

Ivar Brevik

# Kommunenes pleie- og omsorgstjenester

Utvikling, status og utfordringer

# Kommunenes pleie- og omsorgstjenester

## Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2003:11

**Handlingsplan for  
eldreomsorgen**  
Virknings på kapasitet,  
dekning og årsverkforbruk  
363 sider. Kr 250,- + porto

NIBR-rapport 2002:18

**Handlingsplan for  
eldreomsorgen**  
- regional stats kontroll med  
kommunenes bruk av  
øremerkete tilskudd  
206 sider inkl.vedlegg .  
Kr 250,- + porto

NIBR-notat 2003:113

**Handlingsplan for  
eldreomsorgen**  
Mindre ulikhet i dekning og  
årsverkforbruk?  
Notatet er elektronisk  
publisert på [www.nibr.no](http://www.nibr.no)

Publikasjonene kan bestilles  
fra NIBR:  
Postboks 44, Blindern,  
0313 Oslo  
Tlf. 22 95 88 00  
Faks 22 60 77 74  
E-post til  
[berit.willumsen@nibr.no](mailto:berit.willumsen@nibr.no)  
Se også NIBRs hjemmeside  
[www.nibr.no](http://www.nibr.no)

Ivar Brevik

# Kommunenes pleie- og omsorgstjenester

Utvikling, status og utfordringer

NIBR-rapport 2003:17

Tittel: **Kommunenes pleie- og omsorgstjenester**  
Utvikling, status og utfordringer

Forfatter: Ivar Brevik

NIBR-rapport: 2003:17

ISSN: 1502-9794  
ISBN: 82-7071-469-0  
Prosjektnummer: O-2109  
Prosjektnavn: Utvikling, status og utfordringer i kommunenes pleie- og omsorgstjenester

Oppdragsgiver: Kommunenes Sentralforbund og NIBR

Prosjektleder: Ivar Brevik

Referat: Rapporten gjør rede for hovedtrekk i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 1980-2001 med vekt på utviklingen i kapasitet og antall brukere, ressursbruk og resultat. Samtidig drøftes framtidige utfordringer for tjenestene med vekt på betydningen av kommune-økonomi, vekst i årsverk og rekruttering av personell. Dernest utfordringer knyttet til den daglige arbeidsorganiseringen og befestingen av omsorgs-boligenes funksjon samt etablering av et helhetlig og tjenestenøytralt betalingssystem for tjenestene der sykehjemmene er innfaset i tilbudskjeden. Til slutt reises spørsmål om det er mulig å begrense brukergruppene og oppgavene eller om vekta bør legges på nye former for organisering og drift av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene?

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Desember 2003

Antall sider:

Pris: Kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern  
0313 OSLO  
Telefon: 22 95 88 00  
Telefaks: 22 60 77 74

E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.  
Org. nr. NO 970205284 MVA

---

# Forord

Sentralstyret i Kommunenes Sentralforbund (KS) nedsatte i januar 2002 et utvalg som skulle drøfte og vurdere velferdssamfunnets utfordringer og kommunenes rolle i den sammenhengen. KS henvendte seg i februar 2003 til NIBR med forespørsel om bidrag til en beskrivelse og problematisering i tilknytning til *utvikling, status og utfordringer* i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra KS i tilknytning til utvalgets arbeid med disse spørsmålene. Utredningen om kommunenes rolle i velferdssamfunnet er publisert som KOU sluttrapport 2003:3 om velferdsutfordringer: *Velferd, virkelighet og visjoner – mot bærekraftige kommuner*.

I første omgang utarbeidet NIBR et eget notat om utvikling og status i omsorgstjenestene i de seinere åra med vekt på utviklingen under *Handlingsplan for eldreomsorgen*. En sammenfatning av innholdet er gjengitt som kap.1 i denne rapporten. Her gjør vi rede for hovedtrekkene i utviklingen i kapasitet, investeringer og drift av de kommunale omsorgstjenestene med vekt på de 15-20 siste åra, samt oppnådde resultater i form av dekningsgrader og driftsintensitet.

Dernest skrev NIBR et notat om generelle og særskilte utfordringer som en vil kunne stå overfor i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i åra framover. Det utgjør kapittel 2 i denne rapporten.

Arbeidet ble i det alt vesentlige utført i perioden medio februar til april 2003. Det er finansiert av Kommunens Sentralforbund med 5 ukeverk. NIBR har finansiert bearbeiding og ferdigstilling av denne rapporten.

Begrenset tid og midler har satt grenser for mulighetene til å gjennomarbeide og konsentrere utviklingstrekk og utfordringer i en så vidtfavnende sektor. Likevel tør vi håpe at foreliggende rapport kan fungere som bidrag til forståelsen av hvordan omsorgstjenestene har utviklet seg de 15-20 siste åra, hva status er i dag, samt noen av de utfordringene vi står ovenfor i videreutviklingen av pleie- og omsorgstjenestene.

Særlig takk til spesialkonsulent Lars Nygård ved *Senter for kommunal forvaltning* for gjennomlesning av manus under veis. Vi vil samtidig takke forskerne Svein Olav Daatland og Tor Inge Romøren ved forskningsinstituttet *NOVA* for kommentarer til grunnlaget for rapportens kap.1. Forfatteren takker også spesialkonsulent Per Stava i *Kommunenes Sentralforbund* for gjennomlesning og kommentarer til manus under veis.

Arbeidet med denne rapporten ble avsluttet 15. mai 2003. Relevante data som er kommet til etter den tid, er ikke referert til.

Oslo, desember 2003

Sidsel Sverdrup

Forskningssjef

# Innhold

Forord .....	1
Figuroversikt.....	6
Sammendrag .....	7
Summary.....	27
1 Utvikling i pleie- og omsorgstjenestenes kapasitet, ressursbruk og resultater 1980-2001 .....	34
1.1 Innledning .....	34
1.2 Nedbygging av institusjonene – framvekst av omsorgsboliger.....	37
1.2.1 Nedbygging av aldershjemmene .....	37
1.2.2 Moderat nybygging av sykehjem – kraftig rehabilitering og ombygging .....	38
1.2.3 Omfattende bygging av omsorgsboliger .....	39
1.2.4 Andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål .....	41
1.2.5 Utviklingen i hjemmetjenestene 1980-2001 .....	44
1.3 Drift av pleie- og omsorgstjenestene – kraftig volumvekst .....	46
1.3.1 Utvikling i antall årsverk 1989-2001 .....	46
1.3.2 Fordeling av veksten i de hjemmebaserte tjenestene 1998-2001 .....	48
1.3.3 Betydelig vekst i volum i årene før HPE ble satt i verk.....	50
1.3.4 Vekst i driftskostnader .....	51
1.4 Resultater 1980-2001. Utvikling i behovsdekning. Liten økning i dekningsgrad, sterk vekst i intensitet.....	52
1.4.1 Utvikling i dekningsgrad i institusjon .....	52
1.4.2 Kompensasjon for nedbygging av aldershjem gjennom kommunale boliger til omsorgsformål 1994-2001.....	55
1.4.3 Dekningsgrad i hjemmetjenestene 1980-2001 .....	57
1.4.4 Flere årsverk i omsorgstjenesten målt i forhold til befolkningen 80 år+ 1988-2001 .....	58



1.4.5	Økt intensitet - flere årsverk pr bruker i hjemmetjenestene og pr plass i institusjon.....	59
1.5	Nedbygging av aldershjemmene, omprofilering av hjemmetjenestene og boliggyøring av omsorgen.....	61
1.5.1	Kontinuerlig tilvekst av eldre – skifte i utforming av kommunale tilbud .....	61
1.5.2	Ideologisk skifte og skjeling til økonomi.....	63
1.5.3	Omstrukturering, profilering og nyskaping i omsorgstjenestene .....	63
1.5.4	Om framtidige utfordringer for kommunale pleie- og omsorgstjenester.....	65
2	Noen framtidige utfordringer i kommunenes pleie- og omsorgstjenester .....	67
2.1	Innledning .....	67
2.2	Utfordring 1: å sikre økonomisk grunnlag for driften av pleie- og omsorgstjenestene .....	68
2.3	Utfordring 2: å rekruttere nok kvalifisert personell til pleie- og omsorgstjenestene .....	71
2.3.1	Svekket rekruttering og svakt framtidig rekrutteringsgrunnlag .....	71
2.3.2	Viktig med kvalifisering og kompetanseheving blant ufaglærte.....	72
2.3.3	Høyere utdannet personell vil være viktig for videreutviklingen av omsorgstjenestene. ....	73
2.3.4	Mangel på positivt image - et hovedproblem i rekruttering av unge .....	74
2.4	Utfordring 3: å utvikle kommunikasjonsintensiv ledelse – og å bedre innretningen av arbeidsplassene ....	75
2.4.1	Utfordringer knyttet til utvikling av kommunikasjonsintensiv ledelse.....	75
2.4.2	Problemer og utfordringer knyttet til innretningen av arbeidsplassene.....	78
2.5	Utfordring 4: å skape helhet i pleie- og omsorgstjenestenes tilbud og økonomi .....	79
2.5.1	Utfordring 4A: å utvikle en enhetlig tjenestebasert betalingsmodell for pleie- og omsorgstjenestene .....	79
2.5.2	Utfordring 4B: å utvikle sykehjemmenes framtidige funksjon.....	84
2.6	Utfordring 5: å befeste og utdype omsorgsboligenes funksjon.....	90
2.7	Utfordring 6: Demografisk endring fordrer 30.000 nye årsverk i perioden 2002-2020.....	93
2.7.1	Demografisk utvikling .....	93

---

2.7.2	Prognose for årsverksvekst i institusjon 2002-2020 .....	95
2.7.3	Prognose for årsverksvekst i hjemmetjenestene 2002-2020.....	96
2.7.4	Etterspørsel etter omsorgstjenester og utvikling i levealder, helse og funksjonsdyktighet hos eldre.....	98
2.7.5	Anslag for fordringer på ressurser i helse- og sosialsektoren knyttet til demografiske endringer, økt levealder og endret sykdomspanorama .....	102
2.8	Utfordring 7: er det mulig å begrense kommunenes innsats i pleie- og omsorgssektoren?.....	104
2.8.1	Utgangspunktet .....	104
2.8.2	Muligheter for å skjære ned på omfang og kvalitet på eksisterende oppgaver .....	106
2.8.3	Mulighetene til å utdefinere enkelte etablerte oppgaver - aktivt arbeid for å dempe folks forventninger og forståelse av hva som er kommunale oppgaver .....	109
2.8.4	Mulighetene for å innføre økt egenbetaling for tjenestene.....	113
2.8.5	Endrede finansieringsordninger slik at en rettmessig større del faller på staten .....	114
2.8.6	Mulighetene til å omorganisere, effektivisere og konkurranseutsette driften .....	115
2.9	Forhold som peker mot framtidig økt behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester.....	116
2.9.1	Tunge strukturelle endringene som vil øve press og fordre videre utbygging av kommunale tjenester og minske mulighetene til å avgrense .....	116
2.9.2	Spesifikke forhold .....	117
	Litteratur .....	121

## Figuroversikt

Figur 1.1	Antall plasser i institusjoner og omsorgsboliger 1953-2001. Kilde SSB/ Daatland 1994/Husbanken/Toresen 2002.....	38
Figur 1.2	Omsorgsboliger, andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og pleie- og omsorgsboliger i alt: Kilde: Toresen, NIBR 2003, tab 5,1, 5.7 og 11.24.....	43
Figur 1.3	Antall årsverk i institusjon og åpen omsorg (hjemmetjenestene). Åpen omsorg i prosent av alle årsverk i parentes. Kilde: Daatland 1994 (1980-92) og Toresen 2003. Tallangivelser for 1980, 1988, 1992, 1997 og 2001 .....	46
Figur 1.4	Årsverk i hjemmetjenestene i 2001 samt endring 1998-2001. Kilde: Toresen 2003 .....	49
Figur 1.5	Dekningsgrad i syke- og aldershjem, i institusjoner, i omsorgsbolig samt i boformer med heldøgns pleie- og omsorg. 1975-2005. Utvalgte år. Plasser pr 1000 pers 80 år+. Kilde: Brevik 2003.....	53
Figur 1.6	Andel med hjemmehjelp pr 1000 pers 67 år+ i løpet av året 1977-1989 og andel ved utgangen av året 1992-2001 samt andel pr 1000 67 år+ med hjemmesykepleie ved utgangen av året 1977-2001. Utvalgte år. Kilde: Daatland 1994/SSB hvert år .....	58
Figur 2.1	Beregnet antall årsverk i institusjonstjenester 2001-2030. Aldersgrupper. Befolkningsframskriving alt. MMMM. SSB 2002 .....	96
Figur 2.2	Beregnet antall årsverk i hjemmebaserte tjenester 2001-2030. Aldersgrupper. Befolkningsframskriving alt. MMMM. SSB 2002/NIBR 2003.....	97

---

# Sammendrag

*Ivar Brevik*

## **Kommunenes pleie- og omsorgstjenester**

Utvikling, status og utfordringer.

NIBR-rapport 2003:17

### **Kap 1. Utvikling i pleie- og omsorgstjenestenes kapasitet, ressursbruk og resultater 1980-2001**

Her gjør vi rede for *hovedtrekk i utviklingen* av pleie- og omsorgstjenestene med vekt på tida etter 1988, da ansvaret for dem ble samlet i kommunen ved at sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunen. Vi skiller mellom utviklingen i *kapasitet og antall brukere, ressursbruk og resultat*.

#### **1. Utviklingen i kapasitet og antall brukere**

##### **Institusjoner og omsorgsboliger**

Det som kjennetegner perioden etter 1988 er nedtrappingen av institusjonsomsorgen gjennom nedleggningen av institusjonene for psykisk utviklingshemmede og nedbygging av aldershjemmene. Men institusjonsstrukturen har bare endret seg langsomt. Omfattende bygging av omsorgsboliger siden 1994 er det nye.

Nybygging av *sykehjem* har vært moderat. Det vil imidlertid være ombygd og rehabilitert vel 15.000 institusjonsenheter i perioden 1997-2005. Nesten halvparten av sykehjemmene i 2005 vil være ombygde til enerom, modernisert og utbedret eller nybygd. I forhold til antall plasser i syke- og aldershjem og i omsorgsboliger i 1997 (48.000 enheter) utgjør denne samlede utbyggingen i regi av *Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE)* 87 prosent. Det rehabiliteres, bygges om og bygges delvis nytt i et omfang som gjør HPE til en omfattende og historisk stor satsing.

*Omsorgsboligkonseptet* ble utviklet i 1980-åra. Det ble gjort til offentlig politikk at mennesker med funksjonshemninger vil få et kvalitativt bedre liv om de kan bli boende i egne boliger i stedet for i institusjon.

NIBR-rapport 2003:17

Omsorgsboligen er framfor alt en sjølstendig boform. Den signaliserer *normalisering* og gjør det mulig at eldre og andre tross skrøpeligheit, kan bo som folk flest uten å bli tatt mer vare på enn det som følger av hjelpebehov ved helsesvikt. Omsorgsboligene er ofte mellomløsninger i forhold til opprinnelig privat bolig og institusjon. Husbanken har gitt tilskudd siden 1994. Byggingen skjøt raskt fart. *Handlingsplan for eldreomsorgen* representerer i sin tur et vesentlig grep for *boliggjøring* av omsorgspolitikken.

I 2001 var det oppført i underkant av 17.000 omsorgsboliger eller like mange som det var aldershjems plasser 12 år tidligere. Den markante nedbyggingen av slike plasser er sannsynligvis blitt kompensert for. Og den sosialpolitiske tradisjon som aldershjemmene representerte, avvikes. I 2005 vil det være ca 26.000 omsorgsboliger. HPE er i betydelig grad en *omsorgsboligreform*.

### **Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål**

Lenge før byggingen av omsorgsboliger kom i gang i 1994 var det utviklet ulike typer *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål*. Slike boliger representerer fortsatt hele skalaen fra rene boligtilbud (trygdeboliger) til serviceboliger med ulikt innslag av fellesarealer og service, ofte ut over det vanlige i private boliger, noen ganger nokså omfattende med hel eller delvis døgnservice eller ved fast bemanning. Ved mindre hjelpebehov enn i sykehjem har disse boformene fungert som alternativt tilbud der en uten dette til en viss grad ville ha søkt sykehjem.

Det var i 1993 ca 29.000 trygde-/serviceboliger. I 2001 var det like mange. Inkludert omsorgsboligene vil det samlet antall fysisk tilrette-lagte kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål være ca 48.000 i 2005, mens det vil være vel 43.000 institusjonsplasser. Om lag 6 av 10 årsverk i hjemmetjenestene går til beboere i slike boliger. Det utgjør samtidig vel 40 pst av de årsverk som ytes i institusjon. De kommunale boligene har lenge vært betydelig underkjent.

Fysisk kapasitet i kommunale boliger vil imidlertid ikke være avgjørende for den potensielle omsorgskapasitet som byggingen i perioden 1994-2005 kan tilføre, men kommunenes økonomiske evne til å tilføre beboerne i disse boligene tilstrekkelige tjenester. Det utgjør det avgjørende moment ved vurderingen av resultatet av den store og langvarige HPE-satsingen, særlig i forhold til kommunenes samlede tilbud i heldøgns pleie- og omsorg.

## Brukere av hjemmetjenestene

Antallet brukere av hjemmehjelp var konstant i perioden 1992-2001. Mens antall brukere av *hjemmesykepleie* var 75.000 både i 1992 og 1997, var antallet økt til 100.000 i 2001, eller vokst med 33 pst. I 2001 hadde 120.000 personer hjemmehjelp. Siden 60.000 fikk begge typer tjenester, var det i alt vel 160.000 personer med hjemmebaserte tjenester til enhver tid det året.

Hele bruttoveksten i antall brukere av hjemmetjenester i HPE-perioden 1998-2001 kom i hjemmesykepleievirksomhet eller blant mottakere av begge tjenestene. Antallet personer med bare hjemmehjelp ble betydelig redusert. Hver 5. bruker av hjemmetjenester var under 67 år i 2001. Og blant dem med bare hjemmesykepleie, var hver 3. bruker under 67 år.

Hjemmetjenestene profilerer seg entydig mot hjemmesykepleievirksomhet i HPE-perioden. 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.

Vi har vist at kommunene har utviklet alternativer til institusjoner, særlig gjennom en omfattende bygging av omsorgsboliger. De har tatt vesentlige grep for *boliggjøring* av norsk omsorg og videreutviklet de bolig- og hjemmebaserte tjenestene. Samtidig har en i regi av HPE rustet opp institusjonene for moderne drift og trivsel ved at nesten halvparten av sykehjemmene vil være nybygde, ombygde til enerom eller modernisert og utbedret når planen er fullført.

## 2. Om ressursinnsats - betydelig volumvekst i drift av pleie- og omsorgstjenestene

Etter at kommunene fikk eneansvar i 1988, økte den samlede årlige innsatsen i pleie- og omsorgstjenestene betydelig fram til 2001. I perioden 1989-2001 vokste sektoren med 38.000 årsverk, eller med 70 pst. Det fant sted omfattende og kontinuerlig satsing på hjemmetjenestene, som vokste med 30.000 årsverk, fra ca 18.000 årsverk pr år i 1988 til 48.000 i 2001, eller med 170 pst. Mens disse tjenestene sto for 1/3-del av samlet antall årsverk i sektoren i 1988, utgjorde hjemmetjenestene i 2001 vel halvparten av de 92.000 årsverkene i kommunal pleie- og omsorg. I 2001 tilfalt nesten halvparten av årsverkene i hjemmetjenestene brukere under 67 år. Det utgjorde igjen akkurat halvparten av antall årsverk nyttet i institusjon samme år. I institusjon økte imidlertid årsverkene med 25 pst.

Den betydelige volumveksten i pleie- og omsorgstjenestene i 1990-åra fant også sted før HPE tok til, og framfor alt i *hjemmetjenestene*. Antall årsverk pr år i disse tjenestene var i 1997 93 pst høyere enn i 1989, eksklusiv nivåhevingen knyttet til HVPU. Veksten var heller ikke vesentlig høyere i HPE-perioden enn i de foregående 5 åra, på tross av gunstige statlige øremerkete tilskudd. Det var tilsvarende betydelig vekst i driftskostnadene i pleie- og omsorgstjenestene gjennom hele 1990-tallet, også i årene 1993-97, og særlig i 1996-97. Mens de samlede driftskostnader i institusjoner avtar ut over i 1990-åra, brukte de hjemmebaserte tjenestene i stigende grad mer av driftsmidlene, idet de sto for 85 pst av kostnadsveksten i perioden 1993-1998. Veksten i hjemmetjenestene er det dominerende trekket i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i 1990-åra.

### **Utviklingen 1998-2001**

Årsverkene i de hjemmebaserte tjenestene økte med omlag 25 prosent i åra 1998-2001. Nærmere 2/3-deler av denne veksten tilfalt *nye brukere*, hvorav 75 pst var under 67 år. Disse årsverkene var knyttet til hjemmesykepleie, enten bare hjemmesykepleie (3/4-deler) eller hjemmesykepleie kombinert med hjemmehjelp (1/4-del). Det er et særskilt trekk ved utviklingen av hjemmetjenestene i HPE-perioden. Et annet markant forløp er at volumet i hjemmesykepleiesektoren isolert sett fordobles. En betydelig del av dette vil antakelig kunne knyttes til personer skrevet ut av sykehus, f.eks kreftpasienter, men også psykiatriske pasienter samt nye brukerne under 67 år.

Av den samlede tilveksten tilfalt 40 pst brukere under 67 år. *Relativt sett* var imidlertid økningen størst blant personer 80 år+, som fikk økt hjemmetjenesteinnsatsen med 40 pst i perioden 1998-2001. For eldre i egen bolig har det i de seinere åra funnet sted en *omprofilering* mot mer intensiv hjelp ved at en i større grad får hjemmesykepleie eller tjenester i kombinasjon. Kommunen har evnet å prioritere skrøpelige eldre samtidig som en har økt og utvidet tilbudet til yngre brukere.

### **3. Resultater 1980-2001. Utvikling i behovsdekning.**

Tilbudet i sykehjem målt i forhold til omfanget av eldre, har jevnt over holdt seg på samme nivå de 20 siste åra, men med en mindre reduksjon fra slutten av 1980-åra og fram til 2001, fra 19 plasser pr 100 80 år+ i 1989 til 18 plasser i 2001. Fra 1989 til 2001 ble dekningsgraden i aldershjem redusert fra 11 til 3 plasser pr 100 80 år+. Den nedgangen forklarer det meste av redusert dekningsgrad i institusjon i de siste 10-15 åra. Dekningsgraden har etter hver gått ned for alle aldersgrupper. Eldre i institusjon er gradvis blitt mer selekterte slik at institusjonsbeboerne etter hvert har blitt mer pleietunge.

### **Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål – en vesentlig del av omsorgstjenestenes tilbud**

I perioden 1994-2005 bygges det som nevnt 26.000 omsorgsboliger samtidig som det i 2005 vil være ca 22.000 tilrettelagte andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Det finner sted en omfattende boligbygging av omsorgstjenestene. Det er imidlertid ikke bare omfanget av boliger, men også omfanget av tjenestetilførselen som er av betydning. Det bekreftes ikke minst av at omlag 6 av 10 årsverk i hjemmetjenestene i 2001 gikk til brukere i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål*. Disse årsverkene utgjorde for øvrig 63 pst av samlet antall årsverk i institusjon det året.

Blant brukere av hjemmetjenester 67år+ i 2001 gikk i underkant av 10.000 årsverk til personer i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål*. Det representerer ca 20 pst av årsverkene i institusjoner. For brukere under 67 år i 2001, gikk 8 av 10 årsverk i hjemmetjenestene til personer i slike boliger. Den hjemmebaserte omsorgen er i betydelig grad blitt omsorg i kommunale boliger. Det forholdet har ikke vært dokumentert, og er dermed betydelig underkjent.

Et sentralt spørsmål er hvilket pleie- og omsorgsnivå beboerne i slike boliger befinner seg på. Beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål under 67 år fikk i gjennomsnitt 1.3 årsverk hjemmetjenester pr år i 2001, mens de over 67 år jevnt over mottok 0.3 årsverk, mot 0.18 årsverk blant eldre i ordinær privat bolig, dvs 60 pst over omfanget for de sistnevnte. Det tyder på at de kommunale boligene ikke har en ubetydelig funksjon i forhold til å dekke eldres behov for nokså omfattende hjelp.

### **Utvikling i samlet dekningsgrad under HPE 1998-2005**

Dekningsraden i sykehjem i 2005 vil være 19 plasser pr 100 80 år+, den samme som i 1997 da HPE tok til. Samlet institusjonsdekning var 23.6 i 1997, og vil være 20.4 i 2005. Legger vi til de anslagsvis 30 pst av omsorgsboligene som har heldøgns- pleie- og omsorgsfunksjon, vil dekningsgraden i 2005 i forhold til slike boformer med heldøgns pleie- og omsorg, være *den samme* som 8 år tidligere. Beregnet slik, synes vi 'på institusjonsnivå' å være like langt.

Vi har imidlertid foreløpig sett bort fra *andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede*. I 2005 vil det fortsatt være om lag like mange tilrettelagte slike boliger som det var både i 1997 og i 2001. Men siden det blir flere eldre i perioden, vil dekningsgraden i slike boliger måtte gå noe ned. Det gjør at det samlede tilbudet – institusjoner og kommunale boliger til pleie- og om-



sorgstjenester under ett – utviser en svakt minkende dekningsgrad på tross av omfattende omsorgsboligbygging.

Men det avgjørende vil ikke være den fysiske kapasiteten. Siden mange av disse boligene i dag på langt nær driftsmessig fungerer som et heldøgns pleie- og omsorgstilbud overfor eldre, vil den avgjørende størrelsen bli hvordan disse boformene kan utnyttes, dvs de kommunøkonomiske mulighetene til å framskaffe driftsressurser. Fysiske dekningsgrader er bare en av flere mål for omsorgskapasitet.

### **Dekningsgrad i hjemmetjenestene 1980-2001**

Den betydelige veksten i hjemmehjelpas utbredelse fant sted før 1980. I løpet av 1980-åra vokser ikke tjenesten mer enn at den noenlunde holder tritt med tilveksten i den eldre befolkningen. I hjemmesykepleien var imidlertid veksten sterkere ved å omfatte flere brukere, men også ved at det ble ytt mer hjelp pr bruker. Andelen med hjemmehjelp var også konstant i perioden 1992-2001. Dekningsgraden i hjemmesykepleien økte imidlertid relativt med 35 pst i HPE-perioden. Hjemmetjenestene omprofilerer seg i betydelig grad mot hjemmesykepleievirksomhet i denne perioden. De eldres bruk av hjemmetjenester under ett, var imidlertid noenlunde konstant i 1990-åra.

### **Økt intensitet - flere årsverk pr bruker i hjemmetjenestene og pr plass i institusjon**

Det har de 10-15 siste åra funnet sted en omfattende vekst i innsats pr bruker, dvs en *intensivering* av årsverksbruken både i sykehjem og i den åpne omsorgen, særlig i den siste. Mens innsatsen i 1980-åra representerte 0.12 årsverk pr bruker av hjemmetjenester, utgjorde den 0.26 årsverk da HPE tok til i 1997 og 0.30 pr bruker i 2001. I perioden 1992-2001 økte innsatsen i årsverk pr bruker med 57 pst. Det er mye på relativt kort tid. Årsverksinnsatsen pr person blant brukere med bare hjemmehjelp, holdt seg konstant med 0.25 årsverk i perioden 1997-2001, mens intensiteten pr bruker med hjemmesykepleie ble fordoblet, fra 0.11 til 0.22 årsverk. Her må imidlertid effekten av andre aktiviteter i hjemmesykepleievirksomheten, f.eks støttekontakter og avlastningstiltak regnes inn.

Men samlet sett har de kommunale investeringene bidratt til større grad av realisering av den sentrale og overordnede målsetting for omsorgstjenestene, nemlig at enhver skal gis anledning til å bo hjemme så lenge som ønsket. Og den har antakelig styrket brukernes sjølbestemmelse og verdighet.

Bemanningsfaktoren i institusjon økte med 29 pst etter at kommunene fikk eneansvar, fra 0.79 i 1989 til 1.02 årsverk pr plass i 2001. Ut over i 1990-åra brukes sykehjemmene i tiltakende grad mer intensivt. I 1992 var bemanningsfaktoren i sykehjem 0.93. I 2001 var den 1.08 pr plass. Økningen er ikke ubetydelig. Det siste gjenspeiles bl.a ved at de aller eldste utgjør en større andel av belegget i sykehjem samtidig som beboerne er mer selektert enn tidligere. Og innslaget av aldersdemente har økt. Om økt årsverksinnsats har kompensert for antatt økt pleie-tyngde blant sykehjemspasientene vet vi imidlertid ikke noe om.

#### **4. Sammenfattende vurdering av utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene**

Fra slutten av 1980-åra følger kommunene ikke lenger opp den fortsatt sterke tilveksten i antall gamle og aleineboende eldre ved å øke kapasiteten i institusjon. Etter at kommunene fikk eneansvar for pleie- og omsorgstjenestene i 1988, fikk de større muligheter for egne prioriteringer. De utviklet gradvis alternativ omsorgsideologi og praksis. Gjennomslaget for ideologien om mer åpen omsorg ble også antakelig påskyndet av generelt strengere prioriteringer i kommuneøkonomien. Motivasjonen til å hjelpe eldre med mindre pleiebehov med tjenester på et alternativt eller lavere nivå ble styrket. Ideologien om at eldre bør få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig, ble forsterket. Og en la til grunn at institusjonsomsorgen bør erstattes av økt satsing på boligbasert omsorg. Verdihensynene vinner fram, og med dem respekten for individet og dets muligheter til sjølstendighet.

Ofte uavhengig av statelig politikk har kommunene endret *praksis*. Gradvis, men også relativt raskt har en omprofilert etablerte tjenester og tatt i bruk nye tilbudsformer. Kommunene har omstrukturert og endret innretningen av tjenestene, bl.a. gjennom omprofilering av hjemmetjenestene ved en mer målrettet, prioritert og intensiv bruk av dem. Samtidig har en gjort mer intensiv og dels fleksibel bruk av eksisterende institusjonsplasser og etablert nye tilbudsformer. Men framfor alt har en ved bygging av omsorgsboliger etablert bomessige alternativer til institusjon og boliggjort omsorgen. Omprofileringen har vært viktig bidrag til realisering av den overordnede målsetting for omsorgstjenestene om at enhver skal gis anledning til å bo hjemme så lenge som ønsket. Det er tatt viktige skritt mot en normalisering av folks liv på tross av skrøpeligheit.

Omstruktureringen har berodd på en tiltakende bruk av ressurser i form av langt flere årsverk og en betydelig kostnadsvekst. Den har vært gjort mulig bl.a gjennom statlige offentlige overføringer. Årlige brutto driftskostnader i den kommunale pleie- og omsorgssektoren

vokste f.eks i perioden 1993-2001 med nærmere 60 pst, eller med 15 milliarder i faste koner. Denne veksten har imidlertid ikke kunnet bli til uten kommunenes egne prioriteringer av omsorgstjenestene.

## **Kap 2 Noen framtidige utfordring i kommunenes pleie- og omsorgstjenester**

Noen av de framtidige utfordringer er etter vår vurdering nøye knyttet til endringer og status i det tilbudet som er etablert, både det velfungerende og det mangelfulle. Vurderinger av hvor de framtidige utfordringene for pleie- og omsorgstjenestene befinner seg, er således på langt nær aleine betinget av framtidige behovs- og etterspørselsforhold. Utfordringene vil måtte være betydelig forankret i egenskaper og mangler ved det tjenesteapparat som allerede er etablert og dynamikken i pågående endringer. Noen av utfordringene for kommunenes framtidige forming, drift og finansiering av pleie- og omsorgstjenestene er etter vår vurdering langt på vei bygget inn i de faktiske restruktureringer av tjenestene som kommunene allerede har gjennomført eller er under veis med å gjennomføre.

I dette kapitlet har vi derfor knyttet drøftingen av framtidige utfordringer opp mot de føringer og utfordringer som kan avledes av det som allerede er nedfelt i det etablert tilbudet i sektoren og gjennom kjente endringer i kommunens strategier og verdiorienteringer mht utformingen og driften av omsorgstjenestene. Vi legger til grunn at utvikling og status i tjenestene slik vi i noen grad allerede har gjort rede for, må utgjøre mye av grunnlaget og retningen for drøftingene fordi dette ved sin etablerte tyngde fungerer ledende i forhold til hvor de vesentlige framtidige utfordringene befinner seg.

Her beskriver og drøfter vi, gir synspunkter og kommer med forslag til tiltak knyttet til forhold som etter vårt syn står fram som betydelige framtidige utfordringer i kommunenes videre arbeid med omsorgstjenestene. Vi tar for oss utfordringer knyttet til å:

- sikre kommunenes økonomisk grunnlag for driften
- rekruttere nok kvalifisert personell
- utvikle samordning og kommunikasjonsintensiv ledelse
- skape et helhetlig og samordnet betalingssystem
- utvikle sykehjemmenes framtidige funksjon
- skape finansieringsordninger som inkluderer de kommunale helserelaterte omsorgsoppgavene
- befeste og utdype omsorgsboligenes funksjon
- framskaffe 30.000 nye årsverk i omsorgssektoren fram til 2020

- kunne begrense kommunenes innsats i pleie- og omsorgssektoren.

### **1. Å sikre økonomisk grunnlag for driften av pleie- og omsorgstjenestene**

Den *første* og overordnede utfordringen går imidlertid på å *sikre en kommuneøkonomi* som gir grunnlag for den nødvendige oppfølging i pleie- og omsorgstjenestene. I perioden 2002-2005 trengs det 4.5 friske milliarder for å kunne drifte de enheter som ferdigstilles i denne perioden. Det er svært nødvendig å følge opp kommuneøkonomien for å sikre eldreomsorgen i årene som kommer. Det anslås imidlertid at halvparten av kommunene måtte redusere driftsutgiftene i pleie- og omsorgstjenestene i 2003. Og det synes å være begrenset tillit i kommunene til at staten i åra framover vil sørge for at rammetilskudda vil være tilstrekkelig.

Det kan imidlertid reises spørsmål om berettigelsen av det inngrepet i lokalt sjølstyre som denne handlingsplanen representerte på driftssida og statens begrunnelse for dette. Før staten satte i gang denne handlingsplanen, tegnet en et bilde der de kommunale omsorgstjenestene står fram som en stagnerende og forsømt sektor. Det var også noe av statens begrunnelse for å gripe inn og gjennomføre handlingsplanen. Det bildet var imidlertid betydelig misvisende. Det var betydelig vekst i volum før den tid, også i 5-års perioden 1993-1997. Og det ble gjennomført styring av kommunene på driftssida gjennom handheving av det såkalte aktivitetskravet som begrenset deres rett og plikt til egne prioriteringer og bruk av midler etter egen vurdering av behov. Det har gått ut over helhetlige disposisjoner i kommuner med svak økonomi.

### **2. Å rekruttere nok kvalifisert personell til pleie- og omsorgstjenestene**

Tilgang på kvalifiserte hender, *rekrutteringen*, er og vil i mange kommuner bli en stor utfordring i åra framover. Vår analyse av den demografiske utviklingen aleine tilsier at det fram til 2020 må tilføres 30.000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren, samtidig som en hele tida må sørge for å holde ved like de 94.000 vi hadde i 2002. Å realisere dette synes å by på vesentlige utfordringer, særlig siden SSB har beregnet at det fram mot 2020 vil være en underdekning på 30.000 hjelpepleier-/omsorgsarbeiderårsverk i hele helse- og sosialsektoren.

Det vil være en utfordring å få iverksette tiltak for å kvalifisere og holde på de 35.000-40.000 ufaglærte som arbeider i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Videre er tilgangen på hjelpepleiere hal-

vert siden begynnelsen av 1990-åra. Denne tendensen vil sannsynligvis forsterkes i åra framover. Det fordi opplæringsmulighetene for voksne i videregående skole har vært trappet ned samtidig som frafallet etter få år i arbeid, er svært blant dem med helse- og sosialfag fra videregående skole. SSB mener at arbeidskraftreserven i disse yrkene er liten.

Erfaringene viser at tiltak for kompetanseheving og faglig utvikling er av de mest effektive tiltakene som kan bidra til en mer stabil personellsituasjon. Det vil være viktig med kompetanseheving gjennom videreutdanning av høyskoleutdannet personell. Særs viktig er bedret høyere utdanning i forhold til utvikling av ledelseskompetanse og forbedret ledelseskultur i pleie- og omsorgstjenestene:

Det vil imidlertid være bedre tilgang på vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger. Det vil imidlertid være en viktig utfordring for kommunene å organisere tjenestene slik at disse kan nyttes og integreres best mulig.

Den aller største utfordringen er å skape et rekrutteringsgrunnlag som er slik at unge *ønsker* seg en arbeidsplass i omsorgssektoren. Sektoren rekrutterer unge som jevnt over ikke kommer inn i andre og mer opplevd attraktive yrker. Et problem på sikt er også knyttet til å rekruttere unge til de tyngste og langt den største delen av pleie- og omsorgstjenestene med det negative ryktet som er etablert om tjenestene. Perspektivet framover er nokså negativt. Den teori og praksis som kan gi utdanningsinnsatsen ny retning og dermed anseelse for disse yrkene synes å mangle. Det ligger betydelige utfordringer i å utvikle visjonene og fornye utdanningsplanene.

