67 år	60	50	54.700	4.400
67-79 år	-19	-40	36.200	3.400
80 år+	12	-11	80.600	8.200
Alle	12	-10	171.500	16.000

En tredjedel av *brutto* tilvekst i antall brukere i perioden 1998-2006 falt på personer 80 år+, mens 2/3-deler tilfalt personer under 67 år. Tilveksten på 18.500 nye brukere under 67 år i perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2006) var ironisk nok sammenfallende med samlet netto tilvekst i disse åra. Det understreker de yngre brukernes tiltakende sentrale posisjon i de heimebaserte tjenestene.

Blant brukere 67 år+ var det ingen netto tilvekst, bare et betydelig skifte mellom de minst og mest tilårskomne av dem. Reduksjonen av brukere 67-79 år + ble oppveid av en tilsvarende øking i gruppa 80 år+.

Oslo

I Oslo vokste også antallet brukere under 67 år i årene 1998-2006 med 50 pst, mens det ble 40 pst færre brukere 67-79 år og 11 pst færre 80 år +. Samlet antall brukere ble redusert med 10 pst, mens antallet brukere på landsbasis økte med 12 pst i samme tidsrom. Antallet brukere i alt i Bergen og Trondheim økte også med hhv 23 pst og 11 pst.

Det var 11.600 brukere av heimebaserte tjenester 67 år+ i Oslo i 2006. Det var netto 3.200 færre enn i 1998 - en reduksjon på 22 pst over 8 år.

Dette gjenspeiler seg også i lavere brukerrater for heimebaserte tjenester blant eldre 67 år+ i Oslo i 2006 sammenliknet med tidligere.

8.2.2 Brukerrater - andel eldre brukere av heimebaserte tjenester etter alder

I 2006 mottok 19 av 100 personer 67 år+ heimebaserte tjenester både i Oslo og i Norge, mens det blant personer 80 år+ var 34 brukere pr 100 80 år+ i Oslo mot 37 på landsbasis.

Tabell 8.2 *Andel brukere (rater) av heimebaserte tjenester blant personer 67 år+ i Oslo i 1998, 2001 og 2006 og i Norge 2001 og 2006. Prosent.*

Alder	Oslo				Norge		
	Rater98	Rater01	Rater06	Diff 98-06	Rater01	Rater06	Diff 01-06
67-79 år	12	-	9	-3	-	-	-
80 år+	39	37	34	-5	39	37	-2
67 år+	21	21	19	-2	20	19	-1

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB hvert år.

Reduksjonen i absolutt antall brukere i Oslo har imidlertid vært så vidt stor at bruksraten for eldre 67 år+ har gått ned fra 21 brukere pr 100 i 1998 til 19 brukere pr 100 pers 67 år+ i 2006. Og andelen brukere 80 år+ i Oslo ble redusert fra 39 til 34 pr 100 personer 80 år+ i samme periode.

Den relative reduksjonen i bruksrate i gruppene 67-79 år, 80 år+ og 67 år+ fra 1998 til 2006 var hhv 22 pst, 13 pst og 9 pst.

Reduksjonene er både absolutt og relativ i alle aldersgrupperinger 67 år+. Dette er ikke ubetydelig, særlig når vi tar i betraktning at den samlede årsverksinnsatsen i de heimebaserte tjenestene både i 1998 og i 2006 lå svært mye under landsgjennomsnittet og de andre store byene, jfr kap 7.

8.2.3 De yngste og eldste andel av brukerne av heimebaserte tjenester

I 1998, da HVPU-reformen (1990-95) forlengst var avsluttet, var 22 pst av brukerne av heimebaserte tjenester under 67 år på landsbasis, mot 17 pst i 1993. I løpet av første del av perioden for Handlingsplan for eldre omsorgen (1997-2001), steg denne andelen til 25 pst i 2001. I 2006 var 32 pst av brukerne av disse tjenestene under 67 år. Andelen yngre brukere har således vært jevnt økende de 15 siste åra. Brukere

80 år + har imidlertid utgjort i underkant av halvparten av alle i hele perioden 1993-2006.

Oslo har hele tida hatt en relativt lav andel yngre brukere av heimebaserte tjenester, sjøl om veksten blant disse også her har vært betydelig de seinere åra. I 2006 var deres andel i Oslo 28 pst mot 32 pst på landsbasis. Oslo har imidlertid en tilsvarende større andel brukere blant personer 80 år+.

Konklusjonene er imidlertid at det ikke er vesentlige forskjeller i andelen yngre og eldre brukere av heimebaserte tjenester i Oslo og de øvrige to største byene i forhold til landsgjennomsnittet.

Av de ca 50.000 brukerne av heimebaserte tjenester under 67 år i 2005 var 2 av 10 psykisk utviklingshemmede og 4 av 10 var personer med psykiske lidelser. En overveiende del av resten, dvs 4 av 10, har ulike somatiske plager og rusproblemer o.l.

Den betydelige tilveksten i yngre brukere som har funnet sted de seinere åra, kan i bare liten grad tilskrives økt omfang av helseproblemer 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 - med særlig økningen i yngre brukere - er knyttet til 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.

8.2.4 Endringer i de heimebaserte tjenestenes profil - sammensetningen av brukerne etter type tjenester

Sammensetningen av de heimebaserte tjenestene etter type benevner vi som deres *profil*. Omfanget av hjelp regnet i årsverk eller timer pr uke pr bruker, benevner vi som *intensiteten* i tjenestene. Vi legger til grunn at bruk av *både hjemmehjelp og hjemmesykepleie* for eldre ofttere representerer både mer hjelp og en mer allsidig hjelp enn separat bruk av de to tjenestene. Et profil preget av kombinert bruk av hjemmesykepleie og hjemmehjelp, vil antakelig samtidig for de fleste eldre samtidig være et aspekt ved intensiteten.

Utviklingen i hele landet

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

I perioden 1998-2006 kom 2/3-deler (26.00 brukere) av samlet *brutto* økningen i heimebaserte tjenester (38.200 brukere i alt) i form av brukere av bare hjemmesykepleie, jfr tabell 8.3. Den øvrige 1/3-delen var brukere av begge tjenester (12.100). Hjemmesykepleien var således involvert i hele tilveksten. Klarere kan ikke framveksten av den medisinske delen av pleie- og omsorgstjenestene finne uttrykk.

Tabell 8.3 *Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge og i Oslo 1998-2006 etter type tjeneste. Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+, samt brutto og netto endring. Absolutte tall.*

Alder	Norge				Oslo			
	< 67	67-79	80 +	Endring alle	< 67	67-79	80 +	Endr. alle
Begge	6.800	-1.600	5.300		785	-215	-233	
Bare hsp	12.600	3.400	10.000	Brutto økning 38.200	718	235	1.008	Brutto økning 2.756
Bare hhj	-900	-10.500	-6500	Brt reduksjon -19.500	-22	-2264	-1.765	Brt reduks. - 4. 999
Sum	18.500	-8.700	8.800	18.700	1.481	-2.244	-990	-1.753

Reduksjonen er nesten helt ut knyttet til de 17.900 færre mottakere av bare hjemmehjelp. Og av disse var nesten samtlige 67 år+, særlig personer 67-79 år, men også 80 år+, jfr tabell 8.3. Den klassiske heimebaserte omsorgen med bare hjemmehjelp er betydelig redusert.

Av en brutto økning på 15.300 mottakere av heimebaserte tjenester 80 år+ i perioden 1998-2006, var 65 pst brukere av *bare hjemmesykepleie*, mens resten, 35 pst, mottok begge tjenestene. Siden det ble 6.500 færre mottakere av *bare hjemmehjelp*, endte vi opp med en *nettoøking* på 8.800 brukere 80 år+ i perioden.

Blant eldre 67-79 år var det en netto reduksjon med 8.700 brukere. Men også i denne gruppa økte brukere med bare *hjemmesykepleie* med 3.500 personer.

Slik vi har vist, er det framveksten av brukere av hjemmesykepleie som så dominerende kjennetegner perioden 1998-2006. Andel brukere

med bare hjemmesykepleie ble på landsbasis mer enn doblet i løpet av disse åra. Men også andelen som kombinerer begge tjenestene, økte med 20 pst. Brukere med bare hjemmehjelp ble imidlertid redusert med 31 pst på landsbasis fra 1998 til 2006. Det er betydelig.

Utviklingen i Oslo

Mønsteret i utviklingen i Oslo følger for øvrig stort sett hovedtrekkene i den nasjonale trenden. Det ble således 50 pst eller ca 1.500 flere brukere under 67 år. Økningen faller her både på personer med bare hjemmesykepleie og personer som kombinerer disse tjenestene.

Det ble 1.000 færre brukere av heimebaserte tjenester 80 år +, mens personer 80 år+ med bare hjemmesykepleie samtidig økte med 1000 personer i Oslo. Reduksjonen i brukere med bare hjemmehjelp var imidlertid mye større.

Samlet fant det sted en *brutto reduksjon på 4.500 brukere* i Oslo i perioden 1998-2006. Av disse var nesten samtlige 67 år+ og 90 pst var brukere av *bare hjemmehjelp*.

Mer målretta bruk av heimebaserte tjenester

Blant eldre 67 år+ har det i de 10-15 siste åra ikke blitt flere brukere av heimebaserte tjenester. Derimot har bruken i betydelig grad endret karakter. Antall brukere som bare mottar hjemmehjelp, er blitt redusert. 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 har også sammenheng med at stadig flere tungt hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon.

Dette er sentrale endringer i utviklingen av de heimebaserte tjenestene med 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.

Helse- og omsorgsdepartementet har i den sammenhengen pekt på at det er helt sentralt hvordan tilbudet er dimensjonert i forhold til bruken av sykehjem og hjemmetjenester ytt i omsorgsboliger eller i ordinære private boliger. En viser til at undersøkelser og forsøk indikerer at kommuner som satser på heimebaserte tjenester, driver ofte mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner, uten at omsorgstilbudet blir dårligere.

8.2.5 Relativ endring i sammensetningen av brukere av heimebaserte tjenester 1998-2006

Relativ endring i sammensetning av brukerne - utviklingen i hele landet

De betydelige endringene i bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie og kombinasjonen av disse to, har i stor grad endret *det samlede bildet* av hvordan brukere av ulike typer tjenester *fordeler* seg i 2006 sammenliknet med situasjonen i 1998.

Brukere med *bare hjemmesykepleie har vokst radikalt*, og er nesten fordoblet i alle aldersgrupperinger i perioden 1998-2006. For *samtlig*e brukere under ett har andelen med *bare hjemmesykepleie* økt fra 18 pst i 1998 til 33 pst i 2006. Legger vi til dem som samtidig mottar hjemmehjelp, er vi oppe i 72 pst.

Tabell 8.4 *Endring i andel brukere av typer heimebaserte tjenester 1998-2006 i Norge og i Oslo. Relativ andel brukere i 1998 og 2006 etter type tjenester og alder - under 67 år, 67-79 år og 80 år+. Prosent.*

	Norge			Oslo
	Alder 1998/2006			Alle 1998/2006
Type tjeneste	< 67	67-79	80 +	Alle
Begge	28/31	32/36	43/45	29/34
Bare hsp	26/42	18/34	14/26	12/26
Hsp i alt	54/73	50/70	57/71	41/60
Bare hhj	46/27	49/30	43/27	59/40
Sum	100/100	100/100	100/100	100/100

Blant eldre *67-79 år* har andelen med bare hjemmesykepleie fordoblet seg i løpet av disse åra. Også blant brukere 80 år+ har denne veksten vært sterk. I alle disse tre grupperingene etter alder er hjemmesykepleien involvert i alt i 7 av 10 tilfeller i 2006. Hjemmesykepleien har etter hvert blitt en sentral aktør i de heimebaserte tjenestene nærmest uavhengig av brukernes alder.

Andelen brukere med *bare hjemmehjelp*, er redusert i alle tre aldersgrupperingene, samlet fra 46 pst av alle i 1998 til 28 pst i 2006. Reduksjonen har vært størst blant de eldste. Nå er andelen slike brukere i underkant av 30 pst i alle aldre. Etter tjenestetypene har majoritetsgruppa blitt minoritetsgruppe på historisk svært kort tid.

De heimebaserte tjenestene har radikalt skiftet karakter på relativ få år. *Handlingsplan for eldreomsorgen* resulterte ikke i eldreomsorg, men forsterket denne omsorgens påbegynte forvandling. En fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid, viser at den medisinske pleie etter hvert har inntatt en sentral plass. Det er derfor etter hvert nokså feilaktig å forstå pleie- og omsorgstjenestene som eldreomsorg klassiske forstand.

