

Ivar Brevik

# Eldreomsorgen i Oslo

**Tjenester og behovsdekning.  
Sammenliknende analyse av Helsetilsynets  
undersøkelse i 2003**



**NIBR**  
Norsk institutt for  
by- og regionforskning

NOTAT 2007:111

**Tittel:** **Eldreomsorgen i Oslo**  
Tjenester og behovsdekning. Sammenliknende analyse av  
Helsetilsynets undersøkelse i 2003

**Forfatter:** Ivar Brevik

**NIBR-notat:** 2007:111

**ISSN:** 0801-1702  
**ISBN:** 978-82-7071-696-8  
**Prosjektnavn:** Utvikling og status i Oslos eldreomsorg

**Oppdragsgiver:** Oslo fylkesforening av Norsk pensjonistforbund

**Prosjektleder:** Ivar Brevik

**Referat:** Notatet gjengir resultatene av en sammelignende analyse av sentrale trekk ved eldreomsorgen i Oslo på grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse i 2003 av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene der hovedstaden sammenliknes med "annen stor by" og resten av landet. Det gjøres rede for funksjonssvikt og hjelpebehov hos eldre, innsatsen i de heimebaserte tjenestene og tilbudet i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Vi gjør også rede for resultatene av kommunenes vurdering av eventuell utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål og tilsyn samt medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak.

**Sammendrag:** Norsk

**Dato:** Desember 2007

**Antall sider:** 85

**Utgiver:** Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern  
0313 OSLO

**Vår hjemmeside:** Telefon: 22 95 88 00  
Telefaks: 22 60 77 74  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)  
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2008

# Forord

Notatet er i sin helhet bygd på analyse av undersøkelsen *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene*, som Statens Helsetilsyn gjennomførte i 2003. Dette materialet har tidligere ikke vært analysert verken spesifikt for eldre eller eldre i storby.

Notatet er del av rapporteringen fra prosjektet: *Utvikling og status i Oslos eldreomsorg*. Det gjennomføres og er finansiert som oppdrag for *Oslo fylkesforening av Norsk Pensjonistforbund*.

Samtidig foreligger et annet notat i prosjektet: *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk*. NIBR-notat 2007:102

Hovedrapporteringen fra prosjektet vil foreligge som NIBR-rapport 2007:115.

Vi vil takke Lars Nygård, dekan ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, for kommentarer til manus underveis. Ved NIBR vil vi takke forsker Frode Berglund for hjelp ved tilrettelegging av datamaterialet og metodisk bistand under veis og forsker Bjørg Langset for gjennomgang av manus.

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

Oslo, desember 2007

Olaf Foss  
forskningssjef

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt .....	4
Figuroversikt.....	5
Sammendrag .....	7
<b>1 Innledning .....</b>	<b>14</b>
1.1 Oversikt over innholdet i Helsetilsynets undersøkelse.....	14
1.1.1 Om utvalget for undersøkelsen. ....	14
1.1.2 Representativitet.....	16
1.1.3 Innholdet i undersøkelsen.....	17
1.1.4 Hvor de eldre bor.....	17
1.1.5 Bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie .....	17
1.1.6 Vurdering av ulike former for hjelp som er utilstrekkelig .....	17
1.1.7 Eldres funksjonsnivå .....	18
1.2 De eldre tjenestemottakernes funksjonsnivå .....	18
1.2.1 Mål for funksjonstap .....	18
1.2.2 Karakteristikk av de 4 grupperingene for ADL-funksjonstap.....	19
1.2.3 Grad av funksjonstap etter type oppholdssted.....	20
1.2.4 Demens som viktigste årsak til hjelpebehov etter type oppholdssted .....	23
1.2.5 Grad av funksjonstap etter oppholdssted og etter bosted .....	23
1.2.6 Andel med demens som hovedårsak til hjelpebehovet etter type oppholdssted og grad av funksjonstap.....	25
1.3 Grad av funksjonstap og tilbudsform/oppholdssted .....	26
1.3.1 Sammenhengen mellom grad av funksjonstap og oppholdssted i Oslo, storby og resten av landet.....	26
1.4 Bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie .....	28
1.4.1 Hyppighet i heimebaserte tjenester til eldre i kommunal bolig.....	29
1.4.2 Hyppighet i heimebaserte tjenester til eldre i egen ordinær bolig.....	30
1.4.3 Bruk av hjemmesykepleie i antall besøk gruppert etter oppholdssted og bosted. ....	32
1.4.4 Andel korte og lange besøk .....	33
1.4.5 Bruk av hjemmehjelp pr uke etter oppholdssted .....	33
1.5 Tid med hjemmehjelp og hjemmesykepleie.....	35
1.6 Bruk av hjemmesykepleie og hjemmehjelp etter faktisk funksjonstap .....	37
1.6.1 I egen ordinær bolig .....	37
1.6.2 I kommunal bolig .....	40
1.7 Om tilsyn fra hjemmesykepleien.....	42
1.7.1 Regelmessig tilsyn om kvelden fra hjemmesykepleie.....	42
1.7.2 Regelmessig tilsyn om natta fra hjemmesykepleie .....	42
1.7.3 Trygghetsalarm .....	43
1.8 Nærhet til hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene.....	43
1.8.1 Stasjonær bemanning og nærhet til pleie- og omsorgstjenester på dagtid ....	43

1.8.2	Stasjonær bemanning og nærhet til pleie- og omsorgstjenester om natta	44
1.8.3	Eldres kommunale bolig som del av bofellesskap/bokollektiv	44
2	Utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp og tilsyn, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak og kontakt	46
2.1	Innledning	46
2.2	Vurdering av hjelpesituasjonen i forhold til personlige gjøremål i hverdagen blant eldre i egen heim	47
2.2.1	Hjelp til personlig hygiene	48
2.2.2	Forhold som påvirker å ha utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene	49
2.2.3	Tilsyn om kvelden/natta	51
2.2.4	Mat og måltider	51
2.2.5	Praktisk hjelp i huset	52
2.2.6	Oppsummering	52
2.3	Vurdering av medisinsk faglig tilsyn til eldre i egen heim	53
2.3.1	Sykepleiefaglig tilsyn	53
2.3.2	Legetilsyn	53
2.4	Aktivitetstiltak og sosiale tiltak til eldre i egen heim	54
2.4.1	Aktivitetstiltak	54
2.4.2	Sosiale tiltak	54
2.5	Vurdering av hjelpesituasjonen i forhold til personlige gjøremål, medisinsk faglig tilsyn og aktivitetstiltak blant eldre i kommunal bolig	54
2.5.1	Utilstrekkelig hjelp i forhold til personlige gjøremål i hverdagen	55
2.5.2	Utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn	56
2.5.3	Sosiale tiltak og aktivitetstiltak	57
2.6	Vurdering av hjelpesituasjonen i forhold til personlige gjøremål, medisinsk faglig tilsyn og aktivitetstiltak blant eldre i institusjon	57
2.6.1	Personlige gjøremål i hverdagen i institusjon	58
2.6.2	Utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn i institusjon	59
2.6.3	Sosiale tiltak og aktivitetstiltak i institusjon	59
2.7	Utilstrekkelig hjelp i ordinær privat bolig etter grad av hjelpebehov	60
2.7.1	Personlige gjøremål i hverdagen	60
2.7.2	Faglig medisinsk tilsyn og grad av hjelpebehov	61
Vedlegg 1	Utdrag av spørreskjema Statens helsetilsyns undersøkelse 2003 med relevans for dette notatet og indikatorer i Barthels pleieindeks	64
Vedlegg 2	A Mål for evne til å utføre dagliglivets gjøremål og mål for mentale evner	67
Vedlegg 2 B	Mål for ulike andre funksjoner	68
Vedlegg 3	Figurer og tabeller til kapittel 1 og 2	69

## Tabelloversikt

Tabell 1.1	Oversikt over utvalget 67 år + i Helsetilsynets undersøkelse i 2003. Antall personer i nettutvalg. ....	15
Tabell 1.2	Utvalget fordelt etter type oppholdssted. Oslo, annen stor by, resten av landet og hele utvalget. Prosent.....	15
Tabell 1.3	Eldre 67 år+ med hjemmehjelp. Hjelp i timer pr uke gruppert etter oppholdssted og bosted. Sammenlikning mellom Oslo, annen storby og resten av landet. Prosent.....	34

# Figuroversikt

Figur 1.1	Grad av funksjonssvikt etter type oppholdssted. Gradering i grupper etter Barthels ADL-indeks. Andel med skåre for funksjonssvikt i 5 grupper. Andeler i prosent.....	22
Figur 1.2	Pleietyngde etter oppholdssted og bosted. Oslo, annen stor by og resten av landet. Barthels indeks. Eldre 67 år+. Poeng i indeksen i gjennomsnitt.....	24
Figur 1.3	Grad av funksjonssvikt i forhold til personlige gjøremål og gangførhet målt ved Barthels ADL-indeks etter fire hovedgrupperinger av funksjonstap. Fordeling etter type oppholdssted. Sammenlikning mellom Oslo, storby og resten av landet. Prosent.....	25
Figur 1.4	Eldre 67 år +. Andel med opphold i institusjon, kommunal bolig eller i eget ordinært hjem etter grad av funksjonstap gruppert etter Barthels-ADLindeks i 4 nivåer. Prosent.....	27
Figur 1.5	<u>Eldre i kommunal bolig</u> . Antall ganger med besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte (<15 min), lange (60 min+) og mellomlange (>15<60 min) besøk samt antall timer hjemmehjelp pr uke i gjennomsnitt. Gjennomsnitt.....	29
Figur 1.6	<u>Eldre i egen ordinær bolig</u> . Antall besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte (<15 min), lange (60 min+) og mellomlange (>15<60 min) besøk samt antall timer hjemmehjelp pr uke i gjennomsnitt. Gjennomsnitt. ....	30
Figur 1.7	Antall besøk fra hjemmesykepleie pr uke etter om en bor i ordinær privat bolig eller i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål etter type bosted. Andel med ulike grupperinger av antall ganger Prosent.....	32
Figur 1.8	Eldre i <u>privat ordinær bolig</u> . Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte (<15 min), lange (60 min+) og mellomlange (>15<60 min) besøk samt antall timer hjemmesykepleie og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Timer. ....	36
Figur 1.9	Eldre i egen ordinær bolig og med <u>moderat eller betydelig</u> grad av funksjonstap. Ant timer med hjemmesykepleien pr uke ved korte og lange besøk samt ant timer hjemmesykepleie og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Timer. ....	38
Figur 1.10	Eldre i egen ordinær bolig og med <u>store</u> funksjonstap. Ant timer med hjemmesykepleien pr uke ved korte, lange og mellomlange besøk samt ant timer hjemmesykepleie og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Timer.....	39
Figur 1.11	Eldre i <u>kommunal bolig</u> med moderat og med betydelig/stor grad av funksjonstap. Antall timer med hjemmesykepleien pr uke ved korte, lange og mellomlange besøk samt antall timer hjemmesykepleie og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Timer. ....	40
Figur 1.12	Eldre som bor i privat bolig og i kommunal bolig. Andel med hjemmesykepleie om kvelden og om natta samt andel med trygghetsalarm etter bosted. Prosent. ....	42

Figur 1.13	Eldre i kommunal bolig. Andel som bor med stasjonær service (personalbase) eller med nærhet til leie- og omsorgstjenester angitt i minutter. Prosent .....	44
Figur 1.14	Andel eldre som bor i bofellesskap/bokollektiv i kommunale boliger og i ordinære private boliger etter om de bor i Oslo, annen stor by eller resten av landet. Prosent.....	45
Figur 2.1	Personer 67 år+ i privat ordinær heim. Kommunenes vurdering av hvor utilstrekkelig den kommunale hjelpa er med hensyn til tilsyn om kvelden/om natta, praktisk hjelp i huset, mat og måltider samt personlig hygiene. Prosent .....	48
Figur 2.2	Personer 67 år+ som bor heime. Kommunenes vurdering av hvor tilfredsstillende den kommunale hjelpa er med hensyn til tilsyn fra lege, sykepleiefaglig tilsyn, sosiale tiltak og aktivitetstiltak.....	53
Figur 2.3	Eldre i kommunal bolig. Kommunenes vurdering av hvor tilfredsstillende situasjonene er mht tilsyn om kvelden/om natta, praktisk hjelp i huset, mat og måltider samt personlig hygiene. Andel med for lite hjelp. Oslo og Resten av landet. Prosent.....	55
Figur 2.4	Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til personlige funksjoner, praktisk hjelp, tilsyn, faglig tilsyn og sosiale tiltak. Sjanser oppgitt i oddsratio (ganger). Eldre i <u>kommunal bolig</u> . Referanse: resten av landet=1. Logistisk regresjon .....	56
Figur 2.5	Eldre i kommunal bolig. Kommunenes vurdering av hvor tilfredsstillende hjelp er mht tilsyn, legetilsyn, sykepleiefaglig tilsyn, sosiale tiltak og aktivitetstiltak. Andel med utilstrekkelig hjelp. Oslo og Resten av landet. Prosent. ....	57
Figur 2.6	Personer 67 år+ i institusjon. Kommunenes vurdering av hvor tilfredsstillende situasjonene er mht tilsyn om kvelden/om natta, mat og måltider samt personlig hygiene.....	58
Figur 2.7	Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til personlige funksjoner, praktisk hjelp, tilsyn, faglig tilsyn og sosiale tiltak. Sjanser oppgitt i oddsratio (ganger). Eldre i kommunal bolig. Referanse: resten av landet=1. Logistisk regresjon .....	59
Figur 2.8	Eldre som bor i egen ordinær privat bolig med hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Andel med utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp i huset og personlig hygiene etter grad av hjelpebehov. Prosent.....	61



---

# Sammendrag

*Ivar Brevik*

## **Eldreomsorgen i Oslo.**

Tjenester og behovsdekning.

Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003

NIBR-notat: 2007:111

### **Om datamaterialet**

Materiale og analyser som legges fram her er basert på Helsetilsynets undersøkelse *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene*. Den ble utført i 2003 i et representativt utvalg av våre kommuner. Det inngår 11.131 personer 67 år+ i materialet. Undersøkelsen gjelder alle med opphold i institusjon, kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål samt heimeboende som både mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

Datamessig er undersøkelsen den mest omfattende som hittil noen gang har vært gjennomført i Norge.

For nærmere omtale av utvalg, datainnsamling og innhold i undersøkelsen viser vi til innledningen.

## **I. Funksjonssvikt og hjelpebehov hos eldre**

Vi har utførlig gjort rede for grad av funksjonssvikt hos eldre i forhold til personlige gjøremål og gangførhet.

### **1.1 Funksjonssvikt hos eldre i privat ordinær bolig, kommunal bolig og institusjon**

Innslaget både av eldre med store eller moderat hjelpebehov i institusjon (sykehjem) er det samme i Oslo som i resten av landet. Funksjonssvikt eller pleietyngden er i gjennomsnitt akkurat den samme blant eldre i sykehjem i Oslo, annen stor by og i resten av landet. Det samme er tilfellet i kommunale boliger, men i noe mindre grad blant hjelpetrequende eldre i ordinære private heimer.

Omlag 3 av 10 eldre som bor i ordinære *heimer* og som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, har funksjonstap på eller nært opp til *sykehjemspasientenes nivå*. Det er 'bevist' for at det foregår en ikke ubetydelig alternativ pleie i forhold til institusjon i eldres egne heimer.

Vi har stipulert andelen eldre i *kommunale boliger* med omtrent samme pleietyngde som eldre i institusjon, til 24 pst, eller samme andel som i SSBs undersøkelse av kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg i 2005.

### **1.2 Aldersdemens**

Aldersdemens var *viktigste årsak til hjelpebehovet* for 40 pst av eldre i institusjon i 2003. Oslo skiller seg ikke ut her. Blant eldre i kommunale boliger, er demens hovedårsaken til

hjelpebehovet for 11 pst. Det betyr at det i 2003 bodde omlag 3.500 slike demente i kommunale boliger i Norge.

Blant eldre uten funksjonstap i forhold til personlige gjøremål har hver tredje plass i institusjon i Oslo, mot 16 prosent på landsbasis. Det henger sammen med at eldre med demens som viktigste årsak til funksjonstap, oftere har plass i institusjon i Oslo enn i landet forøvrig. Slike forhold 'spiser' også av sykehjemskapasiteten.

### 1.3 Eldre med samme grad av funksjonstap fordelt etter type oppholdssted

Av eldre med *stor* eller *svært stor grad* av funksjonstap, bor 23 pst i eget ordinært hjem eller i kommunal bolig. Sjøl på det nivået fungerer *alternativene* til sykehjem i ikke ubetydelig grad. Resten av disse -77 pst - har plass i institusjon på landsbasis. I Oslo gjelder det imidlertid 90 pst. I Oslo har bare 3 pst på det nivået for funksjonssvikt opphold i kommunal bolig, mot 13 pst i resten av landet. På alle nivå for funksjonstap er det i Oslo flere eldre som har plass i institusjon enn hva som er tilfellet på samme nivå i resten av landet.

Der betydelig grupper avhjelpes for sine behov ved bruk av kommunale boliger og en mer intensiv hjemmetjeneste, må Oslo ty til sykehjemmet. Siden Oslo har få kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg, må det med *nødvendighet* bli slik.

Vår hypotese er at sjølve innretningen av det samlede tjenestetilbudet - under ellers like vilkår - fører til ekstra bruk av sykehjem i Oslo som ikke ville ha vært der om en hadde innrette seg som gjennomsnittet for landet.

## II. Innsats i heimebaserte tjenester

### 2.1 Hyppighet i hjemmesykepleiebesøk

Eldre i *kommunale boliger* har på landsbasis i *gjennomsnitt* ca 14 besøk pr uke fra hjemmesykepleien, derav er 7 *korte* (under 15 min), 6 *mellomlange* (15 min til 1 time) og i gjennomsnitt er ett *langt* (60 min eller mer). I Oslo har eldre 9 besøk pr uke. Det er særlig korte og lange besøk som forekommer sjeldnere i Oslo.

Eldre i *ordinær privat bolig* med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie har på landsbasis i gjennomsnitt 7,4 besøk fra hjemmesykepleien i uka. Det samme er tilfellet i Oslo.

#### *Hele landet*

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

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

Hvis 'intensiv' bruk av hjemmesykepleie f. eks innebærer minst to besøk pr dag - f. eks morgen og kveld - er 13 pst på landsbasis i slik situasjon når en bor i *ordinær privat heim*. Det sannsynliggjør at de kommunale boligene ofte har en annen hjelpe- og pleiemessig funksjon en ordinære hjem.

Av all hjelp til eldre som bor i *ordinær privat heim* og som både har hjemmehjelp og hjemmesykepleie, faller imidlertid *halvparten* av alle hjemmebaserte omsorgstimer på dem som har hjemmesykepleie *i mer enn i gjennomsnitt 2 ganger pr dag*, dvs 13 pst av alle.

En ytterligere intensiv innsats overfor eldre i egne boliger og med størst funksjonstap vil i de fleste kommuner mest bero på en *generell økning* i tilførselen av ressurser til pleie- og

omsorgssektoren samlet sett. Dette fordi det er lite å hente ved å omfordele fra dem som allerede har lite.

### **Oslo**

I Oslo, som i resten av landet, dreier det seg i to av tre tilfeller om 1-7 besøk i uka når en bor i ordinær privat heim. Her, som i landet ellers, er det bare i hvert åttende tilfelle tale om i gjennomsnitt mer enn to eller flere besøk pr dag. Det er jevnt over *lav intensitet*.

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

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

### **2.2 Andel korte og lange besøk i hjemmesykepleien**

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

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

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

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

Oslos bruk av hjemmesykepleie skiller seg vesentlig fra det som jevnt over er det vanlige både i forhold til eldre i kommunale boliger og i ordinære private heimer. Siden den samla innsatsen i de heimebaserte tjenestene også er mindre i Oslo, har svært liten bruk av langtidsbesøk i hjemmesykepleien sannsynligvis sammenheng med knapphet på ressurser.

### **2.3 Hjemmehjelp - antall timer pr uke**

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

I bare hhv 19 pst og 15 pst av tilfellene utgjør hjemmehjelpa 3 timer eller mer pr uke. Og kun i hhv 5 pst og 3 pst av tilfellene ytes det i gjennomsnitt 1 time eller mer hver dag i løpet av uka.

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

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

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

## 2.4 Samlet innsats i heimebaserte tjenester i Oslo

Oslos samlede innsats i heimebaserte tjenester til eldre i *ordinær privat bolig* er 4 timer i gjennomsnitt pr uke. Det utgjør 80 pst av innsatsen i resten av landet.

Hovedstadens bidrag i hjemmesykepleien til de få som bor i *kommunale boliger*, er 4,1 timer i uka. Det utgjør 66 pst av innsatsen i gjennomsnittet for resten av landet. De heimebaserte tjenestene utgjør her 5,5 timer pr uke, eller 73 pst i forhold til resten av landet.

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

## 2.5 Innsats etter grad av funksjonstap

### *I ordinære private heimer*

Samlet praktisk bistand til eldre i *ordinære private heimer* med *moderate* funksjonstap (halvparten av alle heimeboende med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie) er 4 timer pr uke og litt mindre (93 pst) enn i resten av landet.

Samlet tilgang på hjelp til eldre med *betydelige* funksjonstap i egen privat heim, er 6,1 time, eller 82 pst av gjennomsnittet for resten av landet.

Samlet innsats i Oslo til eldre med *store* hjelpebehov representerer 81 pst av samlet innsats i gjennomsnittet for resten av landet.

Dessuten er ressursbruk i korte og lange besøk både til eldre med betydelige og store hjelpebehov, bare halvparten så stor i Oslo som i resten av landet.

Hjemmesykepleiens *profil* i hovedstaden er annerledes og mindre 'bredspektret'. Oslo har mao både mindre bredde og mindre omfang i hjemmesykepleiens arbeid for de mest hjelpetrengende heimeboende eldre.

Ved mer omfattende og bredere profilert bruk av de heimebaserte tjenestene ville en sannsynligvis kunnet ha *utsatt* tidspunktet for institusjonalisering for en god del eldre og dermed kuttet ned på oppholdstida der og slik bidratt til økt sykehjemskapasitet.

### *I kommunale boliger*

I kommunale boliger i Oslo gjentar bruken av hjemmesykepleie mønsteret i private heimer, med begrenset bruk av korttids- og langtidsbesøk i hjemmesykepleien.

## III. Tilsyn fra hjemmesykepleie, fast bemanning i kommunale boliger og andel fellesskapsboliger

### 3.1 Tilsyn av hjemmesykepleie kveld og natt

Hver tredje eldre i *ordinære private heimer* med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, har regelmessig tilsyn om *kvelden*. Det er ikke forskjeller mellom Oslo og resten av landet.

*I kommunale boliger* har 1 av 5 regelmessig tilsyn om *natta*. Det gjelder 8 pst i Oslo. Mens Oslo ikke skiller seg fra resten av landet på kveldstid, er situasjonen vesentlig annerledes *nattestid*. På den andre siden har 95 pst av eldre i kommunale boliger trygghetsalarm, mot 6 av 10 på landsbasis.

### 3.2 Fast bemanning i kommunale boliger

#### *På dagtid*

Hver tredje eldre i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål har hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene ved fast bemanning på *dagtid*. Videre bor 46 pst slik at hjelpen kan tilkalles utenifra og kommer i løpet av 2-10 minutter.

Nærmere 8 av 10 eldre i kommunale boliger bor enten med personalbase eller rimelig god nærhet til omsorgsbasis.

I Oslo bor 7 av 10 i boliganlegg med fast bemanning på dagtid, mens ytterligere 23 pst har tilgang på hjelp i løpet av under 10 minutter. Nesten samtlige har god nærhet til det kommunale hjelpeapparatet.

#### *Om natta*

På landsbasis har 23 pst av de kommunale boligene fast stasjonær bemanning om natta, mens 38 pst har tilgang på hjelp utenfra i løpet av 3-10 min. *Vel 6 av 10 har rimelig god dekning rent nattestid.*

I Oslo, med svært god lokal dekning på dagtid, har bare 5 pst av de kommunale boligene fast bemanning om natta. I 8 av 10 må en vente i mer enn 10 minutter, mot 4 av 10 på landsbasis. Oslo synes i stor grad å basere nattilbudet på trygghetsalarm.

Det er således en vesentlig annen situasjon nattestid i Oslo enn det som er vanlig i norske kommuner generelt. Hjelpebehovene hos beboerne er imidlertid omtrent de samme og andelen med demens som hovedårsak til behovet for hjelp, er større.

### 3.3 Andel fellesskapsboliger

For øvrig er det slik at 40 pst av eldre i kommunale boliger på landsbasis bor i bofellesskap. Det samme gjelder halvparten, eller 20 pst i Oslo.

## IV. Utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål og tilsyn, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak

Fagpersonale som kjenner den enkelte bruker godt har vurdert hvorvidt den hjelpa som ytes er tilstrekkelig eller *noe* eller *alt for* utilstrekkelig. Hovedinntrykket på landsbasis er at *alt for lite* hjelp er av begrenset omfang. Den grunnleggende pleien synes gjennomgående godt ivaretatt. I det følgende refereres det til sum utilstrekkelig hjelp, som oftest gjelder det 'noe' utilstrekkelig.

Vi gjør først rede for situasjonen i forhold til hjelp til personlig hygiene, tilsyn kveld/natt, hjelp til mat og måltider samt til praktisk hjelp i huset.

#### 4. 1. Personlig gjøremål - eldre i ordinær privat heim

Ifølge det kommunale fagpersonalet vurderinger har *hver femte* mottaker av kommunale tjenester i egen heim utilstrekkelig hjelp til *personlig hygiene*.

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

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

På landsbasis er ifølge pleiepersonalets vurderinger 15-25 pst som har utilstrekkelig hjelp personlige gjøremål og praktisk hjelp i hverdagen. Men bare 1-4 pst har 'alt for lite' slik hjelp. Det synes ofte å *skje forsømmelser, men kvalitetsvikt av mer alvorlig karakter er antakelig likevel sjelden*. Det er imidlertid en viss og noen ganger betydelig utilstrekkelighet, som mest sannsynlig skyldes knapphet på ressurser.

Det er imidlertid et slags hierarki i utilstrekkeligheten. Hjelp til viktige funksjoner som personlig hygiene og mat og måltider, er utilstrekkelig i 25 pst av tilfelle på landsbasis. Deretter følger praktisk hjelp og tilsyn om kvelden/natta med 15-19 pst. Faglig medisinsk tilsyn er utilstrekkelig i hvert 10. tilfelle

Utsiktene til å ha utilstrekkelige tjenester av denne typen er under ellers like vilkår 10-40 pst større i Oslo for 3 av 4 av de funksjonene vi har gjort rede for her sammenliknet med resten av landet. Det er betydelig, men ikke markant.

#### **4.2 Medisinsk faglig tilsyn til eldre i egen heim**

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

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

Og sjansene for dette er allment størst for dem med størst funksjonssvikt.

#### **4.3 Utilstrekkelig hjelp etter grad av funksjonstap blant eldre i ordinær privat bolig**

##### ***Personlige gjøremål i hverdagen***

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

Utilstrekkelig hjelp i Oslo mest markant for de mest hjelpetrengende. En synes oftest å komme til kort der en burde strekke til lengst. De heimebaserte tjenesten i Oslo synes særlig å svikte i forhold til dem med størst behov. Det understøtter hypotesen om at svakt utviklet alternative tjenesteyting øker presset på sykehjemmene i Oslo.