### **3. Å utvikle samordning og kommunikasjonsintensiv ledelse**

Omsorgstjenestene er blitt en stor og sammensatt organisasjon som stiller omfattende krav til organisering, ledelse og lederegenskaper. For kommunene er planlegging og ledelse, dvs styring av menneskelig og økonomiske ressurser innen sammensatte områder på flere nivå, blitt viktig. Den samordnende virksomheten er avgjørende for en god omsorgstjeneste.

Omsorgstjenestene er intensive i forhold til det å holde sammen og å kommunisere om noe som er mangfoldig og i ustabil bevegelse. Brukerne er sammensatte, oppgavene blandet, samarbeidspartene mange, med kompetanse fra det dagligdagse til det høyt spesialiserte. Behovene endrer seg gjennom døgnet samtidig som mange deltidsstillinger og relativt høyt sykefravær i seg selv skaper ustabilitet og setter ytterligere krav til kommunikasjon og samordning. Sektoren er omfatt-

ende, mangslungen, sammensatt og ustabil. Alt dette vil være der og kan ikke fjernes. Den daglige arbeidsorganisering er *kommunikasjonsintensiv* og byr på betydelige utfordringer i de fleste kommuner.

Utfordringen er først å erkjenne at en god omsorgstjeneste stiller store krav til kommunikasjon og samordning, dernest å få redusert de samordningsproblemene som ulike former for ustabilitet skaper. Hvordan etablere rimelig ro og stabilitet der mye er uro, forandring og fullt av ustabilitet? Hvordan få etablert kunnskap om å få til mer stabilitet, dvs å få tjenestene til å fungere på tross av ustabilitet? Svaret er at det fordres *kommunikativ* ledelse. Den kommunikative og samordnende innsatsen er imidlertid vanskelig å etablere på grunn av de forhold som skaper ustabilitet.

Ledelse i pleie- og omsorgstjenestene fordrer imidlertid egentlig lite mer av klassisk administrasjon. Mangfoldet i brukergrupper og arbeidssituasjoner fordrer imidlertid organisering og ledelse med samlet overblikk. Særlig viktig er det å kvalifisere arbeidslederne som er nærmest brukerne. Kvalitativt gode tjenester oppnås lettere når det legges vekt på å arbeide med utvikling av tjenestene. Og god ledelse er en av de viktigste faktorene for å oppnå dette, ved siden av arbeids- og fagmiljø. De er viktige suksessfaktorer for rekruttering og effektivitet.

Det ligger også en stor utfordring i å utvikle en felles forståelse av hva arbeidet i omsorgstjenestene går ut på som også inkluderer det politiske nivået, slik at det kan skapes en felles erkjennelse og rom for at den gode omsorgstjenesten krever kommunikasjon og samordning i den daglige arbeidsorganiseringen.

#### **4. Å skape et helhetlig og samordnet betalingssystem for pleie- og omsorgstjenestenes**

Det foreligger en betydelig utfordring i å få etablert et *helhetlig og tjenestenøytralt betalingssystem for omsorgstjenestene*. I de 15 siste åra har det funnet sted store endringer i pleie- og omsorgstjenestene gjennom kommunenes klare omprofilering fra institusjon til hjemmetjenester, og fra institusjon til egen bolig. Virksomhetens omfang er nå større utenfor enn i institusjon.

Egenbetalingen i institusjon er i dag basert på én pris i én pakke etter statlig forskrift, som innbefatter bolig, praktisk service, pleie- og omsorgstjenester og helsetjenester. For hjemmetjenester i ordinære private hjem og i kommunale omsorgsboliger, er det tjenestebasert brukerbetalingen etter kommunale satser, mens det f.eks kan ytes heløgns omsorgstjenester på lik linje med sykehjem. Det er mao forskjeller i nivå på brukerbetalingen i eller utenfor institusjon og det er

betydelige variasjoner i egenbetalingssatser for hjemmehjelp. Betalings- og finansieringsordningene samt lovverket er utformet på grunnlag av den *tradisjonelle strukturen*, og er lite tilpasset de endringer som har funnet sted.

Det tradisjonelle skillet mellom institusjoner og hjemmetjenester og mellom helsetjenester og sosialtjenester er funksjonelt fjernet. Tjenestene er dessuten i de fleste kommuner forbundet i en driftsmessig organisatorisk enhet. Funksjonelt er det kommunenes samlede ansvar og tilbud overfor den enkelte som er det sentrale. Denne utviklingen forsterker spørsmålet om å forene dem til en helhet gjennom en klargjort og sammenhengende tilbudskjede og et samordnet og helhetlig betalings- og finansieringssystem. I forhold til nokså gjennomgripende endringer, har imidlertid regelverket og egenbetalingsreglene, som er statens ansvar - og som har vært tilpasset institusjonene - stått stille. Staten er på betydelig etterskudd.

Vi mangler modeller for brukerbetaling i institusjon som harmonerer med de ordningene som gjelder utenfor institusjon, der egenbetalingsordningene fungerer *nøytralt*, dvs at *den enkelte brukers behov* for tjenester regulerer tilbudet frigjort fra den enkelte eller kommunenes økonomiske tilpasning ut fra lønnsomhetsbetraktning. Det ligger en betydelig utfordring i å få på plass en enhetlig tjenestebasert betalingsmodell for pleie- og omsorgstjenestene.

### **5. Å utvikle sykehjemmenes framtidige funksjon**

Det ligger en vesentlig utfordring knyttet til *innfasingen av sykehjemmene* i den tilbudskjeden som er utviklet med vekt på boliggingjøring og hjemmetjenester. De fleste sykehjemmene i dag er en hybrid med både medisinske og boligmessige ambisjoner uten at disse funksjonene bestandig ivaretas godt nok. Også boligløsningene bryter ofte med at den enkelte i alle faser av livet skal ha sitt eget hjem. Og det trengs til en faglig avklaring av hvilke medisinske opplegg som er utilstrekkelige eller tilstrekkelige. Mange sykehjem er i dag preget av ønsker og fordringer om å utvikle seg i svært mange retninger. En skal bo bedre, trives bedre, medisineres bedre osv, uten at hovedretningen er avklart. Fordi staten ikke har avklart dette spørsmålet, har kommunene strevd med det.

Vi har ikke hatt en konstruktiv visjonsdebatt og en nasjonal drøfting av spørsmålet om sykehjemmenes framtidige funksjon. Det er ikke utviklet en overordnede nasjonal konsensus for sykehjemmenes rolle. En underliggende mistillit mellom det medisinske og det sosialt orienterte regimet har gjort seg gjeldende.

I utredningen *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester* ble alternative modeller for avgrensning av sykehjemmenes rolle i forhold til øvrige boformer drøftet.

Det er nå en utfordring å ta stilling til om sykehjemmene fortsatt skal utvikles både som behandlingstilstand og bolig, eller om de bør utvikle seg i retning av mer medisinsk pleie og tung pleie i livets slutt-fase for de skrøpeligste. Det forsterker spørsmålet om sykehjemmenes innfasing i pleie- og omsorgstjenestenes tilbudskjede. En utvikling mot mer intensiv drift de seinere år uttrykt ved økt pleiefaktor samtidig som helsetjenestedelen antakelig har vokst forsterker spørsmålet om sykehjemmenes innfasing i pleie- og omsorgstjenestenes tilbudskjede. Kraften i utviklingen synes å peke mot medisinsk pleie, terminalpleie og allmene sykestuefunksjoner. En avklaring av sykehjemmenes framtidige funksjon ligger der fortsatt som en betydelig utfordring også sett på bakgrunn både av omsorgsboligenes tiltakende sentrale rolle og de mange nye oppgavene som etter hvert er overført til kommunene fra spesialisthelsetjenesten.

#### **6. Å skape finansieringsordninger som inkluderer de kommunale helserelaterte omsorgsoppgavene**

De blir fortsatt flere gamle og skrøpelige eldre framover med tilvekst av kroniske sykdommer som eldre lever med. Det er imidlertid utviklet mer effektive behandlingsmetoder for slike tilstander som også kan hindre at eldre unødige legges inn i sykehus. Og fortsatt kan en del oppgaver som sykehusene ivaretar, overføres og utføres lokalt. Det er antakelig behov for et differensiert tjenestetilbud i skjæringspunktet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Som følge av tiltakende rendyrking og teknologifisering i spesialisthelsetjenesten, er en voksende andel oppgaver overført derfra til primærhelsetjenesten og til pleie- og omsorgstjenestene. Det har antakelig funnet sted en betydelig funksjonsoverføring derfra til kommunene i de seinere åra. Den *helserelaterte* innsatsen øker også fordi kommunene har fått tillagt ansvar for slike oppgaver ved at nye grupper 'kommunaliseres', f.eks innen psykiatri. Resultatet er at en rekke helserelaterte oppgaver - særlig deres pleie- og omsorgsside - som tidligere var et statlig finansielt ansvar, er blitt ført over på kommunene. Dette har imidlertid bare pågått og funnet sted uten fullgod avklaring av hvor det egentlige ansvar for oppgaver og finansiering skal ligge.

Det er i dag mulig for en god del nye sykehjem og tilrettelagte omsorgsboliger å ta på seg oppgaver som nå utføres av spesialisthelsetjenesten. Det er mulig å overføre slik kompetanse til slike enheter. Sykestuefunksjonen kan også tenkes å fungere som somatisk senter



for distrikt med medisinsk behandling. Spesialisthelsetjenester i kommunal regi byr imidlertid på finansielle problemer som må finne sin løsning.

Det er statens oppgave å avgjøre hva behovet for lokal løsninger består i og som er fordelaktig å få utført lokalt. Det er etter vår vurdering påtrengende nødvendig at staten avklarer nærmere og mer eksplisitt hva som skal gjøres hvor og hvem som skal betale.

Det er for øvrig verken i praksis eller i ideologien enighet om hvordan omsorgstjenestene bør være sammensatt eller hvordan mixen sånn noenlunde bør være. Mangfoldet er stort, uten at det er dokumentert hva som samlet gir det beste tilbudet. Og sentralmyndighetene avstår fra å ta stilling. Det er kommunepolitikere som *ut fra skjønn* har utformet og utformer omsorgstjenestene. Norsk omsorgstjeneste mangler fundamentalt *generalisert* kunnskap om den gode drift. Og vi mangler empirisk grunnlag for å vurdere den praktiske organiseringen av tjenestene for derigjennom å kunne drøfte og komme fram til hva som er god drift, som gir fornøyde brukere, trivsel, engasjement og faglig forsvarlig utførelse. At det er slik, har etter vår mening bl.a sammenheng med at det på flere hold ikke ønskes sikker og etablert kunnskap om hvordan omsorgstjenestene beste kan drives.

### **7. Å befeste og utdype omsorgsboligenes funksjon**

Det er fortsatt en utfordring å *befeste og utdype omsorgsboligenes funksjon*. Og boliggyøringen av omsorgstjenestene ved å gi flere mer intensive tjenester i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig, er det mest markante endringen omsorgstjenestene har vært gjennom i nyere tid. Omsorgsboligene ble bygget ut raskere enn noe annet i moderne norsk omsorgstjeneste.

Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål vil etter vår mening måtte spille en svært sentral rolle i kommunenes arbeid for unge tungt funksjonshemmede og innenfor psykiatrien i åra framover, men også i forhold til ordinært pleietrengende eldre, og særlig innenfor demensomsorgen.

Og siden de fleste eldre beboerne har mindre eller moderate hjelpebehov og ikke har flyttet inn i spesiell høy alder, vil disse boligene være opptatt i mange år. På kort og mellomlang sikt vil mange av dem framstå som nøytraliserte i forhold til framtidige behov.

Et sentralt spørsmål er om omsorgsboligene er hensiktsmessige for særlig skrøpelige eldre, og særlig over lang tid, påvirket av kostnadene. Kunnskapen om hvor det kostnadsmessige grensesnittet går mellom omsorgsbolig og sykehjem er imidlertid ikke god nok. Mange

eldre er imidlertid i lange perioder ikke syke i den forstand at de trenger medisinsk behandling. Da er det omsorg og trygghet som etterspørres. Derfor er det viktig å skape bofellesskap, også med sykehjems standard, med betydelig innslag av ikke-medisinske profesjoner. Det er en viktig utfordring å befeste omsorgsboligenes rolle gjennom trygghet for tilstrekkelige tjenester. Men også fordi at i dem er det nye verdigrunnlaget for de kommunale omsorgstjenestene, prinsippene om råderett, selvbestemmelse, integritet, respekt og verdighet forankret.

Fortsatt boliggingjoring av omsorgstjenestene er enda ikke gitt. Den avgjørende forutsetningen for å kunne befeste omsorgsboligene, er at det foreligger kommuneøkonomisk grunnlag for å drive hjemmetjenestene. Utfordringene er mao knyttet til å videreutvikle og tydeliggjøre vesentlige endringer som allerede langt på vei har funnet sted slik at de får stå fram og blir befestet som de reformer de egentlig er.

### **8. Å framskaffe 30.000 nye årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester fram til 2020**

Utfordringer knyttet til *dimensjoneringen* av tjenestene betinget av behovene for årsverksvekst som følge av tilvekst av antall eldre og omfanget av demens, korrigeret for endringer i den eldre befolkningens helse, utgjør antakelig de viktigste størrelsene på etterspørselssida. De er imidlertid ikke bare betinget av spørsmålet om kommuneøkonomi, slik det går fram av neste avsnitt.

Antall personer 80 år og eldre doblet seg to ganger i 35-årsperioden 1966-2001, eller vokste med ca 120.000 personer. I perioden 2002 til 2030 vil vi på nytt få en tilvekst på vel 120.000 personer 80 år+.

I Norge er middellevetiden for kvinner i dag snart 82 år og for menn 76 år, eller litt over EØS-gjennomsnittet for begge kjønn. I SSBs framskrivning av folkekengden 2002-2050 forutsetter middelalternativet at menn blir 8 år eldre og kvinner 6.6 år eldre i 2050 sammenliknet med 2001.

Sentralt her står imidlertid svaret på spørsmålet om hvorvidt økt levealder vil føre til at den perioden vi er hjelpe- og pleietrengende, vil bli lenger eller kortere, tyngre eller lettere sammenliknet med tidligere/lavere levealder. I utgangspunktet kan det forventes at en større andel gamle eldre i befolkningen, relativt sett vil skape større etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester i tiden framover.

Vi er imidlertid inne i en utvikling med økt levealder der dødelige sykdommer mer og mer blir erstattet av ikke-dødelige degenerative sykdommer som f.eks aldersdemens, slitasjegikt og hjerneslag.

Hvor stor økningen i hjelpe- og pleiebehov av den grunn vil bli, vil avhenge av i hvilken grad de nyvunne siste årene er preget av sykdommer og skader som gir faktisk *funksjonsnedsettelse eller ikke*.

Undersøkelser kan tyde på at ca 70 pst av dagens sykehjemspasienter har demensrelaterte sykdommer, mens bare en mindre del av plassene tilrettelagt for dem. Demente befinner seg oftere enn andre, i de mest pleietrengende og langvarige pleie- og omsorgsforløpene. Omfanget av personer med demens vil derfor legge betydelige føringer på hva som fordres av offentlig omsorgsarbeid blant eldre i årene framover.

En ren alders-endringsmessig betinget framskriving av behovene for årene, 2002-2020 tilsier at de øker med 11.000 i institusjon og med 19.000 i hjemmetjenestene, til sammen 30.000 årsverk. I perioden 2020-2030 vil de ytterligere øke med samlet 38.000 årsverk. For hele perioden 2002-2030 vil den demografisk betingete etterspørsel etter disse tjenestene anslagsvis øke med samlet 68.000 årsverk sett i forhold til 2001, dvs en økning tilsvarende 75 pst på i underkant av 30 år. En rekke forhold kan imidlertid modifisere dette anslaget. Det overskrider imidlertid ikke årsverksveksten i den tilsvarende like lange forutgående historiske perioden.

### **9. Å begrense kommunenes innsats i pleie- og omsorgssektoren**

Etter manges mening har fordringene om vekst i kommunale aktiviteter overskredet inntektsveksten i stadig flere kommuner. I pleie- og omsorgssektoren har det således oppstått en ubalanse mellom overførte og ervervede oppgaver og statens bidrag til kommunenes finansielle evne til å gjennomføre dem.

Samtidig er kommunene satt under press gjennom innbyggerens vedvarende forventninger - understøttet bl.a av statlige lovnader og medias krisemaksimering gjennom enkeltsaker - om mer omfattende og kvalitativt bedre tjenester.

Kommunenes engasjement og kostnader kan tenkes begrenset på flere måter. Vi har drøftet dette i forhold til mulighetene for å:

- skjære ned på omfang og kvalitet på eksisterende oppgaver
- utdefinere enkelte etablerte oppgaver eller avstå fra å ta opp enkelte nye, herunder arbeide aktivt for å dempe folks forventninger og forståelse av hva som er kommunale oppgaver
- innføre økt egenbetaling for tjenestene
- endre finansieringsordninger slik at en større del av finansieringen faller på staten

- omorganisere, effektivisere og konkurranseutsette driften

### **Muligheter for å skjære ned på omfang og kvalitet i eksisterende oppgaver**

Vi har først pekt på og drøftet noen *generelle vansker* knyttet til å skjære ned på innsatsen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Kommunale ambisjoner om å begrense eller avgrense kommunale tjenester, støter mot en *generell* ambisiøs politikk på området. Den unisone og vedvarende oppslutning om omsorgspolitiske spørsmål i Norge over svært lang tid, gjør etter vår vurdering at det *politisk* bare er langsomt mulig å endre vesentlig på det kommunale ansvaret for og omfanget av pleie- og omsorgstjenestene.

Og majoriteten i befolkningen prioriterer bedringer i offentlig tjenesteyting, f.eks framfor skattelettelser. Få er av den oppfatning at velferdstjenestene er for gode eller unødvendig. Det er ikke oppslutningen som er problemet, men det å finne ressurser til å dekke behovene. Ut fra nokså samstemte politiske oppfatninger av underdekning i dag, synes det lite sannsynlig at tjenestene kan beskjæres i noen grad av betydning. Tjenestenes innarbeidete posisjon hos brukerne og politikere gjør det generelt svært vanskelig å foreta begrensninger i tjenestetilbudet som monner.

Det ønskelige er nærmest noe uendelig som de faktiske mulighetene hele tida vil sette grenser for. Derfor vil det *kontinuerlig måtte reises spørsmål om hvor grensene går for kommunale tjenester*, antakelig også for de tjenester og tiltak som ut fra *faglig vurdering* ansees som nødvendige. Det påligger derfor politikere i sin alminnelighet den betydelige politiske og pedagogiske oppgaven å forklare befolkningen at det går grenser for hvor stor del av det legitime ønskverdige som kan imøtekommes til enhver tid.

### **Muligheter til å utdefinere enkelte etablerte oppgaver - aktivt arbeid for å dempe folks forventninger og forståelse av hva som er kommunale oppgaver**

Først har vi drøftet noen begrensninger som følger av lovverket. Der nest har vi gitt eksempler på noen mulige tiltak i pleie- og omsorgssektoren som kan gi innsparinger idet vi drøfter og reiser spørsmål om:

- ordinære husstellsoppgaver bør være et privat ansvar eller betales etter økonomisk evne?
- det er mulig å redusere på faglig standard?

- det er mulig å redusere materiell standard i daglig drift?
- det kan skapes unødige behov ved tildeling av unødvendig mye hjelp?
- ressursene kan utnyttes bedre ved samarbeid mellom enhetene i omsorgstjenesten?
- ubalansert sammensetning av tjenestetilbudet kan føre til kostnadspress?
- innbyggerne bør oppfordres til ansvar for egen alderdom ved tilpasning og utbedring av boligen?
- det kan etableres interkommunalt samarbeid om en del funksjoner i omsorgssektoren?
- minstepensjonistene kan tenkes å bidra med høyere egenbetaling?

### **Muligheter for å innføre økt egenbetaling i tjenestene**

Brukerbetaling for enkelte tjenester er i dag et visst supplement i finansieringen av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Slik betaling for ikke-helserelaterte kommunale tjenestene vil være rimelig i åra framover. Det også for å bidra til å bevisstgjøre brukerne om at tjenestene har en kostnad, til å begrense lite begrunnet etterspørsel etter tjenester. Ordningene må imidlertid utformes på en slik måte at en av økonomiske grunner ikke utelukkes fra å søke nødvendig hjelp og støtte og de må vurderes i forhold til fordelingspolitiske mål.

Det er betydelig motvilje i befolkningen mot egenbetalinger i pleie- og omsorgssektoren samtidig som det allment er lave og strengt voktede grenser hvor mye helserelaterte tjenester kan tillegges egenbetaling i Norge. Derfor vil det være politisk vanskelig å få oppslutning om å nytte egenbetaling som bidrag til bedret finansiering.

### **Mulige endrede finansieringsordninger slik at en rettsmessig større del faller på staten**

Helsetjenestedelen har vokst som andel av sykehjemmenes aktivitet, mens omsorgsdelen i større grad håndteres i boliger og i hjemmetjenestene. Kommunene har på denne måten også fått et økonomisk større ansvar for eldrebefolkningens helse, siden statens finansielle bidrag til helsetjenester er mindre i enn utenfor institusjon. Det er nødvendig å få avklart det statlige bidraget til den *helserealterte* økte kommunale innsatsen, dvs hvordan kommunene skal sikres finansiering av oppgaver som er overført til dem, og som tidligere har vært statlig fin-

ansiert, eksempelvis overføring av helse- og omsorgsoppgaver fra sykehusene, spesialisthelsetjenesten og psykiatrien.

Løsningen av spørsmålet om manglende samsvar mellom ressurser i kommunesektoren og fordringer om aktivitet i pleie- og omsorgssektoren, er også knyttet til avklaringen av grunnlaget for hva staten bør bidra med i tilknytning til brukernes egenbetalinger som igjen beror på et felles samlet tjenestebasert finansierings- og betalingssystem for pleie- og omsorgstjenestene. Uten et slikt system vil det være vanskelig å avklare det kommunale finansielle bidraget for disse tjenestene versus brukerne og staten.

### **Muligheter til å omorganisere, effektivisere og konkurranseutsette driften**

*Konkurranseutsetting* har så langt bare fått et ubetydelig omfang i den kommunale pleie- og omsorgssektoren i Norge. Det potensialet for innsparinger gjennom omorganisering, effektivisering og privatisering som påstås å foreligge i de kommunale omsorgstjenestene, er sterkt politisk ideologisk farget. Det er svært svak empirisk og lite etterprøvable dokumentasjon som påviser at dette potensialet er vesentlig. Samfunnsøkonomisk er effektiviserings/privatiseringslinja antakelig et svært tvilsomt prosjekt. Det går grenser for motivasjon og yteevne i pleie- og omsorgsyrkene. Det går klart fram av det svake og sviaktende rekrutteringsgrunnlaget til disse yrkene slik utvalget allerede har pekt på. Satsingen på kommunal drift det viktigste virkemiddelet for å oppnå kostnadseffektiv tjenesteproduksjon av høy kvalitet. Det forhindrer imidlertid ikke at en kan nytte private tjenester som et supplement.

### **10. Forhold som peker mot framtidig økt behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester**

Til slutt har vi pekt på forhold som sannsynliggjør at de store framtidige utfordringene ikke vil bestå i å begrense, men å dyktiggjøre kommunene til å møte nye legitime behov.

Tunge strukturelle endringer som vil øve press og fordre videre utbygging av kommunale tjenester og minske mulighetene til å avgrense:

- Mindre privat familiebasert omsorg vil fortsatt fordre vekst i offentlig innsats
- Økt inntektsnivå vil gi økt kjøpekraft som også har etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester som generell effekt

- Økt utdanningsnivå vil føre til at eldre stiller større kvalitative krav til omsorgstjenestene

#### **Spesifikke forhold**

- Den medisinske og faglige utviklingen vil fortsatt bidra til å endre oppgavefordelingen i forhold til pleie- og omsorgstjenestene idet betydelige oppgaver føres over fra sykehus og spesialisthelsetjeneste til kommunene
- Tjenester for personer med psykiske lidelser vil være en stor utfordring for kommunene idet de vil måtte ha et betydelig ansvar for en omfattende og dels underprioritert gruppe i åra framover
- Omsorgstjenestene har gradvis fått og vil fortsatt få nye og yngre brukergrupper med tiltakende oppgaver i forhold til fysisk funksjonshemming, psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser eller rusproblem og senskader i forhold til dette. Livreddende medisinsk behandling vil også kunne gi økt pleie- og omsorgsbehov i yngre aldersgrupper samtidig som yngre brukere fordrer et bredere spekter av kommunale tjenester.

---

# Summary

*Ivar Brevik*

## **Local authorities' delivery of nursing and care services.**

Developments, current status and challenges

NIBR Report 2003:17

In an extension of our evaluative studies of the government's Action Plan for Elderly Care, NIBR was requested by the Norwegian Association of Local Authorities to prepare the report of which this is a summary.

### **Chapter 1. Capacity, resource utilization and output in the nursing and care services 1980–2001**

We describe *general developments* in nursing and care delivery with particular weight on the post-1988 period when responsibility for nursing homes was transferred from the county to local authorities, giving the latter integrated responsibility for both types of service delivery. We distinguish between *capacity and patient numbers, resource utilization and output*. The Action Plan for Elderly Care, which covers the years 1998–2001/2005, represents a concerted government effort to expand and further develop local authorities' nursing and care services, and this chapter is devoted to its examination. While the undertaking is both sweeping and of great importance, it is nevertheless only one of several steps taken to expand nursing and care capacity.

#### **Capacity and patient numbers – developmental trends**

The most palpable aspect of the post-1988 period was the down-scaling of institutional care through the closure of institutions for people with mental disabilities and cuts in retirement home places. Despite these far-reaching changes, the actual institutional structure has changed only slowly. The construction of new *nursing homes* has been moderate. Over the period 1997–2005, however, 15,000 institutional units will have been converted/rehabilitated. Almost half of all 2005 nursing home places will have been converted into single rooms,



modernised and improved or built from the ground. The amount of work invested in rehabilitation, conversion and the construction of new places makes the Action Plan an unusually grand and historically significant commitment.

What is new, however, are the large numbers of sheltered homes built since 1994. The sheltered home conception was developed during the 1980s and represents above all an independent form of housing. In the nature of things, this type of housing is intermediate solution between people's own private homes and places in institutions. The Norwegian State Housing Bank has been awarding grants since 1994. The Action Plan for Elderly Care represents in turn a significant mechanism in what we can term the *domiciliation* of care policy and is therefore very largely a *sheltered housing reform*. In 2001, nearly 17,000 sheltered residential units were put up, and by 2005 there should be 26,000 such units.

Norway has seen over a relatively long period the development of different types of local council nursing and care accommodation. When care requirements are moderate, these housing options offer an alternative to what in many cases would be an application for a place at a nursing home. In 2001 there were 29,000 welfare/serviced housing units, etc. If we include the serviced accommodation, the total number of physically adapted local council accommodation units for care and nursing purposes will be about 48,000 in 2005, while there will be just over 43,000 places in institutions. About six out of every ten person/years absorbed by the home care area will be devoted to residents of such housing. This equals at the same time more than 40 per cent of the person/years expended in the institutions.

The number of home care clients remained stable over the period 1992–2001. In 2001, 120,000 people were receiving assistance at home. The number of recipients of home nursing care was 73,000 in 1992 and 100,000 in 2001, an increase in other words of 33 per cent. The entire gross increment in the number of recipients of home care assistance during the Action Plan period 1998–2001 was in home nursing delivery or recipients of both forms of assistance. Every fifth recipient of home assistance and every third recipient of home nursing care only was younger than 87 in 2001. Home services were clearly weighted towards nursing care during the Action Plan period.

### **Large growth in volume in delivery of nursing and care services**

Between 1989 and 2001, the nursing and care sector grew by an additional 38,000 person/years, or 70 per cent. Major long-term investments were targeted at the home services, which received an

added 30,000 person/years, from a total of 18,000 in 1988 to 48,000 in 2001, or a rise of 170 per cent. The home services absorbed in 2001 more than half of the 92,000 person/years expended in local authorities' nursing and care provision, and almost half of the person/years were spent on people under the age of 67. That again accounted for exactly half of the institution person/year expenditure that year.

The person/year growth in the home-based services grew by about 25 per cent between 1998 and 2001. Almost two-thirds of this rise was spent on *new clients*, of which 75 per cent were younger than 67. Another noticeable development concerns the doubling, in isolation, of capacity in the home nursing sector. *Relatively speaking*, however, the highest growth was among clients aged 80 and over. This group saw a 40 per cent increase in home service delivery between 1998 and 2001. Local authorities have succeeded in giving priority to infirm senior citizens while simultaneously expanding services for younger members of the public. There was also, however, considerable growth in nursing and care services in the 1990s, before the Action Plan came into force, above all in the *home care services*. Nor did the rate of expansion change significantly more in the Action Plan period than in the previous five years.

#### **Output – provision rates 1980–2005**

Nursing home provision in relation to the numbers of elderly people has remained generally stable over the past twenty years, apart from a slight drop from the end of the 1980s to 2001, when provision equalled 18 places per 100 80+. Between 1989 and 2001, however, provision rates of retirement homes fell from 11 to 3 places per 100 80+. The elderly in institutions represent a narrower segment and tend to require more intensive nursing facilities. Nursing home provision in 2005 will be 19 places per 100 80+, the same rate as when the Action Plan came into force in 1997. Total institutional provision (nursing + retirement home places) was 23.6 in 1997, and will be 20.4 in 2005.

We have so far ignored other types of assisted living provided by local authorities for senior citizens and disabled people. Among recipients of assistance at home aged 67+ in 2001, just under 10,000 person/years were expended on *nursing and care in council accommodation*. For clients younger than 67, eight out of ten person/years were spent on the provision of assistance for people accommodated in this type of housing. And residents of council nursing and care housing aged 67+ received on average home assistance corresponding to 1.3 person/years in 2001, while the under 67s in general received 0.3 person/years, as against 0.18 among elderly persons living in their own

homes, that is, 60 per cent above the rate for the latter group. Home-based assistance has largely become the provision of care for people in accommodation provided by local authorities.

In 2005, as mentioned above, there will be 26,000 sheltered housing units and about 22,000 council accommodation units adapted for care and nursing. But because the number of elderly will rise more steeply during that period, provision ratios will by necessity decline. This means that total provision rates – institutional and council sheltered and nursing accommodation altogether – will decline slowly in spite of the considerable efforts to put more sheltered housing in place. The decisive factor will be the use to which these types of accommodation will be put, and that translates in turn into the financial capacity of local authorities to procure the resources needed. Physical provision rate is only one of several measures of care capacity.

The largest growth in living assistance happened before 1980. During the 1980s, the rate of growth of living assistance in people's homes was only enough to keep up with the growth in numbers of elderly. The share receiving assistance at home also remained constant between 1992 and 2001. Home nursing provision rates grew, however, by 35 per cent in the Action Plan period. The overall use by senior citizens of home assistance services remained relatively steady throughout the 1990s.

Over the past ten to fifteen years, we have seen a marked growth in the provision/client ratio, that is, an *intensification* of person/year output both on the nursing home and external care delivery front, particularly in fact the latter. While provision in the 1980s represented 0.12 person/years per home assisted person, in 2001 that rate had increased to 0.3 per recipient. The person/year rate per home help client alone between 1997 and 2001 was a steady 0.25, though intensity per home nursing recipient doubled, from 0.11 to 0.22 person/years. Overall, then, because local authorities have intensified the delivery of living assistance in people's homes, one of the government's prime care service targets has been met, i.e., giving everyone the opportunity to remain in their own homes for as long as they want.

As the 1990s progressed nursing homes were also being utilized more intensively. In 1992, the nursing home staff/bed rate was 0.93, rising to 1.08 in 2001. This is no insignificant rise. What we do not know, however, is whether this higher person/year output compensated for presumptively higher nursing demands of nursing home patients.

Accompanying the devolution of responsibility for nursing and care delivery to the local authorities in 1988 came widened freedom for

those authorities make their own priorities. They gradually developed an alternative care ideology, stressing a more open type of care delivery, probably encouraged at the time by the need to rein in on spending municipal spending. Local authorities restructured and reorganized service delivery by, among other things, refocusing, concentrating and intensifying it. The adopted stance dictated that home-based assistance should replace institutional care. This ideology prevailed, and with it respect for the individual and his or her autonomy. This refocusing was a vital element in achieving the wider care services goal, to give everybody a choice of living in their own homes as long as they themselves see fit and was a significant step towards normalizing people's lives despite infirmity.

## **Chapter 2. Challenges in store for local authorities in nursing and care delivery**

Following on what is set out in Chapter 1, we discuss here the challenges connected with consolidating and expanding nursing and care services in a national perspective. Identification of future challenges in the nursing and care sector is, in our view, largely contingent on future requirements. It will also need to be linked to changes and status in the extant services, and based on features and weaknesses and the shape of current changes. We discuss the following challenges:

*Securing local authority financial capacity to deliver the services.* The primary challenge will be to ensure that local authorities have the financial capacity to run and develop services. Between 2002 and 2005, an additional NOK 4–5 billion will be needed to fund the units under construction. It is estimated that half of all municipalities will need to cut spending on nursing and care in 2003.

*Procuring 30,000 additional person/years in local authorities' nursing and care sector.* A 2002–20 scenario shows that an additional 11,000 person/years will need to be found for institutional care, and home-based assistance 19,000 more. The greatest challenge on the demand side will be to attract 30,000 more person/years in the period leading up to 2020 to cater for the growth in number of elderly people, and increased incidence of people suffering from dementia. Between 2020 and 2030, estimates put requirements at an additional 38,000 person/years. It goes without saying, however, that these estimates could be modified by any number of factors.

*Recruiting qualified staff in adequate numbers.* Many local authorities will not find it easy to find tens of thousands of nursing and care workers while retaining existing staff, particularly in light of the

prognosis for the period ending in 2020 that gives a total shortfall of 30,000 person/years of health, nursing and care personnel. We need to train and retain the roughly 40,000 presently untrained people working in the sector. Competence building and professional development will be needed to achieve a stable staffing situation. It will be particularly difficult to attract young people to jobs in what is generally perceived as a low-status sector and it will be a formidable challenge to develop a successful vision and overhaul training plans.

*Consolidate and extend the functions of sheltered housing.* Domiciliation, as the embodiment of the revised care ideology, is the most pronounced care service development in recent years. Most elderly clients need only assistance in moderate amounts, however, but tend to lay claim to capacity that otherwise could be spent on new clients. Both the public and the politicians doubt whether sheltered housing actually provides round-the-clock security. Information on the cost differentials between sheltered housing and nursing home beds is more or less uncharted territory. Consolidating achievements so far and developing further the use of sheltered housing will therefore prove challenging.

*Designing nursing homes of the future.* Most nursing homes today are based on the cross-fertilization of medical and housing aspirations. Nursing homes need to be integrated more fully with the service delivery chain developed with an eye to domiciliation and assisted living. It is vital to clarify the future of the nursing home in light of the increasing accent on assisted living and the many new specialist health service responsibilities under devolution to local authorities.

*Develop coordinative and communication-intensive management styles.* The sector is wide-ranging, diverse and in constant motion, clients and patients are dissimilar and responsibilities varied. It requires a considerable effort to keep the pieces working coherently together and to communicate about something that is so diverse and erratic. This needs to be acknowledged and steps taken to meet communicative and coordinative management requirements. Organizing daily operations presents a wide raft of difficult challenges.

*Create a coherent and coordinated system of payment.* The old distinction between institutions and assisted living in people's homes, between healthcare and social services, is functionally a thing of the past. The services are generally united under one operational roof with integrated responsibility for ensuring that the services reach those who need them. Legislation, regulations and provisions, financing arrangements and payment rules still reflect the old structure, however. They

are fragmented, there is little coherence and they lack the flexibility to adapt to radically new circumstances. Central government is lagging many steps behind. What is needed today is to put in place an integrated and service-neutral system of payment for the care services.

*Limit local authority investments in the nursing and care sector.* A imbalance has emerged in the nursing and care sector between acquired and devolved responsibilities on the one hand and central government grants to local authorities to ensure their execution, on the other. There are several ways of limiting local council expenditure. The possibilities we discuss are:

- make cuts in the quantity and quality of current responsibilities;
- exclude certain current responsibilities or abstain from devizing new ones, and in extension of this take steps to dampen people's expectations and improve the public's understanding of what the local authority is supposed to do in practice;
- raise client/patient charges;
- reorganize and streamline services, and put them out to tender.

# 1 Utvikling i pleie- og omsorgstjenestenes kapasitet, ressursbruk og resultater 1980-2001

## 1.1 Innledning

Den eldre befolkningen (80 år+) er nesten tredoblet etter 1960. Det samme er andelen aleineboende eldre. Behovene for offentlige tjenester har økt raskt og sterkt. Det som i dag utgjør våre pleie- og omsorgssektor, er i all hovedsak utviklet og bygget de 30-40 siste åra. Dette er en ung kommunal sektor.