Endringer i sammensetningen av brukerne etter type tjenester i Oslo

De sterke nasjonale utviklingstrekkene har imidlertid på langt nær gjort seg så sterkt gjeldende i Oslo. Så sent som i 1998 hadde 6 av 10 brukere av heimebaserte tjenester i Oslo *bare hjemmehjelp*. Andelen var i 2006 redusert til 4 av 10, noe som likevel er betydelig over landsgjennomsnittet.

Oslo har imidlertid fulgt opp den nasjonale trenden med bare bruk av hjemmesykepleie, idet andelen med bare slik hjelp er doblet i perioden, og gjelder hver fjerde bruker i 2006. Oslo plasserer seg imidlertid fortsatt bak landsgjennomsnitt, hvor hver tredje bruker har bare hjemmesykepleie.

Oslo skiller seg i betydelig grad ut ved det særskilte *profilet* i bruken av hjemmetjenester til personer 67 år+. Det er en vesentlig flere eldre med *bare hjemmehjelp* i Oslo enn på landsbasis i 2006, og vesentlig færre med *både* hjemmehjelp og hjemmesykepleie. I Oslo kombinerte 35 pst hjemmehjelp og hjemmesykepleie, mot 44 pst i Bergen og 49 pst i Trondheim.

Disse resultatene synes å underbygge vår hypotese om at Oslo har en *mindre intensiv bruk av hjemmetjenestene* enn gjennomsnittet for landet. At det er slik, går fram i det følgende.

8.2.6 Hyppighet og intensitet i hjemmesykepleien

Antall besøk

Når det gjelder besøkshyppigheten i hjemmesykepleien skiller Oslo seg vesentlig fra det som jevnt over er det vanlige på landsbasis både i kommunale og i ordinære private boliger. Eldre i *kommunale boliger* hadde på landsbasis i 2003 i *gjennomsnitt* ca 14 besøk pr uke fra hjemmesykepleien, mot 9 besøk pr uke i Oslo. Det er særlig korte og lange besøk som forekommer sjeldnere i Oslo.

Eldre i *ordinær privat bolig* med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie har både i Oslo og på landsbasis i gjennomsnitt 7 besøk fra hjemmesykepleien i uka.

Hvis 'intensiv' bruk av hjemmesykepleie innebærer minst to besøk pr dag - f. eks morgen og kveld - er hver åttende bruker (13 pst) på landsbasis i slik situasjon når en bor i *ordinær privat bolig*. I *kommunal bolig* dreier det seg imidlertid om hvert *tredje* tilfelle. Det er mao betydelige forskjeller i besøksintensiteten etter om en bor i kommunal bolig eller i eget ordinært hjem.

Av all hjelp til eldre som bor i ordinær privat bolig med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, tilfaller imidlertid *halvparten* av timeverkene på landsbasis disse 13 prosent eldre med intensiv bistand fra hjemmesykepleien. Ressursene er mao i betydelig grad konsentrert om de mest hjelpetrengende.

Også i Oslo er det blant eldre i *ordinære boliger* i hvert åttende tilfelle tale om i gjennomsnitt minst to besøk pr dag. Det er jevnt over *lav intensitet*. I kommunale bolig i Oslo dreier det seg i *hvert femte tilfelle* om 2 eller flere besøk pr dag i gjennomsnitt, mot for hver tredje i resten av landet. Ikke bare har Oslo svært få slike boliger, en gir også jevnt over færre besøk pr bruker enn ellers i landet. Byen synes også å bruke dem mindre *intensivt*.

Besøkenes lengde

En annen egenskap ved bruk av hjemmesykepleie er *besøkenes lengde*. Det er rimelig å anta at et betydelig innslag av både korte og lange besøk, samtidig er uttrykk for en større *fleksibilitet* i bruken av hjemmesykepleien enn om den er konsentrert om det som er det mest vanlige, dvs de mellomlange besøkene.

For eldre i *ordinære private boliger* er omlag hvert tredje besøk i hjemmesykepleien på landsbasis et *kortidsbesøk*, mens ca hvert tiende varer mer enn en time. I Oslo er hver femte besøk korttids, og bare 4 pst er *langtids*. Den samlede bruken av korttids og langtids besøk i hjemmesykepleien i Oslo er omlag halvparten så omfattende som i resten av landet.

I *kommunale boliger* er hvert tredje et korttidsbesøk i Oslo, mot halvparten i resten av landet. Og langtidsbesøkene er også her svært få i Oslo.

8.2.7 Om bruk av hjemmehjelp – timer pr uke

Når hjemmehjelp ytes i kommunal bolig eller i ordinære bolig sammen med hjemmesykepleie, er det vanlige *kun en eller to timer i uka*. Godt over halvparten og nærmere en tredjedel av oppdragene i hjemmehjelpa dreier seg om hhv 1 eller 2 timer pr uke.

I Oslo har to av tre eldre i ordinær privat bolig (og som samtidig har hjemmesykepleie) 1 time hjemmehjelp i uka. Og 3 av 10 har 2 timer. Bare 4 pst har mer enn 2 timer, mot 15 pst i resten av landet.

Det er den knappe hjemmehjelpsinnsetningen som dominerer bildet. I Oslo skiller eldre i *ordinære private* boliger seg ut fra resten av landet ved at *så få har mer enn to timer pr uke og at så mange bare har en time*.

8.2.8 Samlet timeinnsats pr uke i heimebaserte tjenester til eldre

I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.

De heimebaserte tjenestene i Oslo til eldre i kommunale boliger utgjorde eller *73 pst* i forhold til resten av landet, jfr tabell 8.5. Og hovedstadens bidrag i *hjemmesykepleien* utgjør *70 pst* av innsatsen i resten av landet. Der er pleie- og omsorgsinnsatsen vesentlig mer offensiv, sjøl om den ikke bestandig er tilstrekkelig.

Oslo repeterer mønsteret også i forhold til dem med store hjelpebehov, med begrenset bruk av korttids- og langtidsbesøk i hjemmesykepleien. Samlete timeverk i form av *hjemmesykepleie* til de mest hjelpetrengende i kommunale boliger i Oslo, utgjør *55 pst* av nivået i resten av landet.

I ordinære private boliger

I Oslo var den samlede innsats i heimebaserte tjenester til eldre i *ordinær privat bolig* med både hjemmehjelp og hjemmesykepleier 4 timer i gjennomsnitt pr uke i 2003. Det utgjorde *80 pst* av innsatsen i resten av landet.

Samlet innsats i de heimebaserte tjenestene for eldre *med store hjelpebehov* var 12,7 timer pr uke på landsbasis, mot 10,3 timer i Oslo. For denne viktige gruppa heimeboende eldre representerer bidraget i hovedstaden *81 pst* av det som ytes i resten av landet, jfr tabell 5.5.

Og mens timebruken i kort og lange hjemmesykepleiebesøk utgjorde 19 pst av totalen for den gruppa i Oslo, utgjorde den 42 pst i resten av landet eller under halvparten. Oslo har mao både *mindre bredde og mindre omfang* i sin hjemmesykepleieinnsats for de mest hjelpetrengende heimeboende eldre.

Tabell 8.5 *Antall timer hjelp pr uke i heimebaserte tjenester i alt og i hjemmesykepleie etter om en bor i ordinær privat eller i kommunal bolig. Oslo og Norge samt Oslo i pst av Norge. Eldre 67 år+. Antall timer og prosent.*

Oppholdssted	Timer i heimebaserte i alt			Timer i hjemmesykepleie		
	Oslo	Norge	O i % av N	Oslo	Norge	O i % av N
Priv bolig	4,1	5,0	80	3,6	3,7	97
Pb store behov	10,3	12,7	81	8,2	10,0	82
Kom bolig	5,5	7,5	73	5,4	7,7	70
Kb store behov	7,0	11,7	60	5,3	9,7	55

Heimeboende eldre med store funksjonstap utgjør en strategisk viktig gruppe siden sykehjemmet eller kommunale boliger med heldøgnspleie og omsorg oftest er de eneste alternativene. Hvordan en følger opp disse med tjenester er derfor nokså viktig i forhold til hvordan omsorgskjeden fungerer.

Det at det i Oslo på alle nivå for funksjonstap hos eldre er mindre innsats i de heimebaserte tjenestene, må antas å øke presset på sykehjemmene. Ved mer omfattende og bredere profilert bruk av disse tjenestene ville en sannsynligvis kunnet ha *utsatt* tidspunktet for institusjonalisering for en god del eldre og dermed kuttet ned på oppholdstida der og slik bidratt til økt sykehjemskapasitet.

8.2.9 De heimebaserte tjenestene - oppsummering

Redusert tilgjengelighet for eldre brukere i Oslo

På landsbasis har det vært en sterk vekst i brukere av heimebaserte tjenester under 67 år og som har stått for all netto tilvekst i disse tjenestene. Blant *brukere 67 år+* var det ingen netto tilvekst, bare et betydelig *skifte* idet reduksjonen av brukere 67-79 år + ble *oppveid* av en tilsvarende øking i gruppa 80 år+.

I perioden 1998-2006 ble samlet antall brukere i Oslo *reduisert med 10 pst*, mens det på landsbasis økte med 12 pst. Og brukerne 67 år+ i Oslo ble redusert med 3.200 eller 22 pst i perioden. Andelen brukere

(bruksratene) ble også redusert, f. eks fra 39 til 34 brukere pr 100 personer 80 år+ Den relative reduksjonen i bruksrate i gruppene 67-79 år, 80 år+ og 67 år+ fra 1998 til 2006 var hhv 22 pst, 13 pst og 9 pst.

Reduksjonen var både absolutt og relativ i alle aldersgrupperinger. Dette er ikke ubetydelig når vi samtidig vet at den samlede årsverksinnsatsen i Oslo i de heimebaserte tjenestene pr eldre i 2006 var om lag 60 pst av landsgjennomsnittet.

Sterk vekst i hjemmesykepleien

Foruten framveksten av unge brukere, er det bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som nok så reindyrket kjennetegner perioden 1998-2006. To tredjedeler av brutto økning i brukere av heimebaserte tjenester var knyttet til dem med bare hjemmesykepleie, mens resten mottok begge tjenestene, dvs at hjemmesykepleien var involvert i hele tilveksten. Den klassiske heimebaserte omsorgen med bare hjemmehjelp er betydelig redusert.

Mønsteret i utviklingen i Oslo følger stort sett hovedtrekkene i den nasjonale trenden med økning i brukere av hjemmesykepleie. Av en *brutto reduksjon* på 4.500 brukere i Oslo i perioden 1998-2006, var nesten samtlige 67 år+ og 90 pst var brukere av *bare hjemmehjelp*.

Bruken har i betydelig grad endret karakter. Kommunene har i større grad konsentrert innsatsen om de mest ressurskrevende med mer omfattende hjelp knyttet til pleie, behandling og rehabilitering. Dreiningen er parallelt knyttet til at flere tungt hjelpetrengende befinner seg utenfor institusjon.

På landsbasis var hjemmesykepleien i 2006 involvert i alt i 7 av 10 tilfeller både blant yngre og eldre brukere. Den er etter hvert blitt den viktigste aktøren i de heimebaserte tjenestene for alle. Andelen brukere med *bare hjemmehjelp* er redusert i alle aldre, og samlet fra 46 pst av alle brukerne i 1998 til 28 pst i 2006. Den medisinske pleie har inntatt en sentral plass.

De sterke nasjonale utviklingstrekkene har imidlertid ikke gjort seg så sterkt gjeldende i Oslo, idet 4 av 10 brukere så sent som i 2006 hadde *bare hjemmehjelp*. En har imidlertid fulgt opp den nasjonale trenden ved at andelen med bare hjemmesykepleie er doblet etter 1998. Oslo skiller seg likevel fortsatt ut ved den særskilte *profilen* i bruken av hjemmetjenester siden det fortsatt er en vesentlig flere eldre med *bare hjemmehjelp* i Oslo og vesentlig færre med *både* hjemmehjelp og hjemmesykepleie enn på landsbasis.

Mindre hyppighet, fleksibilitet, intensitet og samlet omfang av hjelp i Oslo

Oslo skiller seg også vesentlig fra det som jevnt over er det vanlige både for brukere i kommunale og i ordinære private boliger på landsbasis ved færre besøk pr uke i hjemmesykepleien. Videre er den samlede bruken av korttids og langtids besøk i hjemmesykepleien i Oslo er omlag halvparten så omfattende som i resten av landet, som igjen tyder på mindre *fleksibilitet*.

Både i Oslo og på landsbaser det blant eldre i *ordinære boliger* i hvert åttende tilfelle tale om i gjennomsnitt minst to besøk pr dag. Det er jevnt over få med *intensiv* hjelp. I kommunale boliger i Oslo dreier det seg i *hvert femte tilfelle* så mange besøk pr dag mot hver tredje i resten av landet.

