



Åsmund Hermansen

Forsker III og PhD
stipendiat ved Fafo
Institutt for arbeidslivs- og
velferdsforskning.
asmund.hermansen@fafo.no



Heidi Gautun

Forskningsleder ved NOVA
Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring.
heidi.gautun@nova.no

Yngreomsorgen i møte med eldreomsorgen

– hvordan påvirkes pleie- og omsorgstilbudet
til de aller eldste?

Et av de mest slående utviklingstrekk innen pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene har vært en omfattende endring i alderssammensetningen blant brukerne av hjemmetjenester. Relativt sett økte antallet brukere under 67 år dobbelt så mye som antallet brukere 80 år og eldre i perioden 1992 til 2006. Kommunene må i langt større grad enn tidligere fordele tjenester mellom yngre og eldre brukere. Hovedspørsmålet som belyses i denne artikkelen er hvordan omfang av hjemmetjenester som gis yngre brukere påvirker pleie- og omsorgstilbud til de aller eldste (80 år og eldre). Spørsmålet er belyst gjennom analyser av registerdata (KOSTRA). Et hovedfunn er at kommuner som opplever økt press fra yngre brukere av hjemmetjenester, reduserer det institusjonsbaserte tilbudet til eldre. Reduksjonen kompenseres ikke gjennom økt satsing på hjemmetjenester til eldre.

Et av de mest slående utviklingstrekk innen pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene har vært en omfattende endring i alderssammensetningen blant brukere av hjemmetjenester, definert som hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Relativt sett økte antallet brukere under 67 år dobbelt så mye som antallet brukere 80 år og eldre i perioden 1992 til 2006 (Gautun og Hermansen 2011). Hovedgrunnen til den sterke veksten i hjemmetjenestene til yngre er at en rekke reformer siden begynnelsen av 1990-tallet har overført ansvar for å yte pleie og omsorg til nye grupper av yngre brukere fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Fra å ha tilbudt disse gruppene et institusjonstilbud i spesialisthelsetjenesten, får yngre brukere, som utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, mennesker med psykiske lidelser og rusmisbrukere, i dag hjemmetjenester fra kommunen de bor i. Befolkningsutviklingen kan sies å ha forsterket noe av veksten i hjemmetjenestene til yngre brukere. Antallet barn og unge (0-17 år) økte med 11 prosent, yngre voksne (18-49 år) med 0,4 prosent og middelaldrende (50-66 år) med 40 prosent i perioden 1992-2006 (SSB 2011a). Fra i hovedsak å være et tilbud til eldre, har pleie- og omsorgstjenestene blitt et tilbud til personer i alle aldre (Romøren 2007). Yngre mottar i all hovedsak hjemmetjenester, mens eldre både mottar hjemmetjenester og institusjonsbaserte tjenester (Hermansen 2009). Kommunene må tildele tjenester til yngre og eldre brukere innenfor stramme økonomiske og personellmessige rammer (Gautun, Grødem og Hermansen 2012). Å møte behovene til disse to gruppene med utgangspunkt i samme tjenesteapparat vil dermed kunne innebære voksende utfordringer for norske kommuner, og et sentralt spørsmål er hvordan disse utfordringene slår ut i tildelingen av pleie- og omsorgstjenester på kommunalt nivå. Dette spørsmålet er i liten grad belyst i tidligere forskning og denne artikkelen søker derfor å belyse følgende forskningsspørsmål: *Hvordan påvirker en tildeling av hjemmetjenester til yngre brukere pleie- og omsorgstilbudet til de aller eldste?*

I artikkelens første del settes artikkelens forsk-

ningsspørsmål inn i en historisk ramme ved en gjennomgang av utviklingen i pleie- og omsorgstilbudet til yngre og eldre brukere de siste 20 årene. Fremstillingen baserer seg i hovedsak på kvantitative studier. Deretter sies det noe om hvilket handlingsrom kommunene i dag har til å bestemme hvem som skal få tjenester og hva slags tjenester som skal gis. Videre beskrives data og metode som er brukt for å besvare artikkelens forskningsspørsmål. Etter at resultater er presentert avsluttes artikkelen med en konklusjon, og forslag til videre forskning.

2.0 Pleie- og omsorgstilbudet til yngre og eldre brukere de siste 20 årene

Slutten av 1980-årene markerer starten på en omprofilering av pleie- og omsorgstilbudet til eldre. I forbindelse med desentraliseringen av primærhelsetjenesten vedtok Stortinget å tilbakeføre sykehjemmene fra fylkeskommunen til kommunene i 1988. Desentraliseringen førte til at kommunene fikk ansvar for hele pleie- og omsorgssektoren (Romøren 2011).

Samtidig som sykehjemmene ble overført til kommunene startet en utvikling med nedbygging av institusjonsplasser (Brevik 2010a). Mindre tilgang på institusjonsplasser medførte en tiltakende selektivitet i tildelingen av plass. Utviklingen førte til at eldre brukere flyttet senere inn på institusjon og ble der i kortere tid (Daatland mfl. 1997). Det øvrige tjenesteapparatet, som hjemmebasert omsorg, ble tatt mer intensivt i bruk både ut ifra en begrunnelse om at eldre fikk et bedre og mer verdig tjenestetilbud i eget hjem, og at hjemmebasert omsorg kostet mindre enn institusjonsplasser. Denne omprofileringen var nært forbundet med at kommunene måtte gjøre strengere prioriteringer i kommuneøkonomien (Brevik 2003, 2010a; Hermansen 2009).