I dag (2002) har til enhver tid om lag 210.000 personer plass i eldre-institusjon, bor i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål eller mottar ulike hjemmetjenester. Til det nytter vi 94.000 årsverk og om lag 45 milliarder til drift. Til sammenlikning utgjør alderspensjonene ca 75 milliarder. Det som er utført gjennom *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) i perioden 1998-2001/2005, er omfattende og betydelig, men utgjør likevel bare en del av byggingen av pleie- og omsorgstjenestene.

Tilbudet for å møte voksende behov har imidlertid blitt til over betydelig tid. De bygninger og de tjenestestrukturer som er etablert, er bare langsomt foranderlig. Det siste er viktig ved vurderinger av framtidig utforming og dimensjonering av omsorgstjenestene. Det samme er kunnskapen om hvordan alt dette har blitt til. Vurderinger av hvordan pleie- og omsorgstjenestene bør eller ønskes utviklet vil ikke bare bero på endringer i framtidige behovs- og etterspørselsforhold. De vil måtte være betydelig forankret i egenskaper ved det tjenesteapparat som er etablert og dynamikken i pågående endringer.

I kap1 vil vi gjøre rede for hovedtrekkene i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene 1980-2001, men med vekt på tida etter 1988, da omsorgstjenesten ble samlet på en kommunal hand ved at sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene. Vi skiller mellom beskrivelse og analyse av *utviklingen i kapasitet* (antall plasser) og *antall brukere, ressursbruken* (årsverk og driftskostnader) og *resultatene* målt f.eks. ved dekningsgrader og intensitet eller ressursinnsats pr plass eller bruker. Vi vet at omfanget av pleie- og omsorgstjenestene har økt betydelig de 10-15 siste år. I kap. 1 vil vi vise at det i mindre grad har skjedd fordi etablerte brukergrupper er blitt utvidet, men særlig fordi hver bruker mottar mer av samme tjeneste. I tillegg har nye brukere og oppgaver kommet til.

Utviklingsforløpet og statusen i omsorgstjenestene slik det beskrives her, vil ikke nødvendigvis følge eller falle sammen med det som har skjedd i den enkelte kommune. Det er et gjennomsnittsbilde i makro vi tegner<sup>1</sup>. Vi gjør rede for hovedlinjer i utviklingen på landsbasis, dvs. summen av det som har skjedd i kommune-Norge. I stort bør de imidlertid være relevante for forståelsen av hva som har skjedd på kommunenivå de fleste steder.

Kunnskap og erfaringer om pleie- og omsorgstjenestenes omfang og kvalitet kan både hentes 'utenfra' og 'innenfra'. En kan studere omsorgstjenestene ved hjelp av de daglige erfaringer og den kunnskap som finnes hos de tusener som arbeider i institusjonene og hjemme-tjenestene. Eller en kan ta ståsted hos brukerne, i deres erfaringer og opplevelser av hvordan tjenestene fungerer. Situasjonen er imidlertid at vi har forholdsvis lite systematisert og generalisert kunnskap om pleie- og omsorgstjenestene sett innenfra, slik de direkte oppleves og som samtidig kan utsi noe om utviklingen over tid. Derfor har vi denne sammenhengen valgt å se dem *utenfra*, og gjøre rede for utvikling og status ved hjelp av statistiske data. Slik vil vi mest kunne si noe om 'mye versus lite', men ikke nødvendigvis om hva som er 'godt versus dårlig'.

I kap. 2 tar vi opp sentrale framtidige utfordringer for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene avledet av utvikling og dynamikk i det som allerede er nedfelt gjennom den faktiske utbyggingen av omsorgstjenestene. Vi drøfter hvilke føringer og utfordringer som kan avledes av det som allerede er nedfelt gjennom endringer i kommunens

---

<sup>1</sup> De statistiske data som er nyttet i dette kapitlet refererer i stor grad til Brevik I.: *Utbygging av pleie- og omsorgstjenestene og Handlingsplan for eldreomsorgen - ledd i en lengre utvikling*. Prosjektrapport, NIBR, Oslo 2003.



strategier og verdiorienteringer når det gjelder utforming og drift av omsorgstjenestene. Vi legger til grunn at kommunenes egenutvikling av disse tjenestene de 15 siste åra både angir retning for framtida og reiser ved sin etablerte tyngde spørsmål om hvor de vesentlige utfordringene befinner seg.

Den *første* og overordnede utfordringen går imidlertid på å *sikre en kommuneøkonomi* som gir grunnlag for den nødvendige oppfølging i pleie- og omsorgstjenestene. Tilgang på kvalifiserte hender, *rekrutteringen*, er og vil mange steder være en nesten like stor utfordring. I en så mangslungen, ustabil, sammensatt og omfattende sektor byr også *den daglige arbeidsorganisering* på store utfordringer. Det er kanskje på mange måter den *tredje* kommunespesifikke utfordringen.

Det foreligger samtidig betydelige utfordringer i å få gjennomført *helhet* i pleie- og omsorgstjenestenes tilbud og økonomi. Den *fjerde* store utfordringen er å få etablert et *helhetlig og tjenestenøytralt finansierings- og betalingssystem for omsorgstjenestene*. Den *femte* er særlig knyttet til *innfasingen av sykehjemmene i den tilbudskjeden* som er utviklet med vekt på boliggingjoring og hjemmetjenester. Og for det *sjette* er det fortsatt en utfordring å *befeste og utdype omsorgsboligenes funksjon*.

Utfordringer knyttet til *dimensjoneringen* av tjenestene betinget av behovene for årsverksvekst som følge av tilvekst av eldre, omfanget av demens og endringer i den eldre befolkningens helse, er antakelig den viktigste utfordringen på etterspørselssida. Den *sjunde* utfordringen slik vi ser det, er å framskaffe de årsverk som følger av demografiske endringer korrigert for endringer i eldres helse. Det er bl.a. et spørsmål om kommuneøkonomi.

I mange kommuner er det allerede slik at det er mangel på samsvar mellom statlig pålagte oppgaver og kommunaløkonomisk evne til å løse dem. Om vi legger til grunn at det vil kunne foreligge nasjonale begrensninger for ekspansjon i kommuneøkonomien, reiser det spørsmål om framtidige strategier for løsning. Er det mulig å *begrense brukergruppene og oppgavene*, eller er det forhold som sannsynliggjør at dette kan vise seg vanskelig? Eller bør en legge vekta på å utvikle nye former for organisering, utforming, drift og finansiering av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene? Disse spørsmålene utgjør den siste av de *åtte* utfordringene som drøftes i denne rapporten.

---

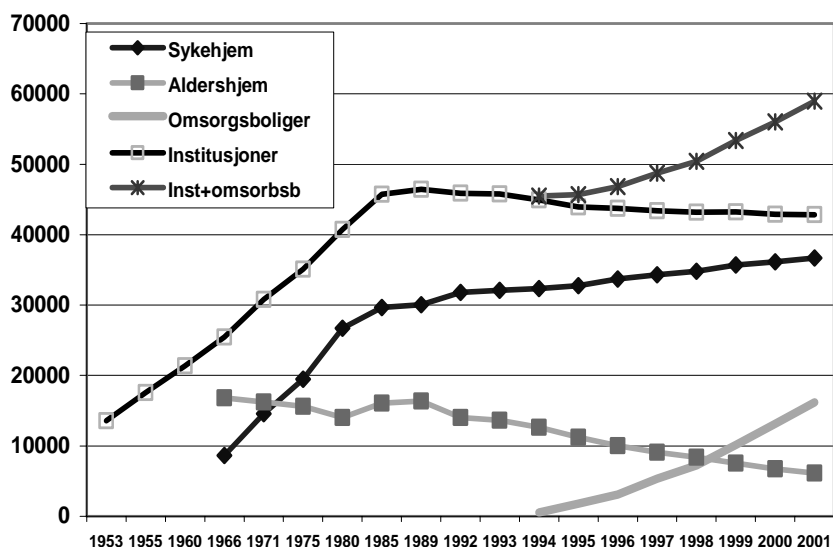
## 1.2 Nedbygging av institusjonene – framvekst av omsorgsboliger

Syke- og aldershjemmene er de boformer som særlig har tatt sikte på å yte heldøgnspleie og -omsorg til eldre. Her fant det vesentlige av nybygging og kapasitetsøkning sted i 20-årsperioden fra ca 1966 til 1986. Det som generelt kjennetegner siste del av 1980-åra og begynnelsen av 1990-åra er at den institusjonsbaserte omsorgen trappes ned, bl.a. gjennom nedleggingen av de store institusjonene for psykisk utviklingshemmede, nedbygging av aldershjemmene og moderat sykehjemsbygging. Den storstilte oppføringen av omsorgsboliger fra 1994 og utover representerer det nye, jfr. Figur 1.1.

### 1.2.1 Nedbygging av aldershjemmene

Etter at kommunene tok over sykehjemmene i 1988, innvarsles en ny dynamikk langs flere linjer. Nedbyggingen av aldershjemmene tok til. Ved slutten av 1980-tallet hadde vi fortsatt like mange plasser i aldershjem som 20 år tidligere. Aldershjemmene beholdt noe av sin posisjon lenge etter at sykehjemsutbyggingen hadde funnet sted i stor skala. Institusjonsstrukturen har bare endret seg langsomt i Norge. Disse plassene reduseres imidlertid fra ca 17.000 i 1988-89 til 5.200 i 2001. Med omlag 3.000 plasser i fortsatt drift i 2005, vil denne tilbudstypen nærmest være avvirket i 2005 (utgjør 4 pst av tilbudet i institusjoner). Gamlehjemstradisjonen som del et sosialt og pleiemessig betingete kommunale boligtilbud, vil være ved veis ende.

Figur 1.1 *Antall plasser i institusjoner og omsorgsboliger 1953-2001. Kilde: SSB/ Daatland 1994/Husbanken/Toresen 2002*



### 1.2.2 Moderat nybygging av sykehjem – kraftig rehabilitering og ombygging

I perioden 1966-1986 økte netto tilbud i sykehjem med 21.000 plasser, eller henimot en 3-dobling på 20 år, fra 8.600 plasser i 1966 til 29.700 plasser i 1986, jfr. figur 1. Det har bare vært moderat netto tilvekst i sykehjemsplasser etter at kommunen tok over sykehjemmene i 1988. I perioden 1989-1997 fikk vi netto 3.300 slike plasser eller i gjennomsnitt vel 400 hvert år. Da Handlingsplanen tok til i 1998 var 85 pst av sykehjemmene i (1997:34.300 plasser) ferdigstilt før 1986. *Kapasitetsvekst* 1998-2001, var 2.400 eller 600 plasser pr år, eller på samme nivå som i perioden 1981-1985. Dette bildet ser også ut til å holde seg i flere år framover.

Handlingsplanen for eldreomsorgen fikk sin start som eneromsreform. Andelen personer med enerom i institusjon økte imidlertid ikke mer i perioden 1998-2001 enn i perioden 1992-1997, dvs. med 6 prosentpoeng, fra 74 pst til 80 pst i 200. I følge departementets prognoser for

2005, vil det da fortsatt være om lag 10 pst av institusjonsbeboerne som må nøye seg med eller ønsker seg flerromsplass.

Departementets prognoser for samlet resultat i 2005 innebærer en brutto kapasitetsøkning på 26.450 plasser i sykehjem og omsorgsboliger (se pkt 1.2.3, nedenfor). Med fratrukk for avvikling av 6.000 aldershjems plasser, gir det en netto kapasitetsøkning tilsvarende 20.450 enheter. Brutto kapasitetsøkning består av 22 pst sykehjemsplasser (5.800) og 78 pst omsorgsboliger (20.650). Innsatsen på sykehjemssida i form av nybygging er moderat. På den andre sida viser prognosene pr 2002 at det var ombygd og rehabilitert 15.450 enheter i perioden 1998-2005. Nesten halvparten av sykehjemmene i 2005 vil være nybygde, ombygde til enerom eller modernisert og utbedret.

I forhold det samlede antall plasser som eksisterte i syke- og aldershjem og i omsorgsboliger i 1997 (i alt 47.900 enheter), utgjør denne samlede HPE-utbyggingen 87 prosent. Det betyr at en bygger nytt, rehabiliterer og bygger om i et omfang som historisk er meget stort. I kraft av kapasitetsøkning og rehabilitering framstår HPE på investeringssida som en svært omfattende satsing.

### 1.2.3 Omfattende bygging av omsorgsboliger

Ved inngangen til 1990-åra utgjorde aldershjemmene fortsatt en betydelig andel av institusjonstilbudet. Vi manglet imidlertid moderne alternativer til institusjonene i noe omfang. Ut over på 1980-tallet var det riktignok bygget en del såkalte serviceboliger, hvor noen hadde fast personell. Men omsorgsboliger i svensk og dansk forstand ('beskyttede boliger') manglet fortsatt. I Norge har vi nå foretatt den samme avinstitusjonalisering som en gjennomførte i Danmark og Sverige, om betydelig faseforskjøvet i tid. Mens en i disse to landene nokså umiddelbart svarte med å bygge ut omsorgsboligtilbudet, særlig fra andre halvdel av 1980-åra, skjer det samme hos oss først 10 -15 år seinere. Og til forskjell fra Danmark og Sverige, bygget vi ikke ned våre institusjoner betydelig, bare noe.

Omsorgsboligkonseptet ble forberedt og utviklet ut over i 1980-åra<sup>2</sup>. Gjærevoll-utvalget (1992) la til grunn at mennesker med hjelpebehov eller funksjonshemninger vil få et kvalitativt bedre liv dersom de kan bli boende i egen, selvstendig bolig i stedet for i institusjon. Og utvalget mente at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede

---

<sup>2</sup> En slik politikk var imidlertid kommet til uttrykk bl.a i *Boligmelding for nittiåra* (St meld nr 34 (1988-89)). Boliggjøringen av omsorgstjenestene ble gjort særlig tydelig i Gjærevoll-utvalgets innstilling (NOU 1992:1).

burde bygges ned og erstattes av en åpen, boligbasert omsorg. Det synet er senere både eksplisitt og implisitt gjort til offentlig politikk.

I omsorgsboligene skiller en mellom bolig og service. I prinsippet er beboerne ansvarlige for boligen. Om en eier eller leier, skal en i prinsippet betale ordinær husleie. Omsorgsboligen gir som privat bolig rett til bostøtte og huslovsbeskyttelse. I motsetning til beboere i f.eks. sykehjem, har en rett til refusjoner og tilskudd i Folketrygden for bruk av lege, fysioterapeut og medisiner m.m. Den er beboerens eget hjem og er jevnt over ikke fast bemannet, men kan være det. Tjenester tildeles oftest individuelt gjennom de ordinære hjemmetjenestene, som for øvrige hjemmeboende. Omsorgsboligene er del av *den åpne omsorgen* og er så langt å regne som en mellomløsning mellom opprinnelig privat bolig og en institusjonsplass.

Husbanken ga målretta tilskudd til omsorgsboliger fra 1994 og utover. Byggingen av omsorgsboliger skjøt raskt fart. Handlingsplan for eldreomsorgen representerer i sin tur et vesentlig grep for *boliggjøring* av norsk omsorgspolitik. Det var i utgangspunktet lagt opp til at HPE på byggesida også i stor grad skulle være et omsorgsboligprosjekt, idet en beregningsmessig la til grunn at 76.5 pst av kapasitetsveksten skulle komme som omsorgsboliger. Resultatet i form av ferdigstilte enheter i perioden 1998-2001 og prognosene for 2002-2005, viser at 78 pst av kapasitetsøkningen faller på omsorgsboliger, slik en forutsatte.

I 2001 var det oppført i underkant av 17.000 omsorgsboliger med tilskudd fra Husbanken eller like mange som det var aldershjemsplasser 12 år tidligere. I 2005 vil det være ca 26.000 slike boliger, jfr. figur 2 nedenfor. Pr 1. halvår 2002 var 22 pst bygget som omsorgsboliger i bofellesskap eller som bokollektiv. I tillegg var 30 pst sjølstendige omsorgsboligene tilknyttet fellesareal. I overkant av halvparten av disse boligene har betydelige fysiske forutsetninger for heldøgnspleie og -omsorg. Dessuten befinner en del omsorgsboliger uten egne fellesareal seg svært nær slike arealer i sykehjem.

Den markante nedbyggingen av aldershjemmene har helt ut blitt kompensert for, qua plasser. Om vi ser institusjoner og omsorgsboliger under ett, vil omsorgsboligene i 2005 utgjøre 38 pst av de enheter som inngår i dette samlede tilbudet, mot 9 pst i 1997. På investeringsida er Handlingsplan for eldreomsorgen i betydelig grad en *omsorgsboligreform*.

Den sosialpolitiske tradisjon som aldershjemmene representerte, utvikles. Omsorgsboligene er egne sjølstendige private boforhold og ikke institusjoner. De bryter med forsorgstradisjonen, og står for noe

vesentlig nytt. De representerer *normalisering* og signaliserer og innebærer at eldre på tross av skrøpeligheit, kan bo som folk flest uten å bli tatt mer vare på enn det som springer ut av hjelpebehov ved helse-svikt. Omsorgsboligen er framfor alt en sjølstendig boform.

#### 1.2.4 Andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

Men lenge før byggingen av såkalte omsorgsboliger kom i gang i 1994 hadde kommunene utviklet ulike boformer som alternativ til institusjon. Disse boformene har gått under en rekke betegnelser, som f.eks. bo- og servicesenter, eldresenter, alderspensjonat, aldersboliger, bofelleskap, trygde- boliger og serviceboliger. Disse representerer et visst mangfold mht størrelse, utforming og grad av tilgjengelighet og funksjon i forhold til f.eks. å gi et tilbud om heldøgnspleie og -omsorg, enten ved bruk av fast bemanning eller ordinære hjemmetjenester. Slike boliger og boformer er i SSBs statistikk siden 1994 registrert som *'boliger som kommunene disponerer til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede'*<sup>3</sup>.

I 1960-åra hadde vi i Norge i en tid bygget *trygdeboliger* og seinere ut over i 1980-åra tok vi fatt på byggingen av *serviceboliger*, i forlengelsen av den sosial boligpolitiske tradisjon som aldershjemmene hadde representert. Et økende antall ordinære trygdeboliger fikk imidlertid ut over i 1980 åra integrerte personell og service. Samtidig fant det sted en betydelig utbygging av serviceboliger, sjøl om de første ble oppført tidlig på 1970-tallet. Begrepet serviceboliger dekker imidlertid også over et nokså vidt spenn av ulike boformer der innslaget av service varierer nokså mye. Det har imidlertid jevnt over blitt ytt hjemmetjenester ut over det som har vært vanlig i private boliger og trygdeboliger, noen ganger ved fast bemanning og hel eller delvis døgnservice.

---

<sup>3</sup> SSB understreker at disse boligkategoriene "også omfatter boliger for psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og funksjonshemmede som kommunen disponerer, og ikke bare boliger for eldre. ... Boligene kan være teknisk og bygningsmessig tilrettelagt for bevegelseshemmede og/eller beboere som trenger heldøgns pleie og omsorg" ... Statistikkføringen av omsorgsboligene og de eldre alders- og trygdeboligene, serviceboligene m.v. har imidlertid vært problematisk " Kilde: Kommentar til tabell 23, Boliger for eldre og funksjonshemmede, Sammenlikningstall for kommunene 1998, Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene ("Hjulet"), SSB, Oslo 1998. Her går det fram at det mest sannsynlig er stor variasjon i grad av fysisk tilrettelegging og tilføring av hjemmetjenester til beboerne av slike boliger.

I forhold til institusjonene har serviceboligene representert en fullverdig og sjølstendig boform, med råderett over bolig og egen økonomi.

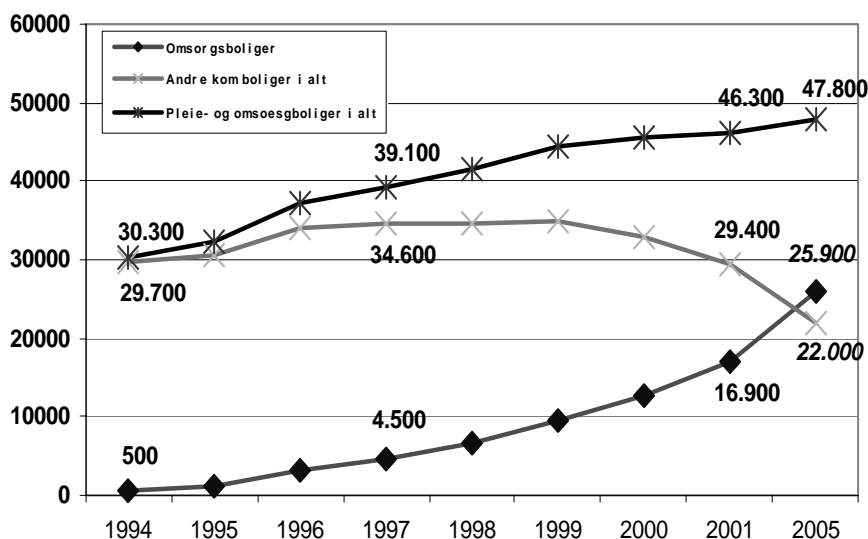
Kommunalt disponerte boliger til pleie- og omsorgsformål har sannsynligvis representert og representerer fortsatt hele skalaen fra trygdeboliger som rene boligtilbud til trygdeboliger/serviceboliger med ulikt innslag av fellesarealer og service, til slike boformer med nokså omfattende service på linje med aldershjem.

I 1980 var det i overkant av 20.000 trygdeboliger, og vi går ut fra at de aller fleste var ordinære, dvs. mest et rent boligtilbud. I 1988 var antallet økt til 27.600. Samlet er det nærmere 29.000 trygde-/serviceboliger i 1993, året før byggingen av omsorgsboliger tok til. Fra omkring 1999 bygges imidlertid dette tilbudet ned<sup>4</sup> eller endrer karakter, slik at det i 2001 var 29.400 slike boliger eller like mange som 10 år tidligere. Det er således aleine omsorgsboligbyggingen som sørger for den netto samlede veksten på vel 7.000 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i årene 1997-2001, fra 39.100 i 1997 til 46.300 i 2001, jfr figur 1.2.

---

<sup>4</sup> Det er imidlertid de ikke-tilrettelagte kommunale boligene som legges ned, i det antallet slike boliger reduseres fra ca 12.000 i 1997 - året før HPE tok til - til 6.700 i 2001. Antallet tilrettelagte boliger forblir imidlertid det samme og holder seg konstant med om lag 22.000-23.000 enheter i perioden 1997-2001. Det har antakelig vesentlig sammenheng med at mange av de tilrettelagte boligene stammer fra nybyggingen av serviceboliger på 1980-tallet og fram til 1994, da omsorgsboligbyggingen tok til (og som egentlig i hovedsak er en fortsettelse av service-bolig-trenden).

Figur 1.2 Omsorgsboliger, andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og pleie- og omsorgsboliger i alt: Kilde: Toresen, NIBR 2003, tab 5.1, 5.7 og 11.24



Et svært sentralt spørsmål i denne sammenhengen er i hvor stor grad disse boligene har vært og er bebodd av hjelpetrequende eldre og i hvilken grad det var et tilbud til personer under 67 år med ulike former for omsorgsbehov. Deres funksjon i forhold til institusjon har imidlertid ikke vært avklart. De har nok oftest dekket behovet til personer med mindre hjelpebehov enn sykehjemsklientene, og således fungert som et alternativt tilbud for personer med mindre hjelpebehov, men som uten slike tilbud antakelig i en viss grad vil ha søkt sykehjem.

Omfanget av den offentlige pleie- og omsorgsfunksjon de måtte ha, vil imidlertid i betydelig grad kunne reflekteres i de antall årsverk kommunale hjemmetjenester som ytes til beboere i slike boliger. Det kommer vi tilbake til i kap 1.4.2. Der dokumenteres det at deres omsorgsfunksjon er betydelig, i det 6 av 10 årsverk i hjemmetjenestene går til beboere i slike boliger og i omsorgsboliger. Det utgjør samtidig vel 40 pst av de årsverk som ytes i institusjon. De kommunale boligene spiller en rolle i omsorgstjenestene som lenge har vært betydelig underkjent.



## 2001-2005

Som vi alt har vist vi det i henhold til Sosialdepartementets oversikt over vedtatte og bevilgede prosjekter pr 2002 i regi av Handlingsplanen medfører at det vil være ca 26.000 omsorgsboliger i 2005. Men samtidig vil andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål sannsynligvis bygges ned i samme tempo som er observert fra 1999 og utover. Nedbyggingen vil ifølge Toresens beregninger ved NIBR føre til at det i 2005 omtrent ikke vil finnes andre ikke-tilrettelagte kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål<sup>5</sup>. Antall tilrettelagte slike boliger antas imidlertid å holde seg konstant, slik at det i 2005 fortsatt vil være om lag 22.000 andre tilrettelagte. Det betyr at det samlede kommunale tilbudet av boliger til pleie- og omsorgsformål vil være i underkant av 48.000 i 2005, der samtlige vil være fysisk tilrettelagte. Til sammenlikning vil det i 2005 være vel 43.000 institusjonsplasser.

Det vil imidlertid ikke være den fysiske kapasiteten i kommunale boliger som vil være det avgjørende for den omsorgskapasitet utbyggingen i perioden 1994-2005 har tilført, men kommunenes økonomiske evne til å drifte disse plassene. Det er omfanget av de årsverkene som kan tilføres til drift av den etablerte bygningsmessige kapasiteten, som utgjør det avgjørende moment når vi skal vurdere hva resultatet av denne store og langvarige HPE-satsingen har ført med seg, særlig i forhold til kommunenes samlede tilbud i heldøgnspleie og -omsorg.

### 1.2.5 Utviklingen i hjemmetjenestene 1980-2001<sup>6</sup>

Den betydelige veksten i *hjemmehjelpas* utbredelse fant sted før 1980. I løpet av 1980-åra vokser ikke denne tjenesten særlig mer i omfang enn at den holder tritt med tilveksten i den eldre befolkningen.

Antall brukere av hjemmehjelp var videre konstant i perioden 1992-2001, med i overkant av 120.000 personer med hjemmehjelp til enhver tid. Mens antall brukere av *hjemmesykepleie* ved slutten av året, var 75.000 både i 1992 og 1997, var antallet økt til 100.000 fra 1997 til 2001, eller med 33 prosent. Ved utgangen av 2001 var det om lag 100.000 personer som til enhver tid mottok hjemmesykepleie og

---

<sup>5</sup> Vi viser her til Toresen 2003, kap 9.3

<sup>6</sup> De beregninger som ligger til grunn for noe av framstillingen i dette avsnittet er hentet fra Toresen 2003. Utviklingen i hjemmetjenestene er for øvrig mer utførlig omtalt i Brevik I.: *Utbygging av pleie- og omsorgstjenestene og Handlingsplan for eldreomsorgen – ledd i en lengre utvikling*. Prosjekt-rapport, NIBR, Oslo 2003.

---

ca.120.000 hadde hjemmehjelp. Siden 60.000 fikk begge typer tjenester, var det i alt vel 160.000 som mottok hjemmebaserte tjenester til enhver tid.

Hver 5. bruker av hjemmetjenester er under 67 år. Og blant dem med bare er hjemmesykepleie, er hver 3. bruker under 67 år i 2001. Yngre er mao etablert som en betydelig gruppe blant brukerne av hjemmetjenester. Og når vi bringer inn omfang - dvs. årsverk mottatt hjelp, jfr. pkt 1.3.2 - trer deres posisjon fram på en langt annen måte, idet personer under 67 år står for nesten halvparten av de årsverk som ble nyttet i hjemmetjenestene i 2001.

Det er imidlertid særlig brukere som bare mottar hjelp fra hjemmesykepleien som øker i HPE-perioden 1998-2001. Det er det mest markante trekket i utviklingen av hjemmetjenestene i de seinere åra. Brutto ble det om lag 24.000 flere brukere av hjemmetjenestene i 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 mottar begge tjenestene. Antall personer med bare hjemmehjelp ble redusert med 12.000 personer.

Antall brukere under 67 år med hjemmetjenester øker med er med 26 pst i løpet av disse 4 åra. Og av en tilvekst på vel 16000 personer som *bare* bruker tjenester under hjemmesykepleie, er 4 av 10 under 67 år. Blant de eldre er netto økning i antall brukere mer beskjeden, siden antallet med bare hjemmehjelp ble redusert med 20 pst fra 1997 til 2001. Personer med bare hjemmesykepleie står imidlertid for 2/3-deler av netto økningen i antall brukere 67 år+. Og det ble 60 pst flere eldre med bare hjemmesykepleie i 2001 sammenliknet med i 1997.

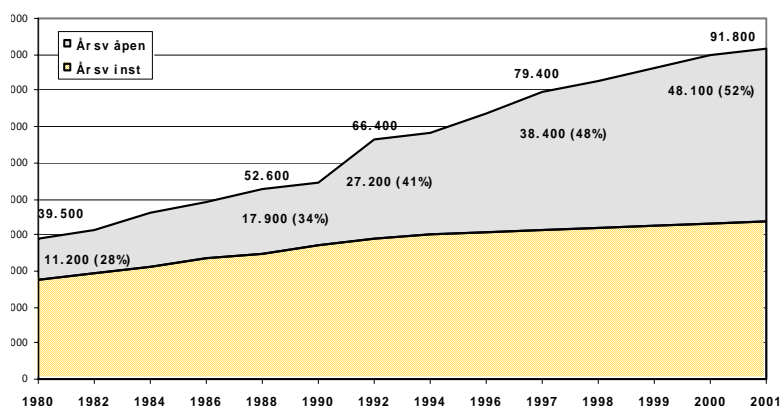
Hjemmetjenestene profilerer seg entydig mot hjemmesykepleievirksomhet i HPE-perioden. Det kan tyde på en viss prioritering av de tyngste brukergruppene i hjemmetjenestene. Videre må tilveksten i bruk av hjemmesykepleie antas å ha en viss sammenheng med den rasjonalisering som har funnet sted i sykehussektoren i de seinere år hvor pasienter oftere og tidligere overføres til kommunene, ikke bare til institusjonene, men kanskje hyppigere til den åpne omsorgen.

## 1.3 Drift av pleie- og omsorgstjenestene – kraftig volumvekst

### 1.3.1 Utvikling i antall årsverk 1989-2001

Veksten i årsverksinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene var betydelig i perioden 1989-2001. Da vokste sektoren samlet med 38.000 årsverk, eller med 70 prosent, jfr. Figur 1.3. Sjøl om kommunene avinstitusjonaliserte i denne perioden, var det stor vekst målt i årsverk, og større enn i det foregående tiår. Bare en mindre del kan tilskrives HVPU-reformen fra 1991 og utover.

Figur 1.3 *Antall årsverk i institusjon og åpen omsorg (hjemmetjenestene). Åpen omsorg i prosent av alle årsverk i parentes. Kilde: Daatland 1994 (1980-92) og Toresen 2003. Tallangivelser for 1980, 1988, 1992, 1997 og 2001*



Etter at kommunene fikk eneansvar for omsorgstjenestene i 1988, økte veksten i den samlede årlige innsatsen betydelig fram til 2001. Sammenliknet med tidligere doblet den seg og den gjennomsnittlige årlige veksten i perioden 1989-2001 var 3.200 årsverk pr år.

I institusjon økte imidlertid årsverkene med 25 pst, fra ca 35.000 årsverk i 1988 til 44.000 i 2001. Brutto *økning* i antall årsverk i institusjon var ca 5.000 i løpet av HPE-perioden 1988-2001. Siden det ble færre årsverk i aldershjem og andre boformer godkjent som institu-

sjon, var nettoøkningen ca 2.900 årsverk. Av den samlede veksten på 12.385 årsverk i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998-2001, representerer disse 23 pst, mens en i St meld nr 50 (1996-97), *Handlingsplan for eldreomsorgen*, forutsatte at om lag 50 pst av tilførte årsverk i perioden skulle tilfalle institusjonssektoren. Om lag 60 pst av økningen i årsverk i sykehjem kan tilskrives om lag 1.800 flere skjermete plasser. Resten knyttet til at det ble omlag 2.540 flere enerom, generell økning i antall plasser og mulig tilhørende kvalitetsbedringer (Toresen, NIBR 2003).

### **De hjemmebaserte tjenestene øker mest - 30.000 nye årsverk**

Etter at kommunene fikk et samlet ansvar for pleie- og omsorgstjenestene i 1988, fant det sted en omfattende satsing på hjemmetjenester og en kontinuerlig og betydelige vekst, sjøl når vi holder 'HVPU-årsverkene' utenfor. Det årlige nivået i hjemmetjenestene vokste med 30.000 årsverk, fra ca 18.000 årsverk i 1988 til 48.000 i 2001, eller med 170 pst i perioden 1988- 2001. Også etter 1993 – da mesteparten av nivåøkningen pga HVPU-reformen var gjennomført - fortsetter svært mye av den samlede ressursveksten å gå til hjemmetjenestene, idet vel 80 pst av den samlede årsverksveksten i sektoren i perioden 1993-2001, faller på disse tjenestene.

Mens innsatsen her utgjorde 1/3-del av samlet antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren i 1988, var årsverkene i hjemmetjenestene i 1998 like mange som i institusjonene. I 2001 gikk 52 pst av de 92.000 årsverkene i sektoren til disse tjenestene. Dette er det mest markante trekket i utviklingen av den kommunale pleie- og omsorgstjenestene i 1990-åra.

### **Fordeling av tjenester internt i hjemmetjenestene**

De 48.000 årsverkene i hjemmetjenestene i 2001 fordelte seg med 1/3-deler på *bare hjemmehjelp*, 1/6 del på *bare hjemmesykepleie*, mens halvparten av årsverkene gikk til brukere som mottok *begge typer tjenester*. Fordelingen mellom tjenestetypene i siste gruppe er ukjent.

En netto økning på 9.700 årsverk i hjemmetjenestene i den øremerkete driftstilskuddsperioden 1998-2001, fordeler seg anslagsvis med 10.900 årsverk i hjemmesykepleien, mens innsatsen i hjemmehjelpa reduseres med 1.200 årsverk (Toresen, NIBR 2003). Det innebærer at volumet i hjemmesykepleiesektoren isolert sett ble om lag fordoblet i HPE-perioden. Dette er et annet markant trekk ved utviklingen av de kommunale tjenestene i denne perioden. Andre brukergrupper enn eldre og andre behovsforhold gjør seg gjeldene, antakelig ikke minst endret utskrivningspraksis fra sykehus.

### 1.3.2 Fordeling av veksten i de hjemmebaserte tjenestene 1998-2001

#### **Sterk vekst i årsverksinnsats i hjemmesykepleien**

Vi har vist (pkt 1.2.5) at omlag 2/3-deler av økningen i bruken av hjemmetjenester i perioden 1998-2001 faller på personer med *bare* hjemmesykepleie og 1/3 på dem som *kombinerer* slik hjelp med hjemmehjelp. Andelen brukere med bare hjemmesykepleie tiltok imidlertid med 67 pst i samme periode.

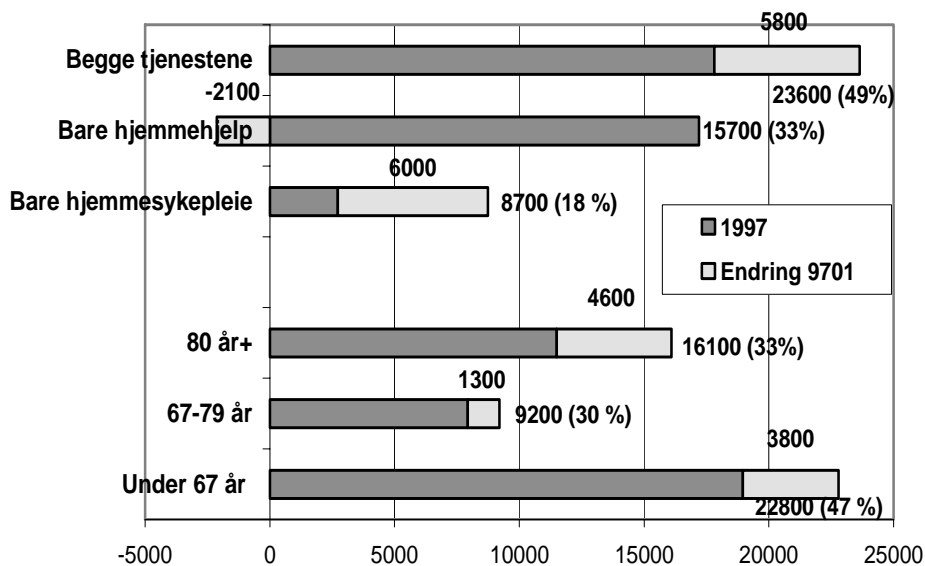
Det bekreftes av fordelingen av veksten i årsverk i samme periode, hvor 62 pst tilfalt brukere som *bare* mottok hjelp innen det området som statistisk benevnes som *hjemmesykepleie*<sup>7</sup>. Årsverksinnsatsen for denne typen brukere ble mer enn tredoblet på fire år og utgjorde i underkant av 9.000 årsverk i 2001, jfr. Figur 1.4. Dette må i mindre grad gjelde personer med behov for praktisk bistand, som ofte er eldre. Vi vet imidlertid ikke hvilke brukergrupper det gjelder. En betydelig del vil antakelig kunne føres tilbake til personer som er skrevet ut av sykehus, f.eks. kreftpasienter, men også psykiatriske pasienter samt andre nye brukere under 67 år.