##### ***Medisinsk faglig tilsyn***

Medisinsk faglig tilsyn fra sykepleiere og leger er generelt oftere utilstrekkelig for dem med størst funksjonssvikt og hjelpebehov. Det gjelder imidlertid i særlig grad i Oslo når vi sammenlikner med resten av landet Særlig gjelder dette legetilsyn. Blant heimeboende eldre med betydelige/ store funksjonstap i Oslo, er det 28 pst med utilstrekkelig legetilsyn, mot 17 pst i samme gruppe på landsbasis.

#### **4.4. Situasjonen i forhold til personlige gjøremål og faglig medisinsk tilsyn blant eldre i kommunale boliger kommunal bolig**

For eldre i kommunale boliger i Oslo er hjelp til personlig hygiene utilstrekkelig for 37 pst, mot 9 pst i resten av landet.

På landsbasis er det 8 pst med utilfredsstillende tilsyn om kvelden/natta, mot 21 pst i Oslo.

Mens 6 pst av eldre i slike boliger har utilstrekkelig hjelp til mat og måltider i resten av landet, gjelder det 29 pst i Oslo.

Det synes å foreligge nokså stor svikt i hjelp til personlige gjøremål i hverdagen for eldre i kommunale boliger i Oslo målt i forhold til disse fire hverdagsfunksjonene. Fra 21 til 37 pst er vurdert til å ha utilstrekkelig hjelp. Sannsynligheten for dette er under ellers like vilkår jevnt over 3-4 ganger større i Oslo enn i resten av landet.

Videre er det på landsbasis ikke forskjell mellom eldre i kommunal bolig og dem som bor i institusjon med hensyn til disse funksjonene. Det kan tyde på at de kommunale boligene jevnt over fungerer like bra som institusjonene mht å tilfredsstillere eldres personlige gjøremål.

I Oslo er legetilsynet utilstrekkelig for 20 pst av eldre i kommunale boliger og det sykepleiefaglige tilsynet utilstrekkelig for 14 pst. Sjansene for å ha utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn i kommunal bolig er jevnt over dobbelt så store i Oslo som i resten av landet.

#### **4.5 Situasjonen i institusjon**

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

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

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

#### **4.6 Sosiale tiltak og aktivitetstiltak**

Aktivitetstiltak og sosiale tiltak for eldre vurderes over hele landet som utilfredsstillende for 50-60 pst av de eldre, og det uavhengig av type oppholdssted. Dette synes å være en allmenn mangel og er derfor den samme uavhengig av eldres av alder og kjønn.

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

Situasjonen er stort sett den samme i Oslo. Men også her skiller Oslo seg ut i positiv retning for eldre i sykehjem. Sjansene for å ha utilstrekkelige tiltak her, er under ellers like vilkår en del mindre i Oslo enn i resten av landet.

# 1 Innledning

## 1.1 Oversikt over innholdet i Helsetilsynets undersøkelse

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2003 en stor undersøkelse av brukere og bruk av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Hensikten for Helsetilsynet var å framskaffe et bredere grunnlag for å vurdere disse tjenestenes innhold og kvalitet.

Datamessig er undersøkelsen den mest omfattende som hittil noen gang har vært gjennomført i Norge. Den gjelder imidlertid dem som allerede er brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, og gir således bare kunnskap om dem som er innenfor. De som står utenfor eller som venter på tjenester, forteller den ikke noe om.

### 1.1.1 Om utvalget for undersøkelsen.

Utvalget i Helsetilsynets undersøkelse *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene i 2003* besto i utgangspunktet av 76 kommuner, men 3 falt fra ved datainnsamlingen. De 73 kommunene som inngikk i nettoutvalget for undersøkelsen, utgjorde 17 pst av kommunene i landet. Utvalget av kommuner var stratifisert etter flere kjennetegn. Først etter de fem landsdelene. Dernest ble det innenfor de utvalgte fylkene i hver landsdel trukket et tilfeldig og like stort antall kommuner etter størrelse basert på variasjon i kostnader ved kommunal tjenesteproduksjon (Fimreite 2000).

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

Undersøkelsen omfatter i alt 13.240 brukere, herav 11.131 personer 67 år og er således den største undersøkelsen noensinne i Norge av brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Den er særdeles verdifull bl. a ved detaljerte opplysninger om pleietyngde/hjelpebehov, som igjen gjør det mulig å relatere detaljert kartlegging av tjenestetilførsel nettopp til behov. Slik sett foregriper undersøkelsen den lenge planlagte nasjonale statistikken IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). Herfra vil vi ha landsomfattende resultater først fra året 2006.

I utvalget for Helsetilsynets undersøkelse inngår:

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



Når det gjelder personer som bor heime, omfatter undersøkelsen bare dem som er brukere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, mens personer i ordinære boliger som enten har bare hjemmehjelp eller bare hjemmesykepleie ikke er kommet med.

Av personer i ulike kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål er imidlertid alle omfattet av undersøkelsen uavhengig av bruk av de nevnte tjenestene.

Både av disse og andre grunner er det både hensiktsmessig og riktig å analysere bruken av tjenester etter type oppholdssted, dvs etter om en bor i egen ordinær bolig, i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål eller etter om en bor i institusjon.

Tabell 1.1 *Oversikt over utvalget 67 år + i Helsetilsynets undersøkelse i 2003. Antall personer i nettoutvalg.*

<b>Bosted</b>		<b>Oppholdssted</b>	
Resten av landet	8925	Institusjon	4051
Oslo	1006	Omsorgsbolig	1069
Trond heim	800	Kommunal bolig	1465
Kristiansand/Tromsø	400	Heime	4071
Alle			10656
Missing	0		475*)
Alle	11131		11131

\*) Det er 475 som ikke er plassert i forhold til oppholdssted. Disse utgjør 4 prosent av utvalget og er jevnt over den samme i Oslo, annen stor by og resten av landet. Disse faller utenfor i analyser som impliserer type oppholdssted.

Tabell 1.2 *Utvalget fordelt etter type oppholdssted. Oslo, annen stor by, resten av landet og hele utvalget. Prosent.*

Type oppholdssted	Oslo	Annen storby	Resten av landet	Alle
Institusjon	49	29	40	38 4051
Kommunal bolig	10	25	25	24 2534
Heime	41	46	35	38 4071
Alle	100 965	100 1155	100 8535	100 10656

Denne oversikten viser at det i Oslo og annen storby er noen vesentlige avvik særlig mht hvor mange som har opphold i institusjon og kommunale boliger. I annen storby befinner 29 pst seg i institusjon mot 38 pst på landsbasis. Tilsvarende flere befinner seg i egen privat bolig.

I Oslo finner vi i tråd med det vi statistisk vet om innslaget av kommunale pleie- og omsorgsboliger, at bare 10 har opphold i slike boliger av alle som omfattes av dette utvalget. Tilsvarende flere befinner seg i institusjon. Andelen som bor i egne private boliger er jevnt over den samme når vi sammenlikner Oslo med annen storby og gjennomsnittet for landet.

Disse ulikhetene vil imidlertid ha mindre innvirkning på resultater fra analyser der vi sammenlikner innenfor hver enkelt oppholdsstedskategori.

## 1.1.2 Representativitet

Den høye svarprosenten gjør at det mest er grunnlaget for utvalgstrekningen som kan påvirke undersøkelsens representativitet.

Undersøkelsens representativitet er for øvrig drøftet og gjort rede for tidligere (Statens helsetilsyn 2003, kap 2, om Utvalg og datainnsamling). Her konkluderer en med at undersøkelsesutvalget er tilfredsstillende gitt de stratifiserings- og inklusjonskriterier som er benyttet (Romøren 2003, s 41).

Oslo<sup>1</sup> er representert ved bydelene Majorstua/Uranienborg og Sofienberg/Grunerløkka. Det er rimelig å regne disse som representative for Oslo siden tjenester og tiltak for eldre i bydelene er drevet for midler bydelene får overført fra kommunen sentralt etter objektive kriterier med sikte på at tjenestetilbudet i eldreomsorgen skal være det samme i andre bydeler<sup>2</sup>

I 2003 hadde omlag 39.000 personer 67 år+ plass i institusjon, 32.600 bodde i ulike kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (SSB, Statistikkbanken). Dette utvalget utgjør således ca 10 pst av personer 67 år i institusjon og 8 pst av dem som bor i kommunale boliger.<sup>3</sup>

Siden datasettet er svært stort i forhold til universet (personer som er brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester) - dvs er et 10-prosentsutvalg - gir det et sikkert utvalg vil Sannsynligheten for at de enkelte resultatene ikke er signifikante (dvs at de er påvirket av tilfeldigheter pga sammensetningen av utvalget) vil derfor generelt være relativt liten.

I 2003 hadde vel 100.000 personer 67 år+ hjemmehjelp og eller hjemmesykepleie, og i underkant 50.000 personer begge deler. Hvor mange av disse som bor i kommunale boliger er ikke kjent. Om eldre i kommunale boliger hadde hjemmehjelp og hjemmesykepleie i samme omfang som alle eldre 67 år+, dvs 47 pst i 2003, var det omlag 35.000 heimeboende og 15.000 eldre i kommunale boliger slike brukere av disse tjenestene. Det betyr at 12 prosent av eldre i ordinære boliger med hjemmehjelp og hjemmesykepleie inngår i Helsetilsynets utvalg.

Jevnt over representerer denne undersøkelsen 10 pst av alle eldre 67 år+ med plass i institusjon, i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål eller som bor i ordinære private heimer og har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

### **Datainnsamling**

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

---

<sup>1</sup> Oslo ble trukket ut blant fylkene. Antall kommuner/bydeler i fylkene ble så trukket etter størrelse basert på variasjonen i kommunal tjenesteproduksjon, jfr Romøren 2003, s. 39

<sup>2</sup> I prinsippet skal derfor tjenester og tiltak til eldre jevnt over ha det samme omfang i forhold til eldrebefolkningen i alle bydeler siden midlene fordeles etter objektive behovskriterier basert på data om befolkningssammensetningen o.l I den grad tjenestetilbudet er i overensstemmelse med disse objektive kriteriene, i samme grad er de to trukket bydelene rimelig representative for byen

<sup>3</sup> Det synes å være en liten underrepresentasjon av personer som bor i kommunale boliger, noe som også er tilfellet når en inkluderer personer under 67 år. Det er det tidligere pekt på (Romøren 2003, s 41). Men dette vil imidlertid ikke virke vesentlig inn på undersøkelsens representativitet for disse siden utvalget er stort i forhold til populasjonen.

### 1.1.3 Innholdet i undersøkelsen

Undersøkelsen inneholder basisopplysninger som:

- kjønn, alder og
- årstall for flytting til nåværende kommunal bolig, og
- hvilken boform disse flyttet fra.

### 1.1.4 Hvor de eldre bor

I undersøkelsen i regi av Statens helsetilsyn skilles det mellom:

- *omsorgsboliger* (bygget med tilskudd fra Husbanken fra og med 1994) og,
- *annen bolig med kommunal disposisjonsrett* (annen type tilrettelagt bolig, servicebolig, bofellesskap, trygdebolig eller lignende).

En har kartlagt om boligene inngår i et *bofellesskap* eller *bokollektiv* og om de har *fast bemanning*.

En har videre kartlagt *hvor nær hjelpen er* for utviklingshemmede bosatt i denne typen boformer, enten ved å være *stasjonær* eller om den må *tilkalles utenfra* innen kort tid (3-5 min, 5-10 min, mer enn 10 min). Dette i forhold til tjenester separat både på *dagtid* og *nattid*.

### 1.1.5 Bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie

En har videre nøye kartlagt *bruken av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie* målt ved antall timer pr uke på dagtid (antall ganger og varighet) samt antall ganger pr uke med hjemmesykepleie i mindre enn 15 minutter og antall ganger med besøk som varer mer enn 1 time.

Dessuten er registret regelmessig tilsyn fra hjemmesykepleien om kvelden og om natta. En har også kartlagt utbredelsen av trygghetsalarm.

Likeens foreligger opplysninger om hvor lenge hver enkelt eldre har mottatt det omfang av hjelp vedkommende nå får.

### 1.1.6 Vurdering av ulike former for hjelp som er utilstrekkelig

Det er videre foretatt en kartlegging av hvorvidt personer med hjelp har *tilstrekkelig hjelp* etter en 4-punkts skala når det gjelder hjelp til:

personlig hygiene og stell	mat og måltider	praktisk hjelp i huset
tilsyn om kvelden/natten	aktivitetstiltak	sosiale tiltak
sykepleiefaglig tilsyn	legetilsyn	annet faglig tilsyn

Spørsmål i Helsetilsynets undersøkelse med relevans for vårt arbeid i dette notatet, er gjengitt i Vedlegg I.

### 1.1.7 Eldres funksjonsnivå

Undersøkelsen inneholder data om utviklingshemmedes *funksjonsnivå etter Barthels adl-indeks* (se vedlegg 2A og vedlegg 3A til dette notatet), som inkluderer hjelpebehov i forhold til mobilitet, men særlig behov i forhold til hjelp til personlig stell og pleie og fødeinntak.

Utviklingshemmede med hjelp er videre *vurdert etter mental evne* etter en 4-punkts skala når det gjelder hukommelse, orienterings- og vurderingsevne, samfunnsaktiviteter og huslige gjøremål. Hvordan disse målene eller indeksene er bygd opp går fram i Vedlegg II til dette notatet.

Dette materialet er særlig verdifullt fordi det er foretatt individuelle *pleietyngdemålinger* og vurderinger av *mental evne*. Vi vet at det også blant eldre er det stort spenn mht dette, noe som bekreftes av Helsetilsynets undersøkelse (Romøren 2003). Dette er svært viktige data for vurdering både av bo- og tjenestesituasjon.

Materialet gir anledning til analyse av hvordan eldre med hjemmebaserte tjenester er bosatt, deres nærhet til kommunale tjenester, omfanget av disse tjenestene og om den hjelpen som gis er tilstrekkelig.