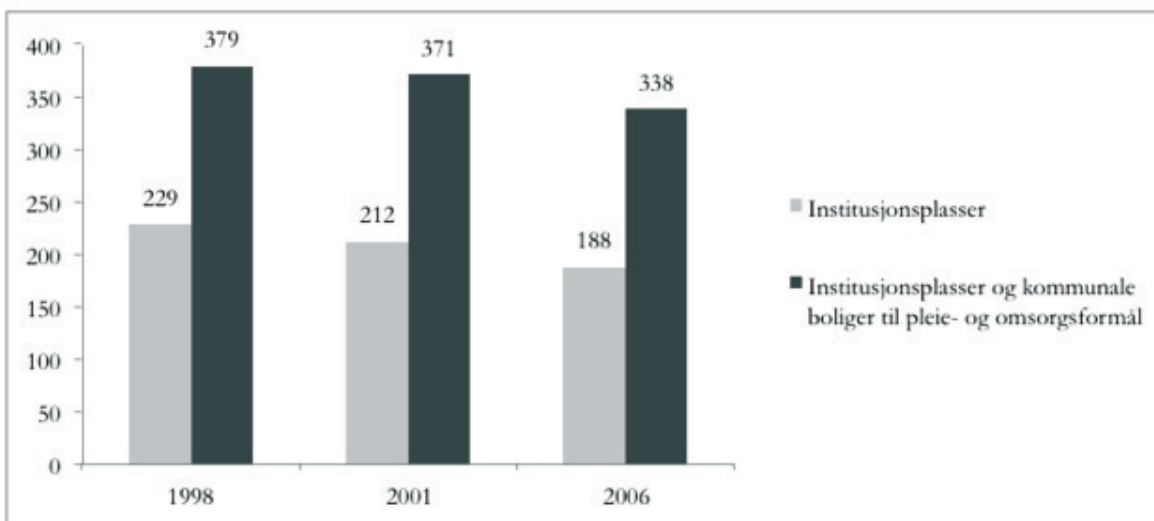
Med avinstitusjonalisering så man at en del brukere hadde behov for et tjenestetilbud mellom egne hjem og institusjonsomsorgen. Den sterkeste veksten i omsorgsboliger tilfalt yngre brukere. Omsorgsboliger var imidlertid også et av de store satsingsområdene under «Handlingsplanen for eldreomsorgen»

fra 1998 til 2005, med en utbygging på rundt 20.000 nye omsorgsboligheter (Brevik og Daatland 2007). I omsorgsboligene ytes, som til brukere i egne hjem, hjemmetjenester til beboerne. Omsorgsboliger er derfor ikke en del av det institusjonsbaserte tilbudet. I omsorgsmeldingen *Mestring, muligheter og omsorg* er den sterke veksten i antall omsorgsboliger sett opp mot veksten i antall eldre. Det ble understreket i meldingen at dekningsgraden for omsorgsboliger hadde økt fra 3 til 11 per 100 innbyggere 80 år og eldre i perioden (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Samtidig fant det sted en nettotilgang på kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år og eldre på 10.750 enheter. Utbyggingen av omsorgsboliger og kommunale boliger må imidlertid ses i sammenheng med at antallet plasser i aldershjem ble redusert med hele 9.835 i samme periode. Den samlede nettoøkningen for personer over 67 år utgjorde derfor kun 915 enheter (Brevik og Daatland 2007). Når institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre ses samlet, var den lavere ved avslutningen av «Handlingsplanen for eldreomsorgen» i 2006 enn ved oppstarten i 1998 (jmfør figur 1). Den vesentligste reduksjonen var i antall institusjonsplasser, som falt fra 229

plasser per 1 000 innbyggere 80 år og eldre i 1998, til 188 plasser i 2006 (Brevik 2010a).

I 1992 utgjorde de under 67 år 18 prosent av alle brukere innen den hjemmebaserte omsorgen. I 2005 hadde andelen steget til 30 prosent. Den største veksten var blant brukere mellom 18 og 49 år (Romøren 2007). Veksten på rundt 40.000 nye årsverk innen pleie- og omsorgssektoren i perioden 1995 til 2005 tilfalt i all hovedsak nye unge brukerne (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Tall fra SSB i perioden 1992 til 2004 viser at det skjedde en markant omprofilering av tjenestene innen den hjemmebaserte omsorgen i løpet av disse årene. Andelen som kun mottok praktisk bistand (for eksempel enkel matlaging, rengjøring osv.), gikk ned med 19 prosent, mens andelen som mottok både hjemmesykepleie og praktisk bistand, økte med 23 prosent. Andelen som bare mottok hjemmesykepleie, ble doblet i denne perioden, og det var brukere under 50 år som opplevde den aller sterkeste veksten. Blant disse var det en tredobling i antallet som mottok hjemmesykepleie (Romøren 2007).