En nesten like stor del av årsverkstilveksten i samme periode (5.800 årsverk), er knyttet til personer som mottok *både hjemmesykepleie og hjemmehjelp*. Bruken blant personer som kun mottok *hjemmehjelp*, ble imidlertid redusert med vel 2.000 årsverk, noe som i det alt vesentlige henger sammen med reduksjon i antall brukere.

---

<sup>7</sup> Her må en ikke forledes til å tro at det som i SSB-statistikken benevnes som 'hjemmesykepleie', består av ansatte med godkjent sykepleie-utdanning. Betegnelsen omfatter en nokså bredt sammensatt gruppe utdanningsmessig, med et betydelig innslag av hjelpepleiere, vernepleiere og ulike andre fagkategorier. Dette går også fram av Personellstatistikken for pleie- og omsorgstjenestene.

Figur 1.4 Årsverk i hjemmetjenestene i 2001 samt endring 1998-2001. Kilde: Toresen 2003



#### Flere årsverk både blant yngre og eldre brukere i perioden 1998-2001

I 2001 gikk nesten halvparten av årsverkene (ca 23.000) til brukere under 67 år, jfr. Figur 1.4. Sammenliknet med årsverkene som kommunene nyttet i drift av institusjonene samme år, utgjør dette akkurat halvparten, jfr. Figur 1.4. Brukere 80 år + og 67-79 år sto for respektive 33 pst og 20 pst av kommunens innsats i hjemmetjenestene i 2001. De yngre brukerne står sentralt i hjemmetjenestenes arbeid, som ingenierte bare er 'eldreomsorg'. Og brukere under 67 år har for øvrig økt sin andel av samtlige brukere fra 17 pst av alle i 1992 til 25 pst i 2001. Det bør vi legge merke til, når disse samtidig bruker halvparten av ressursene i hjemmetjenestene.

I HPE-perioden 1998-2001 økte volumet i de hjemmebaserte tjenestene med omlag 25 pst. Av den samlede tilveksten på 9.700 årsverk tilfalt 40 pst brukere under 67 år, 13 pst gikk til personer 67-79 år, mens brukere 80 år+ mottok resten, 47 pst. *Relativt sett* var økningen størst blant personer 80 år+, som fikk økt hjemmetjenesteinnsatsen med 40

pst i denne perioden, mens brukerne under 67 år økte den med 20 pst. Dette er imidlertid betydelig for begge gruppene.

### **Flere nye brukere med bare hjemmesykepleie**

Nærmere 2/3-deler av veksten i årsverk i perioden 1998-2001 tilfalt nye brukere, hvor 75 pst av årsverket går til brukere under 67 år. Disse årsverkene er i sin helhet knyttet til hjemmesykepleie, enten bare hjemmesykepleie (3/4-deler) eller hjemmesykepleie kombinert med hjemmehjelp (1/4-del). Det at 5.000 årsverk tilføres personer under 67 år i form av tjenester i hjemmesykepleien, og oftest bare hjemmesykepleie, er etter vår vurdering et markant trekk ved det som skjer på tjenestesida i handlingsplanperioden.

### **Mer intensivt tilbud til eldre brukere 80 år og eldre**

Om lag 9 av 10 av de nye årsverkene i hjemmetjenestene i HPE-perioden til eldre 80 år+, gikk imidlertid til dem som har slik hjelp fra før, dvs. bidrar til at intensiteten i de tjenestene de mottar. Økningen i årsverk i årene 1998-2001 til denne gruppa er enten knyttet til personer med bare hjemmesykepleietjenester (2/3-deler) eller til personer med både hjemmesykepleie og hjemmehjelp (1/3-del). Det betyr at også for de eldste er den vesentlige delen av økt innsats i perioden knyttet til hjemmesykepleietjenester. Det tyder igjen på at kommunene i stor grad prioriterer skrøpelige brukere som bor hjemme og som er blitt mer ressurskrevende. Den heimebaserte omsorgen til eldre synes mao intensivert og ytterligere omprofilert i regi av HPE.

## **1.3.3 Betydelig vekst i volum i årene før HPE ble satt i verk**

I 1990-åra finner det sted en betydelig volumvekst i pleie- og omsorgstjenestene, også før Handlingsplan for eldreomsorgen tok til, og framfor alt i *hjemmetjenestene*. Antall anvendte årsverk pr år i disse tjenestene var i 1997 93 pst høyere enn i 1989. Da er antatte 6.000 årsverk knyttet til HVPU holdt utenfor. Mens gjennomsnittlig tilvekst (eksklusive HVPU) var 2.600 årsverk pr år i hjemmetjenestene i 5-årsperioden 1993-1997, var den i gjennomsnitt 3.100 årsverk i HPE-perioden 1998-2001. Dette siste er ikke vesentlig mer enn i de foregående 5 år, sjøl om kommunene nå nøt godt av svært gunstige statlige øremerkete tilskudd.

Det var også en betydelig kostnadsvekst i pleie- og omsorgstjenestene i årene 1993-97, dvs. før de statlige øremerkete tilskuddene ble satt inn med tyngde i 1998, sjøl når vi tar hensyn til HVPU-reformen. Sær-

lig var veksten stor i 1996-97. I løpet av disse to åra ble omsorgstjenestene tilført nesten 10.000 nye årsverk samtidig som brutto driftskostnader vokste med 3.200 mill. i løpende 2000-kr. For øvrig utgjorde omsorgstjenestetilskuddet fra staten ca 25 pst av veksten i brutto kommunale driftsutgifter til pleie- og omsorg i 1996 og ca 35 pst i 1997, beregnet ut fra løpende kroner. Den vesentlige delen av veksten i driftskostnader i disse to åra må derfor tilskrives kommunenes egne påplussinger.

### 1.3.4 Vekst i driftskostnader

Samlete brutto driftskostnader i pleie- og omsorgssektoren pr år økte med 116 pst i perioden 1980-2000 målt i faste kroner, fra 17.8 milliarder i 1980 til 38.5 milliarder i 2000 eller med i overkant av 20 milliarder kroner (2000-kr). Nesten 80 pst av denne nivåøkningen fant sted etter 1988.

I perioden 1989-1992 vokste driftskostnadene, omregnet til årlig gjennomsnitt, med 1.250 millioner. I 5-årsperioden 1993-1997 økte brutto driftskostnadene med i gjennomsnitt årlig ca 1.400 millioner kr. I de tre første årene av HPE, 1998-2000<sup>8</sup> var den tilsvarende veksten 1.750 millioner årlig. Alt målt i faste 2000-kr. Denne oversikten viser at det var en betydelig vekst i driftskostnadene i pleie- og omsorgstjenestene gjennom hele 1990-tallet.

Mens de samlete driftskostnader i institusjoner avtar ut over i 1990-åra, tar de hjemmebaserte tjenestene i stigende grad mer av den samlede driftsinnsatsen. Disse tjenestene sto for 85 pst av kostnadsveksten i perioden 1993-1998. I faste 2000 kr økte brutto driftskostnader her med 10.6 milliarder fra 1992, slik at de var 19.3 milliarder i året 1998. Dette representerer en nivåheving tilsvarende nærmere 11 milliarder i løpet av 6 år. Det er veksten i hjemmetjenestene som er det dominerende trekket i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i 1990-åra.

---

<sup>8</sup> Sammenliknbare data for korrigerede brutto driftskostnader for 2001 mangler, da en fra nå av registerer kostnadene gjennom KOSTRA-systemet. I følge oppgaver fra KOSTRA var ukorrigerede brutto driftsutgifter i pleie- og omsorgstjenestene 42.989 mill kr i 2001.



## 1.4 Resultater 1980-2001. Utvikling i behovsdekning. Liten økning i dekningsgrad, sterk vekst i intensitet

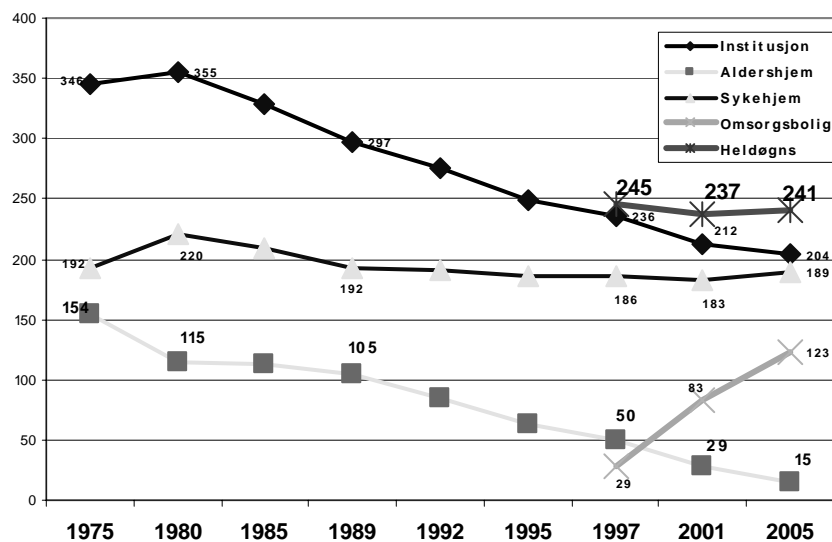
### 1.4.1 Utvikling i dekningsgrad i institusjon

Tilbudet i sykehjem målt i forhold til omfanget av eldre, har jevnt over holdt seg på samme nivå de 20 siste åra, men med en mindre reduksjon fra slutten av 1980-åra og fram til 2001, fra 19.2 plasser pr 100 80 år+ i 1989 til 18.3 plasser i 2001. Etter at kommunene tok over sykehjemmene, bygges aldershjemmene ned. Fra 1989 til 2001 ble dekningsgraden i aldershjem således redusert fra 10.5 til 2.9 plasser pr 100 80 år + Det er den nedgangen som nesten i sin helhet forklarer redusert dekningsgrad i institusjon i de siste 10-15 åra, jfr. figur 1.5.

Det finner imidlertid sted en nedgang i institusjonsdekningen i Norge - som i Danmark og Sverige - allerede fra slutten av 1970-åra, på tross av betydelig nybygging. Mot slutten av 1980-tallet var samlet dekningsgrad i alders- og sykehjem sunket til under 30. Og i 2001 var det 21.2 institusjonsplasser pr 100 pers 80 år+, mens det 25 år tidligere (1977) var 35.7 slike plasser. I denne perioden ble det samlede tilbudet i institusjon bygget ned til et nivå som i 2001 utgjorde 67 pst av nivået 25 år tidligere.

Dekningsgraden har etter hver gått ned for alle aldersgrupper, først for personer under 67 år, så for aldersgruppen 67-79 år (fra 1970 og utover), deretter for gruppen 80-89 år (fra 1985 og utover) og til sist for eldre 90 år+ (fra begynnelsen av 1990-åra). Eldre med plass i institusjon er sannsynligvis gradvis blitt mer selekterte etter pleietyngde og hjelpebehov slik at institusjonsbeboerne gradvis har blitt mer pleietrengende.

Figur 1.5 *Dekningsgrad i syke- og aldershjem, i institusjoner, i omsorgsbolig samt i boformer med heldøgns pleie- og omsorg. 1975-2005. Utvalgte år. Plasser pr 1000 pers 80 år+. Kilde: Brevik 2003*



#### Utvikling under HPE 1998-2005

Dekningsgraden i sykehjem holdt seg stabil i årene 1998-2001. Prognosene for kapasitetsøkningen i sykehjem tilsier det samme i åra som kommer, idet dekningsgraden var 18,3 plasser pr 100 80 år+ i 2001 og vil være 18,9 i 2005, eller den samme som i 1997 da en tok fatt på dette store løftet. Samlet institusjonsdekning var 23,6 i 1997, men vil være 20,4 i 2005, siden aldershjemsdekningen da vil være nede på 1,5. Dekningen i form av omsorgsboliger uansett pleiebehov hos beboerne, øker imidlertid fra 2,9 boliger pr 100 80 år+ i 1997 til 12,3 i 2005, som gir en 4-dobling i dekningsgrad på kort tid, jfr. Figur 1.5.

På grunnlag av en undersøkelse i kommunene som NIBR gjennomførte i 2001 (Brevik, NIBR 2002), kan en anslå at om lag 30 pst av omsorgsboligene bygget fram til da, var bebodd av eldre med behov for pleie- og omsorg på linje med eldre med ordinært langtidsopphold i

institusjon<sup>9</sup>. Når vi legger til grunn at 30 pst av omsorgsboligene i perioden 2001-2005 vil ha slik funksjon, vil dekningsgraden i 2005 i forhold til boformer med heldøgns pleie og -omsorg, være *den samme* som den var 8 år tidligere, dvs. 24 plasser, jfr. fig 1.5. Beregnet slik, synes vi 'på institusjonsnivå' å være like langt. Det demonstrerer samtidig hvilke fordringer som ligger i veksten i den eldre befolkningens omsorgsbehov.

Men regner vi inn alle omsorgsboliger i framtidens dekningsgrad, vil det i følge prognosene foreligge et tilbud i 2005 som tilsvarer 32.7 heldøgnsboformer/omsorgsboliger pr 100 80 år +, mot 26.5 i 1997 (ikke vist i fig 1.5). Regnet på den siste måten, står vi overfor en historisk stor økning, idet vi må 20 år tilbake i tid for å gjenfinne en dekningsgrad i institusjon på det nivået. Det demonstrerer samtidig at hvor mange omsorgsboliger kommunene vil evne å belegge og drive på heldøgns pleie og -omsorgsnivå, vil være svært avgjørende for det samlede kommunale tilbudet på det nivået i 2005, siden nærmere 4 av 10 av alle slike boformer/boliger da nettopp vil være omsorgsboliger. Det er imidlertid ikke mangel på fysisk kapasitet i omsorgsboliger som etter vår vurdering vil være den kritiske størrelsen i åra framover, men kommuneøkonomi som kan framskaffe driftsressursene.

I denne oversikten har vi imidlertid sett bort fra *andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede*. Slik vi viste i avsnitt 1.2.4, vil antall tilrettelagte slike boliger antas å holde seg konstant, slik at det i 2005 fortsatt vil være om lag 22.000 andre tilrettelagte kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, slik det var både i 2001 og 1997. Men siden det blir bl.a. flere eldre i denne perioden, vil dekningsgraden i slike boliger gå noe ned. Det gjør at den samlede situasjon – institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgstjenester sett under ett – utviser en svakt nedadgående dekningsgrad på tross av omfattende omsorgsboligbygging. Men det avgjørende vil ikke være utmålingen av den fysiske kapasiteten - slik vi gjør her. Siden mange av disse boligene i dag på langt nær driftsmessig fungerer som et heldøgnspleie og -omsorgstilbud - jfr. vår anføring om dette ovenfor - blir det hvordan disse boformene kan nyttes driftsmessig som er den avgjørende størrelsen. Fysiske dekningsgrader er

---

<sup>9</sup> I en undersøkelse fra Nord-Trøndelag i 2002 finner en at 32 pst av beboerne i samtlige omsorgsboliger i fylket er sterkt hjelpeavhengige eller trenger en del hjelp (Romøren og Svorken 2003). Her må det samtidig nevnes at det fra statens side i utgangspunktet ikke var lagt opp til at på langt nær alle omsorgsboligene skulle ha heldøgns pleie- og omsorgsfunksjon, i det en forutsatte at i overkant av 40 pst av dem ville kunne få slik funksjon.

---

bare en av flere forutsetninger som må vurderes når bildet av mulige dekningsgrader skal tegnes.

#### 1.4.2 Kompensasjon for nedbygging av aldershjem gjennom kommunale boliger til omsorgsformål 1994-2001

Som allerede vist, er det nedbyggingen av aldershjemmene som nesten i sin helhet forklarer redusert dekningsgrad i institusjon de 10-15 siste åra. Denne nedgangen kan imidlertid være kompensert for gjennom serviceboliger og andre kommunale boliger for eldre og funksjonshemmede til pleie- og omsorgsformål.

Parallelt med avtakende dekningsgrader i institusjon, vokste det allerede ut over i 1980-åra fram alternative boformer. I forlengelsen av den boligsosialpolitiske tradisjon som aldershjemmene hadde representert, tok kommunene fatt på byggingen av serviceboliger samtidig som skrøpelig eldre forble i trygdeboligene i stedet for i aldershjem. En ikke ubetydelig del av de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål fikk sannsynligvis etter hvert en viss pleie- og omsorgsfunksjon. I 1988 var ca 5.800 serviceboliger med varierende funksjonen i forhold til heldøgns omsorg og -pleie (Lauvli 1991). Og det var ca 30.000 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål før Husbanken tok til å finansiere såkalte omsorgsboliger i 1994.

Institusjonaliseringsgraden falt imidlertid relativt sett til dels betydelig i perioden 1994-2001. Men andelen som fikk plass i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål, steg tilsvarende. Slår vi andelen med plass i slike boliger sammen med andelen med plass i institusjon, er den samlede dekningsgraden i 2001 akkurat den samme som i 1994 for aldersgruppene 90 år+, 85-89 år, 80-84 år og 67-79 år, hver for seg. Dette har gjort at *den samlede* dekningen gjennom 'boformer med omsorg og pleie' har holdt seg nokså stabilt siden den gangen. Det ser ut til å finne sted en klar *substituering* mht type boform i denne perioden. I takt med nedinstitusjonaliseringen utvikler kommunene alternative bo- og tilbudsformer.

Denne utviklingen faller sammen med byggingen av *omsorgsboliger* med tilskudd fra Husbanken siden 1994. Og i perioden 1994-2001 ble det som nevnt ferdigstilt om lag 17.000 omsorgsboliger. I 2005 vil det være 26.000 slike boliger. Det finner sted en omfattende boliggyøring av omsorgstjenestene som legger betydelige føringer på hva som vil være de framtidige utfordringene i omsorgstjenestene. Det bekrefte

ikke minst av omfanget av hjemmehjelp og hjemmesykepleie knyttet til disse boligene.

I 2001 tilkom omlag 6 av 10 årsverk (58%) i hjemmetjeneste brukere som bodde i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål* (Toresen, NIBR 2003). Det betyr at brukere i egen ordinær privat bolig bare står for 4 av 10 årsverk i disse tjenestene. Sammenliknet med summen av anvendte årsverk i institusjon, representerer hjemmetjenesteinnsatsen i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 63 pst av denne. Det er relativt mye. For brukere av hjemmetjenester under 67 år i 2001, ble 18.400 årsverk, eller 8 av 10 årsverk i hjemmetjenestene til disse, nyttet av brukere som bodde i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål*. Men også for personer 67-79 år og 80 år + tilfalt 36-38 pst av hjemmetjenestenes årsverk - eller 9.300 årsverk - personer som bodde i kommunale boliger. Dette representerer omlag 20 pst av samlet årsverksinnsats i institusjon. Også blant eldre utgjør beboere i slike boliger således en betydelig del av brukerne og bruken av kommunale hjemmetjenester. Den heimebaserte omsorgen er i betydelig grad blitt omsorg inn i kommunale boliger. Det forholdet har vært betydelig underkjent og underkommunisert, fordi det så langt ikke har vært dokumentert.

Tilveksten på 9.700 årsverk i hjemmetjenestene i 1998-2001 fordelte seg med 45 pst på brukere i kommunale boliger. Blant brukere 80 år+ tilfalt imidlertid ca 3.700 årsverk, eller 81 pst, brukere som bodde i egne ordinære boliger. Det er særlig blant yngre brukere at de kommunale boligene styrket sin betydning. Det synes samtidig å bekrefte at de nybygde omsorgsboligene foreløpig i mindre grad har pleiefunksjon blant de eldre beboerne.

### **Om pleienivået i kommunale boliger**

Sjøl om det er behovene og ikke boformen som primært avgjør hvilket tjenestetilbud en mottar, viser disse data at de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål - fysisk tilrettelagt eller ikke- spiller en svært sentral rolle i den åpne omsorgen. Det er ikke bare omfanget av slike boliger som er av betydning, men også omfanget av tjenestetilførselen. Et svært sentralt spørsmål er således hvilket pleie- og omsorgsnivå beboerne i slike boliger befinner seg på og om en får pleie- og omsorgstjenester i rimelig overensstemmelse med hjelpebehov og funksjonstap.

Brukere av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål under 67 år fikk i gjennomsnitt i 1.3 årsverk i årene 1997-2001. Beboere over 67 år mottok i samme periode jevnt over 0.3 årsverk, mot 0.18 årsverk blant eldre som bor i ordinær privat bolig (Toresen 2003). For eldre i

---

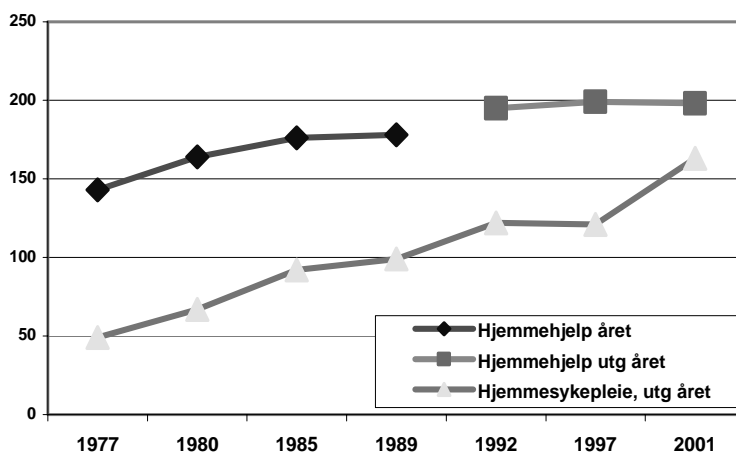
egen bolig har det i de seinere åra funnet sted en *omprofilering* mot mer intensiv hjelp. Men sjøl om det synes å være tendens til tilnærming i omfanget av hjelp mellom eldre brukere i egen og kommunal bolig, må pleietyngden likevel være betydelig høyere for eldre i de sistnevnte, siden omfanget av hjelp til eldre i kommunale boliger i gjennomsnitt lå ca 60 pst over hva en blir tildelt når en bor i ordinær privat bolig. Og som nevnt mottok personer 67 år+ i slike boliger i underkant av 10.000 årsverk i 2001.

### 1.4.3 Dekningsgrad i hjemmetjenestene 1980-2001

Den betydelige veksten i hjemmehjelpas utbredelse fant sted før 1980. I løpet av 1980-åra vokser ikke tjenesten mer i omfang enn at den noenlunde holder tritt med tilveksten i den eldre befolkningen, idet dekningsgraden tilsvarte jevnt over 17 brukere pr 100 personer 67 år+. I hjemmesykepleien var veksten sterkere ved å omfatte flere brukere, men også ved at det ble ytt mer hjelp pr bruker. Målt i årsverk fordelte imidlertid veksten seg omtrent med samme volum i begge disse tjenestene, dvs. at hjemmesykepleien vokste mest, siden innsatsen her i utgangspunktet var lavere. Dekningsgraden økte relativt sett med 28 pst i perioden 1980-89.

Andel brukere av hjemmehjelp ved slutten av året beregnet pr 100 person 67 år+, var også omtrent konstant i perioden 1992-2001 (i underkant av 20). Relativt sett fant det imidlertid sted en reduksjon, særlig blant eldre 80 år+ først i perioden. Men i HPE-perioden blir det flere med hjelp i denne aldersgruppa, særlig blant personer 90 år+.

Figur 1.6 *Andel med hjemmehjelp pr 1000 pers 67 år+ i løpet av året 1977-1989 og andel ved utgangen av året 1992-2001 samt andel pr 1000 67 år+ med hjemmesykepleie ved utgangen av året 1977-2001. Utvalgte år. Kilde: Daatland 1994/SSB hvert år*



Målt ved antall brukere ved utgangen av året, vokste dekningsgraden i hjemmesykepleien fra 12 pr 100 personer 67 år+ i 1997 til 16 i 2001, eller relativt med 35 pst på 4 år. *Utbredelsen av eldres bruk av hjemmetjenester - under ett - var imidlertid noenlunde konstant i 1990-åra.*

I perioden 1998-2001 fant – som tidligere nevnt - hele økningen i hjemmetjenestene sted i form av hjemmesykepleie. Og nærmere 40 pst av denne økningen faller på personer under 67 år. Det skjer en dreining mot hyppigere bruk av hjemmesykepleie, særlig som eneste type hjelp, men også i kombinasjon med bruk av hjemmehjelp. Vi fikk en ikke ubetydelig omprofilering av hjemmetjenestene mot hjemmesykepleievirksomhet i denne perioden.

#### 1.4.4 Flere årsverk i omsorgstjenesten målt i forhold til befolkningen 80 år+ 1988-2001

Så langt har vi bare relatert volumveksten i omsorgstjenestene til brukerne, og ikke til hele eldrebefolkningen. Et mye nyttet mål for utvik-

lingen i volum, er endringer i forhold til tilveksten av potensiell etter-spørrel, dvs. kostnader og årsverksvekst pr 1000 innb 80 år+.

Også målt på denne måten har det vært betydelig vekst over de 20 siste åra. Det var imidlertid ingen vekst i de samlede kostnadene, og bare en svak vekst i årsverk målt pr 1000 pers 80 år+ i årene 1980-1988. Men i 5 -års-perioden 1993-1997 var det betydelig økning i pleie- og omsorgstjenestene, målt ved arbeidsvolum og utgiftsvolum og uttrykt ved årsverk og brutto driftsutgifter i forhold til størrelsen på befolkningen 80 år+, idet brutto driftsutgifter økte 17 pst. Noe som på langt nær kan forklares med tilførte statlige midler til HVPU-reformen, slik som tidligere nevnt. Mens årsverksveksten var moderat fram til 1988, vokste den - målt på denne måten - med 10 pst i perioden 1993-1997.

I 2001 representerte samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene målt i forhold til befolkningen 80 år+, 455 årsverk pr 1000, mot 346 årsverk i 1988. Det er en relativ økning på 32 pst. Veksten i brutto driftskostnader regnet pr 1000 pers 80 år+, var også betydelig. I 2001 representerte brutto driftsutgifter regnet i faste 2000 kr, 196 millioner pr 1000 80 år+. Det er en relativ økning på 34 pst i forhold til 1988.

#### 1.4.5 Økt intensitet - flere årsverk pr bruker i hjemmetjenestene og pr plass i institusjon

##### **Hjemmebaserte tjenester**

Veksten i årsverk i omsorgstjenestene i 1980-åra gikk stort sett med til å svare for veksten i den eldre befolkningen. I det neste tiåret er det imidlertid bare en mindre tilvekst i antall brukere. I perioden 1989-2001 økte antall personer med hjemmebaserte tjenester med 19 pst, mens antall beboere i institusjon ble redusert med 8 pst. Likevel fant det sted en omfattende vekst i årsverk, slik vist i pkt 1.3.1. Det fant således sted en *intensivering* av innsatsen både i bruken av institusjonsplasser og i den åpne omsorgen, særlig i den siste. Det under forutsetning av at den totale veksten også gjenspeiles i den arbeidsinnsats som kommer brukerne til gode.

I perioden 1980-1992 var intensiteten, dvs. antall timer ytt hjelp pr bruker i heimehjelpa, nokså konstant. Mens en i Sverige intensiverte tilbudet og Danmark opprettholdt og utviklet både stor utbredelse og intensitet i bruken av disse tjenestene, fortsatte vi i 1980-åra en lite intensiv bruk av hjemmehjelp. Intensiteten i hjemmesykepleien tiltok imidlertid en god del i 1980-åra. Noe nytt var på gang. Det inntreer et



skille mot slutten av tiåret. Mens antall brukere øker moderat, øker årsverksbruken betydelig.

Mens innsatsen i 1980-åra statistisk representerte 0,12 årsverk pr bruker av hjemmetjenester, var den økt til 0,19 i 1992. Da HPE tok til i 1997, utgjorde årsverkene i hjemmetjenestene 0,26 årsverk pr bruker, og i 2001 0,30 pr bruker, beregnet i forhold til brukere ved utgangen av året. I perioden 1992-2001 økte innsatsen i årsverk pr bruker i følge vårt tallmateriale med 57 pst. Det er mye på relativt kort tid. Det reflekteres bl.a. ved at 36 pst av tilveksten (på 9700 årsverk i perioden 1998-2001), kan tilbakeføres til at det ble anvendt flere årsverk pr bruker (Toresen, NIBR 2003).

Årsverksinnsatsen pr person blant brukere med bare hjemmehjelp, holdt seg konstant med 0,25 årsverk i perioden 1997-2001. Blant brukere med bare hjemmesykepleie, ble imidlertid intensiteten pr bruker om lag fordoblet, fra 0,11 til 0,22 årsverk. Her må også effekten av andre aktiviteter i hjemmesykepleievirksomheten, f.eks. støttekontakter og avlastningstiltak regnes inn. For de hjemmebaserte tjenestene sett under ett, øker intensiteten med 16 pst i perioden, fra 0,26 årsverk pr bruker i 1997 til 0,30 i 2001 - en økning som nærmest i sin helhet kan tilskrives tjenester i hjemmesykepleiesektoren.

### **I institusjon**

Antall årsverk nyttet i institusjon økte med ca 4.500 i perioden 1992-2001, sjøl om det ble ca 1.000 færre institusjonsplasser. Og i 1999 var antall årsverk oversteget antall plasser. Bemanningfaktoren økte også ut over i 1990-åra. I institusjon vokste den med 29 pst i perioden, fra 0,79 i 1989 til 1.02 årsverk pr plass i 2001.

Men bemanningfaktoren i aldershjem var konstant i 1990-åra, fortsetter den å øke i sykehjem. Ut over i 1990-åra brukes sykehjemmene i tiltakende grad mer intensivt. I 1992 var bemanningfaktoren i sykehjem 0,93. I 2001 var den 1.08 pr plass. I perioden 1998-2001 økte den med 6 prosentpoeng. Det er ikke ubetydelig. Økt bemanning kan imidlertid ha noe sammenheng med bedring av de ansattes arbeidsforhold. Økningen er imidlertid så vidt stor, at det uansett vil måtte kunne avleses som en viss økning i den reelle pleietyngden i sykehjem i denne perioden.

Det siste gjenspeiles også i at de aller eldste utgjør en større andel av belegget i sykehjem samtidig som beboerne er mer selektert enn tidligere. Og innslaget av aldersdemente har økt. Det vi imidlertid ikke har tilstrekkelig kunnskap om, er om økt årsverksinnsats har kompensert for antatt økt pleietyngde blant sykehjemspasientene. Vi har be-

---

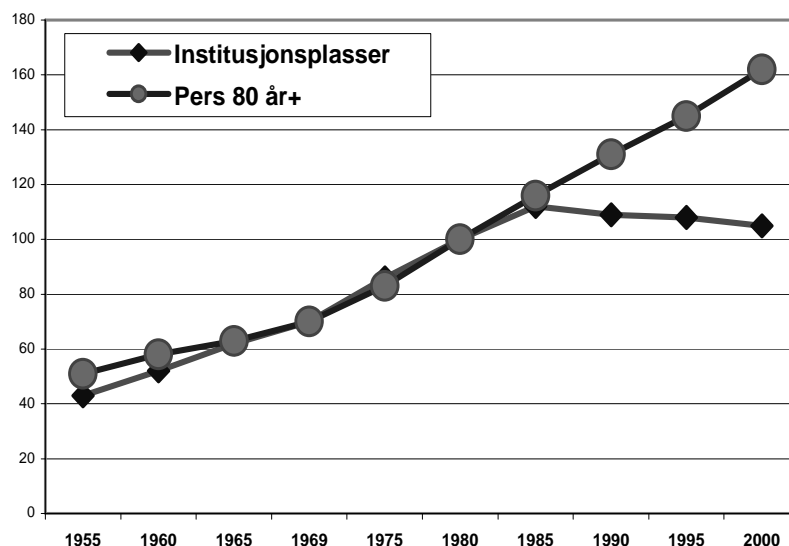
grenset kunnskap både om endringer i pleietyngde over tid og om den observerte økte innsatsen har kompensert for endringer i behov blant dem som har plass i sykehjemmene.

## 1.5 Nedbygging av aldershjemmene, omprofilering av hjemmetjenestene og bolig-gjøring av omsorgen

### 1.5.1 Kontinuerlig tilvekst av eldre – skifte i utforming av kommunale tilbud

Den betydelige satsingen på sykehjem fram mot første halvdel av 1980-åra, utgjorde tyngste delen av det svaret som ble gitt i forhold det at det i perioden 1966-1985 var en tilvekst i den eldre befolkningen med 60.000 personer 80 år + samtidig som andelen aleineboende tiltok betydelig. I perioden 1985-2001 var det imidlertid igjen en økning på 60.000 eldre 80 år+ og fortsatt ble det flere aleineboende. Institusjonskapasiteten ble imidlertid redusert i denne perioden, jfr. figur 1.7.

Figur 1.7 *Relativ utvikling i antall eldre 80 år+ og antall plasser i institusjon (sum syke- og aldershjem). Antall 1980=100. Andeler i prosent 1955 til 2000. Utvalgte år. Kilde: Daatland 1994/SSB hvert år*



Hvis det bare er demografisk betinget behovsutvikling - målt ved et økende antall gamle og aleineboende eldre - som i hovedsak har beveget grunnlaget for utbygging av sykehjem og øvrige omsorgstjenester, skulle vi forvente at utbyggingen hadde fortsatt på samme måte ut over i 1990-åra. Når den ikke gjør det, må det være andre forhold enn demografisk utvikling som i betydelig grad har styrt utviklinga i utformingen av tilbudet. Den gangen, som seinere og som nå, er det imidlertid framfor alt fagprofesjonene og politikerne, omsorgsideologiene og økonomien som bidrar til dimensjoneringen og gir retning for utformingen av pleie- og omsorgstjenestene, og i mindre grad politikk og behov.

Fra slutten av 1980-åra følger kommunene ikke lenger opp den betydelige tilveksten i antall eldre 80 år+ ved å tilføre flere institusjonsplasser, sjøl om det fortsatt bygges sykehjem slik at det tilbudet målt på landsbasis jevnt over holder tritt med befolkningsutviklingen. Er så reduksjonen i institusjonsdekningen uttrykk for samlet svekket tilbud på dette nivået, eller har kommunene gradvis - og særlig etter at de fikk eneansvar for pleie- og omsorgstjenestene i 1988 - utviklet alternativ omsorgsideologi og praksis ved f.eks. å nytte institusjonene

---

annerledes samtidig de har utviklet andre typer tilbud og omprofilert hjemmetjenestene? Vi har allerede gitt noe av svaret på det spørsmålet i dette kapitlet.

### 1.5.2 Ideologisk skifte og skjeling til økonomi

Ut over i 1980-åra forsterkes ideologien om at de eldre bør få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig. Det legges derfor til grunn at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede bør bygges ned og erstattes av økt satsing på åpen, boligbasert omsorg (NOU 1992:1- Gærevoll-utvalget). Det er egenskapene og kvalitetene ved det å bo i egen bolig som utgjør det bærende prinsipielle idegrunnlag som utredningen kviler på og der vekta legges på sjølstendighet og verdighet.

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

Ved overtakelsen av sykehjemmene i 1988 fikk kommunene større muligheter for egne prioriteringer. Nedbygging av aldershjemmene og mer intensiv bruk av øvrige tjenester kan knyttes til dette, men var samtidig forbundet med strengere prioriteringer i kommuneøkonomien. Motivasjonen til å hjelpe eldre med mindre pleiebehov med tjenester på et alternativt eller lavere nivå ble styrket, også fordi det som oftest ville koste mindre. Det er en viktig forklaring på framveksten av nye og alternative boformer, og til at hjemmetjenestene ble omprofilert og intensivert. Politikerne var den gang og er fortsatt ofte skeptiske til hvor mye en kan klare ved hjelp av omsorgsboliger. Det er imidlertid troen på at de er billigere, som særlig har gitt denne byggingen støtte hos dem.

### 1.5.3 Omstrukturering, profilering og nyskaping i omsorgstjenestene

Ut over på 1980-tallet tok kommunene fatt på oppgavene med å omstrukturere og endre innretningen av tjenestene, bl.a. gjennom ompro-

filering av hjemmetjenestene ved en mer målrettet, prioritert og intensiv bruk av dem slik at de har kunnet evne å fungere kompensierende i forhold til redusert dekningsgrad i institusjonstjenesten. Endret bruk av hjemmetjenester har mange steder skapt et supplerende tilbud i forhold til institusjonene. Samtidig har en bestrebet seg på en mer intensiv og dels fleksibel bruk av eksisterende institusjonsplasser. Men framfor alt har en ved bygging av omsorgsboliger etablerte bomessige alternativer til institusjon og boliggjort omsorgen. Det er tatt viktige skritt mot en normalisering av folks liv på tross av skrøpelighet.

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

I dette kapitlet har vi lagt stor vekt på å dokumentere disse endringene. Det er vist at kommunene har bygget ned aldershjemmene og utviklet gamlehjemstradisjonen. De har utviklet alternativer til institusjoner, særlig gjennom en omfattende bygging av omsorgsboliger. Kommunene har tatt vesentlige grep for *boliggjøring* av norsk omsorg og videreutviklet de boligbaserte tjenestene. Samtidig har en i regi av HPE rustet opp institusjonene for moderne drift og trivsel ved at nesten halvparten av sykehjemmene vil være nybygde, ombygde til enerom eller modernisert og utbedret når planen er fullført.