Når hjemmehjelp ytes i kommunal bolig eller i ordinære bolig sammen med hjemmesykepleie, er det vanlige *kun en eller to timer i uka, både i Oslo og på landsbasis*. Men i Oslo skiller eldre i *ordinære private* boliger seg ut fra resten av landet ved at *så få har mer enn to timer pr uke og at så mange bare har en time*.

Timeverkene pr uke i de heimebaserte tjenestene i Oslo til eldre i *kommunale* boliger utgjorde i 2003 *73 pst* av tilsvarende innsats i resten av landet. For eldre med store hjelpebehov utgjorde denne innsatsen *60 pst* og i *hjemmesykepleien* *55 pst* av nivået i resten av landet.

Og de heimebaserte tjenester til eldre i *ordinær privat bolig* i Oslo utgjorde *80 pst* av nivået i resten av landet. For dem med store hjelpebehov utgjorde samlede timeverk *81 pst* og i *hjemmesykepleien* *82 pst* i forhold til dem med tilsvarende behov i resten av landet.

Oslo har mao jevnt over *mindre hyppighet, fleksibilitet, intensitet og mindre omfang* i sine heimebaserte tjenester generelt og i hjemmesykepleien, og særlig for eldre med store hjelpebehov og i kommunale boliger.

8.3 Utvikling og status i institusjonsomsorgen i Oslo og i storby (kap 3)

8.3.1 Antall plasser i institusjon og i sykehjem

I 1980 var det 5.700 plasser i *institusjon* i Oslo. Antallet har etter hvert blitt redusert og utgjorde ca 5.100 plasser i 2006, 11 prosent færre enn for 25 år siden og 8 pst færre enn 5 år tidligere.

Fra kommunene overtok sykehjemmene i 1988, økte antall sykehjemsplasser på landsbasis fram til 2006 med 30 prosent. Til sammenlikning ble de ble redusert med 5 prosent i Oslo i samme periode.

Antall sykehjemsplasser i Oslo var på sitt høyeste midt ut i 1980-åra med i underkant av 5.500 plasser i 1986. Oslo dro ikke fordel av *Handlingsplanen for eldreomsorgen* til å øke netto plasstilbud i sykehjem. I perioden 2002-2006 ble antallet slike plasser ytterligere redusert med omlag 300. I 2006 var det 4.774 plasser i sykehjem i Oslo. I et lengre perspektiv har tida slik sett stått stille i Oslo.

8.3.2 Enerom, enerom med eget bad og WC samt legeårsverk i sykehjem

I 2006 var det 9 av 10 plasser i institusjon Oslo i enerom, dvs ca på landsgjennomsnittet. Her gjenstår like mye som ellers i landet i forhold til en 10 år gammel nasjonal målsetting. Oslos satsing på *enerom i sykehjem* i perioden 2001-2006 var i tråd med gjennomsnittet for landet, men ikke mer.

I Oslo var 24 pst av rommene i syke- og aldershjemmene i *tilpasset enerom med eget bad og WC* i 2006, mens 55 pst av plassene institusjon på landsbasis hadde denne standard.

På landsbasis ble det i 2006 utført 7 *lege årsverk* pr 1000 plasser i institusjon. Helse- og omsorgsdepartementet mener imidlertid at det er behov for å øke innsatsen av legeårsverk til 11.5 pr 1000 plass i institusjon fram til 2010. I Oslo var det tilsvarende 6 legeårsverk i 2006. I hht departementets målsetting må således denne innsatsen dobles på 4 år i hovedstaden.

Til sammenlikning ble det i Bergen i 2006 ble nedlagt 10 årsverk og i Trondheim 7 pr 1000 plasser. Situasjonen her er bedre både i de to

andre store byene og på landsbasis enn i Oslo, på tross av Oslos generelle høye legedekning.

Med 8 av 10 plasser i enerom i Bergen og Trondheim er det imidlertid færre slike plasser her enn i Oslo. Her er på den andre sida hhv 67 pst og 44 pst av institusjonsplassen i brukertilpasset enerom med bad og WC.

8.3.3 Utvikling i eldrebefolkningen og dekningsgrad i institusjon

Det har vært sterk vekst i befolkningen 80 år+ i Oslo de 30 siste åra. Den flatet ut etter 2001 og vil synke noe fram til ca 2016. Deretter vil antall eldre 80 år+ igjen øke og vil i 2025 nå samme omfang som 30 år tidligere. I et langsiktig perspektiv vil således befolkningen 80 år+ i Oslo være nokså konstant.

For omlag 30 år siden, i 1975, tilsvarte *sykehjemsdekningen* i Oslo 28 plasser i forhold til 100 pers 80 år+. Dekningsgraden lå 38 pst over landsgjennomsnittet. I 2006 var den redusert til 19,6 pr 100 pers 80 år+, eller 11 pst over landsgjennomsnittet. Fra å ha hatt en høy dekning i sykehjem har Oslo i dag en sykehjemsdekning som jevnt over er på linje med Bergen og Trondheim.

Mens Oslo og Riket hadde omtrent samme *dekningsgrad i institusjon* i 1998, var det i Oslo i 2006 21,3 slike plasser pr 100 innb. 80 år+, mot 18,8 i landet som helhet. Oslo har isolert sett redusert sin dekning i institusjon mindre enn landet som helhet i den nevnte perioden. Bergen hadde imidlertid i 2006 en institusjonsdekning noe over Oslo, mens Trondheim plasserte seg rundt landsgjennomsnittet.

Men dekningsgraden avgjør imidlertid langt fra det faktiske tilbudet i sykehjem. Det avgjørende er *tilgjengeligheten*, dvs om det til enhver tid finnes en ledig plass når nødvendige behov melder seg. Det sentrale målet er tilgjengelige plasser. Den bestemmes i stor grad av sirkulasjonen i de plassene en disponerer.

8.3.4 Drift av sykehjemsplasser og sirkulasjon i korttidsplassene

Pasienter kommer *inn* på sykehjemmenes korttidsplasser i hovedsak fra den kommunale hjemmesykepleien eller fra sykehus. Hovedstrømmen *ut av* korttidsplassene går til vanlige boliger med hjemmebaserte tjenester. Det er særlig *bruken* av korttidssengene som forklar-

er tilgangen til sykehjemsplasser, og mer enn hva dekningsgraden gjør. Jo høyere utskrivingsrate fra korttidsplasser, desto større er den samlede pasientsirkulasjonen.

Kommuner med høy andel korttidssenger i sykehjem, har bedre tilgjengelighet til sykehjem enn kommuner med lav andel korttidsplasser, sjøl om den samlede dekningsgraden er lavere. Og kommunene med lav samlet dekningsgrad i sykehjem, men med høyt innslag av korttidsplasser, har de høyeste utskrivingsratene og dermed den beste tilgjengeligheten. Det at kommuner med lav dekningsgrad kommer best ut, er paradoksalt siden dekningsgrad i alle år har vært holdt fram som det sentrale målet for sykehjemsutbyggingen.

Sum antall *utskrivninger pr alle sykehjemssenger* i Oslo i 2005 var 25 pst lavere enn i gjennomsnittet for landet og vel 40 pst lavere enn i de 3 fylkene med høyest antall utskrivninger. Oslo måtte mao ha hatt ca 1200 (25 pst) flere sykehjemsplasser (med dagens sirkulasjon) for å kunne gi sin befolkning samme *tilgang* på sykehjemsplass som gjennomsnittet for landet, gitt samme dekningsgrad som for landet. Når Oslo ikke har 1200 flere plasser, er den *faktiske tilgjengeligheten* – eller det egentlige sykehjemstilbudet – ca 25 prosent lavere. Dette viser hvor galt det fører av sted ensidig å fokusere på dekningsgrader og ikke på tilgjengelighet.

Det er antydnet at en nasjonal norm på 35 utskrivninger pr korttidsplass pr 100 innb 80 år + ville representere et minimumsnivå for tilgjengelighet i sykehjem i Norge. Oslo hadde i 2005 25,7 utskrivninger fra korttidssenger pr 100 innb 80 år+, eller tilsvar ende 73 pst av den anbefalte minstenormen og 20 pst under det faktiske gjennomsnittet for landet.

Den lavere tilgjengelighet til sykehjem i Oslo (og i Trondheim) skyldes nesten utelukkende lav pasientsirkulasjon i korttidssengene. Relativt god dekningsgrad i korttidsplasser i Oslo blir mao mer enn 'spist opp' av lav sirkulasjon, og den *faktiske* tilgangen på sykehjemsplasser i Oslo er *blant de lavere i landet*.

Økt sirkulasjon i korttidssengene blir ikke til av seg sjøl og er antakelig i liten grad sprunget ut av egenskaper ved sjølve sykehjemmdrifta. Det er innretningen av de alternative tjenestene og pleie- og omsorgsforholdene i eldres egne heimer og boliger som utgjør den sentrale dimensjonen.

Variasjonene i tilgjengelighet til sykehjem har sin forklaring i forhold som er eksterne i forhold til sykehjemmene, dvs i deres nærmeste samarbeidspartnere. Dimensjoneringen og innretningen av de øvrige tri-

nnene i omsorgskjeden er sentrale samt forskjeller i sykehusenes utskrivingspraksis. Lav sirkulasjon i Oslos sykehjemsplasser har mao fundamental sammenheng med *innretningen av de alternative tilbudene* - i kommunale boliger og heimebaserte tjenester. Og det er hovedpoenget.

Det er ikke bare antall kortidsplasser, men framfor alt økt sirkulasjon pr korttidsseng som vil utgjøre den beste strategien for å skape større tilgjengelighet i sykehjem og dermed å unngå kø til de eksisterende plassene. Og hovedforutsetningen for en slik økt sirkulasjon er nettopp mer omfattende og intensiv bruk av heimebaserte tjenester og et større innslag av kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg.

På bakgrunn av dette legger vi til grunn at utviklingen av de alternative tilbudene til sykehjem - dvs intensiv bruk av heimebaserte tjenester og omsorgsboliger - bør legges til grunn for den videre utvikling av kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Men samtidig er det slik at en god del fagfolk likevel går inn for fortsatt høyere dekning i sykehjem. Dette til tross for den dokumenterte betydningen av sirkulasjon i korttidsplassene og det faktum at sykehjemsdekningen kontinuerlig og medvitende er bygd ned i Norge de 20 siste åra. Den sterke veksten i ressursbruken i alternative tjenester er beviset for at dette oftest har vært bevisst positiv satsing uten bakgrunn i nedskjæringshensyn.

8.4 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (kap 4)

8.4.1 Antall boliger og andel eldre bosatt i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

Det er boligbyggingen som særlig kjennetegner utviklingen av omsorgstjenestene i Norge de 10-15 siste årene. Det er blitt bygget kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede i stort omfang. Hvor aktive de store byene har vært på dette feltet de 12 siste åra, bør således gjenspeile den vekt de tillegger prinsippet om boligbygging av omsorg.

Hvor Oslo plasser seg i denne utviklingen, er av vesentlig betydning for å vurdere hvor kommunen befinner seg mht samlet tilbud i pleie- og omsorgstjenestene, og hva som er den relative betydningen av dekningsgrad og tilgjengelighet i sykehjem. Særlig viktig er hvor stor del

av de kommunale boligene som fungerer som et heldøgns pleie- og omsorgstilbud.

Mens landet bygde opp tilbudet i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år+ med netto 3.750 enheter, eller med netto 13 pst i perioden 1998-2006, synes Oslo å ha bygd det ned, fra ca 2.200 enheter i 1998 til 1.300 enheter til personer 67 år+ i 2006, eller med 42 pst. I følge de SSBs statistiske oppgaver er antall slike boliger i Oslo betraktelig redusert i løpet av disse åra.

I Bergen har en også i perioden 1998-2006 redusert antall slike boliger fore eldre med 37 pst. Trondheim har imidlertid økt antall slike boliger med 82 pst og er den eneste av de tre største byene som har - når det gjelder eldre - sluttet seg til den storstilte nasjonale satsingen på omsorgsboliger.

På landsbasis var det i årene 1998 og 2006 16 og 14 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål bebodd av eldre regnet i forhold til 100 eldre 80 år+, mens tilsvarende i Oslo var 9 og 6.

I Oslo var dekningsgraden i slike boliger for eldre i 2006 under halvparten av gjennomsnittet for hele landet, eller 5,5 boliger pr 100 eldre 80 år+ mot 14,5 boliger på landsbasis.

8.4.2 Om omsorgsboliger

Det som er bygget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fra 1994 og fram til i dag, er i det alt vesentlige '*omsorgsboliger*'. Hvor aktive de store byene har vært på dette feltet de 10 siste åra, bør således gjenspeile den vekt de har tillagt prinsippet om boliggingjering av omsorg.