## 1.2 De eldre tjenestemottakernes funksjonsnivå

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

### 1.2.1 Mål for funksjonstap

I tråd med tidligere analyser av dette materialet fra Helsetilsynets undersøkelse (Romøren 2003) nytter vi også her nytter vi Barthels ADL (Activities of daily living) som mål for funksjonssvikt. Dette er en ofte nyttet metode for å måle omfanget av funksjonssvikt i sentrale egenomsorgsfunksjoner som f.eks personlig stell, evne til å kle seg, spise samt gangførhet. Det er først og fremst mer omfattende funksjonssvikt som måles på denne måten<sup>4</sup>. Slik vi har nyttet indeksen tiltar grad av funksjonstap med tiltakende skåre på indeksen, som går fra 0 til 20. Funksjonsnivå og hjelpebehov nyttes i det følgende som synonyme begreper.

Vi vil her gi en kort oversikt over hva som kjennetegner personer 67 år+ med hensyn til grad av funksjonstap i forhold til noe mer omfattende funksjonssvikt i forhold til 10 ulike funksjoner knyttet til evnen til å klare seg i hverdagen på det personlige plan. De 10 funksjonene er knyttet til grad av bevegelsesevne (a), evnen til å ivareta personlige gjøremål (b), kontroll av vannlating og avføring (c) og evne til å kunne kle på seg og spise (d). De er gjort nærmere rede for i vedlegg II a.

---

<sup>4</sup> Når det gjelder mer begrenset funksjonssvikt i forhold til såkalte IADL-aktiviteter ('instrumental activities of daily living') som f.eks å foreta innkjøp, lage mat og ulike husholdsoppgaver, så er ikke de målt i denne sammenhengen (Romøren 2003, s. 42).

## 1.2.2 Karakteristikk av de 4 grupperingene for ADL-funksjonstap

Når vi holder de sjølhjulpne utenfor har vi laget en oversikt over grad av funksjonssvikt ved å gruppere skåren på Barthels adl-indeks fra 1-20 i 4 hovedgrupper. Hvor store andeler som i hver gruppe har funksjonstap i forhold til de 10 enkeltfunksjonene som inngår i indeksen er gjort rede for i figur v.1.1- v 1.4 i Vedlegg IIIA.

### 1. Med moderate funksjonstap (Barthel 1-4 poeng – figur v 1.1):

Omlag halvparten av dem som vi har karakterisert ved *moderate* funksjonstap, trenger til støtte eller hjelp i forhold til å gå trapper og halvparten nytter gåstativ. Henimot halvparten trenger hjelp til bading og hver fjerde er beroende på hjelp til personlig hygiene. Hver fjerde er *av og til* inkontinent i forhold til vannlating, men svært få i forhold til avføring. Bare en av 10 må ha *noe hjelp* til påkledning og til å spise. Gruppen er nokså typiske for eldre med heimebaserte tjenester (Romøren og Svorken 2003).

Eldre med *moderate funksjonstap* karakteriseres særlig ved problemer i forhold til *gangførhet* og i noen grad i forhold til *personlig stell*.

### 2. Betydelige funksjonstap (Barthel 5-9 poeng – figur v 1.2):

I denne gruppa er gangførheten ofte betydelig redusert idet hver tredje ikke kan gå tapper, mens en annen tredjedel må ha støtte eller hjelp for å få det til. Og 7 av 10 nytter gåstativ eventuelt rullestol, mens 1 av 5 trenger noe tilsyn ved forflytning mellom stol og seng. Alle må ha hjelp til bading og nesten alle må ha hjelp til personlig hygiene, mens hver tredje trenger hjelp på toalettet. Det siste har sammenheng med at godt over halvparten er *noe/helt* inkontinent i forhold til vannlating, mens hver fjerde er *noe* inkontinent for avføring. Her må tre av fire *oftest ha noe* hjelp til påkledning, mens 4 av 10 trenger *noe* hjelp til å spise.

Eldre med *betydelige funksjonstap* er karakterisert ved at *svært mange trenger hjelp til personlig stell og hygiene* samtidig som *gangførheten er betydelig redusert for flertallet*, mens *en like stor del har noe behov for hjelp til påkledning*.

### 3. Store funksjonstap (Barthel 10-14 poeng – figur v 1.3)

På dette nivået av funksjonstap har de aller fleste betydelige problemer med å forflytte seg idet omtrent samtlige ikke kan bevege seg i trapper uten hjelp og hvor 3 av 4 overheadet ikke kan gå i trapp, mens hver tredje enten må bruke rullestol eller ikke klare å flytte seg sjøl på golvplan. Nå er det samtidig blitt slik at forflytning mellom stol og seng er problematisk for de fleste. Hver tredje kan kun sitte med mye hjelp.

Samtlige må ha hjelp til bading og personlig hygiene og nesten alle trenger hjelp noe eller mye hjelp på toalettet. I denne gruppa er vel 8 av 10 helt eller av og til inkontinent i forhold til vannlating og tilsvarende vel halvparten for avføring. Samtlige trenger hjelp til påkledning og 7 av 10 til det meste, mens halvparten trenger noe hjelp til å spise. Gjennomsnittet for sykehjemspasienten befinner seg i dette området (Romøren og Svorken 2003).

Blant eldre med *store funksjonstap* har omtrent *samtlige* behov for hjelp til *personlig stell og påkledning* og de *aller fleste* ikke kan gå tapper samtidig som det å sitte og forflytte seg til seng er problematisk for de fleste.

#### 4. Svært store funksjonstap (Barthel 15-20 poeng – figur v 1.4)

I denne gruppa av svært funksjonsreduserte eldre evner så og si samtlige ikke å gå trapper i det hele tatt. Omlag 8 av 10 kan overhodet ikke forflytte seg aleine og kun ytterst få ved hjelp av gåstativ.

Samtlige er avhengig av hjelp til bading og personlig stell. Nesten samtlige er inkontinente i forhold til vannlating, derav 8 av 10 helt ut. De aller fleste er helt eller av og til inkontinente for avføring, derav 2 av 3 helt inkontinente.

Omtrent alle trenger hjelp til det meste ved påkledning. Og 9 av 10 trenger hjelp til å spise, og halvparten er helt avhengig av hjelp for å få i seg mat.

Blant eldre med svært stor grad av funksjonstap har *omtrent samtlige helt ut behov for hjelp til alle de basale funksjonene for å kunne eksistere i live*. Evnen til å bevege seg og stelle seg er borte for omtrent samtlige. Bare noen få har enda inntakt den første av de nevnte funksjonene de ervervet som barn, det å spise på egen hand.

Denne gjennomgangen viser forøvrig at vi som gammel stort sett taper evnen til å ivareta personlige basale funksjoner og gjøremål i omvendt rekkefølge av hvordan vi ervervet dem som barn, først gang- og personlig vaskefunksjonen og til sist kontrollen med fødeinntaket og ekskrementene, eller analogt i forhold til hva som er særlig er primært for å vokse opp *avhengig av andre* og i forhold til hva som er nødvendig for å evne å leve *uavhengig av andre*.

Disse nivåene er basisnivåene for grad av funksjonstap i dette notatet. I tillegg kommer de som ikke har skåre i Barthels adl- indeks. Disse utgjør det egentlig første nivået, dvs de vi har betegnet som 'uten funksjonstap' i hht Barthels-indeks, og benevnt som 'lette' i noen sammenhenger. Videre har vi noen ganger slått sammen personer med 'store' funksjonstap' med dem med 'svært store' funksjonstap. I slike sammenhenger ber vi om at en går tilbake til dette avsnittet for referanse til de eksakte funksjonskategoriene, om en skulle være i tvil.

### 1.2.3 Grad av funksjonstap etter type oppholdssted

Vi skal nå gi en kort oversikt over hva som karakteriserer eldre mht til funksjonssvikt i forhold til personlige gjøremål og gangførhet - dvs målt ved Barthels indeks, slik vi har gjort rede for ovenfor - etter type oppholdssted. Vi skiller mellom dem som bor i ordinære private hjem, i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og dem som bor i institusjon, dvs aller oftest i sykehjem.

Men først vil vi igjen minne om utvalget for denne undersøkelsen. Det omfatter alle som har opphold i institusjon og alle som bor i ulike former for kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, uavhengig av om de eventuelt mottar hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie.

Når det gjelder dem som bor i egne ordinære hjem, er bare de kommet med som *både mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie*. De som bor slik, men som enten bare har hjemmehjelp eller bare hjemmesykepleie, faller utenom undersøkelsen. Det betyr at den er helt ut representativ for brukere i institusjon og kommunale boliger. For dem i egen

---

private hjem, omhandler den bare eldre med begge tjenesteformene, dvs jevnt over de mer hjelpetrengende eldre.<sup>5</sup>

### I eget privat hjem

Blant eldre 67 år+ som bor i egne ordinære hjem og som er så vidt skrøpelige at de både har kommunal hjemmehjelp og hjemmesykepleie<sup>6</sup>, har 3 av 4 moderate funksjonstap eller er sjølhjulpne i forhold til de funksjoner som måles ved Barthels ADL-indeks. Bare 8 pst har store eller svært store funksjonstap, jfr figur 1.1.

Men legger vi til dem med betydelige funksjonstap, er vi oppe i 28 prosent. Vi nevnte tidligere at gruppa med 'store' funksjonstap, representerer en gjennomsnittlig sykehjems-pasient. Men også eldre med 'betydelige' funksjonstap har store hjelpebehov og svært mange trenger hjelp til *personlig stell*. *Gangførheten* er betydelig redusert for flertallet, mens en like stor del har noe behov for hjelp til *påkledning*.

Dessuten vet vi at 25 pst av dem med plass i institusjon har funksjonstap på det nivået, jfr figur 1.1. Det viser mao at omlag 3 av 10 som bor heime og som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, har funksjonstap på eller nært institusjonspasientenes nivå. Det er samtidig beviset for at det foregår en ikke ubetydelig alternativ pleie i forhold til institusjon i eldres egne hjem.

### I kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål

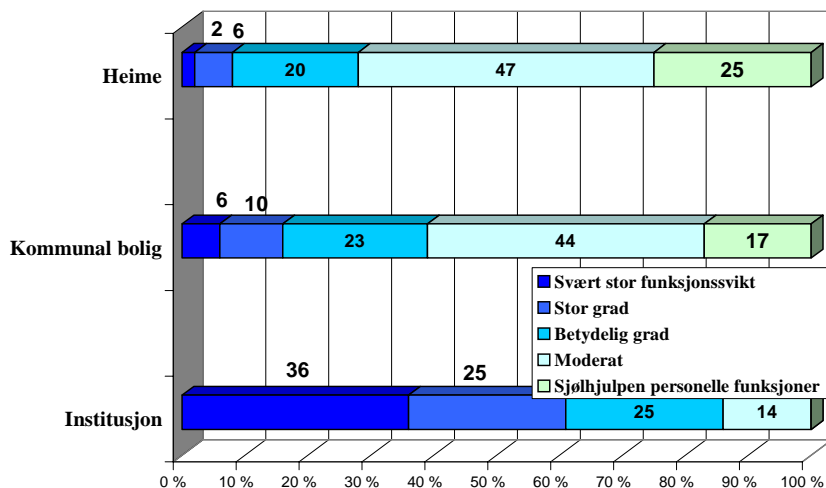
I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål har hver sjuende beboer 67 år+ funksjonstap på nivå 3 og 4, dvs store eller svært store funksjonstap. Disse kan alle ha hjelpebehov på sykehjemsnivå. Til disse kommer de 23 prosent som har 'betydelig' grad av funksjonstap og som er på nivå 2 i vår gruppering. Til sammen utgjør disse 39 prosent av eldre i kommunale boliger.

---

<sup>5</sup> Vi har tidligere sett på sammensetningen i bruken av hjemmetjenester blant eldre 67 år+ på landsbasis i 2003. Av 103.000 personer 67 år+ med hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie, hadde 47 pst begge tjenestene samtidig, mens 28 pst bare hjemmesykepleie og 39 pst bare hjemmehjelp. (SSB, *Statistikkbanken*, beregnet på grunnlag av denne).

<sup>6</sup> Materialet er imidlertid ikke helt ut konsistent på dette punktet idet det er 7 pst av eldre i ordinære private hjem som er uten hjemmesykepleie, dvs som bare har hjemmehjelp. Vi kan imidlertid ikke avgjøre om det var tilfellet på det tidspunktet undersøkelsen gjaldt - som er definerte til '*nå for tiden*' - eller om dette var en permanent situasjon. Uansett er dette så få at det ikke vil kunne virke noe vesentlig inn på denne oversikten over grad av funksjonssvikt hos eldre i denne gruppa.

Figur 1.1 *Grad av funksjonssvikt etter type oppholdssted. Gradering i grupper etter Barthels ADL-indeks. Andel med skåre for funksjonssvikt i 5 grupper. Andeler i prosent*



Vi har i annen sammenheng (Brevik 2007a og Brevik 2007b) gjort rede for SSBs undersøkelse i 2005 og 2006 som viser at omlag hver fjerde person 67 år bosatt i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, bor med heldøgns pleie- og omsorg. Undersøkelsen forteller ikke noe om grad av funksjonstap blant eldre beboere, men gjengir en  *vurdering*  av nivået for omfang av hjelp. Likevel mener vi at det synes å være et betydelig sammenfall mellom resultatene fra de to undersøkelsene<sup>7</sup>.

### I institusjon

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

De fleste av de sistnevnte er sannsynligvis demente. Det lar seg analysere, men må ligge i denne sammenhengen.

### Betydningen av demens

Forøvrig viser vår analyse at innslaget av demente er betydelig i det andelen med demens som viktigste årsak til Eldres hjelpebehov i de 5 nivåene for funksjonstap er respektive 8 pst, 17 pst, 27 pst, 31 pst og 36 pst.

<sup>7</sup> Om vi legger et nokså konservativt estimat til grunn og forutsetter at en tredjedel av dem som bor i kommunal bolig og har *betydelige* funksjonstap, har like store hjelpebehov som tilsvarende gruppe med plass i institusjon, gir det  $23 \text{ pst} \cdot \frac{1}{3} = 7,5 \text{ pst}$ . Disse kan således regnes i tillegg til de 16 pst med store hjelpebehov. Således kan vi stipulere andelen personer i kommunal bolig med samme pleietyngde som eldre i institusjon til 23,5 prosent. Dette er svært nær den andelen (24 pst) en fant i SSBs undersøkelse i 2005, slik vi tidligere har vist i vår analyse av situasjonen i Oslos eldreomsorg (Brevik 2007a). Sannsynligvis var det for 3-4 år siden 20-25 pst med 'heldøgns-pleie- og omsorg' i kommunal bolig.