Det er videre dokumentert at de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål etter hvert har kommet til å spille en svært sentral rolle i den kommunale omsorgstjenesten idet, 6 av 10 årsverk i hjemmetjeneste går til brukere som bor i slike boliger og at denne innsatsen utgjør nærmere 2/3-deler av årsverkene i institusjon. Sjøl om tilbudet har størst betydning for yngre brukere, svarer disse boligene for en betydelig eldreomsorg.

Det er videre vist at for eldre i egen bolig har det i de seinere åra funnet sted en *omprofilering* mot mer intensiv hjelp, ved at en i større grad får hjemmesykepleie eller tjenester i kombinasjon. En har evnet å prioritere skrøpelig eldre samtidig som en har økt og utvidet tilbudet til yngre brukere. Brukere under 67 år mottar nå henimot halvparten av årsverkene i hjemmetjenestene.

Det har i de siste åra funnet sted en entydig og betydelig profilering av hjemmetjenestene mot hjemmesykepleievirksomhet, særlig i form av bare hjemmesykepleie. Under HPE økte årsverksinnsatsen med 25 pst på 4 år, der hele nettotilveksten var årsverk i hjemmesykepleiesektoren. Dette kommer også til uttrykk ved at hjemmetjenestene har blitt intensivert betydelig idet årsverk pr bruker økte med nærmere 60 pst i perioden 1993-2001, og hjemmesykepleien doblet sin innsats pr bruker i årene 1998-2001. I sykehjemmene har det også vært jevn økning i bemanningsfaktoren. En har utvidet tilbudet i bredden ved å yte hjelp til flere yngre brukere samtidig som en har intensivert tjenestene betydelig for alle brukere.

Vi vet imidlertid ikke nok om hvorvidt de etablerte tjenestealternativene til institusjon har fungert fullgodt. Og det er heller ikke gjort anslag på i hvilken grad disse prioriteringen har gått ut over tjenestetilbudet til personer med mindre behov, dvs. om de sosiale og forebyggende sidene ved hjemmetjenestenes arbeid er blitt svekket, og eventuelt i hvilken grad så har skjedd. Men samlet sett har denne omprofileringen antakelig ofte bidratt til realisering av den sentrale og overordnede målsetting for omsorgstjenestene, nemlig at enhver skal gis anledning til å bo hjemme så lenge som ønsket. Og den har styrket brukernes sjølbestemmelse og verdighet.

Til slutt er det vist at realitetene i omstruktureringen i tjenestene gjenspeiles i kontinuerlig og betydelig vekst i innsatsfaktorene. Statistikken viser at f.eks. i årene 1993-2001 økte årsverkene i pleie- og omsorgstjenesten med 25.000 eller 38 pst, og hjemmetjenestene aleine økte med 78 pst. Brutto driftskostnader pr år vokste i samme periode med nærmere 60 pst, eller med 15 milliarder i faste koner.

#### 1.5.4 Om framtidige utfordringer for kommunale pleie- og omsorgstjenester

Noen av utfordringene for kommunenes framtidige forming, finansiering og drift av pleie- og omsorgstjenestene er etter vår vurdering langt på vei bygget inn i den faktiske restrukturering av tjenestene som kommunene allerede har gjennomført eller er under veis med å gjennomføre. Uavhengig av statelig politikk og offisielle omsorgsideologier har kommunene ofte gjennom endret *praksis*, gradvis, men også relativt raskt omprofilert etablerte tjenester og tatt i bruk nye tilbudsformer. Det er framfor alt gjennom boliggingjøringen av omsorgstjenestene og en markant intensivering i driften av dem at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten tjenestene framstår som betydelig omformet over relativt kort tid.

Utfordringene for åra framover er således langt på vei nedfelt i de tilbudsformer kommunene allerede har utviklet og fortsatt utvikler, og framfor alt i dynamikken i dette. Vil boliggyøringen og intensiveringene kunne fortsatt samtidig som en evner å inkludere nye brukergrupper i et slikt regime? Eller har en slik profilering sine grenser, slik at det av behovs- og kostnadsgrunner vil vise seg å stå fram som såpass utilstrekkelige at mange kommuner igjen i større grad vil falle tilbake til de klassiske institusjonstilbudene? Det sterke gjennomslaget for boliggyøringen som omsorgsboligsatsingen representerer, bærer imidlertid i seg muligheten til å skape gjennomslag for et enhetlig tjenestebasert betalingssystem for omsorgstjenestene samlet. Hvis en på den andre siden - med fortsatt intensiv bruk av hjemmetjenesten - lykkes i å svare for mye av den tunge pleien i kommunale og ordinære boliger, vil det samtidig åpne seg muligheter til å utvikle sykehjemmet til hva det opprinnelig var tenkt til i 1960 åra - og slik Kvaase-utredningen har skissert - sykehjemmet som medisinske utredende, behandlende og rehabiliterende institusjon, men fortsatt med terminalpleie. Det åpner i sin tur perspektivet mot kommunale eller interkommunale sykestuer og utførsel av enklere sykehustjenester lokalt som svar på det forhold at en for lengst har etablert en annen utskrivingspraksis fra sykehus enn tidligere.

Men ovenpå slike problemstillinger uroer spørsmålet om rekruttering og kompetanse. Vil vi lykkes i å rekruttere kompetent ungdom inn i disse yrkene etter hvert som den eldre pleiegenerasjonen nå raskt faller fra? Denne og øvrige utfordringer kommer vi tilbake til i kapittel 2.

---

## 2 Noen framtidige utfordringer i kommunenes pleie- og omsorgstjenester

### 2.1 Innledning

Vi vil her beskrive, drøfte, gi synspunkter og komme med forslag til tiltak knyttet til forhold som etter vårt syn står fram som betydelige framtidige utfordringer i kommunenes videre arbeid med omsorgstjenestene<sup>10</sup>.

Den første og overordnede utfordringen går imidlertid på å sikre en kommuneøkonomi som gir grunnlag for den nødvendige oppfølging i pleie- og omsorgstjenestene. Men om midlene skulle foreligge, følger det ikke derav at f.eks. rekruttering, utdanning og kompetanseutvikling er sikret. Tilgang på kvalifiserte hender er og vil mange steder være en nesten like stor utfordring. I en så mangslungen, ustabil, sammensatt og omfattende sektor - både når det gjelder brukere og arbeidskraft - byr innretningen av arbeidsplassene og den daglige arbeidsorganisering på store utfordringer.

I dag er skillet mellom institusjon og hjemmetjenester, mellom helse- og sosialtjenester langt på vei funksjonelt fjernet. I forhold til bruk-

---

<sup>10</sup> Som nevnt innledningsvis i forordet ble kap 2 skrevet særskilt for Kommunenes Sentralforbunds arbeid med en utvalgsrapport (KOU 2003:3). I den sammenhengen ble teksten utformet slik at 'utvalget' var dens subjekt, f.eks. "utvalget mener" osv, samtidig som en del vurderinger hadde normativ karakter. Disse normative vurderingene har vi beholdt i denne rapporten. Sjøl om de er basert på bred kunnskap om omsorgstjenestene, har de ikke alltid belegg i umiddelbare empiriske forskningsresultater, men er basert på våre faglige vurderinger og skjønn.



erne fungere de som helhet. Men helheten mangler formelt, f.eks. i regelverk og finansierings- og betalingssystemer. Det ligger en stor utfordring i å få gjennomført *helhet* i pleie- og omsorgstjenestenes tilbud og økonomi. Og det står om å fullende noe som for lengst er påbegynt. Derfor drøfter vi behovet for å få etablert et helhetlig og tjenestenøytralt finansierings- og betalingssystem for omsorgstjenestene. Utfordringene i forhold til å utvikle et helhetlig tjenestetilbud, er særlig knyttet til innfasingen av sykehjemmene i den tilbudskjeden som er utviklet med vekt på boliggingjøring og hjemmetjenester og som har materialisert en annen verdiforankring for tjenestene enn den sykehjemmene forvalter. Men denne innplasseringen er betinget av at boliggingjøringen og veksten i hjemmetjenestene får rom til å fortsette. Og det er fortsatt en utfordring å befeste og utdype omsorgsboligenes funksjon.

Når det gjelder utfordringer knyttet til dimensjoneringen av tjenestene for etablerte og nye brukere vil vi også gjøre rede for behovene for årsverksvekst som følge av endringer og vekst i den eldre befolkningen, omfanget av demens og mulige endringer i den eldre befolkningens helse og funksjonstap ved aldring.

Vi tar for oss utfordringer knyttet til å:

- Sikre kommunenes økonomisk grunnlag for driften
- rekruttere nok kvalifisert personell
- utvikle samordning og kommunikasjonsintensiv ledelse
- skape et helhetlig og samordnet betalingssystem
- utvikle sykehjemmenes framtidige funksjon
- skape finansieringsordninger som inkluderer de kommunale helse relaterte omsorgsoppgavene
- befeste og utdype omsorgsboligenes funksjon
- framskaffe 30.000 nye årsverk i omsorgssektoren fram til 2020
- kunne begrense kommunenes innsats i pleie- og omsorgssektoren.

## 2.2 Utfordring 1: å sikre økonomisk grunnlag for driften av pleie- og omsorgstjenestene

Den første og overordnede utfordringen for kommunene er etter vår vurdering å sikre grunnlaget for å drive de tjenester og omsorgsboliger som er etablert og som er under bygging i åra framover. Hvis de planlagte 9.850 omsorgsboligene og 2.750 sykehjemsplassene for 2002-

2005 bygges ut, vil disse enheten fordre et driftsnivå som gjør at brutto driftskostnadene i 2005 er om lag 3 milliarder høyere enn i 2001, bare som konsekvens av denne tilveksten.

I tillegg tyder en undersøkelse ved NIBR på at driftssida knyttet til HPE var underfinansiert med minst 1.5 milliarder da de øremerkete tilskuddene fra handlingsplanen ble innlemmet i rammefinansieringen med 3.4 milliarder for 2002 (Brevik 2002). Den statlige underfinansiering og den fordring på driftsmidler som følger av de nyoppførte enhetene, legger tilsvarende fordringer på rammeoverføringene fra staten i størrelsesorden 4.5 milliarder i 2005.

Staten har imidlertid vært innforstått med at den har et ansvar for å følge opp det som er etablert og som etableres med driftsmidler. I St meld nr 31(2001-2002), Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen, heter det at:

Det vil imidlertid være helt nødvendig å følge opp kommuneøkonomien for å sikre eldreomsorgen i årene som kommer, slik at det ikke på nytt oppstår en liknende situasjon som på –90-tallet ... Det resultatet som er oppnådd i handlingsplanperioden, må derfor videreføres ved hjelp av ordinære statlige virkemidler. Dersom det ikke skjer, må situasjonen og virkemidlene vurderes på nytt (op cit s 36).

I en undersøkelse som NIBR gjennomførte i kommunene i 2001 om deres erfaringer og vurderinger av denne handlingsplanen, regnet pleie- og omsorgssjefene i 3 av 4 kommuner med redusert aktivitet i pleie- og omsorgstjenestene når de øremerkete tilskuddene falt bort. Det kan tyde på at det synes å være begrenset tillit i kommunene til at staten i åra framover vil sørge for at rammetilskudda vil være tilstrekkelig. En undersøkelse i regi av Kommunenes Sentralforbund vinteren 2003 har kommunene vurdert ulike sider ved budsjettet for 2003. Om lag halvparten skjærer ned i eldreomsorgen, bare 8 pst utvider tilbudet. Det har utviklet seg som antatt, og bekrefter at problemene i sektoren er reelle.

Det kan imidlertid reises spørsmål om berettigelsen av det inngrepet i lokalt sjølstyre som denne handlingsplanen representerte på driftssida og statens begrunnelse for dette. I St meld nr 50 (1996-97), *Handlingsplan for eldreomsorgen*, konkluderte en beskrivelsen av utviklingstrekkene i eldreomsorgen med at dekningsgradene både i institusjon og i hjemmetjenestene ”ikke har holdt tritt med den reelle befolkningsutvikling” (op cit s 24). Videre viste en til at ressursinnsatsen for eldre i pleie- og omsorgstjenestene hadde økt svært lite. En tegnet et

bilde der de kommunale omsorgstjenestene står fram som en stagnerende og forsømt sektor. Det var også noe av statens begrunnelse for å gripe inn og gjennomføre handlingsplanen. En forsvarte videre nøye kontrollert bruk av øremerkede midler ved å vise til at ”*en sterk statlig styring av en sektor er viktig i en periode der det er snakk om å bygge opp et tilbud*” (St meld nr 34 (1999–2000), s 53).

Det staten anfører her, er imidlertid betydelig misvisende. I 1990-åra var det etablert press på omsorgstjenestene i kommunene. Slik det er vist i dette kapitlet, var det stor vekst i volum, både målt i antall årsverk og driftskostnader, særlig i 5-års perioden 1993-1997, uavhengig av statens bidrag til HVPU-reformen fra 1991 og utover. For øvrig har det vært kontinuerlig sterkt fokus på pleie- og omsorgstjenesten de siste 20 åra i Norge, både lokalt og sentralt. Omsorgsproblematikken har stått så sentralt at samtlige politiske partier har *eldreomsorg* blant sine aller mest prioriterte saker. Den er en av svært få samfunnsoppgaver som har fått etablert en slags *kontinuerlig tverrpolitisk hevd* på oppmerksomhet og oppslutning.

Etter vår vurdering har det vært gjennomført en styring av kommunene på driftssida gjennom handheving av det såkalte aktivitetskravet som har begrenset kommunenes rett og plikt til egne prioriteringer og bruk av midler etter egen vurdering av behov. En undersøkelse ved Norsk institutt for by- og regionforskning (Brevik 2002), viser at dette bl.a kan ha ført til uheldig stillstans og redusert vekst i andre sektorer. Det etterslep som er etablert her, vil disse sektorene sin tur kunne søke å dekke ved å ta sitt monn igjen i forhold til pleie- og omsorgssektoren på sikt.

HPE har gått ut over helhetlige disposisjoner i kommuner med svak økonomi, idet relativt gunstige tilskudd til bygging og drift for kortere tid kan ha ledet en del kommuner til å akkumulere et driftsnivå i denne sektoren som de ikke vil ha økonomi til å opprettholde på sikt. NIBRs undersøkelse viser at desto mer fylkesmennene har satt HPE inn i et kommunalt helhetlig ansvars- og virkeområde, jo mindre hensiktsmessig har de opplevd statens kontroll av kommunenes bruk av øremerkete midler.

HPE hadde etter vår vurdering større berettigelse som ledd i å forsterke omsorgsboligbyggingen og rehabilitering av mye gammel bygningsmasse, samt å heve standarden ved bedre boligmessige tilbud - ikke bare i form av omsorgsboliger - men også ved kvalitetsheving og en større grad av boliggingjoring av sykehjemsplassene.

På bakgrunn av den vekst, utvikling og reformering som kommunene tilførte pleie- og omsorgssektoren før HPE tok til, og på grunnlag av

---

kommunenes erfaringer fra statens praksis med de øremerkete tilskuddene, bør en nøye drøfte om den type tiltak og virkemidler bør vil bli tatt i bruk i framtida.

## 2.3 Utfordring 2: å rekruttere nok kvalifisert personell til pleie- og omsorgstjenestene

Vår analyse av den demografiske utviklingen aleine - ellers alle forhold holdt konstant - tilsier at det fram til 2020 må tilføres 30.000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren, samtidig som en hele tida må sørge for å holde ved like de 92.000 en hadde i 2001, jfr avsnitt 2.7. Å realisere dette synes ved dagens ståsted å by på vesentlige utfordringer, særlig på bakgrunn av at Statistisk sentralbyrå har beregnet at det fram mot 2020 vil være en underdekning på henimot 30.000 hjelpepleier-/omsorgsarbeiderårsverk i hele helse- og sosialsektoren (Stølen et al, SSB 2002).

### 2.3.1 Svekket rekruttering og svakt framtidig rekrutteringsgrunnlag

Tilgangen på arbeidskraft i helse- og sosialsektoren var tilstrekkelig til at HPE kunne gjennomføres etter planen fram til 2001. Men her som i de øvrige tjenestene, var det imidlertid en viss svikt i 2001 og en enda større i 2002<sup>11</sup>. Perspektivet framover er mer negativt. Situasjonen nå er at tilgangen på hjelpepleiere er halvert siden begynnelsen av 1990-åra. Nedgangen er imidlertid kompensert et stykke på vei gjennom en viss økning i tallet på omsorgsarbeidere. Denne tendensen vil sannsynligvis forsterkes i åra framover. Det fordi opplæringsmuligheten for voksne i videregående skole har vært trappet ned. Videre er det slik at frafallet etter få år i arbeid, er svært stor for kandidater med helse- og sosialfag fra videregående skole. Det har antakelig i betydelig grad sammenheng med vansker med å oppnå heltidsstillinger og slik skape muligheter for yrkeskarriere, samtidig som en må ha heltidsarbeid på slikt lønnsnivå for å kunne bo, særlig i de større byene. Slik vi ser det, representerer de unge et problematisk potensiale for omsorgsyrkene.

---

<sup>11</sup> Mens pleie- og omsorgstjenestene vokste med 3.300 årsverk i 2000, var veksten i 2001 og 2002 respektive 2.200 og 1.900 årsverk. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB 2003.

I følge SSB viste en undersøkelse fra 2000 at det var få hjelpepleiere, vernepleiere og sykepleiere utenfor arbeidsmarkedet og relativt få utenfor helse- og sosialsektoren. Dette er i strid med etablerte antakelser om flukt fra disse yrkene. En konkluderte med at arbeidskraftreserven i disse yrkene er liten. Potensialet her vil være deltidsarbeidende som ønsker større stillingsandel.

### 2.3.2 Viktig med kvalifisering og kompetanseheving blant ufaglærte

En del av de sentrale generelle virkemidlene for å øke rekrutteringen til pleie- og omsorgsyrkene er knyttet til bedre utdanningsmuligheter, bedre og bredere adgang til etter- og videreutdanning og økt adgang til intern- og voksenopplæring. Deretter legges vekt på at arbeidet med kompetanseheving og kvalifisering ved etter- og videreutdanning av hjelpepleiere og andre med utdanning fra videregående skole fortsetter. Særlig viktig er imidlertid kvalifisering av ufaglærte. Det er i underkant 20.000 årsverk knyttet til de 35.000-40.000 ufaglærte som arbeider i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Det blir viktig å iverksette tiltak for å kvalifisere og holde på disse. Slik situasjonen er, og slik de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har utviklet seg med vekt på boligbaserte tjenester, blir det særlig viktig å sikre rekrutteringen av hjelpepleiere og omsorgsarbeider ved å gi voksne mulighet til å ta slik utdanning i helse- og sosialfagene i den videregående skolen. Gis voksne etablerte arbeidstakere mulighet til å ta fagbrev eller høyere utdanning, kan dette bidra til lønnsøkning og dermed bidra til å stabilisere dem.

De fleste kommuner har nå opplæringsplaner der det inngår videreutdanning i geriatri/eldreomsorg, psykisk helsearbeid, rehabilitering o.l for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. En større opplæringsaktivitet har etter vår vurdering ført til økt bevissthet om kompetanseutvikling i kommunesektoren. Vi er også kjent med at regjeringen staser på å gi et godt tilbud om utdanning til voksne i helse- og sosialfag i den *videregående* skolen. Staten har som mål å øke den årlige bruttotilgangen på kandidater innen hjelpepleie og omsorgsarbeid med 1500, fra 3000 i dag til årlig 5.000 i perioden 2003-2006, jfr *Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006*.

Å lykkes her er imidlertid betinget av at staten i tilstrekkelig grad stimulerer fylkeskommunen til å gi den typen fagtilbud i den videregående skolen. Siden potensielle søkere allerede er etablert i arbeid på relativt lavt lønnsnivå, er det en viktig forutsetning for å kunne lykkes at det gis økonomisk rom å kunne kombinere arbeid og slik utdanning.

Dette viktige tiltaket bør derfor gjennomføres som et spleiselag, der fylkeskommunen sørger for utdanningsplassene, hvor staten gir gode stipender og kommunene følger opp med vikarer og lønnskompensasjon.

På tross av de nevnte tiltakene, mener vi det er grunn til å etterlyse den teori og praksis som kan gi utdanningsinnsatsen ny retning og dermed anseelse for disse yrkene. Vi etterlyser visjonene og utdanningsplanene. De voksne arbeidstakerne representerer kun en begrenset reserve. Og disse yrkene er tidligere overrepresentert ved tidlig avgang til uførepensjonering som følge av psykiske og fysiske belastningslidelser. Her må en også ta betydelige grep for å endre arbeidssituasjonen. Det siste vil også måtte innebære økt bemanning.

### 2.3.3 Høyere utdannet personell vil være viktig for videreutviklingen av omsorgstjenestene.

Det vil imidlertid være bedre tilgang på vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger. Det gjør at det blir viktig for kommunene å organisere tjenestene slik at disse kan nyttes og integreres best mulig. Etter vårt syn innebærer det bl.a at tjenestene må organiseres mer på tvers av profesjonsgrensene.

Erfaringene fra statens *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2000* viser videre til betydningen av kompetanseheving gjennom videreutdanning av høyskoleutdannet personell. Det siste har vært spesielt viktig innenfor psykisk helsearbeid. Erfaringene viser at tiltak for kompetanseheving og faglig utvikling er av de mest effektive tiltakene som kan bidra til en mer stabil personellsituasjon. Etter vår vurdering er det særs viktig med bedret høyere utdanning i forhold til utvikling av ledelseskompetanse og forbedret ledelseskultur i pleie- og omsorgstjenestene, jfr avsnitt om utfordringer knyttet til kommunikativ ledelse.

Det har lenge vært pekt på at legebemanningen er svak ved våre sykehjem. Legetjenesten der er en spesiell utfordring, men behandles ikke her.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> I dag ca 220 legeårsverk for ca 37000 pasienter på sykehjem, dvs ett legeårsverk pr 170 pasienter. Det er i de seinere år opprette særs få nye stillinger. Ingen av landets vel 100 geriatere arbeider ved sykehjem. Statens helsetilsyn pekte i en rapport (1999) på at: "*Sykehjemmene har de senere årene fått betydelig eldre og dårligere pasienter og hurtigere pasientsirkulasjon. Endringene må følges opp med en tilsvarende styrking av legetjenestene*" En god del

### 2.3.4 Mangel på positivt image - et hovedproblem i rekruttering av unge

Kanskje er den aller største utfordringen å skape et rekrutteringsgrunnlag som er slik at unge *ønsker* seg en arbeidsplass i omsorgssektoren, slik at sektoren må fortsette å rekrutterer unge som jevnt over ikke kommer inn i andre og mer opplevd attraktive yrker. Et problemet på sikt er også knyttet til å rekruttere unge til de tyngste og langt den største delen av pleie- og omsorgstjenestene med det negative ryktet som er etablert om tjenestene. Omsorgsarbeiderens hverdag er ofte - men på langt nær den hele - traurig, direkte uttalt: 'skit og bæs, mating og bading'. Den delen av tjenestene har lavstatus og appellerer til få unge. Nesten hver gang media serverer spektakulære episoder fra omsorgstjenestenes hverdag, fyrer ofte noen Stortingspolitikeren opp under dette, og bidrar til å framstille arbeidsplassene i eldre-institusjonene som en nærmest sammenhengende elendighet. Det kan neppe fungere som styrking av en allerede svak motivasjon hos unge for disse yrkene. Hvem oppsøker lett dem som befinner seg i en offentlig gapestokk? Formidlingen av kunnskap om omsorgstjenestene og debatten om dem, er sterkt preget av populisme. En rår ikke med de ikke-representative og dermed misvisende skrekkeksemplene. Etter vår mening er det et problem og det gjenstår som en stor utfordring å få formidlet at *basisen* i norsk omsorgstjeneste er på plass i nesten alle kommuner og at mye er svært bra. Grunnlaget er godt.

---

eldre er i faser like syke som eldre i sykehus. Sykehjemslegene mener selv det er behov for en 25 % økning av legetimetallet i norske sykehjem. Dette tilsvarer ca. 50 flere legeårsverk til offentlig legearbeid i norske kommuner. Etter utvalgets vurdering er det umiddelbart behov for å bedre situasjonen. Det er imidlertid betinget av at en får tilført ressurser som gjør det mulig å bedre sykehjemmene som arbeidsplasser, ikke minst ved god tilgang på kvalifiserte sykepleiere.

## 2.4 Utfordring 3: å utvikle kommunikasjonsintensiv ledelse – og å bedre innretningen av arbeidsplassene

### 2.4.1 Utfordringer knyttet til utvikling av kommunikasjonsintensiv ledelse

#### **Omfattende sektor i sterk endring**

Med henimot 95.000 årsverk er de kommunale pleie- og omsorgstjenestene bemanningsmessig større enn sykehussektoren, og står for nesten halvparten av den samlede helse- og sosialtjenesten i landet. Oppgavene vokser i omfang og blir stadig mer faglig krevende. Samtidig har det funnet sted oppbygging av en *ny omsorgsform* ved kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Det at 6 av 10 årsverk i hjemmetjenestene blir omsatt her, dokumenterer samtidig at det har funnet sted en *verdimessig omskolering* i mange kommuner. Det er ytterligere underbygget ved påvist økt intensitet i bruken av tjenestene.

#### **Omsorgstjenestene er preget av 'ustabilitet'**

Utfordringen er ikke bare å komme etter og tilføre mer av samme slag. Hvilken forståelse av nye utfordringene kan etableres mot en slik bakgrunn? Det ene er nødvendigheten av nyrekruttering og det å holde på eksisterende arbeidskraft. Men hva må komme i tillegg? Det som særlig kjennetegner omsorgstjenestene er '*ustabilitet*' – skiftinger og endringer. Den vil imidlertid bestandig være der og kan ikke fjernes ved denne typen arbeidsplasser. Det viktige spørsmålet som så langt er mangelfullt besvart, er hvordan en skal etablere kunnskap om å få til mer stabilitet, dvs å få tjenestene til å fungere på tross av ustabilitet. Svaret er at det fordres *kommunikativ* ledelse fordi omsorgstjenestene er svært *kommunikasjonsintensive*.

Det fordres at det må etableres noen erkjennelser. Det er særlig to utfordringer her. Først å erkjenne at en god omsorgstjeneste er kommunikasjonsintensiv gjennom sterke krav til samordning. Og den andre er å søke å redusere samordningsproblemene som ulike former for ustabilitet skaper. Omsorgstjenestene er intensive i forhold til det å holde sammen og å kommunisere om noe som er i ustabil bevegelse. En er henvist til å ta ansvar for bredt sammensatte grupper og et mangfold av oppgaver, nye og etablerte brukere, personer med og uten pårørende. Dagligdagse oppgaver er blandet med oppgaver som krever høy



spesialisert kompetanse (jevnfør endret arbeidsfordeling mellom sykehus – både somatiske og psykiatriske – og kommunehelsetjenesten, se utfordring 4B, pkt 2.5.2). De krever samarbeid med svært mange andre - både enkeltpersoner og offentlige og private etater. Det som særlig kan skape opplevelse av stress og utbrenthet, er når denne samordningen svikter.

Brukernes behov er ikke statiske, men er sammensatte og endrer seg som livet sjøl, i hverdag og helg og over døgnetts 24 timer. Oppgavene er mange, variere f.eks. fra vask og stell, påkledning og mating, behandling og medisinerer, pleie og trøst, samt ivaretagelse trivsel, trygghet og verdighet for den enkelte. Disse oppgavene kan ofte være slitsomme og stille utøverne overfor store prøvelser som kan utfordre både motivasjon, utholdenhet, innsikt og innlevelse. Disse egenskapene fordrer imidlertid vedlikehold. Hvordan etablere rimelig ro og stabilitet der mye er uro, forandring og fullt av ustabilitet?

Og hos personalet: f.eks. møter om oppgavefordeling og reiser, del- og heltid, helge- og nattarbeid, kurs og skolerer, sykdom, fravær og permisjoner. Samordningen krever også at en må være i samordnende møter med mange – pårørende, lege, sykehus, utdanningsinstitusjoner, boligetat osv. Deltidsstillingene skaper i seg selv opplevelse av ustabilitet og setter ytterligere krav til kommunikasjon og samordning. Dette innebærer at den daglige arbeidsorganiseringen må bli kommunikasjonsintensiv. Øyeblikkene må forankres - fordi det er så mye som skal holdes sammen for at skal oppnå både hensiktsmessig og effektiv sammenhenger. Når alle springer og springer, skyldes det ofte at helheten ikke er holdt sammen pga mangel på kommunikativ administrasjon. Det er etablert en kultur på å springe. Hvordan etablere rimelig ro og stabilitet der mye er uro, forandring og fullt av ustabilitet? Den kommunikative og samordnende innsatsen gjøres imidlertid vanskeligere på grunn av forhold som skaper ustabilitet. Sykefraværet i omsorgssektoren er blant den høyeste i arbeidslivet. Kurs- og kompetansehevede tiltak er mange. Personalgjennomtrekk er imidlertid varierende. Erfaringer viser at enkelte enheter har svært liten personalgjennomtrekk, 2-3 pst av arbeidstyrken årlig, mens andre enheter kan ha en personalgjennomtrekk på 25 pst eller mer.

### **Fordrer ledelse som mestrer de kommunikative sidene ved samordning**

Veksten i oppgaver og mangfoldet i brukergrupper og arbeidssituasjoner fordrer imidlertid organisering og ledelse med samlet overblikk, som ser til at kompetansen hos alle medarbeiderne kommer til rette, samtidig som en evner å utvikle ledelseskulturer som motvirker

utbrenning og kriser hos personalet. Ledelse i pleie- og omsorgstjenestene fordrer egentlig lite mer av klassisk administrasjon - pleieplaner, underskrift på rekvisisjoner osv. Og det er generelt slik at kvalitativt gode tjenester oppnås lettere når ledelse utøves godt, når arbeidsmiljøet er godt og der det legges vekt på å arbeide med utvikling av tjenestene. En setter seg imidlertid for sjelden ned og reflekterer og gir tilbakemeldinger med sikte på å forankre arbeidsoppgavene i en felles forståelse. Det er i liten grad utviklet etablerte oppskrifter for hvordan det best skal jobbes. Det ligger store utfordringer i utvikling av en felles forståelse av hva arbeidet i omsorgstjenestene går ut på. Dette er også en utfordring på politikknivå.

Mange kommuner sliter med hyppig personellutskifting, særlig blant lederne og svak ledelse på flere nivå. De som likevel klarer dette bedre enn andre, er de som har tenkt gjennom og innsett at omsorgstjenestene er blitt en stor og sammensatt organisasjon som nettopp stiller omfattende krav til organisering, ledelse og lederegenskaper. For disse kommunene er planlegging og ledelse, dvs styring av menneskelig og økonomiske ressurser innen sammensatte områder på flere nivå, blitt det aller viktigste. Den samordnende virksomheten er avgjørende for en god omsorgstjeneste. Denne virksomheten må imidlertid planlegges slik at det blir kontinuitet i det konkrete arbeidet overfor den enkelte bruker.

På den andre siden vil det fortsatt være mange ufaglærte og mange med relativt lite utdanning. Sosialdepartementet har i den sammenheng pekt at det særlig er få ledere pr ansatt i forhold til andre sektorer. Og lederne rekrutteres fra fagfeltet og mangler ofte formell lederkompetanse. Lederfunksjonen blir også ofte lite verdsatt og gitt lite rom for i en organisasjon der ressursinnsatsen er knyttet til løpende brukerretta tjenesteproduksjon (jfr Stortingsmelding nr 31(2001-2002), s 43).

Forskning har vist at god ledelse er en av de viktigste faktorene for å kunne gi kvalitativt gode tjenester, ved siden av arbeidsmiljø og fagmiljø. Det er også av de viktigste suksessfaktorer for rekruttering og effektivitet. Det er derfor mye å hente ved å sette fokus i ledelse og organisering (Moland 1999). Vi er kjent med at regjeringen har tatt initiativ til et samarbeid med Kommunenes Sentralforbund for allerede i 2003 å sette i gang et satsingsprosjekt med sikte på ledelses- og kvalitetsutvikling. Kompetanse for å utvikle den daglige arbeidsorganiseringen vil tjene på opplegg for erfaringsutvikling fra arbeid med å redusere de konkrete forhold som skaper ustabilitet (sykefravær, deltidsstillinger). Her vil vi for øvrig minne om at det er særlig viktig å kvalifisere de arbeidslederne som er nærmest brukerne. Det

handler også om kommunikativ ledelse og å utvikle brukermedvirkning. Det er å håpe at de kommunikative aspektene ved ledelse blir ilagt vekt i det utviklingsarbeid som nå settes i gang. Men det er også vesentlig utfordringer til det politiske nivået: å erkjenne og skape rom for at den gode omsorgstjenesten krever kommunikasjon og samordning i den daglige arbeidsorganiseringen.

## 2.4.2 Problemer og utfordringer knyttet til innretningen av arbeidsplassene

### **Mye deltidsarbeid - virksomheter preget av deltidskultur**

Et generelt trekk ved situasjonene i pleie- og omsorgsyrkene, dog på langt nær i alle kommuner, men kanskje mest i de større byene, er mangelen både på arbeidskraft og mangel på kompetent arbeidskraft. Mangelfull ledekompetanse, høyt innslag av deltidsansatte, deltidskulturpregete arbeidsplasser, ofte med høy turn-over og høyt sykefravær karakteriserer ofte situasjonen. Utskiftningene i arbeidsstokken er noen steder betydelig.

I dag er det om lag 0.55 årsverk pr person ansatt i pleie- og omsorg. Det betyr at innslaget av deltidsansatte er svært omfattende. Det er utviklet et betydelig deltidssystem, som bl.a skaper vansker med å gi yngre arbeidstakere innpass og å holde på dem. Det at det ikke gis tilstrekkelig tilbud om heltidsstillinger, bidrar til å svekke vurderingen av mulighetene for sjølstendige yrkeskarrierer for særs viktige grupper som hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Dessuten er hjelpepleierstillingene noen ganger beheftet med at en står nederst på profesjonsrangstigen.

### **Virkemidler – arbeidsplassutvikling og mer heltid**

Etter vår vurdering er det ikke bare ved utdanning, men mest ved innretning og forbedring av arbeidsplassene at potensialet for nyrekruttering befinner seg. Hvordan kommunene vil lykkes i omsorgstjenestene i åra framover er sterkt avhengig av hvordan en lykkes i å utvikle arbeidsplassene. Dette fordi medarbeidernes hender og hendenes kvaliteter langt på vei er omsorgstjenestenes egentlige innhold, og dermed det aller viktigste. Kvalitativt god omsorgstjeneste for brukerne er nøye knyttet til om en lykkes med å utvikle gode arbeidsplasser for ansatte.

For kommunene vil det i åra som kommer måtte være en stor utfordring i å utvikle gode arbeidsmiljø, bedre ledelseskompetanse og større bevissthet om dette, større stabilitet i arbeidsstokk gjennom så langt

som mulig å legge til rette for hele yrkeskarrierer og gjennom etablering av bedre virksomhetskultur som base for attraktivitet og utvikling av fagkompetanse. Det fordrer stabilitet ved at flest mulig forblir ved arbeidsplassen og at en har arbeidet som hovedbeskjeftigelse. Det er en viktig forutsetning for den *identifisering* som må til. Virksomheter med stort innslag av deltid, har vansker med å etablere bedriftskulturer og gode arbeidsmiljøer fordi de ansatte i det vesentlige 'hører til' andre steder.

Erfaringene med *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell* tilsier at større oppmerksomhet må rettes mot tiltak som får personell til å bli i sine stillinger og å øke arbeidsinnsatsen fra deltid til heltid. Det må derfor legges mer vekt på bedre arbeidsmiljø og forebyggende helsearbeid blant personellet. Det også fordi en etter hvert stadig må rekruttere bredere blant unge med formell kompetanse både pga avgang ved alders- og uførepensjonering, særlig blant de ufaglærte. Det trengs mao mer enn utdanningsmuligheter. Det fordres konkurransedyktig lønns- og arbeidsvilkår, redusert bruk av deltid og langtidsbudsjettering. Og ikke minst kreves det – slik alt nevnt - et bedre image utad.

## 2.5 Utfordring 4: å skape helhet i pleie- og omsorgstjenestenes tilbud og økonomi

Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene har i de seinere årene i betydelig grad brutt ned skillene mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester. Denne utviklingen forsterker etter vår vurdering spørsmålet om å forene dem til en helhet gjennom en klargjort og sammenhengende tilbudskjede og et helhetlig og samordnet finansierings- og betalingsystem. Disse utfordringene henger imidlertid sammen. Av hensyn til drøftingen er de delt i to. Vi starter med den siste.