Dekningsgraden for *omsorgsboliger* regnet i forhold til befolkningen 80 år+, var i 2006 på landsbasis 121 plasser pr 1000 innb. 80 år+, mot 51 i Oslo. Trondheim hadde derimot et tilbud i omsorgsboliger tilsvarende 164 slike boliger pr 1000 pers 80 år+, eller vel 3 ganger så høy dekning som Oslo. Den lavere dekningsgraden i sykehjem i Trondheim enn i Oslo er antakelig i betydelig grad kompensert for.

Om Oslo skulle ha hatt *dekningsgraden i omsorgsboliger i alt* i forhold til befolkningen 80 år+ som gjennomsnittet for landet, måtte antallet slike boliger i 2006 ha vært 2.900 og ikke 1.222. Differansen på omlag 1700 omsorgsboliger viser hvor langt Oslo generelt befinner seg etter i forhold til resten av landet.

Om den relative andelen eldre er like stor i omsorgsboliger som i samtlige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i 2006, skulle Oslo ha hatt 1.840 omsorgsboliger til eldre 67 år det året for å ha det samme antall slike boliger som en hadde på landsbasis det året i forhold til omfanget av befolkningen 80 år+. Byen synes å ha en vesentlig lavere andel.

8.4.3 Kommunale boliger til eldre som bofellesskap, med fast bemanning eller med nærhet til omsorgsbase

På landsbasis bor 40 pst av eldre i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål som del av bofellesskap, mens det gjelder halvparten så mange, eller 20 pst i Oslo. I Norge er omlag 8 av 10 eldre i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål enten knyttet til personalbase eller har rimelig god nærhet til omsorgsbase.

I Oslo bor 7 av 10 i boliganlegg med fast bemanning på dagtid eller med kort tilgang på hjelp. Fysiske nærhet til hjelpepersonal på dagtid synes god. Men bare 5 pst av eldre i disse boliganleggene har fast bemanning om natta. Og omlag 8 av 10 må vente på hjelp ut over 10 minutter, mot vel hver tredje eldre i slike boliger i resten av landet.

Og det er slike situasjoner som er de mest prekære i forhold til flytting til sykehjem. Slik sett er ikke et tilbud sterkere enn det svakeste leddet. Forskjellen til resten av landet på det punktet synes radikal.

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

På landsbasis var i 2006 26 pst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til *personer 67 år+* bebodd av personer med *heldøgns pleie og omsorg*, eller 8.400 enheter. I Oslo gjaldt det samme 2,3 pst av slike boliger for eldre, eller 58 enheter.

På landsbasis gir dette en dekningsgrad i heldøgns omsorg tilsvarende 38 enheter pr 1000 innb 80 år+, mot 2 enheter pr 1000 innb 80 år+ i Oslo.

Disse enhetene kan imidlertid regnes inn i dekningsgraden i institusjon pluss boliger med heldøgns pleie og omsorg. Denne dekningsgraden var på landsbasis 227 enheter pr 100 personer 80 år+ i 2006, mot tilsvarende 215 enheter i Oslo.

Fra å ha en dekning i institusjon noe over landsgjennomsnittet, befinner hovedstaden seg i 2006 med en samlet dekning 5 pst under når vi bringer inn boliger med heldøgns pleie- og omsorg.

Av de tre byene har Bergen den beste dekningen i institusjoner/boliger med heldøgns pleie og omsorg med 228 enheter pr 1000 innb 80 år+ eller som landsgjennomsnittet.

Om Oslo skulle ha hatt samme dekningsgrad i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg til personer 67 år +* som på landsbasis i 2006, dvs 38 enheter pr 100 innb 80 år+, måtte en ha hatt i overkant av 900 slike boliger. At en bare hadde 58, understreker Oslos svake situasjon i forhold til den øvre del av omsorgstrappa.

8.5 Utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp og tilsyn, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak og kontakt – sammenfatning av kap 6

Vi har gjort rede for i hvilken grad den hjelpa som faktisk ytes, *vrderes* som utilstrekkelig sett i forhold til de ulike tjeneste mottakernes behov. Dette målet kan forøvrig betraktes som et generelt minstemål for kvalitet.

8.5.1 Eldre i ordinær privat bolig

I følge pleiepersonalets vurderinger hadde 15-25 pst av eldre i ordinære private boliger på landsbasis i 2003 utilstrekkelig hjelp til praktiske og personlige gjøremål i hverdagen. Det gjelder typen praktisk hjelp i huset, personlig hygiene, mat og måltider samt tilsyn om kvelden/natta. Men bare 1-4 pst har 'alt for lite' slik hjelp.

Hjelp til viktige funksjoner som personlig hygiene vurderes som utilstrekkelig i 25 pst av tilfellene på landsbasis. Deretter følger praktisk hjelp, mat og måltidet og til syn om kvelden/natta med 18-15 pst.

Eldre brukere i Oslo skiller seg relativt lite ut fra resten av landet. Ut-siktene til å ha utilstrekkelige hjelp av denne typen er imidlertid under ellers like vilkår 10-40 pst større i Oslo for 3 av 4 av de nevnte funksjoner Det er en viss, men ikke markant forskjell.

8.5.2 Eldre i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål

Det var på landsbasis imidlertid langt færre som hadde utilstrekkelig hjelp i forhold til de fire nevnte blant eldre i kommunale boliger. Situasjonen her er jevnt over som i institusjon. Det kan tyde på at de kommunale boligene på landsbasis ofte fungerer like bra som institusjonene mht å tilfredsstille eldres personlige gjøremål i hverdagen. Det er imidlertid ikke tilfellet i Oslo.

Det synes å foreligge nokså stor svikt i hjelp til personlige gjøremål i hverdagen for eldre i kommunale boliger i Oslo. Fra 21 til 37 pst ble vurdert til å ha utilstrekkelig hjelp målt i forhold til disse fire hverdagsfunksjonene. Sannsynligheten for å ha utilstrekkelig hjelp her er under ellers like vilkår, jevnt over *3-4 ganger større* i Oslo enn i resten av landet.

8.5.3 Utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål etter grad av funksjonstap blant eldre i ordinær privat bolig

Det er generelt jevnt over slik de heimebaserte tjenestene oftest er utilstrekkelig for dem med de største hjelpebehovene, dvs for dem som trenger det mest, både levekårsmessig og i forhold til utsettelse av plassering i institusjon.

På landsbasis er det flest med utilstrekkelig hjelp til personlig gjøremål i hverdagen blant dem med betydelige/ store funksjonstap, idet 28 pst disse har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og praktisk hjelp i huset i 2003. Det samme gjaldt imidlertid 36 pst i Oslo. De samme tendensene gjenfinnes i forhold til mat og måltider. Utilstrekkelig hjelp i de heimebaserte tjenestene i Oslo i forhold til resten av landet, er mest markant for de mest hjelpetrequende. Hvis den heimebaserte omsorgen hadde fungert optimalt i forhold til å utsette tidspunktet for flytting ut av heimen, burde vi ha forvente et omvendt resultat.

Det synes å være slik at en i Oslo kommer til kort der en burde strekke til lengst. Det understøtter hypotesen om at svakt utviklet alternativ tjenesteyting øker presset på sykehjemmene i Oslo.

8.5.4 Om utilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn

Det *sykepleiefaglige tilsynet* og *legetilsynet* for eldre i *ordinære private boliger* er på landsbasis utilstrekkelig i 1 av 10 tilfeller. I Oslo er sjansene for at det er slik 40 pst større enn i resten av landet. Og det er *dobbelt så stor sjanse* for å ha utilstrekkelig tilsyn fra lege i Oslo som i resten av landet.

Medisinsk faglig tilsyn til eldre i ordinære private boliger, er oftest utilstrekkelig for dem med størst funksjonssvikt og hjelpebehov. Det gjelder imidlertid i særlig grad i Oslo og særlig gjelder det tilsyn fra lege.

For eldre i kommunal bolig i forhold til resten av landet er situasjonen i Oslo den samme som for eldre i ordinære private boliger. Legetilsynet er her utilstrekkelig for 20 pst av de eldre brukerne og det sykepleiefaglige tilsynet er utilstrekkelig for 14 pst. Sjansene for å ha utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn i kommunal bolig er mao jevnt over dobbelt så store i Oslo som i resten av landet.

Utilstrekkeligheten i hovedstadens medisinske tilsyn for eldre i ordinære private boliger i 2003 var relativt sett betydelig sammenliknet med gjennomsnittet for landet. Og den er større enn hva tilfellet er for personlige gjøremål i hverdagen. Dette bidrar antakelig til å svekke de faglige vurderinger som kontinuerlig er nødvendig som ledd i å hindre eller å utsette innleggelse i institusjon og sykehus. En bør ikke bare ha fokuset på 'ut av' sykehus, men like så mye på 'inn i'.

8.5.5 Sosiale tiltak og aktivitetstiltak

Det synes å foreligge mangler i forhold til aktiviseringstiltak og sosiale tiltak som er av en vesentlig annen størrelsesorden enn når det gjelder personlig hjelp og tilsyn. Slike tiltak vurderes som utilstrekkelig for 50-60 pst av de eldre brukere på landsbasis, og det uavhengig av hvor en oppholder seg og uavhengig av bosted.

Og utilstrekkeligheten gjelder framfor alt dem med størst funksjonssvikt. Dette er forøvrig ett av de fundamentale problemene i forhold til det offentliges bidrag til skrøpelige eldres levekår.

Det er imidlertid en tendens til at noen *færre* har utilstrekkelige aktivitetstiltak og sosiale tiltak i Oslo sammenliknet med resten av landet. Oslo plasserer seg under ellers like vilkår jevnt over rundt landsgjennomsnittet.

8.5.6 Om utilstrekkelig hjelp i institusjon

Det *generelle* bildet er at andelen med utilfredsstillende tjenester jevnt over er størst blant eldre som bor i egen bolig og minst i institusjon.

I sykehjem i Oslo er det svært få som har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene, tilsyn og mat og måltider og færre enn i resten av landet. Sykehjemmene i Oslo synes slik sett å være bra drevet.

Sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn i Oslos sykehjem er av kommunens fagpersonale sjelden vurdert som utilstrekkelig. Også når det gjelder aktivitetstiltak og sosiale tiltak i institusjon, skiller Oslo seg ut i positiv retning.

8.6 Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene (kap 7)

Etter å ha analysert de heimebaserte tjenestene, institusjonene og de kommunale boligene hver for seg, gir vi nå en oversikt over samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene målt ved antall anvendt årsverk. Dette er et nyttig mål og inntak for en overordnet vurdering av status i kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

8.6.1 Fordeling av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester

I en sammenliknende studie av utvikling og status i Oslo, er det av stor betydning å få brakt på det rene hvordan Oslo posisjonerer sin innsats i pleie- og omsorgssektoren i forhold til institusjoner og heimebaserte tjenester.

Mens innsatsen i hjemmetjenestene i 1988 utgjorde 1/3-del av samlet antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren på landsbasis, sto de i 2006 for omlag halvparten. Den vesentlige delen av årsverkstilveksten har kommet her, og er det mest markante trekket i utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de 15-20 siste åra.

Etter 2002 har det imidlertid ikke vært publisert statistikk fra SSB hvor en skiller mellom årsverk i institusjon og hjemmetjenester. Det året gikk 48 pst av årsverkene i pleie- og omsorgssektoren på landsbasis til heimebaserte tjenester. I Trondheim 51 pst og i Bergen 44 pst. I Oslo ble imidlertid bare 38 pst nyttet til *heimebaserte tjenester*. Satsingen synes relativt sett svært svak.

8.6.2 Innsats i institusjon og heimebaserte tjenester målt ved samlede brutto driftskostnader i 2006

Vi mangler data om årsverkene i kommunenes pleie- og omsorgstjenester fordelt på institusjon og heimebaserte tjenester. På den andre sida inneholder Kostra-statistikken i SSB nøyaktige opplysninger om samlede driftskostnader i institusjon versus i de heimebaserte tjenestene. Vi har derfor nyttet disse som *proxy* for fordeling av årsverksinnsatsen mellom institusjon og heimebasert omsorg.

Regnet etter brutto driftskostnader falt 50 pst av samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene i våre kommuner i 2006 på de heimebaserte. Og i Bergen nyttet en 50 pst og i Trondheim 53 pst av innsatsen i pleie- og omsorg til de heimebaserte tjenestene. I Oslo gikk imidlertid fortsatt bare 38 prosent av innstasen til de heimebaserte tjenestene.

For øvrig hadde en i Bergen og Trondheim økt ressursinnsatsen i heimebasert tjenester betydelig de 4 åra siden 2002. Oslo har imidlertid ikke beveget seg i slik retning. Bergen og Trondheim bruker dessuten relativt mer til ulike aktiviseringstiltak (eldresenter, dag-sentre o.l) sammenliknet med Oslo.