Det har de siste 20 årene blitt gjennomført en rekke reformer som direkte eller indirekte har vært avgjørende for utformingen av den hjemmebaserte omsor-



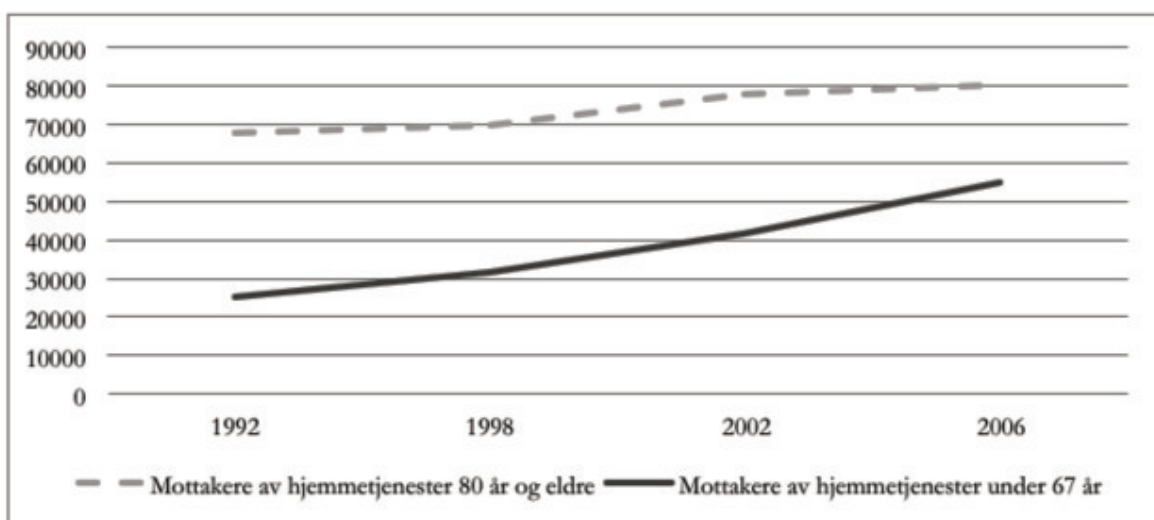
Figur 1 Utvikling i antall institusjonsplasser og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (utvalgte år). Plasser per 1.000 innbyggere 80 år og eldre. (Kilde: Brevik 2010a, side 74)

gen. Veksten i antall yngre brukere skyldes i all hovedsak at kommunene har blitt pålagt nye oppgaver. HVPU-reformen i 1991, Opptappingsplanen for psykisk helse i 1998 og flere reformer innen rusomsorgen har medført at kommunene har fått ansvar for nye grupper av yngre brukere. Videre har redusert oppholdstid på sykehus medført økt behov for behandling, etterbehandling og rehabilitering i regi av kommunehelsetjenesten. En stor andel av hjemmetjenestemottakerne under 67 år er pasienter utskrevet fra somatiske sykehus (Romøren 2007).

I 2006 var over 55.000 brukere av hjemmetjenestene under 67 år (jmfør figur 2). I 1992 var antallet 25.000, det vil si at det hadde funnet sted vekst på 30.000 yngre brukere i denne perioden. Antallet brukere 80 år og eldre opplevde i samme periode en vekst med i overkant av 12.000 brukere. I 1992 var antallet eldre brukere av hjemmetjenester cirka 67.000. I 2006 var antallet økt til rundt 80.000 brukere (Brevik 2010a). Relativt sett økte dermed antallet brukere under 67 år dobbelt så mye som antallet brukere 80 år og eldre i denne perioden. Forskjellen i utviklingen som har funnet sted for yngre og eldre fremstår som enda større når vi ser at antall innbyggere 80 år og

eldre økte fra 163.000 i 1992, til over 215.000 i 2006. På landsbasis sank dermed andelen innbyggere 80 år og eldre som mottok hjemmetjenester relativt sett fra 41 prosent i 1992, til 37 prosent i 2006.

Utviklingen de siste 20 årene har vært preget av en moderat, men jevn vekst i absolutte tall i sykehjemsplasser og en kraftig reduksjon i antall aldershjemsplasser. Innenfor det institusjonsbaserte tilbudet har det derfor vært en reduksjon både i antall plasser og i dekningsgrad av institusjonsplasser (Brevik 2010a; Gautun og Hermansen 2011). Dekningsgraden av institusjonsplasser utgjorde i 2006 53 prosent av nivået i 1980 målt i antall enheter per innbyggere 80 år og eldre. Veksten i antall omsorgsboliger har ikke kompensert for hele reduksjonen i antall plasser i aldershjem, til tross for at omsorgsboligene er blitt bygget ut raskere enn noe annet tilbud i moderne norsk omsorgstjeneste. Totalt sett har det derfor vært en svak nedgang i institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre de siste 20 årene (Brevik 2010a, 2010b). Ses utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene for innbyggere 80 år og eldre samlet, har den demografiske utviklingen medført en reduksjon i pleie- og omsorgstilbudet til de aller eldste.