### 2.5.1 Utfordring 4A: å utvikle en enhetlig tjenestebasert betalingsmodell for pleie- og omsorgstjenestene

#### **Innledning – betydelige endringer av omsorgstjenestene**

Vi har vist at det i de 15 siste åra har funnet sted store endringer i pleie- og omsorgstjenestene som startet med at kommunene overtok sykehjemmene i 1988 og ble fulgt opp gjennom HVPU-reformen. Det har fortsatt gjennom kommunenes klare omprofilering fra institusjon til hjemmetjenester, og fra institusjon til egen bolig. Ved omsorgs-

boligbyggingen har kommunene *materialisert* prinsippene om sjølbestemmelse, råderett og verdighet. Virksomhetens omfang er nå større utenfor enn i institusjon. Det tradisjonelle skillet mellom institusjoner og hjemmetjenester og mellom helsetjenester og sosialtjenester er funksjonelt fjernet. Funksjonelt er det kommunenes samlede ansvar og tilbud overfor den enkelte som er det sentrale. Disse tjenestene er dessuten i de fleste kommuner forbundet i en driftsmessig organisatorisk enhet. Kommunen har gått foran og langt på vei drevet dette fram på egen hand. I forhold til disse nokså gjennomgripende endringer har imidlertid regelverket og egenbetalingsreglene - som er statens ansvar, og som har vært tilpasset institusjonene - stått stille. Staten er på betydelig etterskudd.

Slik det er i dag, er egenbetalingen i institusjon basert på én pris i én pakke, som innbefatter bolig, praktisk service, pleie- og omsorgstjenester og helsetjenester. Det skilles ikke mellom de ulike tjenestene beboeren betaler for. Egenbetalingen for hjemmetjenester i ordinære private hjem og i kommunale omsorgsboliger, er basert på kommunale satser med skjerming av husstander med inntekt under 2 G. Betalings- og finansieringsordningene samt lovverket er utformet på grunnlag av den tradisjonelle strukturen lite tilpasset de endringer som har funnet sted.

### **Et tjenestebasert finansierings- og betalingsystem er vurdert**

Dagens system for brukerbetaling og finansiering av pleie- og omsorgstjenester er imidlertid gjennomgått og vurdert<sup>13</sup>. Her ble det pekt svakheter ved dagens ordninger, bl.a at det er forskjeller i nivå på brukerbetalingen etter om en som mottaker befinner seg i eller utenfor institusjon og at det er betydelige variasjoner i egenbetalingssatser for hjemmehjelp. Samtidig finansieres helsetjenestene på ulikt nivå (av kommunen eller staten ved Folketrygden) om en oppholder seg i institusjon eller ikke. Det nevnte utvalget har vurdert modeller for finansiering og brukerbetaling i institusjon som kan harmonere med de ordningene som gjelder utenfor institusjon. Og det pekte på noen prinsipper for egenbetaling, og la til grunn at betalingsordningene bør fungere *nøytralt*, slik at det blir *den enkelte brukers behov* for tjenester som regulerer tilbudet, og verken den enkelte eller kommunenes øko-

---

<sup>13</sup> I utredningen *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*, NOU 1997:17. ble en tjenestebasert betalingsmodell for pleie- og omsorgstjenestene drøftet. Utvalget var imidlertid delt i synet på denne. Innstillingen har så langt ikke vært politisk behandlet. Den inneholder imidlertid en rekke vesentlige og strategiske vurderinger av de ulike muligheter for finansiering og brukerbetaling i pleie og omsorgstjenestene, nært opp til det som allerede langt på vei er realisert for beboere i omsorgsboliger.

nomiske tilpasning ut fra lønnsomhetsbetraktning. Utviklingen av en nøytral og ikke-manipulerbar modell for betaling og finansiering innebærer at:

- en betaler for de tjenester som mottas, *uavhengig av hvor* en mottar dem, dvs at brukere med lik inntekt og med samme type tjenester betaler samme egenandel uavhengig av type boform
- opplegget for egenbetaling synliggjør hvilke tjenester som bør betales *av brukerne sjøl*, og hvilke tjenester det offentlige skal ta finansielt hovedansvar for
- brukerne tilbys tjenester på *økonomisk like vilkår*. Egenbetalingene må inneholde ordninger med skjerminger for brukere med lav inntekt
- det i størst mulig grad er *samme system* for hele landet
- ordningene legger til rette for samfunnsøkonomisk optimale løsninger.

Dette opplegget ivaretar fire prinsipper: (1) Tjenestene tildeles *etter behov*, (2) brukers *eget ansvar er klargjort*, (3) det er *likhet i betaling* for samme tjenester *under ellers like vilkår* og mest mulig mellom kommunene og (4) finansierings- og betalingsordninger er tilbudsnøytrale. Hovedtanken er å skape mest mulig like rammebetingelser for finansiering og brukerbetaling for tjenester uavhengig av boform og mest mulig uavhengig av hvor en bor i landet.

Det er en rekke svakheter ved dagens finansieringsordninger, som bl.a. kan føre til uheldige vridninger i kommunenes utforming av tjenestetilbudet ved at en stimuleres til å velge det som er økonomisk mest lønnsomt for kommunene framfor å vektlegge den enkelte brukers behov. På siden andre siden er det f.eks. blant eldre med høye inntekter en økende tendens til at en av økonomiske grunner ønsker å flytte inn i omsorgsboliger. Og det er ikke dokumentert at kommunene søker å forhindre dette, sjøl om de taper penger. Situasjonen er ikke den samme for brukere med lav inntekt. Slike trekk er ikke i tråd med et betalingsnøytralt betalingssystem.

### **Hovedtrekk ved den tjenestebaserte modellen**

Det nevnte utvalget (Jensen-utvalget) drøftet og pekte i sin innstilling på noen av de finansielle- og egenbetalingsmuligheter, uavhengig av boform. Det drøftet et opplegg for tjenestebasert betalings- og finansieringsmodell i fire elementer:

*1. Bofunksjonen.* Ansvar for å betale egen bolig opphører ikke om en blir pleietrengende. Bokostnadene er et personlig ansvar. Alle brukere

bør i prinsippet betale kostnadsdekkende husleie med behovsprøvet bostøtte, og som sjølstendig boenhet underlagt Husleieloven. Herre i eget hus,

2. *Mat og andre daglige husholdsutgifter.* Beboerne svarer for slike utgifter sjøl til kostpris. Det gir økt valgfrihet og mulighet for egeninnsats i husholdets daglige drift enten i egen regi eller ved hjelp av pårørende,

3. *Helse.* Helsetjenestene er det offentliges ansvar. Brukerbetaling for ytelser under Folketrygden på linje med øvrige borgere, med samme frikortordninger, reseptrefusjoner og egenbetalingsregler. Egenbetalingsnivået kan gjøres likt i og utenfor institusjon,

4. *Pleie og omsorg.* Slike tjenester er underlagt et offentlig styringsansvar idet brukeren tildeles disse tjenestene etter faglig behovsvurdering. Det innføres nøytral egenbetaling for slike tjenester, uavhengig av boform, og om tjenestene utføres i offentlig eller privat regi.

Et slikt nytt opplegg skaper flest forskjeller i forhold til beboere i institusjon. De må i henhold til dette svare for bolig og servicedelen til sjølkost, mens de i dag betaler for alt i ett. I forhold til helsetjenestene sidestilles de med øvrige borgere. En slik omlegging vil styrke mulighetene for å realisere målsettingen om brukermedvirkning - et viktig prinsipp som i mindre grad er virkeliggjort. For kommunene innebærer det bl.a at kostnadene til lege, fysioterapi, hjelpemidler og medisiner vil finansieres etter Folketrygdens regler som for beboere i omsorgsbolig eller i egen ordinær boligen, og ikke av kommunen som i dag. Reglene for statlig bostøtte kommer til anvendelse på linje med omsorgsboligene.

I en del nye omsorgsboliger og i øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, ytes det heldøgns omsorgstjenester på lik linje med sykehjem, men med tjenestebasert brukerbetaling. Og enkelte kommuner har langt på vei avvirket sykehjemmet qua institusjon og gjennomført de prinsipper som her er gjort rede for. Og noen kommuner har hjemlet bokollektiver for aldersdemente i omsorgsboliger, mens andre har det ikke. I Danmark er det formelle skillet mellom institusjon og bolig opphevet. Alle tjenester er formelt *hjemmetjenester*. Og en har anvendt et tjenestebasert brukerbetalingssystem siden 1995.

Alt det som er nevnt ovenfor, gjelder for brukere i slike kommunale boliger og i ordinære private boliger, med det unntak at mange kommuner ikke krever en husleie som fullt ut reflekterer de faktiske kostnadene, og subsidierer noe av de pleietrengendes boligbehov. I omsorgsbolig skilles det mellom bolig og service. I prinsippet er bebo-

erne ansvarlige for boligen, og har huslovsbeskyttelse. Den er beboerens eget hjem og er jevnt over ikke fast bemannet, idet hjemmetjenester tildeles individuelt som for øvrige hjemmeboende. Om en eier eller leier, skal en i prinsippet betale ordinær husleie, eventuelt med bostøtte. Det siste er av ikke uvesentlig betydning for den økonomi kommunene sjøl må legge inn i slike boliger. I motsetning til beboere i f.eks. sykehjem, har en rett til refusjoner og tilskudd i Folketrygden for bruk av lege, fysioterapeut og medisiner m.m. I hovedsak vil brukerbetalingen sammen med folketrygdens refusjoner finansiere disse tjenestene.

En slik tjenestebasert finansiering av tjenestene i institusjon er aktualisert av utviklingen i sykehjemmenes innhold de seinere årene. Som vi har sannsynliggjort og som vi kommer tilbake til i neste avsnitt om sykehjemmenes framtidige funksjon, har helsetjenestedelen vokst som andel av sykehjemmenes aktivitet, mens omsorgsdelen i større grad handteres i boliger og i hjemmetjenestene. Kommunene har på denne måten også fått et økonomisk større ansvar for eldrebefolkningens helse, siden statens finansielle bidrag til helsetjenester er større utenfor institusjon.

For kommunene vil en slik modell bety at en langt større andel eldre vil tilkomme bostøtte samtidig som refusjonsgrunnlaget fra folketrygden øker. Usikkerheten i regnestykket er hvordan dette veis opp mot det vederlag som beboerne i institusjon etter dagens regler betaler til kommunene. Utfallet av det regnestykket må ikke forringe det forhold at vi ved en tjenestebasert modell både kan oppnå bedre og mer adekvat behovsdekning samtidig som de samlede kostnadene for det offentlige ikke blir større. I et slikt perspektiv er det etter vår vurdering noe underordnet for hvem dette slår gunstigst ut, kommunene eller staten. Det er imidlertid ikke uvesentlige beløp det dreier seg om. For staten burde imidlertid det avgjørende være gevinsten ved et enhetlig og ikke manipulerbart og mer oversiktlig system, som samtidig er i tråd med en utvikling som langt på vei allerede har funnet sted.

Vi vil til slutt minne om de betydelige misforståelser som har gjort seg gjeldende i seinere år der en ofte har vist til eldres allment økte egenbetalingsevne. Forsatt er det imidlertid slik at en betydelig andel av brukerne av de ressurskrevende omsorgstjenestene er kvinner over 85 år hvor fortsatt mange er minstepensjonister eller har lave tilleggspensjoner. Eldre i omsorgstjenestene er ikke et utsnitt av den gjennomsnittlige eldrebefolkningen. Lavstatusgruppene blant kvinner med dårlig helse og økonomi er fremdels overrepresentert. Mange har imidlertid relativt sett ikke ubetydelige formuer.



Vi er kjent med at Stortinget har ønsket å arbeide videre med disse spørsmålene, jfr behandlingen av St.meld. 50 (1996-97), *Handlingsplan for eldreomsorgen*, der Stortinget ba:

... Regjeringen om å utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og alders- og sykehjem (Innst. S. Nr. 294 (1996-97, Romertallsvedtak VII).

Disse spørsmålene er også tatt opp i St. meld. nr 31 (2001-2002), *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen*, jfr kap 8, Bedre kvalitet og enklere ordninger. Her meldes det at en vil arbeide videre med konsekvenser av endret brukerbetaling i sykehjem (jfr kap 8.2.3). For øvrig ble det sommeren 2003 lagt fram en melding for Stortinget, der bl.a enklere og bedre tjenestetilbud med brukerorientering, valgfrihet og individuell tilpasning ble tatt opp<sup>14</sup>. For øvrig har Rikstrygdeverket utarbeidet en rapport til Sosialdepartementet som angir konsekvenser for Rikstrygdeverkets dersom dagens betalingssystem for brukere i omsorgsboliger og ordinære private boliger gjøres gjeldende i institusjoner.

Etter vår vurdering er det også viktig å få grep om de erfaringer som så langt er gjort ute i kommunene med tjenestebasert betaling, slik at en kan få bedret grunnlaget for å få satt i gang overgangsordninger som ledd i innføringen av et nytt tjenestebasert finansierings- og betalingssystem for omsorgstjenestene. Det fordi utviklingen i kommunene fordrer en slik omlegging. Harmonisering av lov og regelverk og sykehjemmenes framtidige rolle i kommunenes tilbudskjede, hører også hjemme i denne sammenhengen.

## 2.5.2 Utfordring 4B: å utvikle sykehjemmenes framtidige funksjon

### **Innledning**

De fleste sykehjemmene i dag er en hybrid med både medisinske og boligmessige ambisjoner uten at disse funksjonene bestandig ivaretas godt nok. Generelt er det ikke vanskelig å peke på at det medisinske tilbudet bør styrkes. Her trengs det imidlertid en faglig avklaring av

---

<sup>14</sup> Vi viser her til St. meld. nr. 45 (2002-2003), *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*, av 27. juni 2003. Den forelå ikke da denne rapporten ble slutført

hvilke medisinske opplegg som er utilstrekkelige eller tilstrekkelige. Også boligløsningene bryter ofte med at den enkelte i alle faser av livet skal ha sitt eget hjem, slik Gjærevoll-utvalget la til grunn, sjøl om boligfunksjonen er bedret som følge av byggingen under HPE. Mange sykehjem er i dag preget av ønsker og fordringer om å utvikle seg svært mange retninger. En skal bo bedre, trives bedre, medisineres bedre osv, uten at hovedretningen er avklart.

Det har lenge foreligget både medisinske og boligmessige forventninger til sykehjemmene. Den første var der da sykehjemmene ble forvaltet etter Lov om sykehus av 1969. Forventningen om boligbygging fulgte etter at kommunene overtok dem i 1988. Siden har staten forsømt seg. Det var etter vårt syn uheldig at vi ikke fikk en nasjonal drøfting av spørsmålet om sykehjemmenes framtidige funksjon før *Handlingsplan for eldreomsorgen* ble satt i gang. En konstruktiv visjonsdebatt uteble. Og den underliggende mistilliten mellom det medisinske og det sosialt orienterte regimet har gjort seg gjeldende. Vi har aldri tatt radikale grep, slik en f. eks gjorde i Danmark, der en ved lov for bød videre bygging av pleiehjem i 1987. Det er ikke utviklet en overordnede nasjonal konsensus for sykehjemmenes rolle. HPE ble satt i gang nokså raskt (forslag i Stortinget i desember 1996- melding i mai 1997) og var i utgangspunktet en eneromsreform. Kvaase-utredningen om sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester, ble først lagt fram i august 1999<sup>15</sup>. Vi har heller ikke fått noen avklaring på grunnlag av denne utredningen. Fordi staten ikke har avklart dette spørsmålet, har kommunene strevet med det. Og noen kommuner har tenkt nøye gjennom det og avklart spørsmålet, mens andre har bygget først for så å skulle ta stilling til slike spørsmål i ettertid. Det låser oss likevel ikke til tradisjonell sykehjemsdrift i framtida. Det foreligger heller ikke vesentlige hindre i bygningsmassen for en utvikling i mer medisinsk retning på tross av boligbyggingen under HPE.

Etter vårt syn bør en nå ta stilling til om sykehjemmene fortsatt skal utvikles både som behandlingsinstitusjon og bolig, eller om de bør utvikle seg i retning av mer medisinsk pleie og tung pleie i livets slutt-fase for de skrøpeligste. Det er tidligere i dette kapitlet sannsynliggjort at innholdet og arbeidet i sykehjemmene har endret karakter. Intensiteten har gradvis tiltatt uttrykt ved økt pleiefaktor samtidig som helse-tjenestedelen antakelig har vokst. Også denne utviklingen forsterker spørsmålet om sykehjemmenes innfasing i pleie- og omsorgstjenest-

---

<sup>15</sup> Vi viser her til Sosial- og helsedepartementet: *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester (Kvaase-utredningen)*, Oslo 1999.

enes tilbudskjede. Kraften i utviklingen synes å peke mot medisinsk pleie, terminalpleie og allmene sykestuefunksjoner.

### **Utvikling av sykehjemets funksjoner i forlengelsen av Kvaases model I**

I utredningen *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester* (Kvaase 1999) drøftes alternative modeller for avgrensning av sykehjemmenes rolle i forhold til øvrige boformer. I tråd med en medisinsk forventning, anskueliggjøres rendyrkningen av sykehjemsfunksjonene i slik retning (model I). Her er sykehjemmet en medisinsk utredende, behandlende og rehabiliterende institusjon knyttet til korttidsopphold samt at den ivaretar pleie- og omsorg ved livets slutt. Alle former for langtidsopphold forutsettes ivaretatt i omsorgsboliger og gjennom hjemmetjenestene. Rollen som helseinstitusjon kommer tydelig til syne med vekt på medisinsk behandling og korttidsopphold.

Etter vår vurdering bør kommunene utvikle en slik innretning av sykehjemmet. Modellen bør imidlertid bare fungere som et *regulerende mål*, uten at den på noen måte kan forutsettes realisert helt ut. Det medisinske tilsyn, pleien og omsorgen for de aller mest hjelpetrengende, vil imidlertid fortsatt måtte være en oppgave for sykehjemmet. Det vil antakelig i de fleste tilfeller være slik at sykehjemmet vil sikre de svakeste – de hjelpeløst sengeliggende, urolige, fraværende, apatiske eldre og de dødende det mest helhetlig og pleiefaglig beste tilbudet. Den sykehjemsmodellen som følger av det som er skissert her, kan både fylle funksjonen som et korttids medisinsk behandlingssted, et medisinsk tilbud til andre pasientgrupper, samtidig som det ivaretar oppgaven som et siste hjem for de svakeste og mest pleietrengende. En nøktern vurdering tilsier at omsorgsboligene i overskuelig framtid i bare begrenset grad vil kunne ivareta de sistnevnte funksjonene. En slik utvikling av sykehjemmene er i også i overensstemmelse med et enhetlig opplegg for finansiering og brukerbetaling i omsorgstjenestene og vil lette og tydeliggjøre nødvendigheten av et slikt betalings-system.

### **Hvordan skal den økende mengden kommunale helserealterte oppgaver organiseres og finansieres?**

De blir fortsatt flere gamle og skrøpelige eldre framover, og dermed tilvekst av kroniske sykdommer som eldre lever med. Slitasjegikt, lårhalsbrudd og hjerneslag er tilstander som ofte er forbundet med alvorlige og langvarige funksjonstap (Romøren 2001). I de siste årene er det imidlertid utviklet mer effektive behandlingsmetoder for disse tilstandene. Det er nødvendig å møte denne situasjonen og utviklingen,

også for å hindre at eldre unødige legges inn i sykehus. På den andre siden er det blitt hevdet en del oppgaver som sykehusene ivaretar, fortsatt kan overføres og utføres lokalt. Videre hevdes det at det vil kunne lette presset på sykehussektoren og medføre kostnadmessige innsparinger for det offentlige. Fra ulike fagmiljøer er det dessuten kommet signaler om at det er behov for et differensiert tjenestetilbud i skjæringspunktet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og noen har pekt på revitalisering av sykestuefunksjonen som svar.

Her er det imidlertid grunn til å stoppe opp. I denne rapporten er sannsynliggjort at gjennom utvidelsen av de kommunale tjenestene til yngre brukere og gjennom intensivering av de kommunale tjenestene både i og utenfor institusjon, har den *helserelaterte* delen av kommunenes innsats økt. Og kommunene har fått tillagt et helserelatert ansvar og arbeid ved at stadig nye grupper 'kommunaliseres', f.eks. innen rusomsorg og psykiatri (a). Samtidig har det nå i mange år foregått en overføring av oppgaver fra sykehusene til kommunene (b). Som følge av rendyrkingen og teknologifiseringen i spesialisthelsetjenestene, er en voksende andel oppgaver overført derfra til primærhelsetjenesten og til pleie- og omsorgstjenestene. Det har funnet sted en betydelig funksjonsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene (c). Langs disse tre hovedveiene er en rekke oppgaver ført (presset) over på kommunene som har tatt på seg et tiltakende ansvar, særlig for disse helserelaterte oppgavens pleie- og omsorgsside, som tidligere var et statlig finansielt ansvar. Retningen og krafta i utviklingen er tydelig.

Dette har imidlertid bare pågått og funnet sted uten fullgod avklaring av hvor det egentlige ansvar for oppgaver og finansiering skal ligge. Det er statens oppgave å avgjøre hva behovet for lokal løsninger består i og som er fordelaktig å få utført lokalt. Det er etter vår vurdering påtrengende nødvendig at staten nå kommer på banen og avklarer nærmere og eksplisitt hva som skal gjøres hvor og hvem som skal betale. Ikke minst den kraftige boligbyggingen av tjenestene i kommunene fordrer fornyelse av regelverket og nye finansieringsordninger.

Så uavklart som situasjonen er, må slike spørsmål avklares før en kan gi seg ut på å angi organisatoriske løsninger og tilbudsformer, f. eks. foreslå en fornyelse av sykestuefunksjonen, og denne som organisatorisk bindeledd mellom de mange kommunale helserelaterte oppgavene. For øvrig er antall sykestuer blitt redusert over tid. Og det er i dag under 100 sykestuesenger, hovedsakelig i Finnmark.

Da kommunene overtok sykehjemmene i 1988, var det en forutsetning at sykehjemmet skulle bygges opp til en medisinsk og sykepleiefaglig ressursbase som skulle komme hele befolkningen til gode. Utbygging av geriatri ved alle landets sykehus samt utadvendt virksomhet fra disse var en annen forutsetning. For øvrig har 2.linjetjenestene et veiledningsansvar overfor kommunene som noen ganger er forsømt, og hvor kommunene ikke bestandig kjenner sine rettigheter. Årsakene til dette er sammensatte og må ligge her.

Det er i dag mulig for en god del nye sykehjem og tilrettelagte omsorgsboliger å ta på seg oppgaver som nå utføres av spesialisthelsetjenesten. Det er mulig å overføre slik kompetanse til slike enheter. Og noen kommuner har utviklet kompetanse for enklere medisinsk stell ved korttidsplassene, bl.a i forhold til ernæring. Sykestuefunksjonen kan også tenkes å fungere som somatisk senter for distrikt med medisinsk behandling. En slik modell vil kunne innby til interkommunalt samarbeid om medisin- og sykestuefunksjoner som ikke kan være rimelig å forvente i mindre kommuner. Vi mener at det i tilknytning til arbeidet med å videreutvikle sykehjemmene, må vurderes nærmere om sykestuefunksjonen kan være egnet for pasienter med behov for kortvarige opphold for observasjon, diagnostisering, behandling, rehabilitering og lindrende behandling der det over tid ikke er behov for spesialiserte sykehustjenester.

#### **Framtidig finansiering og forutsetninger for sykehjemmenes nye rolle og sykestuefunksjonen**

Forhold som må vurderes i denne sammenheng er driftsansvar og finansieringsordning og kompetansebehov. Skal sykehjemmet i framtida i større grad fungere som medisinske institusjoner for utredning, observasjon, behandling og rehabilitering, må legetjenesten og internkontrollen rustes opp. Dette er en utfordring som kommunene ikke vil kunne klare uten at denne behandlingen blir en parallell til den innsatsstyrte finansieringen av sykehus. Spesialisthelsetjenester i kommunal regi byr på finansielle problemer som må finne løsning. Det må utvikles ordninger for finansiering brukerbetaling i tilknytning til korttidsopphold og «gråsoner»-pasienter. Helsedepartementet satte våren 2002 ned et utvalg som skal vurdere framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenestene. Her forutsettes det at en skal se nærmere på grensesnittet mellom disse tjenestene og primærhelsetjenesten. Utredningen skal bl.a finne løsninger for gråsoner mellom behandling i og utenfor sykehus.

Det må imidlertid være etablert et større antall omsorgsboliger i bofellesskap og som bokollektiv der det er økonomi til mer intensiv drift

enn i dag samt bedre utbygde hjemmetjenester, før en ny sykehjemsmodell kan realiseres i stor skala. I dag har en for øvrig langt igjen før en når målet om 15 pst av sykehjemsplassene til korttidsopphold. I dag synes det heller å være en tendens til at utviklingen mange steder går i motsatt retning, med mindre bruk av korttidsplasser. Således har f.eks. halvparten av korttidsplassene i Nord-Trøndelag opphørt i perioden 1996-2002 (Romøren og Svorken 2003).

### **Hva er den mest hensiktsmessige sammensetning av tjenestene, deres organisering og drift?**

Vi vil noe forenklet og spissformulert peke på enkelte sentrale trekk ved vår kommunale pleie- og omsorgstjeneste. I dag variere dekningsgraden i institusjon+omsorgsbolig fra min/maks 20/60 enheter pr 100 personer 80 år+. Og dekningsgradene varierer svært mye mellom kommuner og fylker (Brevik 2001). Noen kommuner har nesten ikke sykehjemsplasser, mens andre løser det meste gjennom omsorgsboliger. En kommune bruker under ellers like vilkår dobbelt så mange resurser som en annen uten at forskjeller i kvalitet kan observeres. Striden mellom det medisinske og det sosiale regimet pågår fortsatt for fullt – en strid om vekt på sykehjem versus omsorgsboliger som riktige eller optimale løsninger. Noen kommuner driver en intensiv bruk av hjemmetjenester, andre driver ekstensivt. Ressursinnsatsen fordelt mellom institusjoner, kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og hjemmetjenester varierer betydelig mellom kommunene, og langt mer enn såkalte 'lokale forhold' skulle tilsi. Det er verken i praksis eller i ideologien enighet om hvordan omsorgstjenestene bør være sammensatt eller hvordan mixen sånn noenlunde bør være. Mangfoldet er stort, uten at det er dokumentert hva som samlet gir det beste tilbudet. Og sentralmyndighetene avstår fra å ta stilling. Det er i vesentlig grad kommunepolitikerne som har utformet og utformer omsorgstjenestene *ut fra skjønn*.

Vi mangler vesentlig kunnskap om den hensiktsmessige sammensetning av omsorgstjenestene. Vi mangler empirisk grunnlag for å vurdere den praktisk organisering av tjenestene for derigjennom å kunne drøfte og komme fram til hva som er den rette mixen og for å drøfte og avgjøre hva som er god drift, som gir fornøyde brukere, trivsel, engasjement og faglig forsvarlig utførelse. Norsk omsorgstjeneste mangler *generalisert* kunnskap om den gode drift.

Den tradisjonelle forskningen har ikke evnet å gripe den organisatoriske og driftsmessige helheten. En bruker oftest et begrenset antall variabler, og får ikke bestandig med alle mellomliggende. En har etter vår vurdering forskningsmessig i liten grad og bare unntagsvis (Rom-

øren og Svorken 2003) evnet å tak på problematikken knyttet f.eks til bruk sykehjem versus omsorgsboliger. En har ofte vært opptatt av positivistiske tilnærminger, studert demografi, familiemønstre, egenskaper ved den private omsorgen, mellom forhold mellom generasjonene eller statistiske egenskaper ved tjenestene av mange slag samt gjennomført isolerte case-studier der samlet drift i liten grad har stått i fokus.

En tilnærming til spørsmålet om hva er den gode organisering, sammensetning og drift av pleie- og omsorgstjenestene, vil etter vår vurdering måtte legge inn *normative forutsetninger* om den skal kunne besvare spørsmålet om den gode drift. Fordi en må si noe om hvordan det *bør være*, er en samtidig nødt til gi normative svar. Det er tale om kvalifisert skjønn på grunnlag av empirisk kvalitativ og kvantitativ gjennomgang av praksiser. Den tradisjonelle forskning har i liten grad beskjeftiget seg med dette og vi mangler tradisjon for slike tilnærminger.

At det er slik har også etter vår mening sammenheng med at det på flere hold ikke ønskes sikker og etablert kunnskap om hvordan omsorgstjenestene beste kan drives fordi det spissformulert er slik at:

- de faglige leirene og den ideologiske kampen er ikke tjent med konsensus. En vil ha frihet til å ri sine kjepphester med rom for egne normative svar
- det politiske systemet er ikke interessert i sikker kunnskap fordi mye av det rommet for populismen som preger denne politikken, vil falle bort
- fagforeningene ikke er interessert i å komme i en situasjon med avklarte driftsopplegg som kan beskrives og måles, fordi en hele tiden vil ha rom for å hevde at noe mangler. Det er f.eks enkelt å argumentere for økt bemanning, når det ikke kan kontrolleres for at det gir ønsket effekt.

## 2.6 Utfordring 5: å befeste og utdype omsorgsboligenes funksjon

I kap 1 er det dokumentert at utbygging av omsorgsboligene og den økte årsverksinnsatsen i hjemmetjenestene både har kompensert for bortfall av aldershjems plasser og holdt tritt med den demografiske utviklingen samt gitt rom for økt innsats i tillegg. Boliggjøringen av omsorgstjenestene ved å gi flere mer intensive tjenester i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig, er det mest markante endringen omsorgs-

tjenestene har vært gjennom i nyere tid. Og det har skjedd raskt – idet mye av omleggingen har funnet sted etter 1994, da Husbanken startet sin tilskuddsordning. Byggingen pågår fortsatt.

Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål vil etter vår mening måtte spille en svært sentral rolle i kommunenes arbeid for unge tungt funksjonshemmede og innefor psykiatrien i åra framover, men også i forhold til ordinært pleietrengende eldre, og særlig innenfor demensomsorgen. Teoretisk og reelt kan det meste av denne omsorgen foregå i omsorgsboliger i kollektiv eller i den enkeltes hjem. Med et større innslag av vernepleiere, er det etter vår mening ikke usannsynlig at denne omsorgen kan drives bedre slik enn i sykehjem. En slik utvikling vil også være en forutsetning for å kunne avklare sykehjemmenes framtidige medisinske og behandlingmessige rolle i omsorgstjenestene. Sjøl om det er betydelig dynamikk i denne utviklingen, samt at den vil være i gang i mange år (se nedenfor), byr den likevel på en rekke utfordringer, allerede fra nå av.

Omsorgsboligene ble bygget ut raskere enn noe annet i moderne norsk omsorgstjeneste. I løpet av 10 år vil vi ha fått 26.000 slike boliger. Som sykehjemmene på 1970-tallet, er de blitt fylt opp etter hvert som de ble bygd. De har fylt behov som allerede var der, og har langt på vei fungert i forhold til fortidige behov og nedbygging av aldershjem. Siden dette er private boliger i leieforhold - sjøl om kommunene eier de fleste - kan en ikke flyttes ut av mot sin vilje. Og siden de fleste eldre beboerne har mindre eller moderate hjelpebehov og ikke har flyttet inn i spesiell høy alder, vil disse boligene være opptatt i mange år. På kort og mellomlang sikt vil mange av dem framstå som nøytraliserte i forhold til framtidige behov. Hvis kapasiteten i omsorgsboliger er blokkert, vil sykehjemmet være den eneste muligheten for skrøpelige eldre i ordinær privat bolig. Derfor må omsorgsboligene fungere. Hvis ikke vil det oppstå press på sykehjemmene.

Her står vi etter vår vurdering ved en sentral ulempe ved å bygge raskt - som i regi av HPE - i stedet for i forhold til utvikling av faktiske behov og driftsøkonomi, slik kommunen vanligvis gjør, og som i større grad er mulig å få til med boliger enn med sykehjem. Det ideelle ville ha vært gradvis utbygging. I tillegg kom en god del av økt omsorgsboligkapasitet i kommuner med god - til dels svært god - dekning fra før, og som neppe hadde bygd, om ikke HPE-midlene hadde foreligget. På den andre sida er det kommuner som har latt seg lede til å overinvestere i slike boliger i forhold til økonomisk evne til seinere drift.



Et sentralt spørsmål er om omsorgsboligene er hensiktsmessige for særlig skrøpelige eldre, og særlig over lang tid. Svarene vil også være påvirket av kostnadene. Hvor det kostnadmessige grensesnittet går mellom omsorgsbolig og sykehjem, beror imidlertid på en rekke forhold, og kunnskapen om dette er etter vår vurdering ikke god nok.

Men samtidig er det etter vår oppfatning slik at mange eldre i lange perioder ikke er syke i den forstand at de trenger medisinsk behandling. Da er det omsorg og trygghet som etterspørres. Er sykehjemmenes ramme nødvendige for å gi denne tryggheten? Fordi alternativene har manglet, er mange ledet til å tro at det er slik. Det har for lenge vært slik at type tilbud samtidig blir *behovsdefinerende*. Dagens eldre ønsker tilsyn, trygghet og fellesskap, uavhengig av boform. Derfor er det etter vårt syn viktig å skape bofellesskap, også med sykehjems standard, med betydelig innslag av ikke-medisinske profesjoner som for eksempel vernepleiere, miljøarbeidere, men også støttekontakter og pårørende.

Den boligbaserte omsorgens framtid er imidlertid noe betinget av hvordan det vil gå med omsorgsboligene. Det er etter vår vurdering en svært viktig utfordring å befeste omsorgsboligenes rolle gjennom trygghet for tilstrekkelige tjenester. Men også fordi at i dem er det nye verdigrunnlaget for de kommunale omsorgstjenestene forankret, prinsippene om råderett, selvbestemmelse, integritet, respekt og verdighet. Det er langt på vei fagadministrasjonene i kommunene som har arbeidet fram grunnlaget for denne utviklingen og vært drivkraft i omsorgsboligbyggingen. En god del eldre og politikere kan imidlertid fremdeles være skeptisk til satsingen på omsorgsboliger. De er usikre på om disse boligene gir tilstrekkelig trygghet. Også enkelte uheldige erfaringer, der f.eks. brukerne har blitt lovet tilstrekkelig hjelp i boligene, men hvor kommunen ikke har fulgt opp med driftsmidler, underbygger dette.

Hvis disse boligene kommer i miskreditt ved at brukerne, publikum og tjenestenes ansatte erfarer utrygghet og sviktende tjenester i omsorgsboligene pga manglende midler til å drive dem, kan den skepsis til slike boliger, som allerede foreligger, bli forsterket. Da er vi inne i en farlig utvikling. Det kan føre til institusjonene igjen får vind i seilene. Fortsatt boliggingjøring av omsorgstjenestene er enda ikke gitt. Den avgjørende forutsetningen for å kunne befeste omsorgsboligene, er at det foreligger kommuneøkonomisk grunnlag for å drive hjemmetjenestene.

### Avslutning utfordring 1-5:

Utfordringene framover er særlig knyttet opp mot den utvikling som lenge har vært på gang gjennom den restrukturering av omsorgstjenestene som allerede er gjennomført eller er godt i gang i de aller fleste kommuner. Vi sikter her igjen til den relativt omfattende boliggyøring av omsorgssektoren, den betydelige utvidelsen og den kraftige intensivering av hjemmetjenestene som har beveget tyngdepunktet bort fra institusjon. Men framfor alt til det verdigrunnlag som tjenestene gradvis er blitt forankret i, dvs bevegelsen mot brukernes råderett, medbestemmelse, sjølstendighet og verdighet.

Utfordringene er mao knyttet til å videreutvikle og tydeliggjøre vesentlige endringer som allerede langt på vei har funnet sted slik at de får stå fram og blir befestet som de reformer de egentlig er. Det bør samtidig innebære at en tar omleggingene til etterretning i den forstand at f.eks. regelverk og betalingssystemer bringes i overensstemmelse med de faktiske forhold slik de foreligger etablert, eller der utviklingens retningskraft er nokså entydig. Her gjenstår det betydelige oppgaver for staten.

## 2.7 Utfordring 6: Demografisk endring fordrer 30.000 nye årsverk i perioden 2002-2020

### 2.7.1 Demografisk utvikling

Vi vet at nedsatt helse og omfang av funksjonstap øker uforholdsmessig med tiltakende alder. Og tilsvarende er det med behovene for hjelp og offentlige pleie- og omsorgstjenester. Det gjenspeiler seg i bruken. Mens 2 pst i alderen 67-79 år hadde plass i institusjon i 2001, gjaldt dette 19 pst i alderen 85-89 år og 39 pst blant eldre 90 år+. I de to sistnevnte aldersgruppene hadde respektive 58 pst og 89 pst av dem som bodde utenfor institusjon, hjemmetjenester.

Antall personer 80 år pluss doblet seg to ganger i 35-årsperioden 1966-2001, eller vokste med ca 120.000 personer. I perioden 2002 til 2030 vil vi på nytt få en tilvekst på vel 120.000 personer 80 år+, men bare ca 11.000 av disse kommer til i perioden 2002-2020. Tilveksten blant de eldste vil bli relativt liten de neste 20 åra. For omsorgstjenestene er økningen blant eldre 85+ viktigst. Her vil imidlertid veksten være noe høyere.