---

Demens synes å være et innslag som tiltar med generell økning i tap av ADL-funksjoner. Det er imidlertid ikke tema i denne sammenheng.

### 1.2.4 Demens som viktigste årsak til hjelpebehov etter type oppholdssted

Vi skal gi en kort oversikt over for hvor mange demens er hovedårsaken til hjelpebehovet. NB: dette må ikke forveksles med andel med ulike demenssykdommer i alt. Her er bare tatt med dem for hvem dette er hovedårsaken til hjelpebehovet. Resultatene går fram av figur v 1.5 i tabellvedlegget til kapitlet.

Undersøkelsen viser at blant eldre i institusjon i 2003 var aldersdemens viktigste årsak til hjelpebehovet for 40 prosent. Oslo skiller seg ikke ut i slik sammenheng. Blant eldre med opphold i kommunale boliger, er demens hovedårsaken til hjelpebehovet for 11 pst. Det betyr at det i 2003 bodde omlag 3.500 slike demente i kommunale boliger. Graden av demens kjenner vi imidlertid ikke.<sup>8</sup>

I Oslos svært få kommunale boliger har imidlertid 16 pst av de eldre beboerne demens som hovedårsak til hjelpebehovet. Blant eldre i egen ordinær bolig er det betydelig færre med demens som hovedproblem, idet det gjelder 7 pst, mot 10 pst på landsbasis. Som vi vil komme tilbake til kan det ha sammenheng med at flere eldre bor aleine i Oslo enn ellers i landet, jfr neste avsnitt.

### 1.2.5 Grad av funksjonstap etter oppholdssted og etter bosted

I denne sammenheng skal vi ta for oss variasjoner i omfang av tilgang på hjemmehjelp og hjemmesykepleie blant eldre i Oslo sammenliknet med annen storby og resten av landet. Men siden tildelingen av kommunale tjenester rimeligvis vil være betinget av de eldres grad av funksjonstap, er det nødvendig å kontrollere for dette. Det kommer vi tilbake til.

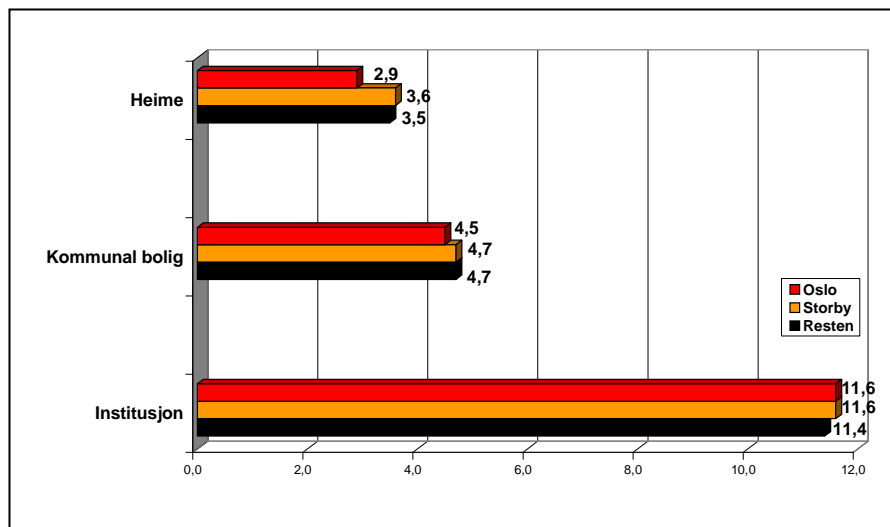
Men er det allment slik at det er visse variasjoner i grad av funksjonstap i ulike typer oppholdssteder når vi sammenlikner Oslo med de to øvrige områdene? Undersøkelsen viser at blant eldre i institusjon, er gjennomsnittlig skåre på Barthels ADL-indeks den samme i de tre områdene, jfr figur 1.2. Det samme gjelder eldre med opphold i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål.

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

---

<sup>8</sup> Materialet gjør det imidlertid fullt mulig både å gå i detalj på grad av funksjonstap hos disse og hvor mye hjelp de får av ulik type, lengde og omfang. Det faller imidlertid utenfor denne studien.

Figur 1.2 *Pleietyngde etter oppholdssted og bosted. Oslo, annen stor by og resten av landet. Barthels indeks. Eldre 67 år+. Poeng i indeksen i gjennomsnitt.*

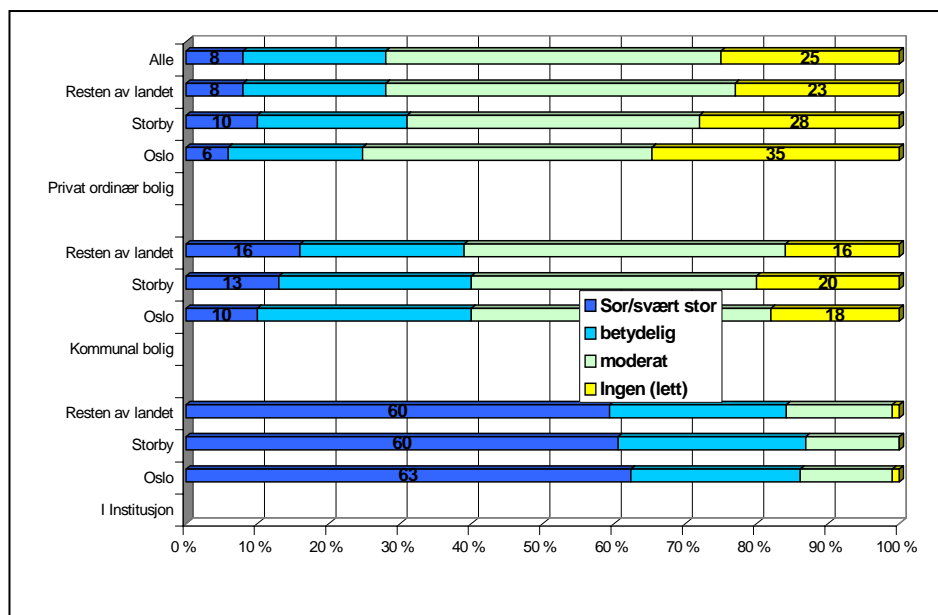


Vi har sett nærmere på hvordan dette fordeler seg i forhold til de eldres alder, jfr figur v1.6. Her går det fram at det er små variasjoner etter alder i forhold til funksjonsnivå i kommunale boliger mellom storby og resten av landet. Blant dem som bor i ordinære private heimer, er det særlig de eldste (90 år+) og de yngre eldre (67-79 år), som har noe mindre hjelpebehov i Oslo enn i landet forøvrig. Det kan muligens for de eldste ha sammenheng med en betydelig andel aleineboende i Oslo, og som av den grunn har vanskelig for å klare seg og fått plass i sykehjem, sjøl om funksjonsevne ellers ikke tilsier plass i sykehjem.

Den noe høyere grad av egenfunksjonsevne blant yngre eldre i egne hjem, kan muligens ha en viss sammenheng med en mindre intensiv bruk av hjemmetjenester (jfr kap 1.5), slik at de som kunne ha dratt opp innslaget av mer hjelpetrengende, befinner seg i sykehjem.

Det kan imidlertid tenkes at gjennomsnittene skjuler forskjeller internt i gruppene. Vi har derfor undersøkt hvordan en skårer i den grupperte Barthels ADL-indeks etter type oppholdssted. Resultatene går fram av figur 1.3.

Figur 1.3 Grad av funksjonsvikt i forhold til personlige gjøremål og gangførhet målt ved Barthels ADL-indeks etter fire hovedgrupperinger av funksjonstap. Fordeling etter type oppholdsted. Sammenlikning mellom Oslo, storby og resten av landet. Prosent



Her bekreftes stort sett det vi kan avlese av gjennomsnittene. Blant eldre i sykehjem er innslaget av svært hjelpetrengende i den ene enden og moderat hjelpetrengende den samme i Oslo som i annen storby og som i resten av landet.

Blant dem som bor i egne hjem, er det i Oslo noen færre med store funksjonstap enn i landet ellers og det er 35 prosent med små hjelpebehov, dvs som er sjølhjulpne i forhold til de funksjoner som måles ved Barthels ADL-indeks. Tilsvarende andel for resten av landet er 23 prosent. Det bekrefter vår tidligere hypotese om mindre intensiv bruk av de heimebaserte tjenestene i Oslo, jfr også kap 1.5 og 1.6.

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

Det er en svak tendens til at det er noen færre med demens som hovedårsak til hjelpebehovet blant eldre i institusjon i Oslo enn i resten av landet. Flest med demens som hovedårsak til hjelpebehovet, er det i annen stor by. Det gjelder gruppe 2-4 etter Barthels ADL-indeks.

Blant eldre uten skåre i denne indeksen (benevnt 'lett'), har hver tredje plass i institusjon i Oslo, mot 16 prosent på landsbasis, jfr figur v 1.7. Det synes å bety at personer som har demens som viktigste årsak til funksjonstap - men som forøvrig ikke har andre vesentlige funksjonstap - oftere får plass i institusjon i Oslo enn i landet forøvrig.

At det er slik, synes å bli bekreftet av at det er betydelig færre i Oslo med aldersdemens som hovedårsak til hjelpebehovet blant eldre i egne ordinære boliger med betydelige eller moderate funksjonstap, sammenliknet med resten av landet, jfr figur v 1.7. Innslaget av demente blant disse i Oslo, er halvparten av hva det er i resten av landet.

Vår hypotese er at dette har vesentlig sammenheng med å bo aleine, dvs mangelen på privat omsorg, som gjør at sykehjemmet blir løsningen sjøl om en ellers ikke har avgjørende funksjonstap. Slike forhold 'spiser' også av sykehjemskapasiteten uten at det kompenseres for i form av høyere dekningsgrad.

### 1.3 Grad av funksjonstap og tilbudsform/oppholdssted

Dette landsomfattende utvalget består som nevnt av vel 11.000 personer 67 år+ og er representativt for alle eldre i institusjon, i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål samt de fleste av dem med mer omfattende hjelpebehov som bor i egen hjem, dvs personer med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Undersøkelsen omfatter mao den sentrale majoriteten av mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester blant eldre.

Materialet gir samtidig et svært pålitelig bilde av hvordan denne populasjonen er sammensatt mht grad av funksjonstap (pleietyngde) målt ved Barthels ADL-indeks. Hvordan personer med jevnt over samme grad av funksjonstap er blitt fordelt i forhold til type oppholdssted, vil samtidig fortelle noe vesentlig om hvordan tjenestene er organisert og hvilke valg kommunene har lagt seg på i forhold til bruk av sykehjem, kommunale pleie- og omsorgsboliger eller ved bruk av heimebaserte tjenester inn i den enkeltes egen private heim.

Overfor viste vi fordelingen av eldre 67 år+ etter grad av funksjonstap i de ulike former for tjenestetilbud/oppholdssted - eget hjem, kommunal bolig eller institusjon. Men om vi gjør omvendt, og fordeler personer med samme grad av funksjonstap målt ved Barthels ADL-indeks gruppert etter type oppholdssted, trer et annet bilde fram.

Sjøl om grad av funksjonstap henger positivt sammen med type oppholdssted, er det f.eks likevel ikke slik at de aller fleste med store funksjonstap, har plass i institusjon.

Undersøkelsen viser f. eks at blant eldre med stor eller *svært stor grad* av funksjonstap, bor 23 pst i eget ordinært hjem eller i kommunal bolig. Sjøl på det nivået fungere alternativene til sykehjem i ikke ubetydelig grad, jfr figur v 1.8 i vedlegg til dette kapitlet.

Slår vi sammen eldre med stor grad av funksjonstap med dem med betydelige funksjonstap, har 39 pst av disse opphold utenfor institusjon, jfr figur v.1.8. Det viser på nytt at en relativt betydelig andel eldre med nokså omfattende funksjonstap bor utenom institusjon og avhjelpes der med sine pleie- og omsorgsbehov.

#### 1.3.1 Sammenhengen mellom grad av funksjonstap og oppholdssted i Oslo, storby og resten av landet

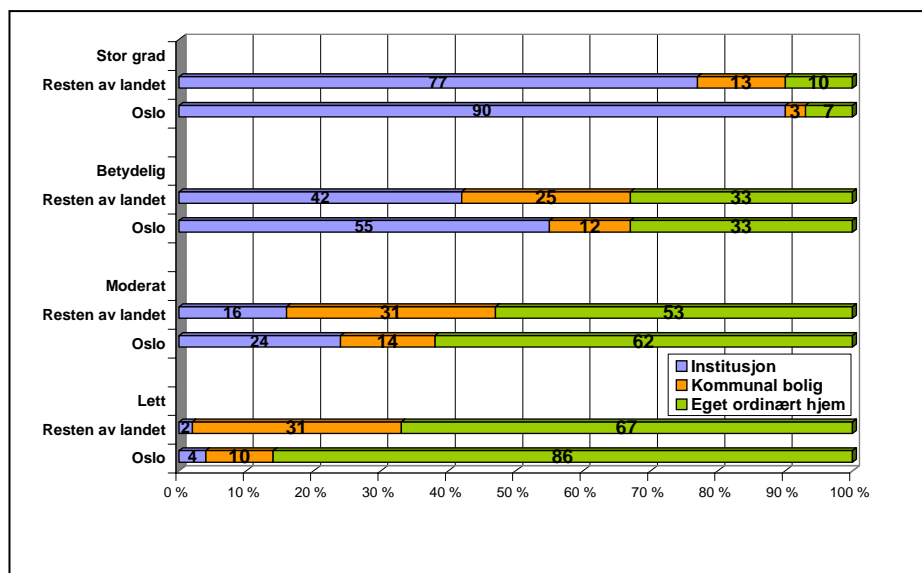
Her vil vi vise hvordan eldre med samme grad av funksjonstap, er fordelt i forhold til type oppholdssted etter om de bor i Oslo eller i resten av landet, gruppert i de 5 hovedgrupper av funksjonstap som vi nyttet hele veien i dette notatet. Vi viser her til pkt 1.2.2 hvor vi har karakterisert funksjonstapene hos hver gruppe enkeltvis.