Figur 2 Utvikling i antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre og under 67 år (utvalgte år).
(Kilde: Brevik 2010a, side 86)

2.1 Hvilket handlingsrom har kommunene i dag til å bestemme hvem som skal få tjenester og hva slags tjenester som skal gis?

Kommunale pleie- og omsorgstjenester er i dag regulert gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (Prop. 91 L (2010-2011)). Helse- og omsorgstjenesteloven legger nokså klare føringer for hvem som har krav på å motta kommunale pleie- og omsorgstjenester. Loven åpner for et visst skjønn, men dette skjønnen er ikke gjenstand for en lokal politisk behandling. De som oppfyller vilkårene i helse- og omsorgstjenesteloven, har rettskrav på et tilbud som holder et forsvarlig minstenivå, uavhengig av lokalpolitiske eller økonomiske vurderinger. Det virker derfor rimelig å hevde at kommunene har lite råderett over hvem som har rett til å motta pleie- og omsorgstjenester. Når det gjelder hvilke og hvor omfattende tjenester som skal ytes, har imidlertid kommunene innenfor dagens rammebetingelser større handlingsrom. At en person har rettskrav på nødvendige pleie- og omsorgstjenester, innebærer ikke krav på en bestemt type tjeneste, som for eksempel en institusjonsplass. Det er opptil kommunene å bestemme utformingen av tjenestetilbudet og fordelingen av ressurser mellom de ulike tjenestene som inngår i sektoren. Dette er en videreføring av gjeldende rett fra kommunehelse- og sosialtjenesteloven, som tidligere regulerte de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Prop. 91 L (2010-2011)). Innenfor dagens handlingsrom blir dermed hovedoppgaven for de lokale beslutningstakerne å organisere pleie- og omsorgstjenester som møter behovene hos en stadig voksende yngre brukergruppe, samtidig som behovene blant den eldste delen av befolkningen ivaretas. Hvordan kommunen håndterer denne utfordringen søkes belyst i de kommende analysene.

3.0 Data og metode

3.1 Data

Registerdataene som benyttes i analysene er hentet fra KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) for årene 2008 og 2010. Videre er det innhentet opplysninger fra SSBs befolkningsstatistikk⁹. KOSTRA er et

nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet, og dataene er offentlig tilgjengelig gjennom Statistisk sentralbyrå. Disse dataene gir informasjon om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder blant norske kommuner. I utgangspunktet inneholder KOSTRA informasjon om alle Norges 429 kommuner, men det er ikke mulig å inkludere alle kommuner i de kommende analysene på grunn av manglende verdier på sentrale variabler. I alt inkluderes 396 kommuner i analysene.

3.2 Avhengige og uavhengige variabler

3.2.1 Avhengige variabler

De avhengige variablene i analysene er dekningsgraden av institusjonsplasser og av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2010. «Dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre» er operasjonalisert ved å dele «antall beboere på institusjon 80 år og eldre» på «antall innbyggere 80 år og eldre» for hver enkelt kommune i 2010. «Dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre» er operasjonalisert ved å dele «antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre» på «antall innbyggere 80 år og eldre» for hver enkelt kommune i 2010.

3.2.2 Uavhengige variabler

«Dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» er, som følger av artikkelens forsknings-spørsmål, en sentral uavhengig variabel. Variablen er operasjonalisert ved å dele «antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år» på «antall innbyggere under 67 år» for hver enkelt kommune i 2008.

For å kontrollere for demografiske og geografiske forhold, inkluderes «andel innbyggere 80 år og eldre», «andel en-personhusholdninger» og «andel innbyggere som bor spredt». Variablene operasjonaliseres ved å dele det absolutte antallet på «antall innbyggere totalt» for hver enkelt kommune i 2008. En gjennomgang av tidligere studier har vist at det først og fremst er gruppen «eldre eldre», det vil si de som er 80 år og eldre som har behov for og mottar pleie- og omsorgstjenester. Yngre eldre, mellom 67 og 79 år

har over tid fått en bedret helsetilstand og har hatt en nedgang i bruk av tjenester (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Derfor velger vi å bruke «andel innbyggere 80 år og eldre» som en indikator på behovet for pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner.

Når det gjelder «andel en-personhusholdninger» vil kan hende behovet for pleie- og omsorgstjenester være høyere i kommuner hvor mange bor alene, fordi det ikke er andre voksne i husholdet som kan yte bistand til omsorgstrengende. For å kontrollere for betydningen av «andel en-personhusholdninger», inkluderes variabelen i analysen.

Når det gjelder «andelen av befolkningen som bor spredt», har det fremkommet i undersøkelser blant ansatte i kommunene, at spredt bosetning kan være en kostnadsuleppe (Gautun 2012). Spesielt innenfor den hjemmebaserte omsorgen innebærer spredt bosetning i kommuner større utgifter sammenlignet med kommuner der befolkningen er konsentrert til tettsteder. I analysene er det kontrollert for variabelen «andel av befolkningen som bor spredt». Innbyggere som bor spredt, innbefatter de som etter SSBs tettstedsdefinisjon ikke bor i tettsted. Tettsted defineres som en samling hus hvor det må bo minst 200 personer. Normalt skal avstanden mellom husene ikke overstige 50 meter (SSB 2011b).