Vi har lagt utviklingen i eldrebefolkningen i perioden 2002-2030 til grunn og sett på utviklingen i 7-årsperiodene 2002-2009, 2009-2016, 2016-2023 og 2023-2030. Vi ser her bort fra utviklingen i befolkningen 67-79 år, som avtar noe i den første perioden, og vokser så betydelig for begge kjønn i de to påfølgende periodene<sup>16</sup> På mellomlang sikt - 2002-2016 - *øker befolkningen 85 år+ med 21.000 personer*, eller med 12 pst hvorav 14.000 90 år+. Det finner man sted en betydelig økning i den eldste delen av befolkningen (85 år+) de neste 20 åra, med tilsvarende fordringer på økt kommunal innsats. Vi er imidlertid i denne sammenhengen mer interessert i hva endringer i den eldre befolkningen vil bety for behovet for ressursinnsats i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Ut fra hva vi vet om eldres bruk av omsorgstjenester i 2001, har vi gjennomført en framskriving av endringer i antall årsverk i den kommunale omsorgssektoren som følger av endringer i sammensetning og vekst i den eldre befolkningen i perioden 2002-2030. Til grunn for framskrivingen legges det samme aldersspesifikke forbruk av tjenester i og utenfor institusjonsom i dag. Øvrige faktorer som kan tenkes å påvirke etterspørselen, holdes i denne sammenhengen konstant. Mulige effekter av noen av disse drøftes til slutt i dette avsnittet.

Vi har begrenset omtalen av prognosene for årsverkstilvekst til perioden 2002-2020. For øvrig har vi lagt til grunn at årsverksveksten i hjemmebaserte tjenester til brukere under 67 år, vil være årlig 2.5 pst i perioden 2002-2020, eller i underkant av hva den faktisk var i perioden 1992-2001<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Om vi holder oss til befolkningen 80 år+ de 20 neste åra, dvs perioden 2002-2023, reduseres aldersgruppen 80-84 år både for kvinner og menn i de to første 7-årsperiodene, for å vokse like mye igjen i den siste (2016-2023). I perioden 2002 til 2009 vokser imidlertid befolkningen 85 år pluss, særlig kvinner. I den neste perioden (2009-2016) er det bare eldre 90 år+ som vokser. Og i perioden 2016-2023 er det nesten ingen tilvekst i befolkningen 85 år+.

<sup>17</sup> Gjennomsnittlig årlig vekst i årsverk i hjemmetjenestene til brukere under 67 år var 2.7 pst i perioden 1992-2001. Sjøl om det vesentlige av nivåøkningen pga HVPU-reformen i 1990/1991 allerede var inkludert i 1992, kan det imidlertid antas at 2.5 pst årlig vekst å være for mye sett i forhold til de neste 20 åra. På den andre siden er det flere forhold som sannsynliggjør en fortsatt vekst i boligbaserte hjemmetjenester for brukere under 67 år. Den betydelige økingen blant unge brukere med bare hjemmesykepleietjenester under HPE, kan tolkes som en fullfinansiering i ettertid av HVPU-reformen, men også som en nødvendig prioritering av unge brukere når det nå ble gitt anledning til det ved øremerkete statlige tilskudd. Men det at disse nye årsverkene til brukere under 67 år i sin helhet ble tildelt nye brukere, kan tyde på at nye behov f.eks i tilknytning til hyppigere utskrivning fra sykehus samt press fra en

## 2.7.2 Prognose for årsverksvekst i institusjon 2002-2020

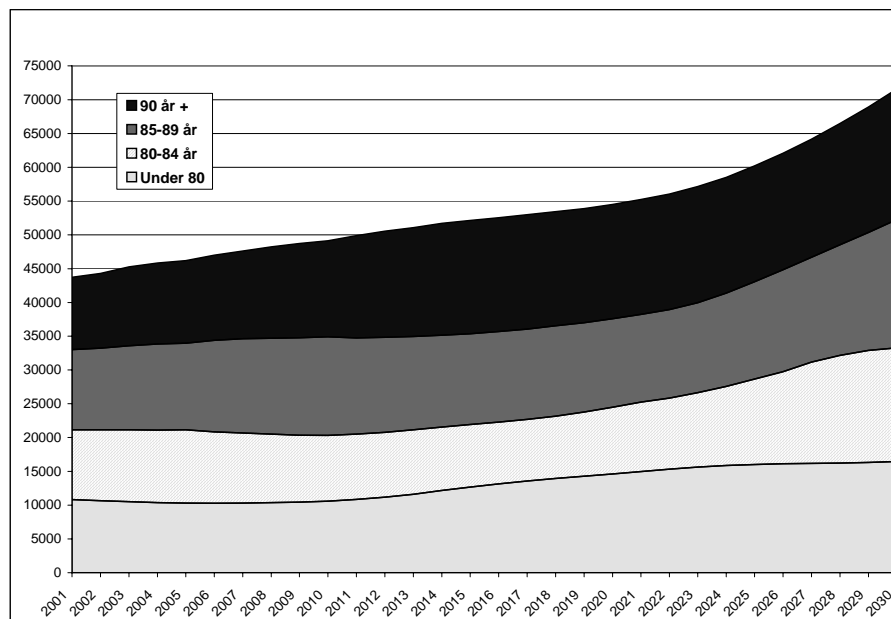
Fram til 2010 vil årsverksvekst i institusjon (sykehjem), eller pleie- og omsorg på sykehjemsnivå - knyttet til demografisk utvikling – tilnærmet i sin hele være forbundet med tilveksten av eldre 85 år+. Og innsatsene i perioden 2002-2010 vil måtte øke med 5.400 årsverk, fra ca 44.000 i 2001 til 49.000 årsverk i 2010, ellers alle faktorer som påvirker behovet som lik situasjonen i 2001.

I perioden 2010-2020 fordres det imidlertid bare ytterligere en økning på vel 5.000 årsverk i institusjon, også nå i det alt vesentlige knyttet til eldre 85 år+. Samlet vil det i disse 18 åra dreie seg om behov for vekst tilsvarende *11.000 årsverk*, betinget av ren aldersmessig endring. Det er omtrent det samme i de 18 årene som gikk forut. Det betyr at vi forenklet kan anta at endringene i utviklingen i den eldre befolkningen, vil fordre den samme kommunale pleie- og omsorgsinnsats de neste 20 år som i de foregående 20. Men med den utvikling vi har vært vitne til mht intensiv bruk av kommunale boliger, er dette mer en illustrasjon av fordringer om innsats på det nivået enn om det i framtida faktisk vil bli dekket på institusjons nivå.

---

underfinansiert reform for hjelpetrequende i psykiatrien. Vi har i løpet av 1990-åra dessuten hatt en økning i antall personer med psykiske lidelser. Her befinner det seg et ukjent, men ikke ubetydelig potensiale for etterspørsel etter kommunale omsorgstjenester etter hvert som tilbudet i form av kommunale omsorgsboliger med statstøtte bygges ut for disse gruppene. Tiltakende uføretrygdingen av stadige flere i yngre aldersgrupper - med betydelige helseproblemer (NOU 2000: 27), kan tyde på at det slik bygges opp et ikke uvesentlig potensiale for etterspørsel av omsorgstjenester på sikt. Til det kommer mer omfattende og effektive utskrivinger fra sykehus, som oppfølging av etablert praksis og det nye systemet for finansiering av helseforetak. Uavhengig av slike utviklingstendenser, er den faktiske utviklingen de siste åra kjennetegnet av at brukerne under 67 år både har blitt flere, samtidig som de i gjennomsnitt er langt mer hjelpe- og pleietrequende enn eldre lagtidspleietrequende.

Figur 2.1 *Beregnet antall årsverk i institusjonstjenester 2001-2030. Aldersgrupper. Befolkningsframskriving alt. MMMM. SSB 2002*



En slik ren alders-endringsmessig betinget framskriving av behovene for pleie- og omsorgstjenester<sup>18</sup>, tilsier at det vil være behov for 54.000 årsverk på sykehjems nivå i 2020 og 72.000 årsverk i 2030. Det representerer en økning på respektive 11.000 og 29.000 i periodene 2002-2020 og 2002-2030. Rent aldersmessig beregnet er det først etter 2020 at effekten av befolkningsutviklingen vil få store konsekvenser for omsorgstjenestene.

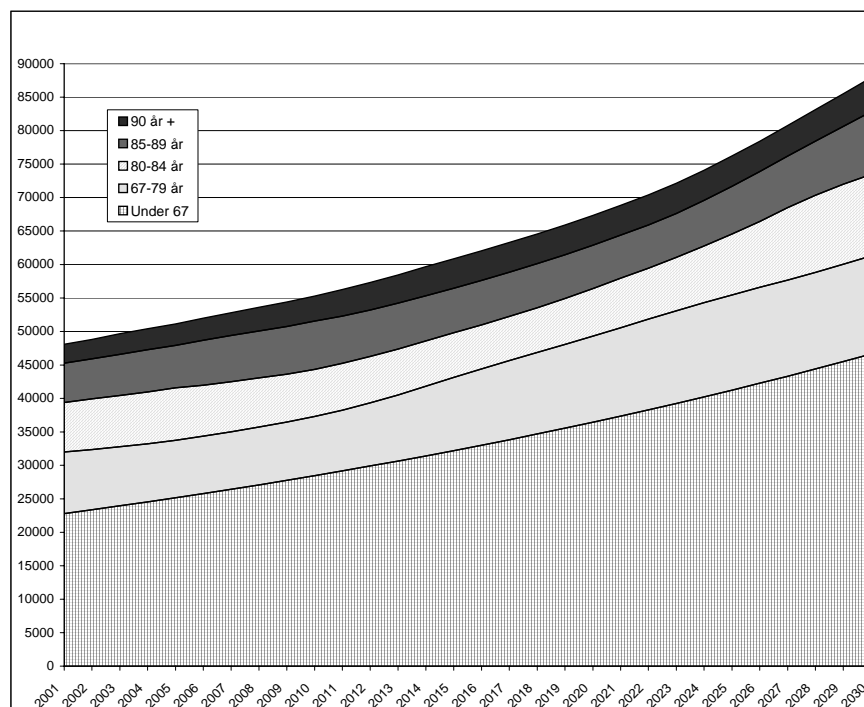
### 2.7.3 Prognose for årsverksvekst i hjemmetjenestene 2002-2020

Fram til 2010 vil behovet for tilvekst i årsverk i hjemmetjenestene være knyttet til økt etterspørsel blant eldre 80 år+ og brukere under 67

<sup>18</sup> Beregningen gjelder det nivå som det ble gitt heldøgnspleie og -omsorg på i 2001, og forutsatt slik Eldres helse, tilgangen på privat omsorg, innsatsen i hjemmetjenestene osv, var den gangen. Det er en mao en ren alderseffekt som her legges til grunn. Om det meste ellers ikke vil endre seg, er dette imidlertid godt prognosegrunnlag, særlig i de første årene.

år, med 7.000 årsverk. I perioden 2012- 2020 vil imidlertid økningen mest finne sted blant eldre 67-79 år og personer under 67 år, med 12.000 nye årsverk. På omfangsmessig grunnlag synes det her å avtegne en annen form for behov og etterspørsel etter hjemmetjenester, dvs med antakelig betydelig vekt på hjemmesykepleiesektorens virksomhet.

Figur 2.2 *Beregnet antall årsverk i hjemmebaserte tjenester 2001-2030. Aldersgrupper. Befolkningsframskriving alt. MMMM. SSB 2002/NIBR 2003*



I perioden 2002-2020 vil behovene for hjemmebaserte tjenester som følge av aldersmessige endringer i den eldre befolkningen og konstant etterspørsel i befolkningen under 67 år, øke med 19.000 årsverk, fra 48.000 årsverk i 2001 til 67.000 i 2020. Til sammenlikning vokste de hjemmebaserte tjenestene med 21.000 årsverk i perioden 1993-2001. Beregnet på denne måten synes det framtidige behovet for denne typen tjenester betydelig mindre enn tidligere.

Til slutt nevner vi at våre prognoser viser at det i perioden 2020-2030 vil bli behov for 17.000 årsverk til pleie på institusjons nivå og 21.000 årsverk i hjemmetjenestene, eller samlet 38.000 årsverk på 10 år. Det

er en betydelig sterkere vekst enn i de 18 foregående år, men den samme som i perioden 1990-2030 (37.500 årsverk).

Konklusjonen ut fra enkle demografiske forutsetninger og rimelig etterspørsel etter slike kommunale tjenester i befolkningen under 67 år, synes å være at det ligger an til en noe mindre etterspørsel etter kommunale pleie- og omsorgstjenester enn i de 20 foregående år. Det betyr at samlet årsverksinnsats vil måtte øke med 30.000 årsverk i perioden 2002-2020, mot med 53.000 årsverk i perioden 1980-2001, heri inkludert anslagsvis 10.000 årsverk knyttet til HVPU ved utgangen av 2001. Vi står da igjen med 43.000 i perioden 1980-2001 versus 30.000 årsverk i perioden 2002-2020. eller om lag  $\frac{3}{4}$ -deler av 20-års-perioden forut.

Denne rent demografisk betingete prognosen for etterspørsel etter årsverk i pleie- og omsorgssektoren vil imidlertid måtte påvirkes av endringer i den eldre befolkningens levealder, sykelighet og funksjonsførhet, og særlig den siste. Det fordi slike forhold hele tiden er i endring. Derfor vil vi i etterkant gi noen vurderinger av mulige utviklingstrekk i eldres helse.

#### 2.7.4 Etterspørsel etter omsorgstjenester og utvikling i levealder, helse og funksjonsdyktighet hos eldre

##### **Generelt utgangspunkt**

I Norge er middellevetiden for kvinner snart 82 år og for menn 76 år, eller litt over EØS-gjennomsnittet for begge kjønn. I Statistisk sentralbyrås framskrivning av folkemengden 2002-2050 (SSB 2003) forutsettes det at levealderen vil fortsette å stige gradvis fram til 2050 til mellom 86 år og 90 år for kvinner og mellom 82 år og 87 år for menn. I henhold til framskrivningens middelalternativ vil levealderen i 2050 være 84 år for menn og 88 år for kvinner.

Statistisk sentralbyrå peker imidlertid på at den økningen i levealder som er forutsatt, kan synes svært stor, mellom 5,4 og 10,6 år for menn og mellom 4,5 og 8,5 år for kvinner. Legger en framskrivningens middelalternativ til grunn, vil menn jevnt over bli 8 år eldre i 2050 og kvinner 6,6 år sammenliknet med 2001. Den er imidlertid

av samme størrelsesorden som den observerte økningen fra 1950 til 2000, som var 6,1 år for menn og 8,2 år for kvinner. Vi vil også peke på at levealderen er høyere enn i Norge i en rekke land både i og utenfor Europa. Japan,

som lenge har ligget i teten, hadde allerede i 2001 en levealder på 84,9 år for kvinner og 78,1 år for menn. Forventet levealder i Japan passerte det norske 2001-nivået for kvinner i 1989 og for menn i 1993.<sup>19</sup>

Økt levealder i framtida er bl.a grunnet i antatt lavere dødelighet pga sentrale sykdommer som f.eks. hjertesykdommene. I omsorgssammenheng er imidlertid utviklingen i de typer sykdommer som vi som oftest ikke dør av, men *lever med*, av særlig interesse. Sentralt her står svaret på spørsmålet om hvorvidt økt levealder vil føre til at den perioden vi er hjelpe- og pleietrengende, vil bli lenger eller kortere, tyngre eller lettere sammenliknet med tidligere (ved lavere levealder). Ulike undersøkelser peker imidlertid i begge retninger. Enkelte kan tyde på at hjelpe- og pleieperioden reduseres når levealderen øker. Andre tyder imidlertid på at en forlengelse av livet også fører til lengre periode med behov for hjelp.

Levealderen har gått opp i de aller fleste vestlige land i etterkrigstid. Studier viser imidlertid ulike utfall mht endring i aldersspesifikk endring i funksjonsevne. I USA har en observert (1984-1994) nedgang i redusert funksjonsevne for alle aldersgrupper av eldre for begge kjønn (Manton 1998). I England finner en ikke en slik tilsvarende nedgang (Jarvis og Tinker 1999). En studie fra OECD-landene (Jacobzone et al 1999 in Botten et al 2000) viser imidlertid at forbedret funksjonsevne blant eldre er et gjennomgående trekk. Det er likevel variasjoner mellom landene som gjør at en bør være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner<sup>20</sup>.

Aldring og sykdom er imidlertid - slik professor Peter Hjort har pekt på - to forskjellige fenomener. Det ene er den normale aldringsprosessen, som går sin gang hos alle. Det andre er alderssykdommene,

<sup>19</sup> Her føyer imidlertid SSB til "Vi vil imidlertid ikke unnlate å nevne at disse levealderne er de høyeste som noen gang har vært forutsatt i SSBs befolkningsframskrivninger. I de to forrige framskrivingene, som ble laget i 1996 og 1999, forutsatte vi at levealderen ville øke til mellom 81,5 og 87,5 år for kvinner og til mellom 77 og 83 år for menn. De nye tallene er mellom 2,5 og 4,5 år høyere enn disse, og fører til en sterk vekst av antall gamle. I alle tre alternativer antar vi at forskjellen i forventet levealder mellom kvinner og menn reduseres gradvis fra dagens 5,3 år til mellom 4,4 og 3,3 år i 2050" (Forutsetninger for framskrivingene 2002-2050, SSB 2002).

<sup>20</sup> I Europa er det observert betydelig bedring i funksjonsevnen blant eldre i Frankrike og Vest-Tyskland. Men i Storbritannia og Nederland er det ingen eller små forbedringer. I Sverige har det vært nedgang i andelen eldre med svekket helse, mens andelen med lettere helseproblemer har økt, analogt til hva som er observert i Norge (Botten et al 2000, s. 11) .



som ikke rammer alle, men stadig flere med alderen, særlig etter 75 år. Dette illustreres ved at eldre (70 år og over) i 1998 sto for 30 pst. av sykehusoppholdene og 40 pst. av liggedagene ved norske sykehus (St meld nr 30(2000-2001), s 304). Sjøl om Eldres helse generelt bedrer seg og en lever lengre, vil imidlertid økt levealder i seg sjøl kunne medføre at flere får aldersrelaterte sykdommer som kan forde omfattende pleie- og omsorg. Dette fordi forekomsten av de fleste former for sykdom tiltar med alderen. I utgangspunktet kan det derfor forventes at en større andel gamle eldre i befolkningen vil skape større etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester i tiden framover.

Vi er inne i en utvikling med økt levealder der dødelige sykdommer mer og mer blir erstattet av ikke-dødelige degenerative sykdommer som aldersdemens, slitasjegikt og hjerneslag. Forekomsten av kroniske sykdommer som eldre lever med, synes å tilta. Også fordi helse-tjenesten redder syke og forlenger liv, vil vi få flere med kroniske funksjonstap og redusert funksjonsevne (Ostir et al 1999). Ut fra dagens kunnskap er det mest sannsynlig at behovene for pleie- og omsorg blant eldre vil tilta som følge av den skisserte utviklingen. Som vi kommer tilbake til, vil betydningen av aldersdemens veie tungt i den retningen.

Det at utsiktene til aldersrelaterte sykdommer tiltar med forhøyet levealder, er imidlertid i omsorgssammenheng ikke det avgjørende. Hvor stor økningen i hjelpe- og pleiebehov av den grunn vil bli, vil avhenge av i hvilken grad de nyvunne siste årene er preget av sykdommer og skader som gir faktisk *funksjonsnedsettelse eller ikke*. Det er mao ulike utfall mht konsekvensene av sykdom og skade som vil bli det avgjørende, dvs utfallet er betinget av i hvilken grad aldersrelaterte sykdommer lar seg behandle og forebygge. Evnen til å leve med sykdom kan mao påvirkes og endres.

Studier bl.a fra USA (Manton 1997) viser imidlertid at omfanget av redusert funksjonsevne blant eldre i betydelig grad er betinget av hvordan en evner å behandle og forebygge følgene av sykdom. Når vi ser bort fra aldersdemens, er det hjertesykdommer, hjerneslag, slitasjegikt og skader (lårhalsbrudd) som oftest er årsak til de langvarige og alvorlige funksjonstapene blant eldre i Norge i dag<sup>21</sup>. Erfaringer fra

---

<sup>21</sup> Helseundersøkelser i Nord-Trøndelag har i perioden 1995-97 kartlagt sykehjemspasienter i 22 av fylkets 24 kommuner. Denne undersøkelsen gir et godt bilde av pasientbelegget i norske sykehjem. De vanligste sykdommene er aldersdemens (40%), hjerneslag (19%), kronisk hjertesykdom (5%), lårhalsbrudd (3%) og slitasjegikt (3%) (St meld nr 30 (2000-2001), Langtidsprogrammet 2002-2005).

seinere år viser imidlertid at disse kan behandles og forebygges bedre enn tidligere (Romøren 2001)<sup>22</sup>.

Data fra de norske Helse- og Levekårsundersøkelser kan tyde på at forekomsten av sykdom blant eldre økte på slutten av 1990-årene sammenliknet med situasjonen på midten av 1980-årene. I samme periode har det imidlertid vært en forbedring i Eldres funksjonsevne. Det ser altså ut til at de gamle er mer syke, men likevel greier seg bedre i dagliglivet (Botten et al 2001)<sup>23</sup>. Hvis helsetilstanden og særlig funksjonsevnen blant eldre fortsatt bedres, vil dette kunne medføre et redusert hjelpebehov, særlig blant de yngre gruppene av eldre på tross av høyere levealder og større utsikt til å ha slike sykdommer/skader.

Mindre etterspørsel etter pleie- og omsorg kan imidlertid i det siste tilfellet igjen være betinget av en større innsats på helsesida gjennom behandling og forebygging. Midler som settes inn i kurativ helsetjeneste, kan samtidig gi innsparing på omsorgssida. Kommunene er tjent med en slik utvikling fordi den innebærer en overføring av kostnader fra kommune til stat, gitt dagens finansieringsformer.

---

<sup>22</sup> En undersøkelse fra USA viser betydningen av bedret behandling. I en studie for perioden 1984-1994 ble det vist at bedret funksjonsevne ikke skyldtes mindre sykdom, men mer intens og bedre behandling. Det er mao ikke mindre sykdom, men bedret funksjon gitt omfanget av sykdom som gjør seg gjeldende (McCellan og Yen i Botten et al 2000). Resultater i samme retning bekreftes fra Norge der en finner at andelen med nedsatt funksjonsevne blant eldre under 80 år med hjertekarsykdommer, ble redusert i perioden 1985-1998, noe som antas å skyldes behandling og tilrettelegging (Botten et al 2000).

<sup>23</sup> Det er imidlertid relativt store metodiske problemer knyttet til å måle sykkelighet og funksjonsevne, slik at disse resultatene bør tolkes med forsiktighet. Dessuten var det slik at de observerte forbedrede funksjonene (det å kunne foreta dagligvareinnkjøp, rengjøring og av og påklødding), som samlemål er et mindre relevant mål i forhold til mer omfattende pleiebehov. I en undersøkelse fra USA (Manton 1997) har en imidlertid ment å kunne påvise at forbedringen i Eldres funksjonsevne blant annet skyldes mer aktiv behandling av eldre fra helsevesenets side. Også data fra andre land kan tyde på at det har skjedd en forbedring i Eldres funksjonsevne i de senere årene, jfr Botten et al (2001), og at dette isolert sett skulle tilsi en reduksjon i behovet for pleie- og omsorgstjenester.

### 2.7.5 Anslag for fordringer på ressurser i helse- og sosialsektoren knyttet til demografiske endringer, økt levealder og endret sykdoms-panorama

NIBR har som omtalt foran på enkelt demografisk grunnlag beregnet at årsverksinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene må øke med 33 pst (30.000 årsverk) fram til 2020 og med 74 pst fram til 2030.

I "*Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre frem til 2030*" (Statens helsetilsyn 1999) er det også gjort fremskrivninger av pleiebehovet. En har kommet fram til at:

Store sykdomsgrupper som dominerer i høy alder vil øke med fra 40 til 60 prosent fram til 2030.

Dette setter store krav til helse- og sosialtjenesten. Det gjelder konsultasjoner, sykehusinnleggelser og pleie- og omsorgstilbudet.

En føyer til at følgene av redusert dødelighet blant eldre som er observert i de seinere årene, er underestimert, dvs betydningen av kroniske lidelser som aldersdemens, muskel- og skjelettsykdommer, diabetes etc.

Senter for helseadministrasjon (UiO) har også framskrevet utgiftene til pleie og omsorg i forhold til antakelser om eldres funksjonsevne. Om denne ikke endrer seg, anslås det at demografiske faktorer alene vil fordre at utgiftene som andel av BNP vil øke med 40 pst. fra 1998 til 2030. Legger en derimot til grunn fortsatt forbedring av eldres funksjonsnivå i samme takt som i de siste 10-15 årene, vil imidlertid pleie- og omsorgstjenestenes andel av BNP kunne stabiliseres eller reduseres noe fram mot 2030 til tross for økningen i antall eldre. Det vil dog ikke samtidig gjelde de samlede utgiftene til helse- og sosialtjenester til eldre (Botten et al 2000).

Vi har her presentert til dels sterkt avvikende prognoser. Når NIBRs prognose for 2030 ligger betydelig over de øvrige, har det vesentlig sammenheng med at en her har regnet inn behovet for omsorgstjenester blant personer under 67 år. Veksten knyttet til personer 67år+ er 48 pst i perioden 2002-2030, i følge NIBRs beregninger. Vi anser det som lite sannsynlig at bedret funksjonsevne hos eldre vil kompensere for tilveksten av eldre fram til 2030.

Om vi imidlertid forutsetter at utviklingen i demografi og levealder ligger nokså fast, blir resultatet av utviklingen i det å behandle og

forebygge aldersrelaterte sykdommer og skader, det vesentlige for utfallet av omfanget av funksjonsnedsettelse og pleie- og hjelpebehov. En utviklingsretning som den Romøren antyder (Romøren 2001), kan føre til en viss reduksjon i hjelpebehov, men neppe så vidt mye at det utlikner effekten av sjølve den demografiske utviklingen, slik Botten et al alternativt legger til grunn. For perioden 2002-2020 legger vi NIBRs prognose til grunn. Det er bl.a knyttet til den betydelige veksten i andelen demente i åra som kommer.

### **Tiltakende omfang av aldersdemens i en aldrende befolkning**

Det er beregnet at i dag har 50-60 000 nordmenn demens, hvorav de fleste er over 65 år (Waalder 1999, Engedal 2000). Omtrent halvparten av disse bor utenfor institusjon (Innsyn og utsyn 1999). Undersøkelser kan tyde på at ca 70 pst av sykehjemspasientene har aldersdemens (Den norske lægeforening 2001).<sup>24</sup>

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, og i et langtkomment stadium trenger de heldøgnspleie og -omsorg. Romøren har vist at det som kjennetegner funksjonstap blant demente er at de oftere enn andre finner 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 i årene framover.

Sjøl om ca 70 pst av permanente sykehjemsplasser i dag er belagt av pasienter med demens, er bare 17 pst av plassene tilrettelagt for denne gruppen. (Den norske Lægeforening 2001). Sosialdepartementet har tidligere pekt på at

Det kan likevel synast som om mange kommunar ved utforming av nye sjukeheimar ikkje tek nok omsyn til det store tal demente som bur i vanlege sjukeheimar (St meld nr 28 (1999-2000), s 52).

---

<sup>24</sup> En har ikke gjennomført landsdekkende undersøkelser av omfang og type demens blant personer i eldre institusjoner i Norge, derfor er anslagene noe usikre. Det er imidlertid på det rene at det er mange demente i disse institusjonene. "Det sies at 70-90 pst av dagens sykehjemsbeboere har lett, moderat eller alvorlig demens – dette på grunnlag av en enkel, men validert demensskala, ikke grundig diagnostikk" (Sælleg 2002).

I regi av HPE har det imidlertid blitt flere skjermete avdelinger i sykehjem og flere bokollektiv i omsorgsboliger for demente.<sup>25</sup> Det offentlige tilbudet tilpasset aldersdemente er likevel mangelfullt.<sup>26</sup> Dette er imidlertid ikke godt nok kartlagt.

Det foreligger foreløpig ikke holdepunkter for å anta endring i insidens for Alzheimers sykdom i Norge eller andre europeiske land (Botten et al 2000). Anslagsvis 20 prosent av gruppen over 80 år vil i dag ha aldersdemensdiagnose. Som følge av økningen i omfang av de eldste eldre, må derfor antallet personer med aldersdegenerative sykdommer kunne forventes å øke. Waaler (2000) har ut fra stabile aldersspesifikke rater, beregnet at det vil være 62.000 demente i 2020 og 81.000 i 2030 (der hans utgangsverdi for 2000, var 52.000 demente). En slik utvikling understøtter de prognoser for årsverk som her er har lagt til grunn.

Myndighetene regner med at demens i dag koster det norske samfunnet 15 milliarder kroner, og Alzheimer 11 milliarder. De årlige samfunnskostnadene knyttet til Alzheimer i 2030 vil beløpe seg til 26 milliarder, eller mer enn en fordobling<sup>27</sup>

## 2.8 Utfordring 7: er det mulig å begrense kommunenes innsats i pleie- og omsorgssektoren?

### 2.8.1 Utgangspunktet

Vi tar utgangspunktet i at det i mange kommuner etter hvert foreligger mangel på samsvar mellom statlig pålagte oppgaver og kommunaløkonomisk evne til å løse dem. Som ledd i videreføring av byggingen

---

<sup>25</sup> En undersøkelse som *Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens* gjennomførte blant norske kommuner i 1996-97, viste at "46 kommuner hadde oppretta bukollektiv og 20 kommuner hadde teke i bruk omsorgsbustader for denne gruppa" (St meld nr 28 (1999-2000), s 52). Hvor mange dette gjelder i dag, foreligger det ikke opplysninger om.

<sup>26</sup> "Undersøkingar viser at avlastingstilbod og tilbod på dagtid for menneske med demens er svært mangelfullt utbygd. 2 pst. av heimebuande med demens hadde i følgje undersøkinga frå *Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens* tilbod om tilrettelagde dagtilbod", (St meld nr 28 (1999-2000), s 52).

<sup>27</sup> Dette er beregnet ut fra en engelsk undersøkelse der en legger til grunn at utgiftene i Norge vil vokse som i England, dvs med 240 pst på 30 år (Aftenposten, 17. februar 2003).

av velferdssamfunnet har kommunene gradvis blitt tillagt nye oppgaver samtidig som eksisterende har blitt utvidet og intensivert. Eksempler på slike overføringer av oppgaver i omsorgssektoren er full kommunalisering av pleie- og omsorgstjenestene ved overføringen av sykehjemmene i 1988 og HVPU-reformen i 1990/1991. Videre, opptrappingsplan for psykisk helse fra 1999 og nå forslaget om å kommunalisere deler av rusomsorgen. De gunstige investerings- og driftstilskuddene i regi av Handlingsplan for eldreomsorgen (1997-2002) og de statlige føringene for omfattende bygging av omsorgsboliger siden 1994 er også eksempler på dette. Disse reformene og handlingsplanene har lagt *permanente framtidige føringer og forventninger* til kommunal innsats i drift og vedlikehold i pleie- og omsorgssektoren. Disse overføringer, reformer og handlingsplaner har dessuten aldri vært fullfinansiert eller fullt ut blitt kompensert for, men har oftest vært betydelig underfinansiert.

Gradvis har det oppstått en ubalanse mellom overførte og ervervede oppgaver og statens dyktiggjøring av kommunene til finansielt å gjennomføre dem. Fordringene om aktivitetsvekst har i stadig flere kommuner overskredet inntektsveksten. Samtidig er kommunene satt under konstant press gjennom innbyggerens vedvarende forventninger - understøttet av statlige lovnader og medias krisemaksimering gjennom enkeltsaker - om mer omfattende og kvalitativt bedre tjenester. Når deler av det statlige finansielle bidraget uteblir, kommer kommunene i dobbelt klemme. De står tilbake med det konkrete ansvaret for mangelfullt tilbud samtidig som evnen til å verge seg mot innbyggernes forventninger og misnøye svekkes. Misforholdet mellom statlige ambisjonene og ressurser til kommunene fører dessuten til krysspress i forhold til de kommunalt ansatte.

Denne mangelen på samsvar mellom fordringer på bedre tjenestetilbud og manglende finansielt grunnlag for å tilby det, kan i prinsippet løses på flere måter. En kan f.eks. begrense tjenestene og overlate til individer, familier, organisasjoner og lokalsamfunn å løse en del oppgaver for å lette presset på kommunene. Eller en kan forutsette at det er rom for at tjenester kan organiseres og drives bedre samtidig som de kan effektiviseres. Men en kan også legge til grunn at staten bør følge opp sitt overordnede ansvar ved å øke det finansielle bidraget slik at landets innbyggere får det tjenestetilbud som det på statlig nivå er enighet om.

Teoretisk kan kommunenes engasjement/kostnader tenkes begrenset på en rekke måter. En kan f.eks.:

- skjære ned på omfang og kvalitet på eksisterende oppgaver

- utdefinere enkelte etablerte oppgaver eller avstå fra å ta opp enkelte nye, herunder arbeide aktivt for å dempe folks forventninger og forståelse av hva som er kommunale oppgaver.
- innføre økt egenbetaling for tjenestene
- endre finansieringsordninger slik at en større del av finansieringen faller på staten
- omorganisere og effektivisere driften

Vi vil kort drøfte noen av de nevnte mulige måter å begrense kommunenes aktiviteter og kostnader i pleie- og omsorgssektoren. Først vil vi bedømme de generelle utsiktene og situasjonen i forhold til å begrense etablert kommunal tjenesteyting i denne sektoren.

### 2.8.2 Muligheter for å skjære ned på omfang og kvalitet på eksisterende oppgaver

Ønskene hos brukerne og deres pårørende om omfang og kvalitet i helsetjenestene og pleie- og omsorgstjenestene vil - uansett utbyggingsgrad - bestandig overskride tilbudet. Det ønskelige er nærmest noe uendelig, som de faktiske mulighetene hele tida vil sette grenser for. Derfor vil det *kontinuerlig måtte reises spørsmål om hvor grensene går for kommunale tjenester*, antakelig også for de tjenester og tiltak som ut fra *faglig vurdering ansees som nødvendig*, jfr kommunehelse-tjenesteloven. Det omfang og den kvalitet tjenestene bør ha, vil derfor være betinget av politiske prioriteringer, avveininger og skjønn.

Men samtidig er det slik at ønskene i store deler av befolkningen og ambisjonene hos en del politikere er omfattende og nokså urealistiske. Det påligger derfor politikere i sin alminnelighet en betydelig politisk og pedagogiske oppgave å forklare befolkningen at det går grenser for hvor stor del av det legitime ønskerverdige som kan imøtekommes til enhver tid. En vedvarende situasjon med betydelig avstand mellom det folk venter og det kommunene faktisk er i stand til å yte, vil være svært uheldig både for dem som trenger hjelp og for de ansatte i hjelpeapparatet. I siste instans vil en slik situasjon gå ut over tilliten til lokaldemokrati og lokalpolitikere.

I utgangspunktet er det mulig å begrense det kommunale tjenestetilbudet. Det sentrale spørsmålet er om omstendighetene er slik at det lar seg gjennomføre i særlig grad. Vi vil i den sammenheng peke på noen vansker.

Hvis *det ønskelige* står så sterkt som skissert her, kommer den service-tenkning om omsorgstjenestene som noen ideologisk har båret fram i de senere årene, i et paradoksalt lys. Den enkelte skal - analogt til kjøp av varer og tjenester i det ordinære kommersielle markedet - kunne velge å kjøpe tjenester hos private eller kommunale utbydere etter det frie valgs shopping-prinsipp. Det antas til og med å kunne gjøre tjenestene både bedre og billigere. Det kan imidlertid fort bli bidrag til å bevege etterspørselen mot det ønskelige, og dermed mot det grenseløse. En slik tankegang kan sette dagens rasjonerende velferdssystem over styr. *Ønskelige* omsorgstjenester med lav egenbetaling kan dessuten ikke leveres som 'vare' i det ordinære vare- og tjenestemarked. Et slikt system vil kun fungere for dem som har egenbetalingsevne stor nok. Med utviklingen i slik retning vil det samtidig måtte bibeholdes et lavstandards billigmarked for dem uten slik betalingsevne. Med prinsippet om fritt valg, kan vi på sikt ende opp med *ett privat marked* for dem med en viss betalingsevne og et kommunalt tilbud med lavere standard for dem uten slik betalingsevne.

En slik utvikling knytter samtidig an til en annen tydelig tendens. Kommunale ambisjoner om å begrense eller avgrense kommunale tjenester støter mot en *generell* ambisiøs politikk på området. Det langsiktige målet for f.eks. statlig politikk for funksjonshemmede er full deltakelse og likestilling. Målet er økt tilgjengelighet gjennom universell utforming av produkter, tjenester, bygninger og uteareal, supplert med nødvendig individuell tilpasning. Generell tilrettelegging vil dessuten redusere behovet for særtiltak. Innenfor en slik ideologi vil det være vanskelig å etablere begrensninger som er av vesentlig betydning.

Det er også andre forhold som generelt framkaller motforestillinger i forhold til å begrense det kommunale tilbudet i sektoren. Undersøkelser i regi av Kommunenes sentralforbunds (KS 2003) og andre undersøkelser viser at det er sterk oppslutning om offentlige velferdsgoder (Bay 2000). Det innebærer mao at forventningene og kravene til den typen kommunal tjenesteyting er betydelig. Det er ikke oppslutningen som er problemet, men det å finne ressurser til å dekke behovene.