8.6.3 Utviklingen i samlet årsverksinnsats i pleie- og omsorgstjenestene 1998-2006

SSB har i de årlige statistikkene lenge gjort bruk av samlet antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i forhold til befolkningen 80 år + som mål for nivået i tjenestene. Dette har vært nyttet som et samlemaal for hvor en kommune i hovedsak befinner seg i forhold til ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren.

I 2006 hadde Oslo en samlet årsverksinnsats i pleie- og omsorgstjenestene som målt på denne måten representerte 76 pst av landsgjennomsnittet og 66 pst av tilsvarende innsats i Bergen.

Innsatsen i de heimebaserte tjenesten i forhold til befolkningen 80 år+ utgjorde i 2006 imidlertid 57 pst i forhold til landsgjennomsnittet og halvparten av tilsvarende innsats i Trondheim og Bergen. Oslo skiller seg radikalt ut ved sin svake satsing på heimebaserte tjenester.

Ikke bare kommer Oslo svakt ut i dag. Byen har kommet svakt ut svært lenge. *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til i 1998. I de 4 første åra av 8-årsperioden 1998-2006 var den samlede innsatsen i Oslo ikke større enn at den akkurat rakk til å opprettholde den underdekning byen i utgangspunktet hadde i forhold til resten av landet. I

den siste delen, fra 2002 til 2006, har det fortsatt likeens. Mens landet og de to andre store byene har fått til en betydelig vekst i disse nasjonale satsingsåra, synes tida å ha stått stille i Oslo. En befinner seg fortsatt der en var for lenge siden.

Og her har vi f.eks overhodet ikke grepet fatt i betydningen av at hovedstaden har en vesentlig større andel eldre som bor aleine enn landet forøvrig. Og som NIBR har vist - siden midten av 1980-åra i full samforståelse med Oslo kommune - er dette av fundamental betydning for behov og etterspørsel etter kommunale pleie- og omsorgstjenester. Og andelen aleineboende har siden den gangen også ofte blitt nevnt som sjølve '*storbyfaktoren*' i pleie- og omsorgssammenheng.

Del II

Med utgangspunkt i *sammenfatningen* av de empiriske data i del I gir vi her først et sammendrag av hovedtrekkene i Oslos eldreomsorg sammenliknet med situasjonen på landsbasis, både over tid og i dag (1). Derneft foretar vi en kort vurdering av noen aspekter ved innretningen av Oslos pleie- og omsorgstjenester (2). På grunnlag av de empiriske resultatene avslutter vi med en vurdering av hvordan innretningen av hovedstadens pleie- og omsorgstjenester bør kunne revideres (3).

8.7 Oppsummering av hovedtrekkene ved Oslos eldreomsorg

8.7.1 Moderat og redusert tilbud i heldøgnsomsorgen

Etter at kommunene overtok sykehjemmene i 1988 økte *antallet sykehjemsplasser* på landsbasis med 30 pst fram til 2006. I Oslo ble de imidlertid redusert med 5 pst i samme periode.

Da den statlige *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til (1998) var det 5.100 sykehjemsplasser i Oslo, mot i underkant av 4.800 i 2006, dvs en reduksjon på 6 pst i perioden 1998-2006. På landsbasis var det imidlertid i samme periode en økning på 10 pst. Det har imidlertid vært for lite i forhold til den betydelige tilveksten i den eldre befolkningen og dekningsgraden har falt. I stedet har en bygd opp alternative tilbud.

Pga stagnasjon i den eldre befolkningen i Oslo og betydelig vekst på landsbasis, er dekningsgraden i sykehjem i Oslo bare blitt redusert i takt med reduksjonen på landsbasis. Den var 19,6 plasser pr 100 pers 80 år+ i 2006, mot 18,8 for landet. Både i 1988, 1998 og 2006 lå dekningsgraden i Oslo 11 pst over landsgjennomsnittet.

For institusjoner (syke- og aldershjem) og kommunale boliger med *heldøgns pleie og omsorg til personer 67 år+ under ett*, var imidlertid den samlede deknningen i Oslo i 2006 5 pst under gjennomsnittet for landet i 2006 (med i alt 21,5 heldøgns plasser for personer 67 år+ pr 100 innb 80 år+, mot 22,7 på landsbasis). Den tidligere relativt høye tilgjengeligheten i heldøgnsomsorgen i Oslo er altså gått tapt. Og den

faktiske tilgjengeligheten er relativt sett enda lavere pga svak sirkulasjon i sykehjemssengene.

Andelen plasser i enerom i institusjon i 2006 var det samme som snittet for landet, dvs 9 av 10. Og 24 pst av plassene var i *tilpasset enerom med eget bad og WC*, mens 55 pst av plassene på landsbasis hadde denne standarden. Det var også noen færre legeårsverk i institusjon i Oslo enn på landsbasis (6 slike årsverk pr 1000 plasser, mot 7 på landsbasis).

På den andre sida synes det å være svært få beboere i sykehjem i Oslo som har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene, tilsyn og måltider, og færre enn i resten av landet. Sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn er også sjelden vurdert som utilstrekkelig. Sykehjemmene i Oslo synes slik sett å være godt drevet.

8.7.2 Mangel på omsorgsboliger og kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg

Noe av det mest særskilte i Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre, er det svake innslaget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål⁷⁷ samt det betydelig fraværet av aktiv bruk av slike boliger, idet hovedstaden nesten er uten slike boliger til eldre med behov for heldøgns pleie- og omsorg.

Mens landet har bygd opp tilbudet av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+, synes Oslo å ha bygget det *ned* (fra ca 2.200 enheter i 1998 til 1.300 i 2006, eller med 42 pst). Dekningsgraden var i 2006 under halvparten av gjennomsnittet for hele landet (eller 6 boliger pr 100 eldre 80 år+ mot 14 boliger på landsbasis).

Det som er bygget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fra og med 1994 er i det alt vesentlige '*omsorgsboliger*'. Vi har beregnet at Oslo i 2006 skulle ha hatt 1.840 omsorgsboliger til personer 67 år+ for å ha den samme andel som på landsbasis målt i forhold til be-

⁷⁷ 'Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (til eldre og funksjonshemmede)' er en samlebetegnelse for alle slike boliger til ulike brukergrupper i alle aldre (49.000 på landsbasis i 2006). 'Omsorgsboliger', dvs tilrettelagte boliger bygget med Husbankfinansiering i perioden 1994-2006 (26.400 i 2006), er jevnt over samme slags boliger og inngår i samlebetegnelsen overfor. De er mao ingen egen boligtype ut over at alle er fysisk tilrettelagte boliger og bygget etter 1994.

folkningen 80 år+. Byen synes bare å ha en vesentlig lavere andel og i alt var det ca 1.200 omsorgsboliger til alle brukere og aldersgrupper.

Motsatt de fleste kommuner synes Oslo bevisst ikke å ha prioritert boliger til pleie- og omsorgsformål. Oslo hevder dessuten å satse på 'heldøgns bemanning' i slike boliger gjennom de ordinære heimebaserte tjenestene. Ytterst få av disse boliganleggene for eldre har imidlertid fast bemanning om natta, idet det bare gjaldt 5 pst av beboerne i 2003. Omlag 8 av 10 måtte vente på hjelp ut over 10 minutter om natta, mot vel hver tredje eldre i slike boliger i resten av landet. Forskjellen på det punktet synes stor. Og i relasjon til slike boligens funksjon i forhold til flytting til sykehjem, er den ikke sterkere enn det svakeste leddet. Det inntrykket forsterkes ved at bare 2 pst av de kommunale boligene til eldre i Oslo i 2006 oppgis å ha tilbud om heldøgns pleie- og omsorg, mot 26 pst på landsbasis.

Det siste betyr at hvis Oslo skulle ha hatt samme dekningsgrad i slike *boliger med heldøgns pleie- og omsorg til personer 67 år +* som på landsbasis i 2006, måtte en ha hatt i overkant av 900 slike boliger. At en bare hadde 58, understreker hvor svakt Oslo er forspent i den øvre del av omsorgstrappa.

8.7.3 Mangelfulle og svekkete hjemmetjenester

Sett i forhold til kommuner flest er den *svake utbyggingen av de heimebaserte tjenestene et annet særtrekk ved pleie- og omsorgssektoren i Oslo*. Mens den norske gjennomsnittskommunen nyter halvparten av ressursene i sektoren i disse tjenestene, brukte Oslo i 2006 bare 38 pst av midlene her. Denne svake satsinga gjenspeiler seg i at årsverkene i disse tjenestene pr innb 80 år+ kun utgjorde 60 pst av landsgjennomsnittet og halvparten av tilsvarende innsats i Trondheim og Bergen i 2006. Oslo skiller seg altså radikalt ut ved svak satsing på heimebaserte tjenester. Det har en rekke konsekvenser og kommer til uttrykk på flere måter.

Sammenliknet med landet samlet har Oslo jevnt over: mindre *tilgjengelighet, hyppighet, fleksibilitet og intensitet* i sine heimebaserte tjenester samtidig som *profilen* er annerledes. Også volumet i tildeling av timer i heimetjenestene er relativt lite, særlig i hjemmesykepleien for eldre med store hjelpebehov i kommunale boliger Vi har vist:

- Redusert tilgjengelighet for eldre brukere i Oslo

I perioden 1998-2006 ble *samlet antall* brukere av heimebaserte tjenester i Oslo *reduisert med 10 pst*, mens det på landsbasis økte med 12

pst. I samme periode ble antall brukere 67 år+ i Oslo redusert med 3.200 eller 22 pst, mot 2 pst på landsbasis. Den relative reduksjonen i bruksrate i gruppene 67-79 år, 80 år+ fra 1998 til 2006 var hhv 22 pst og 13 pst. Dette er ikke ubetydelig sett på bakgrunn av den generelt lave ressursbruken i disse tjenestene.

- Mindre hyppighet, fleksibilitet og intensitet i hjelpa i Oslo

Oslo skiller seg også vesentlig ut ved færre besøk pr uke i hjemmesykepleien enn det som jevnt over er det vanlige på landsbasis, både i kommunale og i ordinære private boliger. Videre er den samlede brukeren av korttids og langtids besøk i hjemmesykepleien omlag halvparten så omfattende som i resten av landet, som igjen tyder på mindre *fleksibilitet*.

Det er jevnt over få brukere som får *intensiv* hjelp både i hjemmehjelpa og hjemmesykepleien. I kommunale boliger i Oslo dreier det seg i *hvert femte tilfelle* om minst to besøk pr dag i hjemmesykepleien, mot hver tredje i resten av landet. Både i Oslo og på landsbasis får en vanligvis hjemmehjelp kun *en eller to timer i uka*. I Oslo skiller eldre i *ordinære private* boliger seg ut fra resten av landet ved at *så få har mer enn to timer pr uke og at så mange bare har en time*. Bare 4 pst har mer enn 2 timer hjemmehjelp.

- Svakt og særskilt profil i de heimebaserte tjenestene med fortsatt vekt på bare hjemmehjelp

Oslo har bare delvis vært med på utviklingen mot mer sammensatt bruk av de heimebaserte tjenestene med stor vekt på hjemmesykepleie. På landsbasis var hjemmesykepleien i 2006 involvert i 7 av 10 tilfeller både blant yngre og eldre brukere. Andelen brukere med *bare hjemmehjelp* er redusert i alle aldere. Den medisinske pleie har inntatt en sentral plass.

Oslo skiller seg imidlertid ut i betydelig grad ved den særskilte *profilen* i bruken av hjemmetjenestene med vesentlig færre eldre med *både* hjemmehjelp og hjemmesykepleie og tilsvarende flere med bare hjemmehjelp enn på landsbasis i 2006. De sterke nasjonale utviklings-trekkene har ikke gjort seg så gjeldende i Oslo.

- Mindre samlet hjelpeomfang pr uke i Oslo

Sammenliknet med resten av landet utgjorde timeverkene pr uke i de heimebaserte tjenestene til eldre i *kommunale* boliger i Oslo pr 2003 *73 pst* av tilsvarende innsats i resten av landet og 80 pst for eldre i *ordinær privat bolig*. For eldre med *store hjelpebehov* i kommunal bolig var denne innsatsen 60 pst og i *hjemmesykepleien* 55 pst av ni-

vået i resten av landet. I ordinær privat bolig utgjorde samlede timeverk 81 pst og i *hjemmesykepleien* 82 pst av nivået for dem med tilsvarende behov i resten av landet.