Brukergrunnlaget legger viktige rammer for utformingen av tjenestetilbudet innen pleie- og omsorgssektoren i den enkelte kommune. For å kontrollere for ulikheter i brukergrunnlaget, inkluderes «andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med noe/avgrenset bistandsbehov» og «andel mottakere med omfattende bistandsbehov». Disse to variablene er operasjonalisert ved å dele henholdsvis «antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester med noe/avgrenset bistandsbehov» og «antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov» på «antall mottaker av hjemmetjenester totalt» i 2008.

I analysene kontrolleres det også for om kommuner med et godt utbygd institusjonstilbud har et knappere hjemmetjenestetilbud sammenlignet med andre kommuner og omvendt. Variabelen «dek-

ningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre» i 2008 inkluderes i analysen av «dekningsgrad av institusjonsplasser for innbygger 80 år og eldre» i 2010. Videre inkluderes «dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre» i 2008 i analysen av «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbygger 80 år og eldre» i 2010.

Når det gjelder omfanget av hjemmebaserte tjenester, er «gjennomsnittlig antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken» og «gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand i uken» sentrale mål. For å kontrollere for omfanget av hjemmetjenestene, inkluderes «gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre)» og «gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre)» i analysene. Begge variabler er operasjonalisert som dikotomier, hvor kommuner som i gjennomsnitt tildeler 5 timer eller mindre er tillagt verdien 1 og kommuner som i gjennomsnitt tildeler mer enn 5 timer er tillagt verdien 0.

Pleie- og omsorgstjenester er tjenester med høy inntektselastisitet. Kommuner med høye inntekter kan yte et mer omfattende tjenestetilbud til innbyggerne enn kommuner med lave inntekter (Rattsø og Sørensen 1997). Det er i analysene kontrollert for betydningen av det økonomiske handlingsrommet, ved å inkludere variabelen «frie inntekter per innbygger (i 1.000 kroner)» i 2008 i analysene.

Når de kommunale inntektene stort sett er gitt i form av frie inntekter, blir hovedoppgaven til de lokale beslutningstakerne å prioritere innenfor de gitte rammene. Pleie og omsorg utgjør sammen med grunnskolen store og kostnadskrevende deler av den kommunale virksomheten. For å kontrollere for betydningen av lokale prioriteringer, er variablene «andel nettoutgifter til pleie og omsorg» og «andel nettoutgifter til grunnskole» inkludert i analysene. Variablene er operasjonalisert ved å dele henholdsvis «nettoutgifter til pleie og omsorg» og «nettoutgifter til pleie og omsorg» på «nettoutgifter totalt» for hver kommune i 2008.

3.3 Metode og modell

I analysene benyttes multippel sekvensiell regresjonsanalyse. Ved hjelp av en slik tilnærming er det mulig å studere hvilken betydning «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» har for «dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre» og «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre», kontrollert for andre forklaringsvariabler. Videre er det mulig å studere endringer i betydningen av «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» når nye grupper med forklaringsvariabler introduseres.

Analysene tar utgangspunkt i en sosioøkonomisk tilnærming. I den sosioøkonomiske tilnærmingen legges det vekt på betydningen av demografiske, geografiske og økonomiske forholds betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester. Dette er en utbredt tilnærming i studier av variasjoner mellom kommuner når det gjelder tjenestetilbud og utgiftsnivå (Hansen 2000). I den grad variasjoner mellom norske kommuner når det gjelder demografi, geografi og økonomiske forhold har betydning for utformingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, er siktemålet i de kommende analysene å ta hensyn til disse variasjonene, så langt det lar seg gjøre.

4.0 Resultater

Analysene viser at «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» virker negativt inn på «dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre» (jamfør tabell 1), når det tas hensyn til frie inntekter og lokale prioriteringer. Analysene viser dermed at kommuner med høy «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år», har lavere «dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre». For å undersøke hvilken betydning «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» har for «dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre», kan man beregne den estimerte «dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre». «Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under

67 år» i kommunen med den høyeste dekningsgraden i 2008 var på 6 prosent, mens dekningsgraden i kommunen med den laveste «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» var på 0,4 prosent. Dersom alt annet holdes likt, vil en kommune med den høyeste «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» (6,0 prosent) i 2008 ha en estimert «dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre» på 14,6 prosent i 2010. Til sammenligning vil en kommune med lavest «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» (0,4 prosent) i 2008 ha en estimert «dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre» på 18 prosent i 2010. Alt annet likt var dermed den estimerte «dekningsgraden av institusjonsplasser til innbyggere 80 år og eldre» i 2010 3,4 prosent lavere i en kommune med den høyeste «dekningsgraden av hjemmetjenester til innbyggere under 67 år» i 2008 sammenlignet med en kommune som hadde den laveste dekningsgraden.