##### **Gruppe 4. Med store eller svært store funksjonstap (Barthel 10-20 poeng)**

På landsbasis har 77 pst av eldre med svært store/store funksjonstap plass i institusjon, mens 13 pst bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og 10 pst bor i ordinære private hjem, jfr figur 1.4. I Oslo har imidlertid 90 pst i samme grupper for funksjonstap, plass i institusjon, og bare 3 pst opphold i kommunal bolig, jfr figur 1.4. Slik vi viste innledningsvis i dette kapitlet, og slik vi tidligere har vist, har dette betydelig sammenheng

med at Oslo har få kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål<sup>9</sup>, og særlig slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg.

Figur 1.4 Eldre 67 år +. Andel med opphold i institusjon, kommunal bolig eller i eget ordinært hjem etter grad av funksjonstap gruppert etter Barthels- ADLindeks i 4 nivåer. Prosent



Både i annen storby og i resten av landet har 13 pst av dem med størst funksjonstap plass i kommunal bolig. Oslo synes heller ikke å klare å kompensere for manglende kommunale boliger ved en intensiv bruk av heimebaserte tjenester i disse eldres egne ordinære hjem. For svært hjelpetrengende er det sykehjemmet som derfor må bli løsningen. Dette har imidlertid også uten tvil sammenheng med den betydelig høye andelen aleineboende eldre i Oslo<sup>10</sup>. Av den grunn trenger Oslo, under ellers like vilkår, en høyere sykehjemdekning eller tilbud med heldøgns pleie og omsorg enn de fleste andre kommuner.

### Gruppe 3. Med betydelige funksjonstap (Barthel 10 -14 poeng)

Personer med det vi har benevnt som 'betydelige' funksjonstap, har ofte omfattende hjelpebehov, slik det går fram av vår beskrivelse foran og slik det nøye er gjort rede for i vedlegget over figurer og tabeller til dette kapitlet.

På landsbasis har 42 pst av eldre med betydelige funksjonstap plass i institusjon, mens 25 pst oppholder seg i ulike kommunale boliger og resten bor i egen ordinær bolig, jfr figur 1.4. I Oslo befinner imidlertid 55 pst av disse seg i institusjon. Det er også slik at 1/3-del av dem med betydelige funksjonstap i Oslo får kommunale tjenester i egen ordinær bolig, eller like mange som på landsbasis i denne gruppa. En større andel i institusjon i Oslo blant disse - tilsvarende 13 prosentpoeng - kan sannsynligvis aleine tilskrives manglende tilbud i kommunal bolig *sammenliknet med* resten av landet.

<sup>9</sup> I 2003 hadde Oslo en dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål tilsvarende 7,1 bolig pr 100 pers 80 år+. Tilsvarende på landsbasis var 15,6. Dekningsgraden var mao under det halve. Andelen av slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg synes enda mindre, sjøl om tallene så langt har vært usikre på det punktet.

<sup>10</sup> Oslo har gjennom årtier hatt en høy andel aleineboende eldre, ja, den høyeste i landet. Det går også fram av Folke og bolig telling 2001 (Brevik 2006).

Der betydelig grupper avhjelpest for sine behov ved bruk av kommunale boliger og en mer intensiv hjemmetjeneste, må Oslo ty til sykehjemmet. Det gjør at Oslos sykehjem også av den grunn kontinuerlig vil måtte være under press. Det kommer vi tilbake til i kap 1.6. og 1.8.

### **Gruppe 2. Med moderate funksjonstap** (Barthel 1-5 poeng)

På det funksjonsnivået har 16 pst på landsbasis plass i institusjon, mens 30 pst befinner seg i kommunale boliger. Resten, eller noe over halvparten, bor i egen ordinære boliger. I Oslo har imidlertid 24 pst i denne gruppa plass i institusjon (sykehjem). Det er dobbelt så mange som i 'annen' stor by. Igjen er det manglende tilbud i kommunal bolig som synes å utgjøre forskjellen i forhold til resten av landet, hvor som nevnt 30 pst bor slik, mot 14 pst i Oslo.

### **Gruppe 1. Lett - ingen funksjonstap etter Barthels ADL-indeks**

Sjøl om den ikke har funksjonstap knyttet til personlige behov og gangførhet, har denne gruppa heimebaserte tjenester til ulike i daglige eller huslige gjøremål. At 31 pst av disse befinner seg i kommunale boliger på landsbasis, mot 10 pst i Oslo, viser til den *generelle* mangelen på slike boliger i Oslo, uavhengig av grad av funksjonstap, jfr figur 1.4.

### **Sammenfatning**

Undersøkelsen viser at på alle nivå for funksjonstap hos eldre i Oslo er det flere som har plass i institusjon enn det som er tilfellet i resten av landet på samme nivå. Vår hypotese er at sjølve innretningen av det samlede tjenestetilbudet i Oslo fører til - under ellers like vilkår - ekstra bruk av sykehjems plasser som ikke ville ha vært nødvendig om en hadde innrette seg som gjennomsnittet for landet. Vår hypotese er videre at dette reduserer Oslos 'effektive' dekningsgrad i sykehjem, slik at den reelt sett er lavere enn hva som går fram av den umiddelbare dekningsgraden og sammenliknet med landet forøvrig. Dette fordi belegget med et betydelig innslag av pasienter som må befinne seg i sykehjem pga manglende alternative tilbud, 'blokkerer' for utskrivninger og sirkulasjon i plassene og reduserer den faktiske tilgjengeligheten til de eksisterende plassene.

Det har igjen sammenheng med sirkulasjonen i kortidsplassene, slik vi kommer tilbake til i den endelige rapportering fra prosjektet, jfr Brevik 2007b.

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

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

## **1.4 Bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie**

Slik vi har nevnt innledningsvis, gjelder denne undersøkelsen alle eldre i institusjon og i kommunale boliger. Blant dem som bor i ordinære private hjem, skulle bare de som både

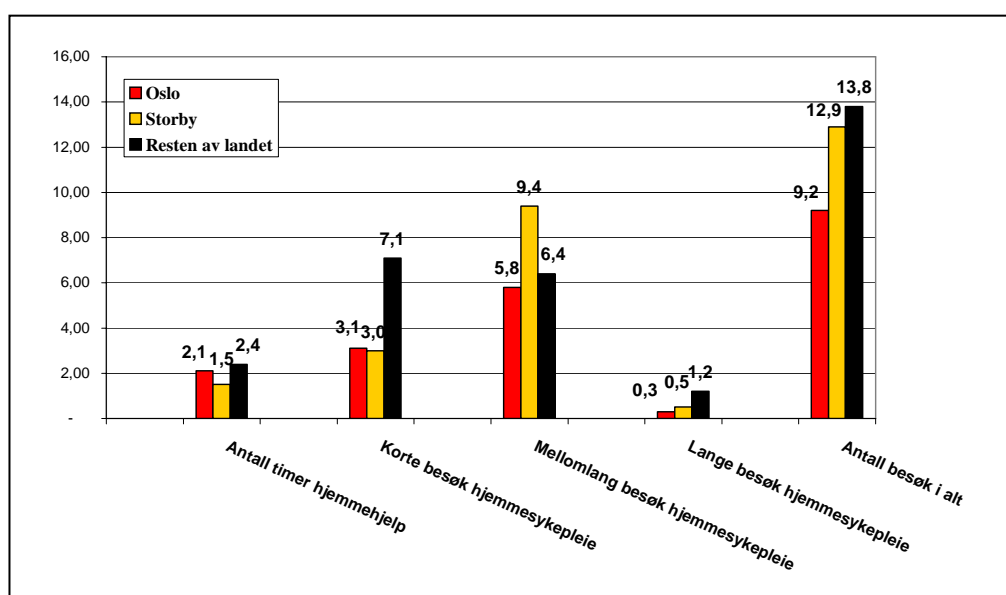
mottok hjemmehjelp og hjemmesykepleie, inkluderes i undersøkelsen. For disse gjelder undersøkelsen en begrenset andel, eller 42 pst av alle med hjemmehjelp/hjemmesykepleie i 2003, men sannsynligvis oftest de med størst hjelpebehov blant dem som bor heime. Likevel er det noen få som bare har oppgitt å ha hjemmehjelp i tillegg til dem som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Alle disse er inkludert i vår beregning av antall timer hjemmehjelp pr uke.<sup>11</sup>

Vi har videre vist at det ikke er vesentlige forskjeller i hjelpebehov hos eldre som bor i kommunale boliger i egne hjem i Oslo, annen storby og resten av landet. I første omgang gir vi derfor en oversikt over hvor mange ganger de har mottatt hjemmesykepleie i løpet av en uke. Dette fordelt på korte, mellomlange og lange besøk. Derneft omfanget av hjemmehjelp.

#### 1.4.1 Hyppighet i heimebaserte tjenester til eldre i kommunal bolig

Eldre som bor i kommunale boliger har på landsbasis i gjennomsnitt ca 14 besøk pr uke fra hjemmesykepleien, derav er 7 *korte* (under 15 min), 6 *mellomlange* (15 min til 1 time) og i gjennomsnitt er ett *langt* (60 min eller mer), jfr figur 1.5.

Figur 1.5 *Eldre i kommunal bolig. Antall ganger med besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte (<15 min), lange (60 min+) og mellomlange (>15<60 min) besøk samt antall timer hjemmehjelp pr uke i gjennomsnitt. Gjennomsnitt.*



I Oslo har eldre i kommunale boliger færre besøk enn i landet ellers, eller 9 pr uke. Det er særlig korte og lange besøk som forekommer sjeldnere i Oslo.

Hjemmehjelpstilbudet er også av litt mindre omfang i Oslo enn i landet ellers, men noe større enn i annen storby målt i antall timer pr uke i gjennomsnitt, jfr figur 1.5 til venstre.

<sup>11</sup> Dette gjelder 6.351 personer, hvorav 610 oppgir å ha bare hjemmehjelp. Resten, 5.714 personer 67 år, har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Det er denne gruppa som er referansen for beregningene av omfang av hjemmesykepleie og seinere, sum timer hjelp fra heimebaserte tjenester i alt pr uke. Samtidig var det 360 personer som ikke hadde hjemmesykepleie på det gitte tidspunktet. Disse er utelatt i beregningen av antall ganger og omfang av hjemmesykepleie.

## 1.4.2 Hyppighet i heimebaserte tjenester til eldre i egen ordinær bolig

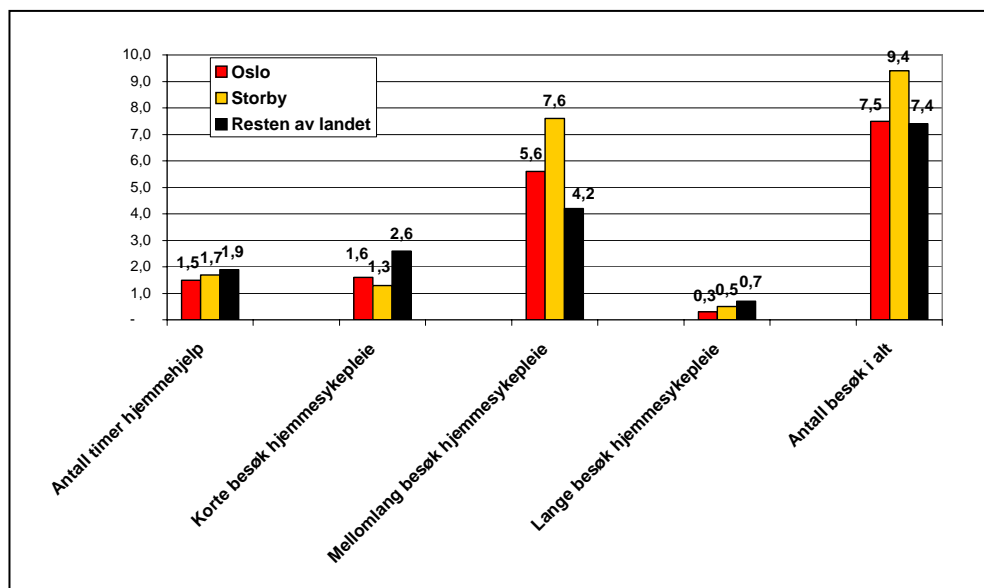
### Antall besøk fra hjemmesykepleien i gjennomsnitt pr uke

Eldre i egen ordinær bolig med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie har på landsbasis i gjennomsnitt 7.4 besøk fra hjemmesykepleien i uka. I Oslo har de eldre hjemmesykepleie like hyppig som i resten av landet, men noe sjeldnere enn i annen storby.

Det er i forhold til de korte og lange besøkene Oslo kommer noe dårligere ut. Intensiteten i betydningen hyppige, gjerne korte besøk og besøk som varer lenge, synes å stå noe svakere.

Omfanget av hjemmehjelp synes også å befinne seg noe under landsgjennomsnittet, idet alle med hjemmehjelp får i gjennomsnitt 1,5 timer i Oslo mot 1,9 timer i resten av landet utenom storby, eller 80 prosent av landsgjennomsnittet.

Figur 1.6 *Eldre i egen ordinær bolig. Antall besøk fra hjemmesykepleien pr uke. Korte, lange og mellomlange besøk samt antall timer hjemmehjelp pr uke i gjennomsnitt Gjennomsnitt.*



Før vi går videre og relaterer hjemmesykepleien til omfang målt gjennom timer pr uke, vil vi se nærmere på hvordan bruken av hjemmehjelp og hjemmesykepleie grupperer seg.