- Oftere utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål og medisinsk faglig tilsyn i Oslo

I følge pleiepersonalets vurderinger syntes det i 2003 å foreligge en nokså stor svikt i *hjelp til personlige gjøremål i hverdagen* for eldre i Oslo i *kommunale boliger* til pleie- og omsorgsformål i Oslo. Mellom 20-35 pst av alle er vurdert til å ha utilstrekkelig hjelp i forhold til personlig hygiene, praktiske gjøremål, mat/måltider og tilsyn om kvel-den/natta. Under ellers like vilkår er sannsynligheten for å ha utilstrekkelig slik hjelp i Oslo jevnt over *3-4 ganger større* enn i resten av landet.

På landsbasis har 15-25 pst av eldre i *ordinære private boliger* utilstrekkelig hjelp til de nevnte gjøremålene. I Oslo var det under ellers like vilkår f. eks 30-40 pst større sjanse for å ha utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp i huset eller mat/måltider.

Det *sykepleiefaglige tilsynet* og *legetilsynet* for eldre i *ordinære private boliger* er på landsbasis utilstrekkelig i 1 av 10 tilfeller. I Oslo er det imidlertid *dobbelt så stor sjanse* for å ha utilstrekkelig tilsyn fra lege. Medisinsk faglig tilsyn er oftest utilstrekkelig for dem med størst funksjonssvikt, særlig i Oslo, og oftest for tilsyn av lege. For eldre i kommunal bolig er sjansene for utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn jevnt over dobbelt så store som i resten av landet.

Den betydelige utilstrekkeligheten i hovedstadens medisinske tilsyn for eldre i ordinære private boliger er antakelig med på å svekke de faglige vurderinger som kontinuerlig er nødvendig som ledd i å hindre eller å utsette innleggelse i institusjon og i sykehus. En bør ikke bare ha fokuset på 'ut av' sykehus, men like så mye på 'inn i'.

8.7.4 Ingen økning i årsverksinnsatsen i pleie- og omsorg

I de siste 5 åra (2002-2006) har den samlede innsatsen i Oslos pleie- og omsorgstjenester målt i årsverk ligget noenlunde konstant på i overkant av 10.000. Det har ikke vært noen vekst. På landsbasis vokste imidlertid pleie- og omsorgstjenestene med 10 pst, fra 106.500 årsverk i 2002 til 117.000 årsverk i 2006. Mens den samla innsatsen i Oslo målt som årsverk i forhold til befolkningen 80 år+, utgjorde 83

pst av landsgjennomsnittet i 2002, var denne andelen redusert til 76 pst i 2006 og 66 pst av tilsvarende innsats i Bergen samme år.

Oslo har i dag en samlet årsverksinnsats i eldreomsorgen vesentlig under landsgjennomsnittet. Stillstand i satsingen de siste 5 åra har samtidig gjort at Oslos posisjon i forhold til resten av landet er ytterligere svekket. Ikke bare kommer hovedstaden svakt ut i dag. Oslo har kommet svakt ut lenge. Mens landet og de to andre store byene har fått til en betydelig vekst i disse nasjonale satsingsåra, synes tida å ha stått stille i Oslo.

8.7.5 Konklusjon

Dekningsgraden i sykehjem i Oslo er redusert de 10 siste åra uten at det er kompensert ved alternative tjenestetilbud. Tilgjengeligheten i heldøgnsomsorgen i 2006 var litt under nivået på landsbasis. Særskilte i Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre, er det lave innslaget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og særlig at det er så få til tilbud om heldøgns pleie- og omsorg i slike boliger. Den svake utbyggingen av de heimebaserte tjenestene er imidlertid det mest markante særtrekket. Her plasserer Oslo seg under riksnivået i forhold til hyppighet, fleksibilitet, intensitet og samlet omfang. Det har heller ikke vært vekst i årsverkene i sektoren i de seinere åra. Samlet innsats i hovedstadens pleie- og omsorgstjenester utgjør nå $\frac{3}{4}$ -deler av riksnivået målt i forhold til befolkningen 80 år+.

Denne gjennomgangen viser at alle trinn i omsorgstjenestenes hovedtrapp for eldre i Oslo har lavere tilgjengelighet enn gjennomsnittet for landet samtidig som denne tilgjengeligheten er redusert i alle ledd i de seinere åra. Det gjelder både heldøgnstilbudet, tilbudet i kommunale boliger samt i de heimebaserte tjenestene til eldre. Tida synes å ha stått stille i Oslo.

8.8 Vurderinger av innretningen av Oslos pleie- og omsorgstjenester

Så langt har vi på empirisk og statistisk grunnlag gjort rede for hovedtrekkene i utviklingen og status i Oslo og landets eldreomsorg. På basis av denne oversikten gjør vi nå noen enkle vurderinger knyttet til innretningen av Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre. Disse vurderingene har status som sådanne og står for vår regning.

Oslo synes å legge til grunn en policy for bruken av heimebaserte tjenester og boliger som til dels synes å være forskjellig fra den i majoriteten av norske kommuner. De hjemmebaserte tjenestene synes innrettet slik at de ikke i tilstrekkelig grad kan utsette eller unngå innleggelse i sykehjem og bidrar ikke på en god måte til den nasjonale målsettingen om at enhver skal gis anledning til å bo hjemme så lenge som mulig. Til det kommer at de heimebaserte tjenesten i Oslo er bygget ned og det er blitt vesentlig færre brukere, noe som har ført til lavere tilgjengelighet (bruksrater). Oslo synes langt på vei å mangle sammenheng i sine pleie- og omsorgstjenester.

Heimeboende eldre med store funksjonstap utgjør en strategisk viktig gruppe siden sykehjemmet eller kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg oftest er de eneste alternativene. Hvordan en følger opp disse med tjenester er derfor nokså viktig i forhold til hvordan omsorgskjeden fungerer. Det mest særskilt i Oslos pleie- og omsorgstjenester er imidlertid det svake innslaget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsmål for eldre. Det tilbys i tillegg svært sjelden heldøgns pleie- og omsorg slik at den store mangelen på fast bemanning om natta lett kan bli prekær og gi press på flytting til sykehjem.

Personalets vurdering av den utilstrekkelige hjelpa i de heimebaserte tjenestene i Oslo er videre mest markert for de mest hjelpetrengende. Det synes å være slik at en ofte kommer til kort der en burde strekke seg lengst. Hvis den heimebaserte omsorgen hadde vært innretta på å fungere optimalt i forhold til å utsette tidspunktet for flytting til institusjon, burde vi ha forventet et omvendt resultat.

Mens betydelig grupper med vesentlige funksjonstap i mange kommuner avhjelpes ved bruk av kommunale boliger og en intensiv heime-tjeneste, synes Oslo å måtte ty til sykehjemmet fordi alternativene er lite utviklet. Det at sykehjemmet *på ethvert nivå for funksjonstap* er blitt løsningen *for vesentlig flere* i Oslo enn på landsbasis, bekrefter i klartekst at de alternative tjenestene er utilstrekkelige. Og omvendt: At det i Oslo på alle nivå for funksjonstap hos brukerne som oftest er mindre innsats i de heimebaserte tjenestene i både ordinære og i kommunale boliger, understøtter hypotesen om at svakt utviklet alternativ tjenesteyting bidrar til at sykehjemmene kontinuerlig vil måtte være under press.

Ved mer omfattende og bredere profilert bruk av disse tjenestene ville en sannsynligvis kunnet ha *utsatt* tidspunktet for institusjonalisering for mange eldre og dermed skåret ned på oppholdstida der og slik bidratt til økt sykehjemskapasitet. Undersøkelser og forsøk indikerer dessuten at kommuner som satser på heimebaserte tjenester ofte driver

mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner, uten at omsorgs-tilbudet blir dårligere.

Oslo har lenge hatt en stagnerende eldrebefolkning. Likevel har en svekket heldøgnsovsorgen. Men mer betenkelig er at en ikke har nyttet denne gunstige situasjonen til å bygge ut de heimebaserte tjenestene.

8.9 Vurdering av hva som bør gjøres – mulig revisjon av pleie- og omsorgstjenestenes innretning i hovedstaden

Institusjons- og sykehjemsdekningen har kontinuerlig gått ned i Norge de 20 siste åra. De fleste kommuner har bevisst vridd den sterkt voksende bruken av ressursene i pleie- og omsorgssektoren over i alternative tjenester som omsorgsboliger og mer intensiv bruk av heimebaserte tjenester.

Også hovedstaden har i de senere år gradvis redusert antall sykehjems-plasser og dekningsgraden i institusjon. Men til forskjell fra de fleste andre kommuner har en i Oslo i betydelig grad unnlatt å bygge opp alternative tjenester til sykehjemmene. Hovedproblemet for Oslo er mangelfulle heimebaserte tjenester og få kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Dette er kraftig underkjent. Fokuset i Oslo har vært på sykehjem - for få plasser og vansker med å få slike plasser. Og fortsatt står kravet om flere sykehjems-plasser politisk sterkt. Omsorgstjenestenes mangelfulle innretning har imidlertid beskjefliget få.

Med utgangspunkt i at *tilgjengelighet til sykehjem* er nøkkelstørrelsene i pleie- og omsorgstjenestene, vil vi i det følgende vise hvordan manglende sirkulasjonen i sykehjemmenes korttidssenger leder til blokkering og generelt minsket tilgjengelighet til sykehjem fordi omfang og innretning av de alternative tjenestene er mangelfulle.

Tilgjengelighet er nøkkelstørrelsen

Det å til enhver tid ha *tilgjengelige* plasser i sykehjem når det *faglig sett er nødvendig*, er den *sentrale og prekære* størrelsen i enhver eldreomsorg, men ikke pga mangler i alternative tjenester. Det overordna spørsmålet er: er det ledig og tilgjengelig plass når behovet er der – vurdert på faglig og funksjonelt grunnlag?

Det er antakelig en grunnleggende fornuft i drifta av langtids sykehjems-plasser i Norge og antakelig også i Oslo, godt og jevnlig innretta

mot terminalpleie. Problemet er blokkerte muligheter for utnytte og øke sirkulasjonen i korttidsplassene. Det funksjonelt sentrale ved sykehjem er tilgjengelighet og ikke nødvendigvis antall plasser. Hvis alle sykehjemsplassene er belagt når heimetjenestene har behov for en innleggelse, er tilgjengeligheten lik null.

Sirkulasjon i korttidssengene er det sentrale momentet

Av alle som ble utskrevet fra sykehjem (institusjon) i Norge i 2005 ble 81 prosent skrevet ut fra *korttidsplasser*. Tilgjengeligheten til sykehjem avgjøres langt mer av gjennomstrømningen eller utskrivingsratene i korttidssengene enn dekningsgraden. Langtidsplassene er derimot preget av en enveisstrøm som oftest ender i død.

Nyere forskning har vist at den viktigste forklaringen på lav tilgjengelighet til sykehjem i hovedstaden ikke er andelen korttidsplasser, men nesten utelukkende lav pasientsirkulasjon i korttidssengene. Og utskrivningene pr korttidsplass pr 100 person 80 år+ i Oslo var i 2005 kun 80 pst av landsgjennomsnittet.

Kommuner med høy sirkulasjon i korttidsplassene er oftest de med generelt lav dekningsgrad. De har flyttet ressursene bort fra institusjonene og inn i alternativene. Videre er det slik at i kommuner med høy sirkulasjon i korttidssenger og *'åpen retur'*, tør terminale og meget syke pasienter å reise til egen heim i den siste fasen av livet. Pasienten og de pårørende vet at det alltid står en plass ledig, og trenger derfor ikke tviholde på sykehjemsplassen de har fått.

Konsekvenser av lav sirkulasjon i korttidssengene

Lav sirkulasjon i korttidsplassene fører i sin tur til blokkering av disse sengene og redusert sykehjemskapasitet. Oslos sykehjem synes dessuten å ha et ikke ubetydelig innslag av pasienter som må befinne seg der *'for tidlig'* pga manglende kapasitet i kommunale boliger og for liten intensiv innretning av de heimebaserte tjenestene pga manglende prioritering og for få ressurser.

Begge disse forholdene - med mangelfulle alternativer som felles årsak - reduserer Oslos *'effektive'* dekningsgrad i sykehjem. Den statistiske dekningsgraden i sykehjem i Oslo ligger over landsgjennomsnittet, mens den faktiske tilgjengeligheten til sykehjemsplasser – når en tar sirkulasjonen i korttidsplassene i betraktning – er således blant de laveste. Oslos relativt gode dekningsgrad i sykehjem er mer enn *'spist opp'* av lav sirkulasjon i korttidssengene.

Den lave sirkulasjonen i sykehjemssengene i Oslo har således antakelig lite med sykehjemsdrift å gjøre, men er mest et *speilbilde* av mang-

elfulle alternativer. Derfor kan vi spissformulert uttrykke det slik:
Døra til sykehjemmet stenges utenfra, ikke innenfra.