Når det gjelder «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre», viser resultatene (jamfør tabell 2 siste side) at kommuner med høy «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» også har høyere «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre», helt til det tas hensyn til frie inntekter og lokale prioriteringer. Når det tas hensyn til frie inntekter og lokale prioriteringer, er «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» i 2008 uten betydning for «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre» i 2010. Dette innebærer at det kun er en tilsynelatende sammenheng i modell 2 mellom «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» i 2008 og «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre» i 2010. Den reelle forskjellen mellom kommuner når det gjelder «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre» i 2010 er ikke et resultat av forskjeller i «dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år» i 2008, men av forskjeller i frie inntekter per innbygger og lokale prioriteringer, som det kontrolleres for i modell 3.

5.0 Konklusjon

Kommunene har siden begynnelsen av 1990-tallet fått ansvar for å yte pleie og omsorg til nye grupper av yngre brukere. Tjenestene som tilbys disse er først og fremst hjemmetjenester. I denne artikkelen er det satt fokus på hjemmehjelp og hjemmesykepleie, som har hatt en formidabel vekst de siste 20 årene. Veksten har i hovedsak tilfalt de nye brukergruppene. Å møte behovene til yngre og eldre med utgangspunkt i samme tjenesteapparat vil kunne innebære voksende utfordringer for norske kommuner, og et sentralt spørsmål er hvordan disse utfordringene slår ut i tildelingen av pleie- og omsorgstjenester på kommunalt nivå. Dette spørsmålet har i liten grad blitt belyst i tidligere forskning. Resultatene i denne artikkelen tyder på at når kommunene og de lokale beslutningstakerne skal organisere pleie- og omsorgstjenestene for å møte behovene hos en stadig voksende yngre brukergruppe av hjemmebaserte tjenester, reduseres det institusjonsbaserte tilbudet til den eldste delen av befolkningen. Kommuner med høy «dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år», har lavere «dekningsgrad av institusjonsplasser til innbyggere 80 år og eldre», når det tas hensyn til det økonomiske handlingsrommet i form av frie inntekter og lokale prioriteringer. Analysene viser også at kommuner som opplever økt press fra yngre brukere av hjemmetjenester, og som dermed må redusere det institusjonsbaserte tilbudet, ikke kompenseres denne reduksjonen gjennom økt satsing på hjemmetjenester til de aller eldste.

Kommunene står på litt lengre sikt overfor store utfordringer inne pleie- og omsorgssektoren, både når det gjelder økonomi og bemanning i møte med de demografiske endringene. Økningen i antall eldre over 80 år, vil fram mot 2020 og 2030 kunne føre til et sterkt press på pleie- og omsorgstjenestene. Det er imidlertid andre utviklingstrekk som allerede i dag fører til at etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester øker (Gautun, Grødem og Hermansen 2012). Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har ført til at kommunenes pleie- og omsorgstjenester raskere må ta imot utskrivningsklare pasien-

ter fra sykehus. Stadig flere, både eldre og yngre, lever lengre med kroniske sykdommer. Bedre behandlingsmetoder fører til at flere overlever sykdommer, men disse vil i mange år være avhengige av å få bistand fra pleie- og omsorgstjenestene. Vi er også inne i en utvikling med stadig flere og sammensatte diagnoser som følge av økt alder, som vil kreve større kompetanse for å håndtere. Over 40 prosent av 95-åringene har for eksempel i dag demens (OECD 2010). Selv om stadig flere eldre lever lengre, uten store funksjonstap fram til de er svært gamle, vil mange kunne få behov for noen pleie- og omsorgstjenester i flere år. Et annet utviklingstrekk er veksten i antallet yngre brukere under 67 år. Vi har siden begynnelsen av 1990-tallet sett en sterk tilvekst av utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, pasienter som skrives ut fra sykehus, og etter hvert også rus og psykiatri. En undervurdert utfordring for kommunene framover kan se ut til å være at antallet yngre brukere med psykiske lidelser og rusmisbruksproblemer øker. I studier som er gjennomført de siste 3 årene forteller ansatte i kommuneadministrasjonen og -tjenestene at antallet rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser øker, og at tilbudet som ytes disse gruppene ikke er omfattende nok (Gautun, Grødem og Hermansen 2012).

De økte oppgavene for pleie- og omsorgssektoren, og hvordan disse skal møtes, får stor oppmerksomhet både av sentrale helsemyndigheter, politikere og forskere. I juni 2009 satte Helse- og omsorgsdepartementet ned et utvalg som fikk i oppdrag å utarbeide en NOU om innovasjon i omsorg (NOU nr. 11 (2011)). I denne settes det både et fokus på en større bruk av hjemmebasert velferdsteknologi, og et bedre samspill mellom velferdsstat, pårørende og sivilsamfunn, for å løse de økte omsorgsoppgavene. Dette er satsinger som diskuteres om kan komme til å redusere noe av etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester.