Både norske (KOU delrapport 2003:1) og danske undersøkelser (Strategisk Forum 2000) viser at majoriteten i befolkningen prioriterer bedringer i offentlig tjenesteyting framfor skattelettelse. Den førstnevnte undersøkelsen viser at få er av den oppfatning at velferdstjenestene er for gode eller unødvendig. Et betydelig flertall i befolkningen mener imidlertid at det er udekkete behov i helsetjenestene og i eldreomsorgen.



Å skjære ned på aktivitetsnivå vil både innebære redusert kvantitet og kvalitet. Det siste er fortsatt en skjør størrelse i omsorgstjenestene som det nå legges opp til å styrke, jfr den nye stortingsmeldinga om kvalitet i omsorgstjenestene (St meld nr 45 (2002-2003) Vi har lagt til grunn at det er behov for 30.000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenestene bare som følge av tilveksten i den eldre befolkningen fram til 2020. Ut fra nokså unisone politiske oppfatninger av underdekning i dag, synes det lite sannsynlig at en slik tilvekst kan beskjæres i noen vesentlig grad.

Hvis det finner sted vesentlig reduksjon i det kommunale tjenestetilbudet som følge av sviktende statlig finansiering, vil vi samtidig være tilbake til den situasjon som staten hadde som utgangspunkt og la til grunn da den grep inn i det lokale sjølstyret gjennom *Handlingsplan for eldreomsorgen*, nemlig med å vise til at staten har et særskilt ansvar for at overordnede mål nås.

Etter vår vurdering gjør tjenestenes innarbeidete posisjon hos brukerne og politikere det generelt svært vanskelig å foreta begrensninger i tjenestetilbudet som monner. Det har vært langvarig tverrpolitisk oppslutning om eldreomsorgen i 20-30 år, med konstant og kontinuerlig sterkt fokus på pleie- og omsorgstjenestene, både lokalt og sentralt, fra politikere, brukere, pårørende og media. Omsorgsproblematikken har stått så sentralt at samtlige politiske partier lenge har hatt *eldreomsorg* blant sine fremste prioriterte saker. Den er en av svært få samfunnsoppgaver som har fått etablert en slags *kontinuerlig tverrpolitisk hevd* på oppmerksomhet, oppslutning og prioritering. Den unisone og vedvarende oppslutning om omsorgspolitiske spørsmål i Norge over svært lang tid gjør etter vår vurdering, at det *politisk* bare er langsamt mulig å endre vesentlig på det kommunale ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene.

Det er allerede etablert et bredt offentlig ansvar for eldre som det vil være vanskelig å utvikle seg bort fra. De fleste gamle eldre er i dag i kontakt med det kommunale hjelpeapparatet. Blant personer 90 år og eldre har 9 av 10 enten plass i institusjon eller hjelp fra hjemmetjenestene. Blant eldre 85-89 år gjelder det samme 2 av 3. Svært få skrøpelige eldre lever inkognito for våre pleie- og omsorgstjenester. Den typen kunnskap synes ofte underkommunisert i den offentlige debatten. Det betyr at kommunene har etablert et bredt og omfattende ansvar for eldre. I og med at de fleste i den alderen er aleine i husholdet, blir den offentlige hjelpa ofte en prekær størrelse som det neppe kan rokkes vesentlig ved.

### 2.8.3 Mulighetene til å utdefinere enkelte etablerte oppgaver - aktivt arbeid for å dempe folks forventninger og forståelse av hva som er kommunale oppgaver

#### Om begrensninger som følger av lovverket

Eldres rettigheter til pleie- og omsorgstjenestene reguleres i hovedsak av: *kommunehelsetjenesteloven*, *sosialtjenesteloven* og *pasientrettighetsloven*. Retten til nødvendig helsehjelp er lovfestet i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og i pasientrettighetsloven § 2-1. Den innebærer rett til forebyggende behandling, medisinsk behandling, attføring, pleie og omsorg. I følge pasientrettighetsloven § 2-5, har eldre rett til individuell plan når en har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Planen skal bl.a. inneholde en oversikt over de tjenestene pasienten skal ha. Lovgivningen inneholder imidlertid ingen angivelse av hvilken type hjelp som skal gis og når den skal gis. Her skal det utøves faglig skjønn. Lovverket stiller imidlertid krav om en viss minstestandard som kan avgjøres ut fra bruk av rettslige standarder. Slik standard er rettslig prøvd (Fusa-dommen)<sup>28</sup>.

Ut fra denne dommen er det imidlertid ikke umiddelbart gitt at den enkeltes rettigheter bare er betinget av juridisk/medisinsk vurdering av helsetilstand. Dette kan i praksis - ut over enkelttilfellenes nivå - også gjøres til et politisk og økonomisk spørsmål om hvilket tjenestnivå eller standard eldre skal ha rett på. Slik sett er det ut fra hvordan dagens lovverk praktiseres, for så vidt mulig å begrense deler av kommunale tjenestetilbudet. Likevel bør kommunehelsetjenestens påbud om at enhver har rett på den hjelp som på grunnlag av faglig vurdering ansees som nødvendig, stå ganske sterkt. Poenget er at dette så sjelden blir prøvd. Fusa kommune ble dømt, vesentlig fordi administrativt og politisk nivå forsøkte å overstyre det faglige skjønn (som gikk ut på å gi mer hjelp enn det som ble gitt). Høyesterett tillegger det faglige skjønn så vidt stor betydning at en kan tolke dommen dit hen at den typen standarder ikke kan etableres ved rettslig overprøving. Faglig bedømming av hva som er nødvendig hjelp, kan etter denne dommen oppfattes å stå over hensyn til f.eks. kommuneøkonomi (jfr for øvrig Axel Jensen og Kristiansand kommune).

---

<sup>28</sup> Høyesterett har lagt til grunn at en kommune (Fusa) gikk under denne minstestandard da det ble tilbudt 20 timer hjelp i uken til en sterkt funksjonshemmet kvinne, fordi dette ikke tilfredsstilte hennes behov for stell og pleie (Rettstidende, 1990 s. 874, og s 888).

Vi har allerede nevnt at det vil være vanskelig å begrense pleie- og omsorgstjenestene slik at det monner, dvs i et omfang som vil få vesentlig betydning for kommuneøkonomien. Det er imidlertid likevel mulig å peke på flere tiltak i pleie- og omsorgstjenesten som i sum kan bety ikke ubetydelige innsparinger. Vi vil her gå gjennom eksempler på noen mulige slike tiltak i pleie- og omsorgssektoren som kunne gi innsparinger, og spør om:

**a. bør ordinære husstellsoppgaver være et privat ansvar eller betales etter økonomisk evne?**

I de fleste kommuner har det lenge vært slik at de eldre har fått hjelp til de fleste typer husstellsoppgaver de har bedt om, når de først har vært innvilget kommunal hjelp. I etter hvert svært mange kommuner, f.eks. Trondheim, har en foretatt visse avgrensninger i forhold til oppgaver som den enkelte bruker er ansvarlig for sjøl, og presiserte overfor brukerne hva de ikke kan påregne hjelp til (service-erklæring). På denne måten kan en bidra til å skape realistiske forventninger i befolkningen. Fordums 'husmorstandard' på hjemmehjelpe er det neppe rimelig å opprettholde på generell basis i framtida, unntatt i tilfeller der slike tjenester ikke kan skaffes til veie privat. Den klart ikke-helse- og omsorgsmessige delen av hjemmetjenestene – der det ikke antas å foreligge forebyggende effekter – bør etter vår vurdering i prinsippet betales etter mottakerens økonomiske evne.

I Sverige har det utviklet seg slik at de som bare behøver hjelp til rengjøring, dagligvareinnkjøp og vask av klær gradvis har falt utenfor hjemmehjelpssystemet, eller at en stadig sjeldnere har fått slik hjelp i regi av det offentlige, særlig i byene (Daatland 1997). Der har en i større grad konsentrert hjelpe om de mest hjelpetrengende. En utvikling mot mer intensiv bruk av hjemmetjenestene har også vært på gang i Norge slik tidligere vist, men en utdefinerer sjelden denne typen tjenester. Vi er usikker på hvor langt det er mulig å gå i slik retning under rådende omsorgspolitiske og -ideologiske forhold. En bør imidlertid vise varsomhet mht endringer som brått utfordrer opinionens tilvante forestillinger, fordi det kan utløse unødige reaksjoner som igjen kan utlede u hensiktsmessige tiltak.

**b. er det mulig å redusere på faglig standard?**

Det er noen ganger slik at profesjonene definerer standardene ut fra utdannings- og læreidealer og bestreber seg på å realisere det ideelle uten å korrigere for hva som er mulig ut fra den faktiske tilgangen på kommunale ressurser. Det er antakelig behov for å gå inn i faglige prosesser for å utvikle en faglig forståelse lokalt for hvor grenser går, og når 'nok er nok'. For at så kan skje, må imidlertid en slik tilnær-

ing og drøftingen av det ideelle versus rimelig nøktern standard, understøttes av det politiske nivået.

**c. er det mulig å redusere materiell standard i daglig drift?**

I sykehjemmene kan det etter vårt syn være mulig å redusere noe på standarden (hyppigheten) i daglig materiell drift. Det mangler imidlertid både til drøfting og praktiske retningslinjer for prioriteringer mht å avvike fra det ordinære når det er nødvendig, f. eks i situasjoner med lav bemanning. Reduksjoner i slike situasjoner ville samtidig minske det allmenne stresset og antakelig bety arbeidsmiljømessig gevinst.

**d. kan det skapes unødige behov ved tildeling av unødvendig mye hjelp?**

Situasjonen i enkelte kommuner er at en i ideell hensikt kan komme i fare for å yte for mye hjelp med den konsekvens at en oppdrar brukerne til (ressursbetinget) relativt urimelig høy standard og passivitet. Som konsekvens vil en etter hvert kunne møte 'lærte' hjelpebehov. Sjøl om bevissthet og praksis av 'nok er nok', kan oppleves som 'knipenhet', er det likevel viktig å være klar over denne mekanismen og at den har med faglighet å gjøre. Og hvis det er slik at en i en del tilfeller strekker seg mot det ønskelige samtidig som en i andre tilfeller ikke dekker det nødvendig, kan en stille spørsmål om det første er en etisk handling. Som rettesnor bør en først dekke det nødvendige, før en dekker det ønskelige. I en del kommuner kan det være behov for gjennomgang og revisjon på det punktet.

**e. kan ressursene nyttes bedre gjennom bedre samarbeid mellom enhetene i omsorgstjenesten?**

I dag har svært mange kommuner integrert institusjons- og hjemmetjenestedelen administrativt. På det funksjonelle plan er en imidlertid ikke kommet like langt. Fremdeles er institusjonene, de bemannede kommunale boligene og hjemmetjenestene ikke bestandig arbeidsmessig integrert i forhold til hva som burde være mulig. Hvordan nyttes f. eks bemanningen ved boliger for psykisk utviklingshemmede når brukerne er på dagopphold annen steds? Bistår de i institusjon eller i hjemmetjenestene? En burde etter vår vurdering utrede og få avklart nærmere hvilket potensiale for bedre utnyttelse av ressursene som befinner seg i en funksjonelt bedre samordnet kommunal pleie- og omsorgssektor.

**f. kan ubalansert sammensetning av tjenestetilbudet føre til kostnadspress?**

Empiriske data viser til dels store variasjoner mellom kommunene i dekningsgrad i institusjon og i måten å bruke hjemmetjenestene på. Tjenesteprofilene varierer, f. eks ved at en har innlemmet svært mange brukere i hjemmetjenestene samtidig som hver bruker mottar relativt lite hjelp. I andre kommuner er det motsatt, færre brukere får relativt mye pr person. Er det samtidig slik at en i det første tilfellet har god dekning i institusjoner, kan det føre til et betydelig press på tjenestene i situasjoner hvor det er nødvendig å dempe veksten. I de fleste kommuner er antakelig sammensetningen av tjenestetilbudet langt fra optimalt. En annen innretning ville antakelig både ha lettet kostnadspresset i situasjoner med mindre vekst i ressurstilgangen samtidig som en annen sammensetning ville ha gitt billigere drift. Her befinner det seg antakelig et ikke ubetydelig potensiale for forbedringer. Dette burde undersøkes nærmere forskningsmessig.

**g. bør innbyggerne oppfordres til ansvar for egen alderdom ved tilpasning og utbedring av boligen?**

Kommunen bør oppfordre innbyggerne til boligutbedring og ansvar for egen alderdom. De bør henstille dem som har mulighet til det, til sjøl å ta ansvar for å planlegge og å tilpasse boligen for eventuelt framtidig situasjon som pleie- og omsorgstrengende. En bør anmode og stimulere til å bygge inn tilgjengelighet og bolig på ett plan. Dette særlig sett på bakgrunn av de store ressurser som i dag nedlegges i norske boliger for øvrig. Det bør gå ut som en kommunal oppfordring til alle i sin alminnelighet, og særlig for eksempel ved fylt 50 år. Det bør opprettes en obligatorisk kommunal besøks- og veiledningstjeneste i slik sammenheng.

**h. kan interkommunalt samarbeid gi besparelser?**

For noen vil det være politisk kontroversielt å hevde at det kan ligge besparelser i å etablere interkommunalt samarbeid også i pleie- og omsorgssektoren. Når det f.eks gjelder rehabiliteringsenheter, kompetanseoppbyggingstiltak og administrative funksjoner kan imidlertid det vise seg å være tilfellet. Det bør tas initiativ til forsøksvirksomhet om slike og andre oppgaver der det er mulig å oppnå forbedringer og fordeler ut fra nøytrale vurderinger.

**i. hva med minstepensjonistenes betalingsevne?**

Om vi ser bort fra boligjøringen, er omsorgstjenestene inne i en utvikling der de sosiale aspektene ved tjenestene svekkes og de pleiemessige styrkes. Det svekker samtidig utgangspunktet for å høyne

egenbetalingen. Spørsmålet om høyere egenbetaling også fra minstepensjonister er det imidlertid politisk lite korrekt å berøre. Likevel er det slik at også minstepensjonistene har en viss formue samtidig som deres sparerate er relativt høy (den andel av inntekten som spares – Halvorsen, SSB 2003). Dessuten er det en iøynefallende stor forskjell mellom egenbetalingen i institusjon sammenliknet med det å motta hjelp og pleie- i eget hjem. I institusjon betaler en rundt 80 pst av inntekten, mens egenbetalingen for hjemmetjenestene for de fleste eldre er nærmest ubetydelig. Utvikling mot et enhetlig betalingssystem i omsorgstjenestene, vil rimeligvis ha utjevning som konsekvens, der en i hjemmesituasjon generelt må betale høyere egenandeler enn i dag. Likevel vil dette politisk antakelig bli en vanskelig og smertefull prosess.

#### 2.8.4 Mulighetene for å innføre økt egenbetaling for tjenestene

Brukerbetaling for enkelte tjenester er i dag et visst supplement i finansieringen av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som bidrag til bedret finansieringsgrunnlag er det etter vår vurdering ønskelig og rimelig med brukerbetaling i tilknytning til de ikke-helserelaterte kommunale tjenestene i åra framover. Dette også for å bidra til å bevisstgjøre brukerne om at tjenestene har en kostnad, til å begrense lite begrunnet etterspørsel etter tjenester. Framtidige pensjonister vil dessuten i større grad være fortrolig med ulike former for markedsbaserte tilbud enn dagens eldregenerasjon. En god del yngre og middelaldr-ende kjøper allerede i dag tjenester i form av rengjøringshjelp o.l. i det private markedet.

Slike brukerbetalingsordninger må imidlertid utformes på en slik måte at en av økonomiske grunner ikke utelukkes fra å søke nødvendig hjelp og støtte. Ordningene må derfor vurderes i forhold til fordelingspolitiske mål. Det må etableres økonomiske skjerming for dem med lav inntekt og/eller et stort tjenestebehov. Hvordan egenbetalingsopp- legget bør utformes kan en etter vår vurdering best ta stilling til i tilknytning til arbeidet med utformingen av en samlet og helhetlig betalingsordning og finansieringssystem for pleie- og omsorgstjenestene, jfr utfordring 4A.

Kommunenes sentralforbund sin brukerundersøkelse (KOU 2003:1) viser imidlertid at det er betydelig motvilje i befolkningen mot egenbetalinger i pleie- og omsorgssektoren. Den gir også lite støtte til at det politisk er noe vesentlig å hente ved å nytte egenbetaling som bidrag til bedret finansiering, idet 3 av 4 innbyggere er imot dette. Og

det er allment lave og strengt voktede grenser hvor mye helserelaterte tjenester kan tillegges egenbetaling i Norge. Det ble i noen år praktisert en viss lav egenbetaling i hjemmesykepleien. Dette ble imidlertid opphevet Stortinget i 1997, jfr også utviklingen når det gjelder bortfall av egenandeler på blå resept for minstepensjonistene. Samtidig er det viktig å ha i mente at mange skrøpelige eldre i mange år framover fortsatt vil bestå av kvinnelig minstepensjonister (Koren 2001).

### 2.8.5 Endrede finansieringsordninger slik at en rettmessig større del faller på staten

Slik vi har analysert situasjonen er det lite realistisk at mangelen på samsvar mellom tilførte ressurser og fordringer på aktivitet i vesentlig grad kan løses ved f.eks. å begrense tjenestene eller øke egenbetalingene eller ved å overføre tjenester til statlig drift. Den mest sannsynlige og noe farbare vei ut av misforholdet mellom ressurser og fordringer om aktivitet i pleie- og omsorgssektoren, er knyttet til avklaringen av grunnlaget for hva staten bør bidra med i tilknytning til omsorgstjenestene samt brukernes egenbetalinger. Vi viser her til drøftingen av et felles samlet tjenestebasert finansierings- og betalingsystem for pleie- og omsorgstjenestene under utfordring 4B. Uten et slikt system vil det være vanskelig å avklare det kommunale finansielle bidraget for disse tjenestene versus brukerne og staten.

Et eget spørsmål er imidlertid hvordan kommunene skal sikres finansiering av oppgaver som er overført til dem, og som tidligere har vært statlig finansiert, eksempelvis overføring av helse- og omsorgsoppgaver fra sykehusene, spesialisthelsetjenesten, psykiatrien og nå eventuelt rusomsorgen. Det er nødvendig å få avklart det statlige bidraget til den *helserelaterte* økte kommunale innsatsen, slik vi pekte på under utfordring 4B.

For øvrig er det slik at nivået for omfang og kvalitet i omsorgstjenestene statistisk jevnt over har betydelig sammenheng med den generelle kommuneøkonomi. En bedring av tilbudet i de dårligst stilte kommunene vil fortsatt være avhengig av hvordan staten kan bidra til å kompensere for den delen av årsakene til dette som er knyttet til strukturelle forhold. Svaret på den type vanskelige spørsmål er også del av svaret på hvordan det kan etableres bedre balanse mellom ressurser og føringene på aktivitet i omsorgstjenesten.

## 2.8.6 Mulighetene til å omorganisere, effektivisere og konkurranseutsette driften

Det potensialet for innsparinger gjennom omorganisering, effektivisering og privatisering som påstås å foreligge i de kommunale omsorgstjenestene, er sterkt politisk ideologisk farget. Det er svært svak empirisk og lite etterprøvable dokumentasjon som påviser at dette potensialet er vesentlig. Dessuten er den type tiltak lenge vært gjennomført i mange kommuner og reduksjon av mindre effektiv arbeidsstokk er allerede betydelig sanert gjennom utstrakt uførepensjonering i denne sektoren over lang tid. I dag er gjennomsnittlig pensjonsalder for kvinnelige kommunalt ansatte hjelpepleiere under 50 år. Den antakelig beskjedne gevinsten ved ytterligere effektivisering i pleiesektoren - det være seg gjennom kommunal eller privat drift - vil etter vår vurdering antakelig måtte mer enn tilbakebetales gjennom økt uføretrygging og helseproblemer hos utøverne på sikt. Samfunnsøkonomisk er effektiviserings/privatiseringslinja antakelig et svært tvilsomt prosjekt. Det går grenser for motivasjon og yteevne i pleie- og omsorgsyrkene. Det går klart fram av det svake og sviktende rekrutteringsgrunnlaget til disse yrkene slik vi allerede har pekt på.

*Konkurranseutsetting* har så langt bare fått et ubetydelig omfang i den kommunale pleie- og omsorgssektoren i Norge. Det kan bl.a. ha sammenheng med vurderingen av at konkurranseutsetting kan føre til stress hos arbeidstakerne i en sektor som er hardt belastet fra før. Med flere aktører kan imidlertid spørsmål om standarder og kvalitet i tjenestene bli aktualisert. Spørsmålet om privatisering kan således skape dynamikk. Og enkelte private tilbydere kan ha gode løsninger. En kan f. eks oppnå bedre organisering og økonomistyring ved bl.a. å skyve personell ned mot daglige tjenester. Det kan imidlertid i sin tur føre til at en mister kvalifisert personell. Enkelte kommuner har benyttet anbuds konkurranse innenfor denne sektoren. Og det er en del kommuner som vurderer slike tiltak. Kommunen har uansett finansieringsansvaret og skal føre tilsyn med det private tilbudet og sikre at det holder tilfredsstillende kvalitet.

Etter vårt syn er imidlertid satsingen på å utvikle kommunal drift det viktigste virkemiddelet for å oppnå kostnadseffektiv tjenesteproduksjon av høy kvalitet. De kommunale pleie- og omsorgstjenester bør også i framtiden utgjøre tyngdepunktet i denne sektoren. Det forhindrer imidlertid ikke at en kan nytte private tjenester som et supplement.



## 2.9 Forhold som peker mot framtidig økt behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester

Til slutt vil vi peke på noen forhold som sannsynliggjør at de store framtidige utfordringene ikke vil bestå i å begrense, men å dyktiggjøre kommunene til å møte nye legitime behov.

### 2.9.1 Tunge strukturelle endringene som vil øve press og fordre videre utbygging av kommunale tjenester og minske mulighetene til å avgrense

#### **Mindre privat omsorg**

Endringer, ikke minst i familie- og husholdsstrukturen og bonærhet mellom generasjonene, vil fortsatt påvirke etterspørselen etter omsorgstjenester, om ikke så sterkt som i de 30-40 foregående år. Sannsynligvis vil det ikke bli mer, men mindre privat familiebasert omsorg i framtida vil fortsatt fordre vekst i den offentlige innsatsen.

#### **Økt inntektsnivå**

Erfaringer viser videre at etterspørselen også etter pleie- og omsorgstjenester har tendens til å øke med økt inntektsnivå i befolkningen. De framtidige tjenestemottakerene vil mest sannsynlig få betydelig økt kjøpekraft. Men samtidig vil de stille økende krav til levestandard, individuelt tilpassede løsninger og høy kvalitet. Hvis den enkelte sjøl ikke helt ut dekker dette, vil det føre til økt kommunalt kostnadspress.

#### **Økt utdanningsnivå**

Det vil kunne føre til at de eldre stiller større krav, bl.a. til tjenestenes kvalitet. I de senere år har forbedringer gjennom mer intensive og kvalitativt bedre tjenester betydd nesten vel så mye for kostnadsutviklingen i pleie- og omsorgstjenestene som tilveksten i den eldre befolkningen. De kommende brukergruppene vil legge ytterligere press på kvalitet i vid forstand.

## 2.9.2 Spesifikke forhold

### **Omfattende oppgaver føres over fra sykehus og spesialisthelsetjeneste til kommunene**

Den medisinske og faglige utviklingen, med nye behandlingsmetoder har gitt raskere utskrivninger og kortere liggetid ved sykehusene. Og som følge av den samme medisinske og teknologiske utviklingen er det samtidig blitt mulig å behandle en del alvorlige sykdomstilfeller i eller i nærheten av pasientens hjem. Eksempler er sterkt funksjonshemmede barn og yngre mennesker, kreftpasienter og andre som får lindrende behandling ved livets slutt.

Det har ført til at kommunene har fått tilført et stadig større ansvar for å yte tjenester og utvikle tilbud til menneske som er svært syke og ofte sterkt pleietrengende og dermed ressurskrevende. Vi vet imidlertid lite om det eksakte omfanget av utskrivninger fra sykehus til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. At det er nokså omfattende kan imidlertid avleses av den statistisk påvist reduserte liggetid i sykehus over lengre tid. Og det kan synes som at det nå - mer enn tidligere - utskrives til hjemmetjenestene enn til sykehjemmene, jfr den store og ensidige veksten i hjemmesykepleievirksomhet i HPE-perioden 1998-2001. Statens Helsetilsyns kartlegging av gamle i sykehus viser imidlertid at det foreligger forlenget sykehusopphold pga manglende kommunalt tilbud. At dette for få år siden gjaldt hver tredje indremedisinske pasient over 75 år synes å tyde på ytterligere potensiale for overføring til kommunene (Den norske Lægeforening 2001).

I de senere årene har det således funnet sted betydelige endringer i oppgavefordelingen mellom sykehusene og kommunenes pleie- og omsorgstjenester som har medført økte oppgaver for kommunene. Det er få grunner til å forvente at denne utviklingen ikke vil fortsette i åra framover. Finansielt er mao deler av tidligere statlige helsetjenester gjort om til kommunale 'omsorgstjenester'. Et viktig ledd i å begrense kommunenes samlede økonomiske ansvar er knyttet til finansielle kompensasjonsordninger for disse overføringene.

### **Tjenester for personer med psykiske lidelser er en stor utfordring for kommunene**

Myndighetene har lagt til grunn at omfanget av alvorlige og noe mindre alvorlige psykiske lidelser tilsvarer om lag 1 pst. av den voksne befolkningen, eller om lag 33 000 personer. Mange av disse har omfattende behov for ulike kommunale tjenester (St meld nr 28 (1999-2000)). Tidligere undersøkelser kan tyde på at personer med psykiske

lidelser har det minst tilfredsstillende tilbudet i kommunene i dag<sup>29</sup>. Det finnes imidlertid generelt lite dokumentasjon om hvilke ressurser kommunene har rettet inn mot personer med alvorlige psykiske lidelser.

Det er satt i gang en *Opptappingsplanen for psykisk helse*<sup>30</sup> der en legger vekt på økt behandlingsskapasitet både for voksne og barn, styrket brukermedvirkning, informasjonsvirksomhet, utbygging av kommunale tjenester (bolig, sysselsetting, deltakelse i sosialt fellesskap, helse- og sosialtjenester) og økt tilgang på kvalifisert personell. Det ble i tilknytning til planen anslått et samlet personellbehov på i underkant av 10.000 nye årsverk i løpet av planperioden (1999-2006). Stortinget har sluttet seg til hovedlinjene i planen.

som mellom anna inneber ei massiv opprusting av det psykiske helsearbeidet i kommunane (St meld nr 28 (1999-2000), s 68).

Her slås det fast at kommunene har et betydelig ansvar for en omfattende og til dels underprioritert gruppe i årene framover. Den statlige satsingen i denne opptappingsplanen er imidlertid på etterskudd og disse gruppene har antakelig så langt i ikke ubetydelig grad måttet 'låne' årsverk fra HPE. Her ligger det fortsatt omfattende fordringer på kommunal innsats om disse gruppene skal komme opp på sidestilt nivå med eldre.

### **Nye og yngre brukergrupper og nye tjenester – framtidige behov**

Omsorgstjenestene har gradvis fått og vil få nye og yngre brukergrupper. Særlig i løpet av 1990-tallet har kommunene fått/tatt på seg ansvar for nye brukergrupper som har behov ut over eldres ordinære pleie- og hjelpebehov. Det gjelder for eksempel personer med omfattende fysisk funksjonshemming, psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser eller rusproblem. Unge og eldre rusmiddelmissbrukere, som

---

<sup>29</sup> "Menneske med psykiske lidinger er blant dei som lenge har hatt eit svakt tenestetilbod.... og Omsorgstjenestene utgjør ein stor del av det kommunale tenestetilbodet til menneske med psykiske lidinger" (St meld nr 28 (1999-2000), s 58-59).

<sup>30</sup> Regjeringen Jagland la våren 1997 fram St. meld. nr. 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet. Psykiske lidelser og tenestetilbudene*. Ved behandlingen av meldingen ba Stortinget om at Regjeringen måtte legge fram en handlingsplan og en økonomisk opptappingsplan, jf. St. prp. nr. 63 (1997-98), Om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006.

har fått alvorlige skader av sitt misbruk, vil også stille pleie- og omsorgstjenestene overfor store utfordringer framover, men også i eldre år som følge av senskader av dette. De fleste av disse brukerne har ofte behov for både helsetjenester og sosialtjenester der samspill mellom disse tjenestene ofte vil være avgjørende for å kunne gi nødvendig hjelp.

Det har imidlertid tradisjonelt vært vanlig å betrakte omsorgstjenestene som eldreomsorg. I 1992 var 15 prosent av brukerne av de kommunale hjemmetjenestene under 67 år. I dag er andelen 25 pst, og brukerne under 67 år mottar nesten halvparten av samlet antall årsværk i hjemmetjenestene (2001) De yngre brukerne har en sentral plass, særlig i tilknytning til kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Livreddende medisinsk behandling av barn og yngre voksne er ett av flere utviklingstrekk som vil kunne medføre økt pleie- og omsorgsbehov i de yngre aldersgruppene.

Den gradvise innlemmelsen av nye og yngre brukergrupper i pleie- og omsorgstjenestene har samtidig bidratt til å utvide fordringene på et bredere spekter av kommunale tjenestetyper. Ordninger som transporttjeneste og personlige assistenter, avlastningsordninger, støttekontakt- og fritidsordninger er eksempler på nye tjenester for ulike grupper funksjonshemmede som er innarbeidede tiltak i mange kommuner. Videre har mange kommuner etablert dagtilbud for psykisk utviklingshemmede dagtilbud og tiltak for tunge rusmiddelmissbrukere, som bolig, helsetjenester, psykososial oppfølging og aktiviteter på dagtid.

Hvis vi går ut fra antall personer som mottar uførepensjon og/eller grunn- eller hjelpestønad, kan det være slik at mer enn hver 10. person i befolkningen 16 - 66 år faktisk eller potensielt er funksjonshemmet. Det betyr samtidig at noen av disse både nå og på sikt representerer et visst behov også for omsorgstjenester, et behov som er vesentlig større enn bare for 20 år siden, hvor det dreide seg om halvparten så mange (Brevik 2002). Den betydelige utstøtingen fra arbeidslivet i de 15-20 siste åra, representerer derfor utfordringer for omsorgstjenestene på sikt, og som antakelig er vesentlig annerledes og større enn tidligere. Det fordi deler av disse allerede har eller sannsynligvis vil utvikle helseproblemer og funksjonstap i et annet omfang enn om de – som tidligere – hadde vært yrkesaktive i seinere livsfaser.

Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de 10-15 siste årene viser en klar utvikling der nye og yngre brukergrupper omfattes av de kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det har samtidig som følge at spekteret av tjenester utvides og er mer sammensatt enn i den tradisjonelle eldreomsorgen. Det er vanskelig å peke på forhold som sannsynliggjør

at en slik behovsutvikling ikke vil fortsette. Det at ca 40 pst av årsverksveksten i hjemmetjenestene i HPE-perioden 1998-2001 falt på brukere under 67 år - og som i sin helhet var nye brukere samtidig som årsverkene var knyttet til hjemmesykepleievirksomhet - i regi av en plan viet eldre, viser etter vår mening til behovspotensialet for omsorgstjenester i den øvrige delen av befolkningen.

---

# Litteratur

- Bay, A-H. (2000): Opinionens forventninger til velferdsstaten, Skriftserie 1/2000, NOVA, Oslo 2000
- Botten, G. et al. (2000): Spreke eldre, rimeligere eldreomsorg? Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om Eldres funksjonsevne, Skriftserie 2000:6, Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo
- Braathaug, A. L. et al. (2001): Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter, Rapport 2001/4, Oslo: Statistisk Sentralbyrå
- Brevik, I. (2001): Handlingsplan for eldreomsorgen. Regional stats vurdering av investeringstilskuddene. Noen erfaringer midtveis i byggeperioden. NIBR-notat 2001:107, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Brevik, I. (2002): Handlingsplan for eldreomsorgen. Regional stats kontroll med kommunenes bruk av øremerkete tilskudd. NIBR-rapport 2002:18, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Brevik, I. (2003): Handlingsplan for eldreomsorgen. Kommunenes vurdering av planen som redskap i utbyggingen av omsorgstjenestene. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse. NIBR-notat 2003:114
- Den Norske lægeforening (2001): Når du blir gammel og ingen vil ha deg ... Sluttrapport for eldre, Oslo
- Daatland, S.O. (1997): De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-1995. NOVA-rapport 22/97, Oslo: NOVA

- Engedal, K. (2000): Alzheimers sykdom – nytt håp. Tidsskrift for den norske lægeforening 120, 2739
- Halvorsen, E. (2003): Hvorfor sparer de eldre så mye? Innlegg IV Norske kongress i aldersforskning, Hurdalssjøen 6.-7. november 2003, Oslo: NOVA/SSB
- Jacobzone, S. et al. (2000): *The health of Older persons in OECD Countries: Is it Improving fast Enough to Compensate for Population Ageing? Labour market and Social Policy – Occasional Paper No 37*, Paris: OECD
- Jarvis, C. and Tinker, A. (1999): “Trends in old age morbidity and disability in Britain”. *Aging and society*, 19:603-627
- Kommunenes sentralforbund (2002): Velferds-Norge skifter ham. KOU 2002:1
- Kommunenes sentralforbund (2003): Innbyggjarene sitt syn på velferdspolitik og velferdstenester, KOU 2003:1
- Kommunenes sentralforbund (2003): Velferd, virkelighet og visjoner – mot bærekraftige kommuner. Sluttrapport, KOU 2003:3
- Koren, C. (2001): Minstepensjon og minstepensjonister. NOVA-rapport 19/2001, Oslo: NOVA
- Manton, K. G. et al (1997): “Chronic disability Trends in elderly United States populations 1982-1994”. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 94(6):2593-2598
- Manton, K. G. et al (1998): “The dynamics of dimensions of age-related disability 1982 to1994 in the U:S: elderly population”, *Journal of gerontology. Series A. Biological Sciences and Medical Sciences*, 53(1):B59-B70
- Moland, L. (1999): Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene: kvalitet, effektivitet og miljø. FAFO-rapport, Oslo
- Lauvli M. (1991): Utbygging av serviceboliger i Norge. Norsk gerontologisk institutt, NGI-rapport 2

- Norsk rettstidene, vol. 155, 1990, s 874, s888
- Ostir, G.V.et al (1999): "Disability in older adults: Prevalence, causes and consequences". *Behavioral Medicine*, 24(4):147-156
- Romøren, T.I. (2001): Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år, Oslo: Gyldendal
- Romøren, T.I og Svorken B. (2003): Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av "Handlingsplan for eldreomsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag, NOVA Rapport 12/03, Oslo: NOVA
- Sosialdepartementet (1997): *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*, NOU 1997:17.
- Sosial- og helsedepartementet (1998): *Sammenlikningstall for kommunene 1998, Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene ("Hjulet")*, Oslo 1998
- Sosial- og helsedepartementet (1999): Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjonene, Oslo
- Sosial- og helsedepartementet (2000): Sykefravær og uførepensjon, et inkluderende arbeidsliv, NOU 2000:27
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006, Oslo
- St. meld nr. 34 (1988-89): Boligmelding for nittiåra
- St. meld. nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Psykiske lidelser og tjenestetilbudene
- St. meld. nr. 50 (1996-1997):Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet. Oslo, 13. mai 1997
- St. meld. nr. 28 (1999-2000), Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000
- St.meld.nr.34 (1999-2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år, 19. mai 2000



- St. meld. nr. 30 (2000-2001), Langtidsprogrammet 2002-2005
- St. meld. nr. 31 (2001-2002) Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen. ”Fra hus til hender”, 13. juni 2002
- St. meld. nr. 45 (2002-2003), Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, 27. juni 2003
- St. prp. pr. 63 (1997-98), Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006
- Statenes helsetilsyn (1999): Scenario 2030: sykdomsutvikling for eldre fram til 2030, Oslo
- Statistisk sentralbyrå (2003): Framskrivning av folkemengden 2002-2050, Oslo
- Strategisk Forum (2000): Fra velfærdsstat til medborgersamfund. Danskernes velfærdsværdier i det 21. århundre. København
- Stølen, N. M. et al. (2002): Arbeidsmarked for helse- og sosialpersonell fram mot 2002, SSB Rapport 2002/16, Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Sælleg, W. F. (2002): ”Handlingsplan for eldreomsorgen. De gode intensjoner”. *Aldring og eldre*, nr 1 2002
- Sælleg, W. F. (2002): ”Etter handlingsplan: Hva nå?” *Aldring og eldre*, nr 2 2002
- Toresen, J. (2001): Øremerkede tilskudd til pleie og omsorg. Økonomiske virkninger. NIBR-notat 2001:113, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Toresen, J. (2003): Handlingsplan for eldreomsorgen – virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk. NIBR-rapport 2003:11, Oslo 2003
- Waalder, H.T. (1999): Sykdomsutvikling for eldre fram til 2030. I: Statens helsetilsyn: Scenario 2030. Sykdomsutvikling for eldre fram til 2030, Rapport nr 6, Oslo