Årsakene til lav tilgjengelighet i sykehjem

Årsakene til lav sirkulasjon i korttidssengene er i liten grad knyttet til egenskaper ved selve sykehjemsdrifta. Sykehjemmene i seg selv synes å fungere ganske bra i Oslo. Årsakene er hovedsaklig forbundet med *innretningen av de alternative tilbudene*. Det er vårt hovedpoeng og viktigste grunn til vi legger så vidt mye vekt på sirkulasjonsproblematikken. Den fører oss mao tilbake til hovedsvakheten i Oslos eldreomsorg som er mangelfulle heimebaserte tjenester. Og grunnene til plassering i sykehjem bør aldri være at alternativene er mangelfullt utbygd eller innrettet.

Hovedproblemet i hovedstadens eldreomsorg er ikke dekningsgraden i sykehjem, men er hovedsaklig knyttet til utilstrekkelig omfang, innretning og intensitet i hjemmetjenestene samt liten og passiv bruk av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Og Oslo er nesten uten kapasitet i omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg. Sykehjemsplassene fylles derfor i en viss grad opp av eldre som egentlig kunne bodd i omsorgsboliger med personalbase eller heime - dersom de hadde fått hjelpen de trengte. Oslo har en svekket samlet tiltaks-kjede som alternativ til sykehjem.

Svakt utviklete alternativ til sykehjem gir dessuten et *generelt* redusert hjelpetilbud til heimeboende eldre og et tilsvarende mindre bidrag til eldres *levkår som skrapelig*. Dette er et sjølstendig poeng. Bedring av dette vil kunne få dobbel effekt: bedre levkår for eldre både i og utenfor sykehjem.

De tunge realitetene i Oslos eldreomsorg er knyttet til at de samlede ressursene i de heimebaserte tjenestene er radikalt for små og at innretningen ikke er i overensstemmelse med behovene. Men enda mer i forhold til å nytte ut en relativt bra kapasitet i sykehjemmene.

Hva bør gjøres?

Tilgjengeligheten til de heimebaserte tjenesten til eldre i Oslo er bygget ned de seinere åra. Samtidig går en del fagfolk og politikere inn for fortsatt høyere dekning i sykehjem. Det til tross for den dokumenterte positive betydningen av sirkulasjon i korttidsplassene og det faktum at sykehjemsdekningen kontinuerlig har gått ned i Norge de 20 siste åra. Den sterke veksten i ressursbruken i alternative tjenester til sykehjem på landsbasis over lang tid er sjølve tilsynekomsten og beviset for en djuptgripende nyorientering og revisjon av norsk eldreomsorg. *Det beviset synes Oslo å overse.*

Siden problemene samlet munner ut i umiddelbart press på sykehjemmene samtidig som en synes å mangle innsikt i betydningen av å bygge ut alternativene, etterlyses flere sykehjemsplasser. Men Oslo kan etter vår vurdering ikke aleine bygge seg ut av problemene i eldreomsorgen gjennom nye slike plasser. Det synes derfor å være behov for å drøfte de grunnleggende manglene ved dimensjoneringen og innretningen av byens omsorgstjenester.

Slik det går fram av våre analyser av de empiriske faktiske forhold i Oslos eldreomsorg, har byen etter vår vurdering behov for et bredt tilbud av omsorgsboliger organisert med vekt på heldøgns pleie- og omsorg, bl. a. pga mange aleineboende demente. Samtidig bør byen bygge ut de heimebaserte tjenestene ved at de samme brukerne får mer, bredere sammensatte og hyppigere heimebaserte tjenester, dvs økt intensitet og fleksibilitet.

I en by med svært mange aleineboende må tilsynet med eldre generelt bygges ut, særlig det faglig medisinske tilbudet og framfor alt legetjenestene. Skal skrøpelige Eldres levekår bedres må det også radikale løft til i forhold til aktivitetstiltak og sosiale tiltak.

Det sentrale svaret på utfordringene i Oslos eldreomsorg ligger derfor etter vår vurdering i dimensjonering, utforming og innretning av omsorgsboliger og heimebaserte tjenester som er slik innrettet at de særlig samvirker med sykehjemmene. En må utvikle et bredt register av tjenester i form av en bevisst utformet omsorgstrapp med trinn og høyder tilpasset mangfoldet i Eldres behov. De heimebaserte tjenestene må kunne evne å muliggjøre hyppigere utskrivninger fra sykehjemmenes korttidssenger. De ulike elementene i omsorgslaget må i siste instans være slik drevet at de gjør 'hverandre gode'.

Litteratur

- Borge L. E. og Haraldsvik M. (2005): *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjon og hjemmetjenesteorienterte kommuner*. Senter for økonomisk forskning AS
- Brevik I. (1996): *Døden som de aleineboendes hjelpesmann. Om to behovsfaktorer i Rattsø-utvalgets handtering av kommunenes utgiftsbehov i omsorgssektoren*, Plan, nr 4, Oslo 1996
- Brevik I. (2003a): *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer*. NIBR-rapport 2003:17, Oslo:NIBR
- Brevik I. (2003b): *Handlingsplan for eldreomsorgen og utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene – ledd i en lengre utvikling*. Arbeidsrapport, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Brevik I. (2003c): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Kommunenes vurdering av planen som redskap i utbyggingen av omsorgstjenestene. Resultater fra en spørreskjema undersøkelse*. NIBR-notat 2003:114
- 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 2007
- Brevik I. (2007b): *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning. Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003*. NIBR-notat 2007:111, Oslo 2007

- Brevik I. og Høyland K. (2007): *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen*, Rapport NIBR/SINTEF, NIBR, Oslo, juni 2007
- 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 2007
- Daatland S. O. (1994): *Hva skjer i eldresektoren. Status og utvikling av eldrepolitikkens tilbud og tjenester*, rapport nr 1 1994. NGI, Oslo 1994
- Daatland S. O. (1997 red): *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*, Rapport 22/97, NOVA, Oslo 1997
- Helsetilsynet (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottaker, hjelpebehov og tilbud*, Rapport nr 10/2003, Statens helsetilsyn, Oslo
- Helse og omsorgsdepartementet (2006): *St meld nr 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*
- Husbanken (2004): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Husbankens oppsummering*, Oslo 2004
- Otterstad H.K. og Sorteberg K (2004): *Hvor stort er behovet for sykehjemsplasser?* Aldring og livsløp nr 3 2004, NOVA, Oslo 2004
- Otterstad H.K. et al. 2006: *Sykehjemsbeboernes funksjonsevne og hjelpebehov*, Aldring og livsløp, nr 3, 2006, NOVA, Oslo 2006
- Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007a): *Sykehjemdriften i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet?* Aldring og livsløp nr 1 2007, NOVA, Oslo 2007
- Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007b): *Bruk av kortidsplasser i sykehjem i de fire store byene i Norge*, Sykepleien nr 13, Oslo 2007
- Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007c): *Store forskjeller i sykehjemdrift og tilgjengelighet*, Aldring og livsløp nr 2 2007, NOVA, Oslo 2007

- Norges offentlige utredninger, NOU 1992:1, *Trygghet – verdighet - omsorg*, Oslo 1992
- Norges offentlige utredninger, NOU 2005:3, *Fra stykkevis til helt*, Oslo 2005
- Romøren T I: (2001): *Den fjerde alder. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal
- Romøren T I: (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*, Oslo: i Statens helsetilsyn, rapport nr 10 2003
- 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: NOVA
- Romøren T.I.: *Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'*, Aldring og livsløp, nr 1, NOVA, Oslo 2007
- Statistisk Sentralbyrå (2007): *Pleie- og omsorgsstatistikk, KOSTRA, grunnlagsdata, detaljerte nøkkeltall og utvalgte nøkkeltall, 2006 og 2003-2005*, Oslo
- Statistisk Sentralbyrå (2007): *Pleie- og omsorgsstatistikk*, Statistikkbanken, hvert år, Oslo
- Statistisk Sentralbyrå (2006): *Veiledning til utfylling av skjema, Rapportering av kommunale tjenesteproduksjonsdata i Kostra*, Oslo 2006
- St. meld. nr. 50 (1996-1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*. Oslo, 13. mai 1997
- Innst S. nr 294 (1996-97), *Innstilling fra sosialkomiteen om 1) handlingsplan for eldreomsorgen (Trygghet- respekt- kvalitet og 2) forslag fra stortingsrepresentantene Kristin Halvorsen, Børre Rønningen og Magnar Sortåsløkken om en femårsplan for innføring av enerom på sykehjem ved statlig fullfinansiering av investeringskostnadene, og innføring av et eget driftstilskudd til formålet lagt inn i inntektssystemet (St. meld. Nr. 50 (1996-97) og Dokument nr. 8:46(1996-97)*, Oslo, 13. juni 1997

Toresen, J. (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen – virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk*. NIBR-rapport 2003:11, Oslo 2003

Vedlegg 1

Status og utvikling i omsorgstjenestene - landsomfattende historisk oversikt

Vi har tidligere i rapporteringen fra prosjektet gjort rede for den historiske utviklingen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene på landsbasis⁷⁸. Det oftest fra 1988 og fram til 2006⁷⁹, men i en del sammenhenger har vi gått tilbake til 1975. Andre ganger har vi imidlertid startet med året 1998, da *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til.

Hovedtrekkene i den landsomfattende oversikten

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).

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).

⁷⁸ Dette er publisert i NIBR-notat 2007:112, Oslo 2007, *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk*.

⁷⁹ Analysen i dette vedlegget er ført fram til 2006, mens de i NIBR-notat 2007:102 slutter i 2005.

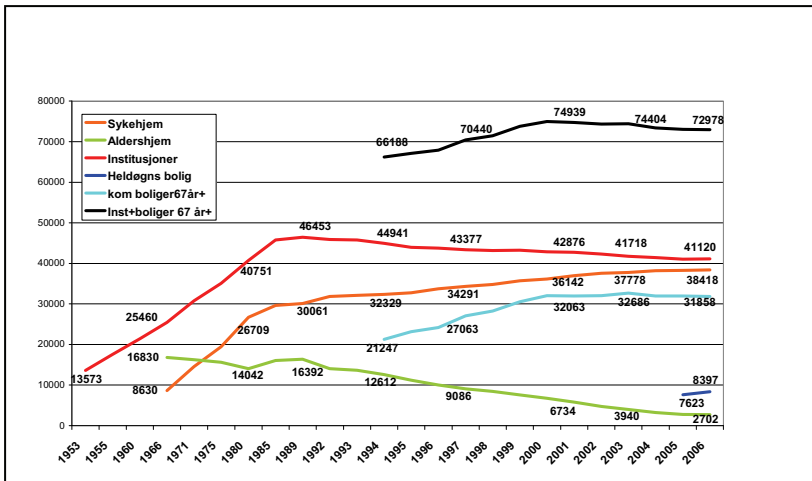
Vi vier boliggingjoring av omsorgstjenestene etter 1988 særskilt oppmerksomhet siden det etter hvert gis flere og mer intensive tjenester i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig. Og det er den mest markante endringen omsorgstjenestene har vært gjennom i nyere tid. Å forstå denne utviklingen er avgjørende 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 langtids-pasienter. Til slutt gjør vi rede for årsverksbruken av heimebaserte tjenester i disse kommunale boligene (4).

1. Historisk oversikt over utvikling i antall plasser i institusjon og kommunale boliger på landsbasis

Det er framvekst av sykehjemsplasser 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. I andre halvdel av 1980-åra og fram til *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) tok til i 1998, var det imidlertid bare en beskjeden netto tilvekst i antall slike plasser.

Figur v1. 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: SSB/Daatland1994/Toresen 2002

Da ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene var samlet på ei kommunal hand i 1988, innevarsles en ny dynamikk langs flere linjer, bl.a tok nedbyggingen av aldershjemmene til. Nå er gamlehjemstradisjonen ved veis ende, jfr figur v1, idet det bare er omlag 2.500 aldershjemsplasser tilbake. Og samlet antall plasser i institusjon ble redusert fra 46.500 i 1989 til 41.120 i 2006.

Den moderate tilveksten av sykehjemsplasser etter 1988 og fram til 2006, bekreftes av at den årlige veksten i antall slike plasser var *den samme* i de 8 årene før Handlingsplan for eldreomsorgen startet (i perioden 1990-1997) som under HPE (1998-2003). I 2006 var det 38.400 plasser i somatiske sykehjem i Norge, eller 8.350 flere enn i 1989.