Flere utviklingstrekk fører altså til at kommunene står overfor store utfordringer i årene som kommer. Allerede i dag gir ansatte i kommuner uttrykk for at de økonomiske rammene er stramme. Analysene som vi har gjort av registerdata viser at så langt ser det ut

som at når kommunene har vært nødt til å prioritere ned tjenester, så har det blitt kuttet noe ned på eldreomsorgstilbudet. Et viktig spørsmål er hva som vil skje videre med eldreomsorgen dersom det blir et større gap mellom ressurser og oppgaver som skal utføres. På bakgrunn av de funnene som er presentert i denne artikkelen vil sentrale forskningsspørsmål fremover være hvilke prioriteringsutfordringer kommunene står overfor, hvordan politiske beslutningstakere, sentralt og lokalt, ansatte i kommuneforvaltningen

og tjenestene forholder seg til disse, og hvilke begrunnelser som ligger bak prioriteringer som gjøres. Skyldes veksten i yngreomsorgen og eldreomsorgen ulike behov, eller at yngre prioriteres framfor eldre av andre grunner, som for eksempel at yngres behov oppfattes som mer legitime? Dette er spørsmål som kan undersøkes nærmere ved hjelp av kvalitative datainnsamlinger og spørreundersøkelser.

Tabell 1 Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2010

	Modell 1 B (BETA)	Modell 2 B (BETA)	Modell 3 B (BETA)	Modell 4 B (BETA)
Konstant	0,159**	0,149**	0,123**	0,156**
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (2008)	-0,061 (-0,009)	-0,960** (-0,136)	-0,636 (-0,090)	-0,604* (-0,085)
Andel innbyggere 80 år og eldre (2008)		0,115 (0,031)	0,082 (0,022)	-0,353 (-0,096)
Andel en-personhusholdninger (2008)		0,200** (0,156)	0,210** (0,165)	-0,068 (-0,053)
Andel av befolkningen som bor spredt (2008)		0,079** (0,369)	0,077** (0,361)	0,020 (0,095)
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov (2008)		-0,010 (-0,020)	-0,012 (-0,025)	-0,018 (-0,038)
Andel brukere med omfattende bistandsbehov (2008)		-0,116* (-0,124)	-0,092* (-0,098)	-0,085* (-0,092)
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre (2008)			-0,176** (-0,204)	-0,197** (-0,228)
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre) (2008)			0,010 (0,088)	0,004 (0,038)
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre) (2008)			0,022** (0,154)	0,023** (0,166)
Frie inntekter per innbygger (i 1.000 kroner) (2008)				0,004** (0,571)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg (2008)				0,041 (0,039)
Andel nettoutgifter til grunnskole (2008)				-0,098 (-0,049)
N	396	396	396	396
Justert R²	,000	,179	,249	,425
*: p ≤ 0.05, **: p ≤ 0.01				

Tabell 2 Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2010

	Modell 1 B (BETA)	Modell 2 B (BETA)	Modell 3 B (BETA)	Modell 4 B (BETA)
Konstant	0,338**	0,306**	0,342**	0,273**
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (2008)	1,143** (0,387)	0,824* (0,106)	0,703 (0,090)	0,467 (0,060)
Andel innbyggere 80 år og eldre (2008)		0,566* (0,140)	0,513 (0,127)	0,115 (0,028)
Andel en-personhusholdninger (2008)		-0,063 (-0,045)	0,002 (0,001)	-0,040 (-0,028)
Andel av befolkningen som bor spredt (2008)		0,023 (0,100)	0,046** (0,194)	0,040* (0,168)
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov (2008)		0,041 (0,078)	0,039 (0,075)	0,040 (0,077)
Andel brukere med omfattende bistandsbehov (2008)		-0,009 (-0,009)	-0,027 (-0,026)	-0,058 (-0,056)
Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (2008)			-0,314** (-0,266)	-0,358** (-0,304)
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre) (2008)			0,014* (0,108)	0,015* (0,116)
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre) (2008)			-0,022** (-0,142)	-0,021** (-0,134)
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) (2008)				0,001* (0,154)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg (2008)				0,173* (0,152)
Andel nettoutgifter til grunnskole (2008)				0,065 (0,044)
N	396	396	396	396
Justert R²	,019	,056	,149	,160
*: p ≤ 0.05, **: p ≤ 0.01				

NOTER

- 1) Det er innhentet opplysninger om andel en-personhusholdninger. Andel en-personhusholdninger er ikke en del av KOSTRA, men av SSBs generelle befolkningsstatistikk (SSB 2011a).
- 2) Den estimerte dekningsgraden for institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (Y) beregnes ved å sette regresjonskoeffisientene fra analysen (jmfør tabell 1) inn i følgende formel:

$$Y = (0,156 + (-0,604 * \text{dekningegrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år}) \\ + (-0,353 * \bar{X}_4) + (-0,068 * \bar{X}_5) + (0,020 * \bar{X}_6) + (-0,018 * \bar{X}_7) + (-0,085 * \bar{X}_8) + \\ (-0,197 * \bar{X}_9) + (0,004 * 1_{11}) + (0,023 * 1_{12}) + (0,004 * \bar{X}_{13}) + (0,041 * \bar{X}_{14}) + (-0,098 * \bar{X}_{15}))$$

I beregningen av den estimerte dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre

(Y) holdes følgende variabler konstante ved å multiplisere gjennomsnittsverdien (\bar{X}) for hver variabel med regresjonskoeffisienten for de respektive variablene: andel innbyggere 80 år og eldre (x_4), andel en-personhusholdninger (x_5), andel innbyggere som bor spredt i 2008 (x_6), andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med noe/avgrenset bistandsbehov (x_7), andel mottakere med omfattende bistandsbehov (x_8), dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2008 (x_9), dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2008 (x_{10}), frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) i 2008 (x_{13}), andel nettoutgifter til pleie og omsorg (x_{14}) og andel nettoutgifter til grunnskole (x_{15}). Videre er gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre) (x_{11}) og gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre) (x_{12}) holdt konstant ved å multiplisere regresjonskoeffisienten for disse variablene med 1.