### Antall besøk gruppert – grad av intensiv bruk av hjemmesykepleie

Vi skal først gi en oversikt over *profilen* i bruken av hjemmesykepleie målt ved frekvensen i tilbudet ut fra hvor mange ganger pr uke en har slik hjelp uavhengig av besøkernes varighet. Innledningsvis viste vi det samme ved hjelp av data basert på gjennomsnitt. Resultatene går fram av figur v1.9 i vedlegg til dette kapitlet. Få besøk pr uke er i flertall.

Men her er det betydelige forskjeller i besøksintensiteten etter om en bor i kommunal bolig eller i eget ordinært hjem. Det gjelder særlig i forhold knyttet til 1-7 besøk pr uke og til 15 besøk+, jfr figur v1.9, dvs i gjennomsnitt minst 2 besøk pr dag, eller det som vi må anta oftest er knyttet til mer intensiv pleie.



Mens det i *kommunal bolig* i hvert tredje tilfelle dreier seg om i gjennomsnitt minst 2 besøk fra hjemmesykepleien pr dag, er det samme tilfellet for 13 pst av eldre i *ordinære private heimer*. Det sannsynliggjør at de kommunale boligene ofte har en annen funksjon en ordinære heimer. Hvorvidt dette samtidig delvis er uttrykk for en forfordeling av hjelp når en bor slik, faller utenfor siktemålet med analysen, men er mulig å analysere.

Denne forskjellen forsterkes av at i motsetning til eldre i egne ordinære hjem, er det blant dem i kommunale boliger bare 3 av 4 som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, mens resten har det ene eller det andre.

### **I egen ordinær bolig**

For eldre i ordinære bolig karakteriseres situasjonen ved jevnt over få besøk. Godt en tredjedel har besøk av hjemmesykepleien en gang i uka, og to tredjedeler har 1-7 besøk, jfr figur v 1.9. Hvis 'intensiv' bruk av hjemmesykepleie innebærer f. eks minst to besøk pr dag - f.eks morgen og kveld -, er det på landsbasis bare 13 prosent som er i slik situasjon.

Vi har videre beregnet at på landsbasis bruker disse 13 prosentene eldre i ordinære private heimer, 54 prosent av *hjemmesykepleiens ressurser* til eldre som bor sli. I tillegg går 26 pst av *hjemmehjelpas ressurser* blant eldre i ordinære heimer til samme gruppe<sup>12</sup>. Av all hjelp til eldre som bor i egen ordinær heim (og som både har hjemmehjelp og hjemmesykepleie), faller *halvparten* (47 pst) av timeverkene på eldre som har hjemmesykepleie i *gjennomsnitt minst 2 ganger pr dag*<sup>13</sup>. Ressursene er i betydelig grad konsentrert om de mest hjelpetrengende.

Det er også mulig å gjøre estimer av hvor mye dette utgjør i forhold til ressursbruken i sykehjem. Det må ligge i denne sammenhengen. Data fra Helsetilsynets undersøkelse i 2003, tyder på at det relativt sett utgjør en mindre andel.

På grunnlag av datasettet i Helsetilsynets undersøkelse fra 2003 er det imidlertid i mindre grad mulig å vurdere hvorvidt dagens situasjon representerer en tilstrekkelig prioritering av de mest hjelpetrengende i egen bolig. Mest sannsynlig beror likevel en ytterligere intensiv innsats overfor eldre med størst funksjonstap i egne boliger i de fleste tilfeller i en *generell økning* i tilførselen av ressurser til pleie- og omsorgssektoren samlet sett.

### **I kommunal bolig**

I kommunal bolig er situasjonen noe annerledes. Her dreier det seg om ett besøk pr uke i bare hvert femte tilfelle. På den andre sida dreier hvert tredje tilfelle her seg om i gjennomsnitt minst 2 besøk pr dag, jfr figur v 1.9.

Sjøl om vi i disse tilfellene langt fra kan vurdere hvor ofte det her dreier seg om såkalt 'heldøgns pleie- og omsorg', synes data å gi en viss støtte til vårt tidligere anslag – på grunnlag av pleietyngde, jfr kap 1.2.3 - om at 20-25 pst av eldre i slike boliger har hjelp i form av heldøgns pleie- og omsorg.

---

<sup>12</sup> Dette har vi beregnet ut fra sum timer hjemmesykepleie og sum timer hjemmehjelp for alle som har *både* hjemmesykepleie og hjemmehjelp blant eldre som bor i ordinære private heimer, dvs 93 prosent av alle, jfr fotnote i kap 1.2.3

<sup>13</sup> Slik vi kommer tilbake til er imidlertid dette estimatet basert på stipulering av antall minutter hjelp blant dem som har oppgitt å ha under 15 min pr besøk, 15-60 min pr besøk og 60 min + pr besøk, se mer om dette i kap 1.5

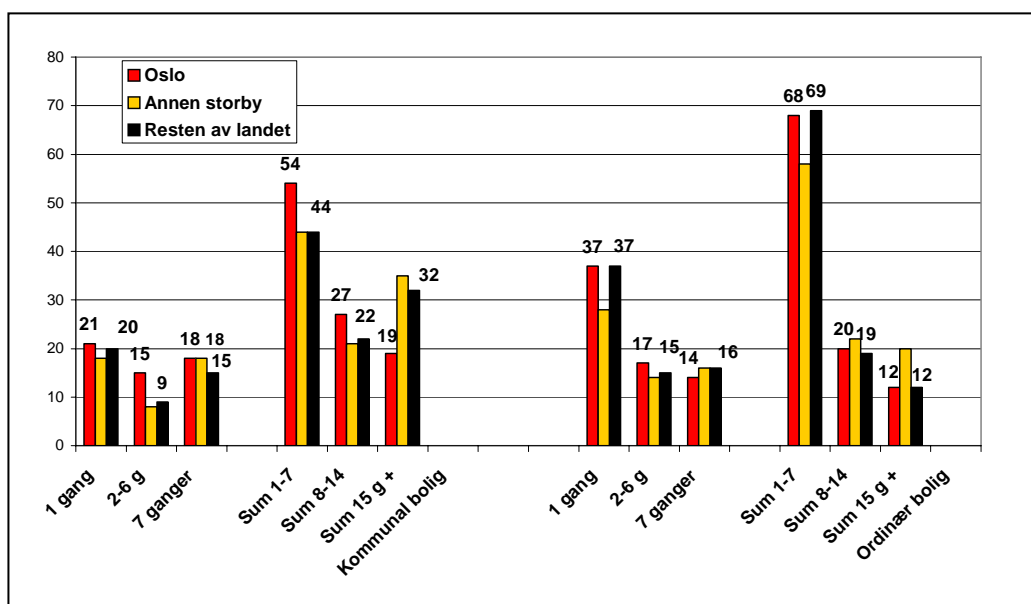
### 1.4.3 Bruk av hjemmesykepleie i antall besøk gruppert etter oppholdssted og bosted.

Hvordan er så *profilen* i bruken av de heimebaserte tjenestene i Oslo sammenliknet med annen storby og resten av landet?

#### I egen ordinær bolig

Profilen i bruken av hjemmesykepleie blant eldre i egen ordinær bolig målt ved frekvens eller antall besøk pr uke, skiller seg i Oslo ikke vesentlig fra de to øvrige 'områdene' som vi sammenlikner med, jfr figur 1.7.

Figur 1.7 *Antall besøk fra hjemmesykepleie pr uke etter om en bor i ordinær privat bolig eller i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål etter type bosted. Andel med ulike grupperinger av antall ganger Prosent.*



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

Men her må vi samtidig ta i betraktning at i resten av landet har langt flere eldre plass kommunal bolig. Og disse er – slik vi har vist i kap 1.2 - mer hjelpetrengende enn dem som bor i egen ordinære bolig. Av den grunn 'halter' denne sammenlikningen noe.

Dette skal vi seinere forøke å 'rette opp' ved å relatere tilgangen på hjelp i forhold til pleietyngde, jfr pkt 1.6.

I annen storby er det imidlertid noen flere som får mer intensiv oppfølging av hjemmesykepleien, idet 20 pst har mer enn minst 2 besøk i gjennomsnitt pr dag i løpet av uka.

#### I kommunal bolig

Blant de få eldre som har plass i kommunal bolig i Oslo, er det lite intensiv bruk av hjemmesykepleie. Vel halvparten har 1-7 besøk pr uke jfr figur 1.7. Mens hver tredje i landet forøvrig har 2 eller flere besøk pr dag i gjennomsnitt, gjelder det bare hver femte i slik

bolig i Oslo. Ikke bare har Oslo svært få slike boliger og gir jevnt over færre besøk pr bruker enn ellers i landet (jfr kap 1.4.1), byen synes også å bruke dem mindre intensivt.

#### 1.4.4 Andel korte og lange besøk

Et annet uttrykk for profilen i bruken av hjemmesykepleie er de ulike besøkenes lengde. Vi har vist at det er betydelige variasjoner i sammensetningen av besøk i hjemmesykepleien, særlig etter andelen korte og lange besøk. Det er rimelig å anta at et større innslag av både korte og lange besøk samtidig er uttrykk for en større fleksibilitet i bruken av hjemmesykepleien enn om den er konsentrert om det som er det mest vanlige, dvs de mellomlange besøkene (fra ett kvarter til en time).

For eldre i ordinær privat heim, er omlag hvert tredje besøk i hjemmesykepleien på landsbasis et kortidsbesøk, mens ca hvert tiende besøk (9%) er besøk som varer mer enn en time, jfr figur v1.10.

I Oslo er hvert femte besøk korttids, og bare 4 pst er langtids når en bor i ordinær privat heim. Her er 3 av 4 mellomlange besøk mot 56 pst i gjennomsnitt for resten av landet. Variasjonen i bruken av hjemmesykepleien målt ved besøkenes lengde er nokså forskjellig fra det som ellers er vanlig. Den samlede bruken av korttids og langtids besøk i hjemmesykepleien er nesten dobbelt så stor i gjennomsnittet for resten av landet som for Oslo, jfr figur v1.10. Det er rimelig å anta at det gir et mindre fleksibelt tilbud i Oslo sett i forhold til den store variasjonen i eldres hjelpebehov.

I kommunale boliger er hvert tredje et korttidsbesøk i Oslo, mot halvparten i gjennomsnitt for resten av landet. Og langtidsbesøkene er også her svært få. Det synes å rasjoneres med knappe ressurser. Mens 6 av 10 besøk i kommunale boliger i resten av landet er korttids eller langtids besøk, er tilsvarende andel 37 pst i Oslo, eller omlag det halve.

Oslos bruk av hjemmesykepleie skiller seg vesentlig fra det som jevnt over er det vanlige både i forhold til eldre i kommunale boliger og i ordinære private heimer. Siden den samla innsatsen i de heimebasert tjenesten er mindre i Oslo, jfr pkt 1.5, har tilbudsprofil preget av svært liten bruk av langtidsbesøk i hjemmesykepleien sannsynligvis sammenheng med knapphet på ressurser. En tilsvarende lav bruk av korttidsbesøk kan neppe forklares på samme måte, men er likevel et markant trekk ved hjemmesykepleietilbudet i Oslo. For de kommunale boligene kan færre korttidsbesøk imidlertid ha sammenheng med lokaliseringen av dem både som bofellesskap (relativt få, jfr pkt 1.8) og i forhold til avstand til omsorgsbasis ved sykehjem, jfr pkt 1.8.

#### 1.4.5 Bruk av hjemmehjelp pr uke etter oppholdssted

Vi skal først gjøre rede for omfang og profil i bruk av hjemmehjelp målt ved fordelingen i bruken av slik hjelp etter antall timer pr uke etter om en bor i ordinær privat eller i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål. Vi sammenlikner Oslo storby og resten av landet.

##### **Bruk av hjemmehjelp – timer gruppert**

###### **I ordinær bolig**

Det har lenge vært pekt på at bruken av hjemmehjelp er for lite intensiv i norske kommuner. En får ofte for lite slik hjelp og må således noen ganger flytte til institusjon før det er helt nødvendig. Det siste spørsmålet kan imidlertid bare vurderes indirekte og i begrenset grad ved hjelp av data fra denne undersøkelsen.

Samtidig minner vi om at det ikke er sjølve bruken av hjemmehjelp i sin helhet som vi undersøker, men de tilfeller en har slik hjelp kombinert med hjemmesykepleie<sup>14</sup>. Det er imidlertid det helhetlige omsorgsbildet som er viktigst. Og den kommer vi til etter hvert. Her gjør vi innledningsvis rede for *profilen* i tildeling av hjemmehjelp.

Når hjemmehjelp ytes i kommunal bolig aleine eller sammen med hjemmesykepleie eller i ordinær bolig sammen med hjemmesykepleie, er *det vanlige* kun en eller to timer i uka. Godt over halvparten (57 %) og nærmere en tredjepart (29 %) av oppdragene dreier seg om så vidt kort tid, jfr tabell 1.3. Bare 14 pst utgjør 3 timer eller mer pr uke og kun 3 pst gjelder i gjennomsnitt 7 timer eller mer pr uke, dvs 1 time eller mer hver dag.

I Oslo har to av tre av dem som bor i egen ordinær bolig og som samtidig har hjemmesykepleie, 1 time hjemmehjelp i uka. Og 3 av 10 har 2 timer, jfr tabell 1.3. Det er den knappe hjemmehjelpsinnsetningen som dominerer bildet. Bare 4 pst har mer enn 2 timer.

Tabell 1.3 *Eldre 67 år+ med hjemmehjelp. Hjelp i timer pr uke gruppert etter oppholdssted og bosted. Sammenlikning mellom Oslo, annen storby og resten av landet. Prosent.*

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

Dette underbygger vår hypotese fra analysen av årsverk og antall hjemmehjelpsbrukere i Oslo, og som peker mot lite intensiv bruk av hjemmehjelpstjenestene (Brevik 2007c). Situasjonen er den samme i 'annen storby' - dvs i Trondheim, Tromsø og Kristiansand - som inngår i dette utvalget. I forhold til resten av landet, dvs den brede majoriteten av norske kommuner, skiller eldre i ordinære private heimer i Oslo seg imidlertid ut ved at *så få har mer enn to timer pr uke* og at *så mange bare har en time pr uke*, jfr tabell 1.3.