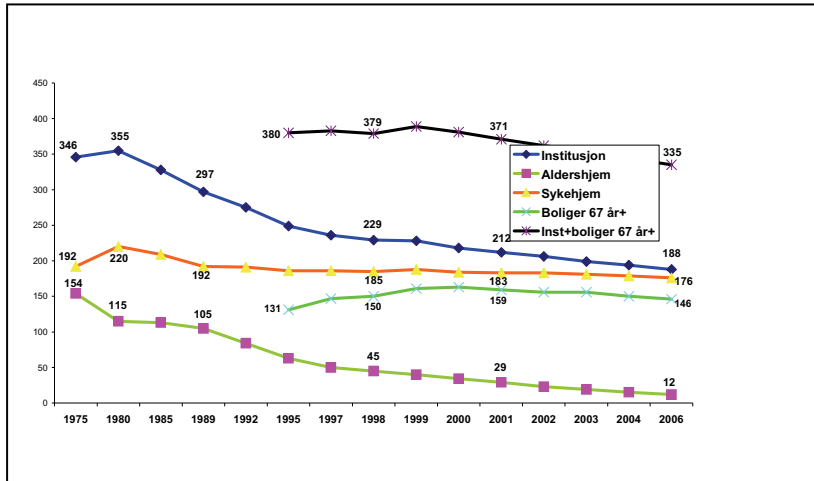
Nedbyggingen av aldershjemsplasser de 10 siste åra har sitt motstykke i netto tilvekst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Men økningen på nærmere 10.600 slike boliger til personer 67 år+ i perioden 1994-2006, har imidlertid bare så vidt kompensert for avgangen i aldershjemsplasser (-9.910 pl), jfr figur v1.

Den omfattende byggingen av omsorgsboliger i regi av *Handlingsplan for eldreomsorgen*, er for personer 67 år + nærmest i sin helhet 'spist opp' gjennom nedbyggingen av *aldershjem og øvrige* kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Antall enheter kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år+ *pluss* aldershjemsplasser, *utgjorde bare 700 flere enheter i 2006 sammenliknet med 1994.*

2. Utvikling og status i dekningsgrad i institusjoner for eldre og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+ i Norge 1975-2005

Tilbudet i sykehjem målt i forhold til antall eldre, har 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 nesten i sin helhet forklarer redusert dekningsgrad i institusjon etter 1988.

Figur v 2 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 pr 1000 pers 80 år+.



Kilde for beregningene: SSB hvert år og Brevik 2003

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 et nivå som i 2006 utgjorde 53 pst av nivået i 1980 målt i antall enheter pr innbygger 80 år+.

Parallelt med avtakende dekningsgrader i institusjon, vokste det 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 tilsvarende. I takt med nedinstitusjonaliseringen utvikler kommunene alternative bo- og tilbudsformer.

Men på tross av den omfattende byggingen av omsorgsboliger, falt imidlertid samlet dekningsgrad i institusjon + kommunale boliger til personer 67 år⁸⁰ etter 1997, hvor samlet dekning i 1998 utgjorde 379 enheter pr 1000 innb 80 år+, mot 335 i 2006, eller 11 pst under nivået

⁸⁰ 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.

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 pr innbygger 80 år+ i 1998 til 188 plasser i 2006. Det er en relativ reduksjon tilsvarende 16 pst.

3. Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

3.1 Boliggjøring av omsorgstjenestene etter 1988

Når dekningsgraden i institusjon kontinuerlig er redusert siden slutten av 1970-åra, henger det nøye sammen med to fundamentale endringstrekk i kommunenes satsing i omsorgstjenestene - særlig etter 1988 - nemlig *heimliggjøringen* og *boliggjøringen* av pleie- og omsorgstjenestene. Det første gjennom en omfattende satsing på mer intensiv bruk av heimetjenestene (hjemmehjelp/hjemmesykepleie) og det andre gjennom utbyggingen av et kommunalt boligtilbud for eldre og funksjonshemmede.

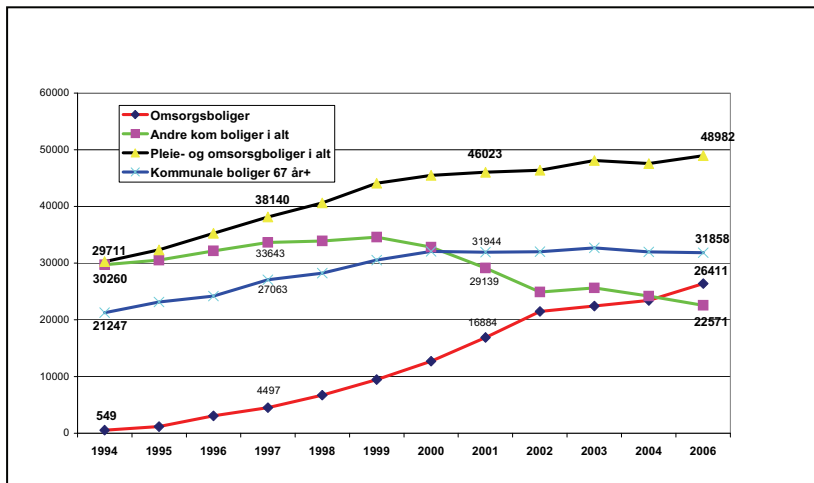
Det er utviklingen av kommunale boliger og kommunale hjemmetjenester som er avgjørende for å forstå både hvor den enkelte kommune befinner seg i forhold til det samlede tilbudet i pleie- og omsorgstjenestene, og hva som er den relative betydningen av dekningsgrad i sykehjem. Utvikling og status i Oslos samlede omsorg for eldre kan derfor ikke drøftes ut fra en ensidig fokusering på institusjons- og sykehjemsdekningen.

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 heldøgns 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 (og f. eks '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.

Ved utgangen av 2006 var det 26.400 omsorgsboliger i Norge. 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 alt 49.000 slike boliger i 2006, hvor i underkant av 32.000, eller 65 pst 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 eldreomsorgen* som en *omsorgsboligreform* siden den har gitt betydelig bidrag til boliggjøring av omsorgstjenestene i sin alminnelighet.

Figur v3. Antall beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2005. Omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål samt slike boliger bebodd av personer 67 år+. Talloppgaver påført for årene 1994, 1997, 2001 og 2006.



Kilde: SSB, og Husbanken, hvert år

3.2 Hvem bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og hvor stor er årsverksinnsatsen

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 omsorgstjenester til dem. Variasjon i omfang av tjenestetilførsel er imidlertid lite kjent. Hvilken funksjon de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål samlet sett representerer for ulike grupper, har så langt ikke vært godt dokumentert.

Pleie- og omsorgsfunksjon vil imidlertid rent kvantitativt gjenspeiles i bruken av hjelpe- og pleieårsverk til slike beboere. Og disse boligenes omsorgsfunksjon er betydelig, idet 6 av 10 årsverk i hjemmetjenestene går til beboere i slike boliger. Dette utgjør f. eks vel 40 pst av de årsverk som ytes i institusjon. De kommunale boligene spiller en rolle i omsorgstjenestene som lenge har vært underkjent.

Av samlet antall årsverk i hjemmetjenestene til personer 67 år+ i 2001 gikk 37 pst av disse til eldre som bodde i kommunale boliger. Dette utgjorde samtidig vel 20 pst av samlet årsverksinnsatsen til eldre i institusjon samme år. Den heimebaserte omsorgen for eldre er i betydelig grad en omsorg knyttet til kommunale boliger, noe som etter vår vurdering er underkjent.

Statistiske analyser har vist at hjelpebehov og pleietyngden hos eldre beboere i kommunale boliger, er betydelig høyere enn blant eldre brukere i ordinære private hjem, siden omfanget av tilført hjemmehjelp/hjemmesykepleie her i gjennomsnitt lå ca 60 pst 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.

Når det gjelder ulike brukere og bruken av heimebaserte tjenester blant personer i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål viser vi til NIBR-notat 2007:102. *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk samt til Analyser av endringer i brukere og pasientgrupper i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Statistisk analyse av perioden 1998-2006, som vil foreligge i 2008.*

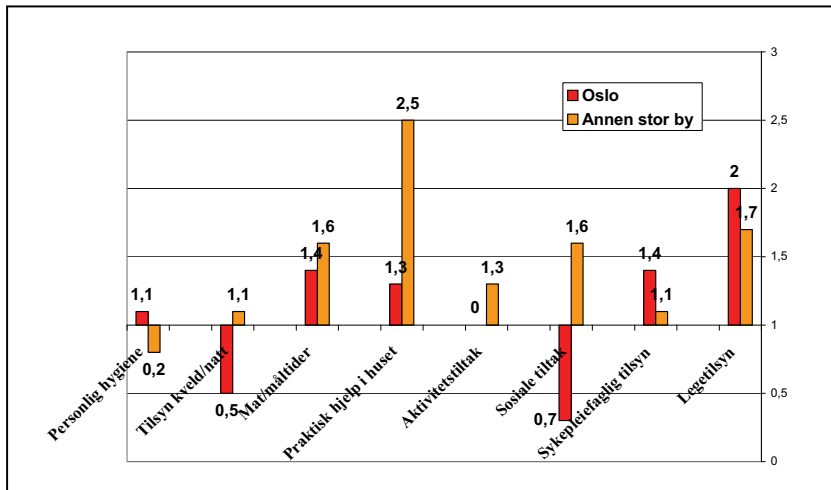
Vedlegg 2

Tabell og figurer i vedlegg til kap 6

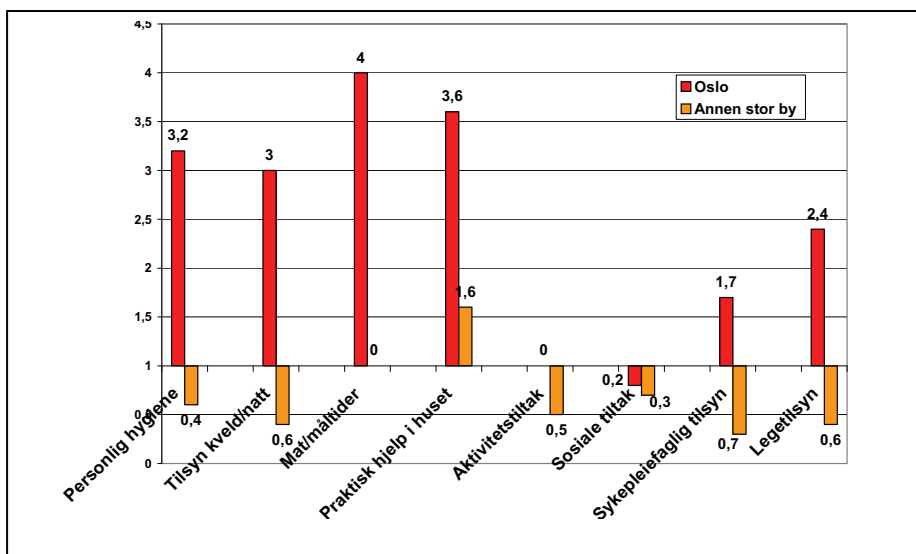
Tabell v 6.1: *Andel som har alt for eller noe utilstrekkelig hjelp til 8 ulike funksjoner etter type oppholdssted og etter om en bor i Oslo eller i Norge utenom storby*

Type gjøremål/ aktivitet	Oslo/ Norge	Ordinær privat bolig	Kommunal bolig	Institusjon
Personlige gjøremål				
<i>Personlig hygiene</i>	Norge	25	9	9
	Oslo	24	37	5
<i>Praktisk husarbeid</i>	Norge	18	12	-
	Oslo	19	34	-
<i>Mat og måltider</i>	Norge	17	6	6
	Oslo	19	29	4
<i>Tilsyn kveld/natt</i>	Norge	15	8	8
	Oslo	10	37	3
Faglig medisinsk tilsyn				
<i>Sykepleiefaglig tilsyn</i>	Norge	11	8	14
	Oslo	14	14	6
<i>Legetilsyn</i>	Norge	11	11	11
	Oslo	20	20	5
Sosiale- og aktivitetstiltak				
<i>Sosiale tiltak</i>	Norge	59	54	66
	Oslo	51	50	43
<i>Aktivitetstiltak</i>	Norge	68	56	65
	Oslo	52	57	43

Figur v 6.1. *Eldre i ordinær privat bolig. Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til personlig, tilsyn, faglig tilsyn og sosiale tiltak. Sjanser oppgitt i oddsratio (ganger). Referanse: resten av landet=1. Logistisk regresjon*



Figur v 6.2 *Eldre i kommunal bolig. Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til personlige funksjoner, praktisk hjelp, tilsyn, faglig tilsyn og sosiale tiltak. Sjanser oppgitt i oddsratio (ganger). Referanse: resten av landet=1. Logistisk regresjon*



Figur v 6.3 Eldre i institusjon .Prediksjon av å ha tilstrekkelig hjelp til personlige funksjoner, praktisk hjelp, tilsyn, faglig tilsyn og sosiale tiltak. Sjanser oppgitt i odds ratio (ganger).. Referanse: resten av landet=1. Logistisk regresjon.