SUMMARY

One of the most striking developments in the care sector over the past 20 years has been a major change in age structure among the recipients of home care. Relatively speaking, the number of recipients under the age of 67 has increased twice as much as the number of recipients age 80 and above from 1992 to 2006. Municipalities must to a far greater extent than previously, allocate services between young and old recipients. The main question addressed in this article is how the scope of home care services provided for younger recipients affects the scope of care services for the very elderly (80 years and older). This issue is addressed through analysis of registry data (KOSTRA). A key finding is that municipalities which are experiencing an increased pressure of younger recipients of home care services are reducing the coverage of nursing homes for the very elderly. This reduction is not compensated for by any increase in the scope of home care services provided for the elderly.

Key words: *distribution, care services, younger and older recipients.*

ÅSMUND HERMANSEN,
HEIDI GAUTUN

Yngreomsorgen i møte
med eldreomsorgen

LITTERATURLISTE

- Brevik, Ivar.** (2003). *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer*. Forskningsrapport nr. 2003/17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, Ivar & Daatland, Svein Olav.** (2007). *Utvikling og status i norsk eldreomsorg institusjoner og kommunale boliger for omsorgsformål 1989-2005*. Aldring og livsløp 2:2-5.
- Brevik, Ivar.** (2010a). *De nye hjemmetjenestene langt mer enn bare eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*. Forskningsrapport nr. 2010/2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, Ivar.** (2010b). *Oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007*. Forskningsrapport nr. 2010/1. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Daatland, Svein Olav, Platz, Merete, og Sundstrøm, Gerdt.** (1997). Status og utviklingslinjer. I Svein Olav Daatland (Red.), *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*. Forskningsrapport nr. 1997/22. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Gautun, Heidi & Hermansen, Åsmund.** (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 2011:12. Oslo: Fafo.
- Gautun, Heidi, Skevik Grødem, Anne & Hermansen Åsmund.** (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom yngre og eldre brukere*. Fafo-rapport 2012:62. Oslo: Fafo.
- Gautun, Heidi.** (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Fafo-rapport 2012:5. Oslo: Fafo.
- Hansen, Tore.** (2000). *Kommunal autonomi hvor stort er spillerommet?* I Harald Baldersheim & Lawrence E. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hermansen, Åsmund.** (2009). *Hjemme eller institusjon? En studie av norske kommuners prioriteringer mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg*. Masteroppgave. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Hermansen, Åsmund.** (2011). *Organisering og eierformer i pleie- og omsorgssektoren*. Fafo-notat 2011:14. Oslo: Fafo.
- Langørgen, Audun, Galloway, Taryn Ann & Aaberge, Rolf.** (2006). *Gruppering av kommuner etter folkekengde og økonomiske rammebetingelser 2003*. Rapporter 2006/8. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- NOU nr. 18** (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale og sosial- og helsetjenester*.
- NOU nr. 11** (2011). *Innovasjon i omsorg*.
- OECD.** (2010). *Health at a Glance: Europe 2010*. Paris: OECD.
- Otnes, Berit.** (2007). *Hjelp til flere utenfor institusjon*. Lokalisert 10.09.10 på URL: <http://www.ssb.no/ssp/utg/200705/06/>
- Prop. 91 L** (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.
- Rattsø, Jørn & Sørensen Rune.** (1997). *Kommunen som serviceprodusent/ tjenesteyter: Hva forteller norsk kommuneforskning om kommunesektorens effektivitet?* I Harald Baldersheim, Jan Fridthjof Bernt, Terje Kleven & Jørn Rattsø (Red.), *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Romøren, Tor Inge.** (1991). *Tre reformer som endret det kommunale hjelpeapparatet*. I Anne Hilde Nagel (Red.), *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater forlag.
- Romøren, Tor Inge.** (2007). *Kommunale hjemmetjenester fra eldreomsorg til «yngreomsorg»? Aldring og livsløp 1:2-10*.
- Romøren, Tor Inge.** (2011). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*. I Aksel Hatland, Stein Kuhnle & Tor Inge Romøren (Red.), *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal.
- Statistisk sentralbyrå.** (2011a). «Folkemengde». Lokalisert 04.12.11 på URL: <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>
- Statistisk sentralbyrå.** (2011b). «SSBs tettstedsdefinisjon». Lokalisert 31.08.11 på URL: <http://www.ssb.no/vis/emner/02/01/10/befteft/om.html>
- St.meld. nr. 25** (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.