### **I kommunal bolig til pleie- og omsorg**

Profilen i bruken av hjemmehjelp er helt ut den samme når eldre bor i kommunal bolig som i ordinær privat heim, når vi legger isolerte hjemmehjelpsdata til grunn<sup>15</sup>, jfr tabell

<sup>14</sup> Slik vi har nevnt tidligere, omfatter dette materialet noen få personer som bare har hjemmehjelp i den uka registreringen pågikk (610 av 6.351). Disse, eller 9,6 pst av alle er med i beregningen av timer med hjemmehjelp pr uke.

<sup>15</sup> Som nevnt tidligere er ikke det både å ha hjemmehjelp og hjemmesykepleie et kriterium for å komme med i denne undersøkelsen når du bor i kommunal bolig. Her er alle som bor slik, inkludert i undersøkelsen. Blant disse har imidlertid 3 av 4 både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, mens 10 pst har bare hjemmehjelp og 14 pst har bare hjemmesykepleie. Andelen med hjemmesykepleie synes imidlertid høy, og så høy at det bør reises spørsmål om en ikke noen ganger har lagt inn kriteriet om både å ha hjemmehjelp og hjemmesykepleie også for eldre i kommunale boliger på linje med dem i ordinær bolig. I den grad det er tilfellet, i samme grad blir dette enda mer en undersøkelse av de mest hjelpetrengende, også blant dem som bor i kommunal bolig. Det skjerper tolkningene i forhold til slike boligens funksjon i forhold til å gi tilbud om heldøgns pleie- og omsorg, dvs angir flere med begge tjenester og dermed sannsynligvis flere med heldøgns pleie-

1.3. I kommunal bolig mottar 83 pst hjemmehjelp i 1 eller 2 timer i uka, mens resten, eller 17 pst har 3 timer eller mer i gjennomsnitt pr uke. Bare 5 pst har 1 time eller mer pr dag i gjennomsnitt i løpet av uka.

Seinere skal vi gjøre rede for hvordan dette fordeler seg i forhold til hjelpebehov (pleie-tyngde). Men allerede på dette stadiet i analysen synes det å være nokså klart at det i Oslo neppe foreligger omfattende intensiv bruk av kommunale omsorgsboliger til omfattende pleie- og omsorg, eller 'heldøgns- pleie- og omsorg', slik det ofte formuleres i den nasjonal eldreomsorgspolitikken. Brorparten av antakelig knappe hjemmehjelpsressurser er fortsatt knyttet til en svært utbredt korttidsbruk, sjøl blant personer med betydelige funksjonstap.

I Oslo er situasjonen for de få som bor i slike boliger som i resten av landet, idet 8 av 10 begge steder har 1 eller 2 timer hjemmehjelp pr uke, mens 7 pst har 7 timer+ pr uke, jfr tabell 1.3. Situasjonen i 'annen storby' peker mot en enda mindre intensiv bruk av hjemmehjelp, idet 9 av 10 i kommunale boliger her har 1 time hjemmehjelp i uka.

## 1.5 Tid med hjemmehjelp og hjemmesykepleie

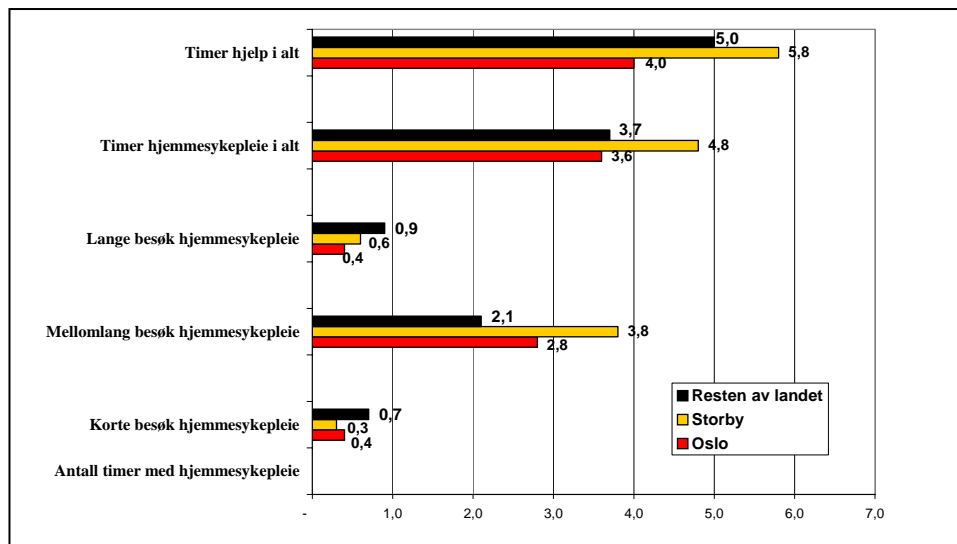
Hjemmehjelpe er oppgitt i antall timer pr uke, mens hjemmesykepleien er angitt i antall ganger etter besøkets lengde målt som kort (under 15 min, mellomlangt (15-59 min) og en time eller mer. Vi kjenner ikke den faktiske tiden som er gått med. Vi har derfor måtte regne om til timer. Her er alle korte besøk stipulert til 15 min, mellomlange til 30 min og alle lange besøk er regnet til 1 time og ett kvarter.

Dette gir altså ikke eksakt empiriske oppgaver over medgått tid, bare tilnærmet. I et så stort materiale der vi analyserer på makronivå og der hensikten er å sammenlikne store grupper etter oppholdssted og bosted, vil imidlertid dette gi et rimelig riktig bilde da den stipulerte tidsbruken er lik for alle. Våre oppgaver over tid med hjemmesykepleie vil ikke være empirisk eksakte, men ved sammenlikninger, dvs relativt, vil imidlertid resultatene måtte være tilnærmet riktige.

---

og omsorg enn hva som faktisk er tilfellet Dette kan imidlertid kontrolleres for ved hjelp av IPLOS-data fra 2006.

Figur 1.8 *Eldre i privat ordinær bolig. Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte (<15 min), lange (60 min+) og mellomlange (>15<60 min) besøk samt antall timer hjemmesykepleie og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Timer.*



### Tid med praktisk bistand i eget ordinært heim

Det er de mellomlange besøkene som utgjør tyngden i hjemmesykepleiens innsats til eldre som bor i egen ordinær heim, jfr figur 1.8, med nærmere 3 timer i gjennomsnitt pr uke på landsbasis. De korte og lange besøkene står hver for ca 0,7 timer. Til sammen ytes 3,7 timer hjemmesykepleie pr uke til personer som samtidig har hjemmehjelp. Legger vi til hjemmehjelpa, er vi oppe i 5 timer.

Oslo skiller seg fra resten av landet ved å bruke noe mindre ressurser på korte og lange besøk i hjemmesykepleien, men mer på de mellomlange. Samlet nytter Oslo det samme til denne gruppa pr ukesom resten av landet, men vesentlig mindre enn i annen storby<sup>16</sup>.

Når vi legger sammen innsatsen i begge hjelpeformene, står annen storby fram med den mest omfattende innsatsen med i gjennomsnitt 5,8 timer, mens Oslo står tilbake med en betydelig mindre innsats, med 4 timer i gjennomsnitt pr uke. Det utgjør 80 pst av innsatsen i resten av landet. Men det avgjørende spørsmålet er hvordan pleietyngden varierer og om slike forhold forklarer de observerte forskjellene i tidsbruk. Det kommer vi tilbake til i kap 1.6

### I kommunal bolig

Også i kommunale boliger dominerer de mellomlange besøkene i hjemmesykepleie. Samtidig er det slik at innsatsen her er mer omfattende innenfor alle de tre tidsintervallene vi opererer med, jfr figur v 1.11 i vedlegg. Her skiller Oslo og annen stor by seg ut ved å bruke godt under halvparten så mange ressurser til korte og lange besøk sammenliknet med resten av landet, se forøvrig jfr kap 1.4.4 og figur v1.10. Annen stor by tar imidlertid dette igjen i de mellomlange besøkene, men ikke Oslo.

<sup>16</sup> Det kan muligens også ha noe sammenheng med hva en definerer under hjemmesykepleiens arbeidsområde. Men uansett har vi en kontroll i sum antall timer hjelp i de to tjenestene, eller sum 'praktisk bistand'.

Hovedstadens innsats i *hjemmesykepleien* til de få som bor i kommunale boliger, beløper seg til 4,1 timer i uka, jfr figur v 11. Det utgjør 66 pst av innsatsen i gjennomsnittet for resten av landet. På nytt bekreftes vår hypotese om for liten intensiv bruk av de få kommunale boligene i pleie- og omsorgstjenestene.

Heimebasert omsorg *ialt* i kommunal bolig i Oslo, er 5,5 timer, jfr figur v 1.11, eller 73 pst av gjennomsnittet for resten av landet. Også samlet sett er bruken av de kommunale boligene i Oslo mindre intensive enn i resten av landet.

I resten av landet har beboere i kommunale boliger i alt 7,5 timer hjelp i gjennomsnitt pr uke, jfr figur v 1.9, eller 50 pst høyere enn for dem som bor i ordinære private boliger, jfr figur 1.8. Det viser at de eldre i kommunale boliger på landsbasis er gjenstand for en vesentlig mer offensiv pleie- og omsorgsinnsats når de bor slik enn når de bor i ordinære private heimer. I Oslo er denne innsatsen også større enn når en bor i ordinær privat bolig, men i forhold til resten av landet er den relativt mindre.

## 1.6 Bruk av hjemmesykepleie og hjemmehjelp etter faktisk funksjonstap

Så langt har vi gjort rede for grad av funksjonstap hos eldre og tilgang på hjelp målt i antall ganger og timer etter type oppholdssted og type bosted. Vi har gjort rede for dette isolert, dvs vi har ikke relatert tilføringen av tjenester etter *hyppighet, omfang eller profil* i forhold til faktisk funksjonstap hos mottakerne. Vi legger *generelt* til grunn at det i alle kommuner - både i kommunale boliger og ordinære hjem - er grad av funksjonstap som i hovedsak ligger til grunn for innretning og dimensjonering av kommunale tjenester for å dekke disse behovene.

Nå skal vi relatere tilført praktisk bistand til grad av funksjonstap. Det siste gjorde vi rede for i kap 1.2.5, figur 1.3.

Vi tar her for oss alle som har *moderate, betydelige eller store* funksjonstap og som enten bor i eget ordinært hjem eller i kommunal bolig og viser sammenhengen mellom grad av hjelpebehov og faktisk tilført hjelp i Oslo og i resten av landet.<sup>17</sup>

### 1.6.1 I egen ordinær bolig

#### Med moderat funksjonstap

Vi har tidligere vist (figur 1.3) at omlag halvparten av dem som bor i egen ordinær bolig er karakterisert ved 'moderate' funksjonstap etter Barthels ADL-indeks, jfr pkt 1.2.2.

Disse får på landsbasis 2,5 timer hjemmesykepleie pr uke i gjennomsnitt, jfr figur 1.9. I Oslo får de imidlertid noe mer. Det er knyttet til omfanget av de mellomlange besøkene.

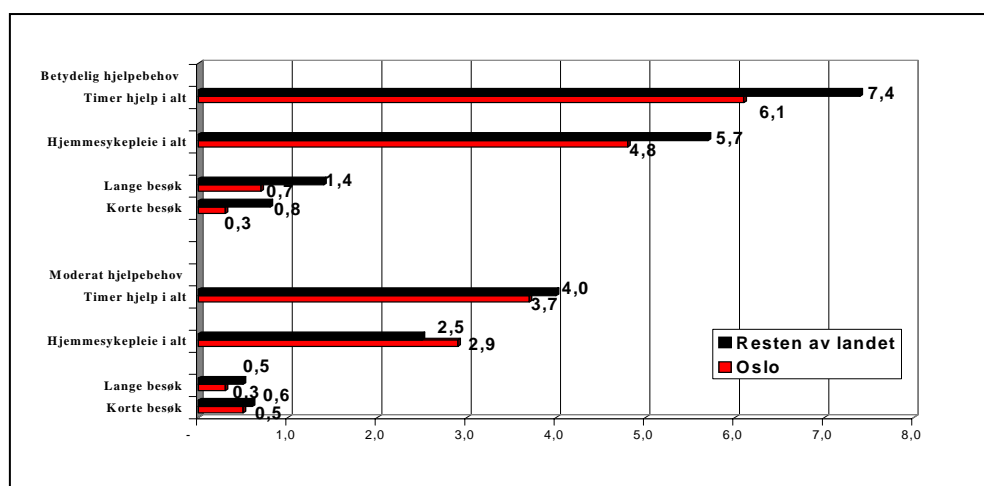
Men i samlet praktisk bistand får eldre med funksjonstap på det nivået i gjennomsnitt litt mindre hjelp pr uke i Oslo enn i resten av landet, jfr figur 1.9.

<sup>17</sup> Her har vi utelatt å omtale resultatene for annen stor by siden rapporten ellers ville bli for detaljert og omfattende i forhold til hovedsiktemålet med den, som er å relatere innsatsen i Oslo til resten av landet og ikke utførlig å gjøre rede for situasjonen i annen stor by. Men regelen er at vi i denne rapporten beholder sammenlikningene med annen stor by.

## Betydelige funksjonstap

Hver femte blant eldre i egen ordinær bolig er karakterisert ved 'betydelige' funksjonstap, slik dette her er definert ved hjelp av Barthels ADL-indeks.

Figur 1.9 Eldre i egen ordinær bolig og med moderat eller betydelig grad av funksjonstap. Ant timer med hjemmesykepleien pr uke ved korte og lange besøk samt ant timer hjemmesykepleie og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Timer.



Innsatsen i form av korte og lange besøk i hjemmesykepleien til denne gruppa heimeboende er i Oslo halvparten av gjennomsnittet for resten av landet, jfr figur 1.9. Mens samlet ressursbruk i korte og lange besøk i Oslo utgjør 21 pst av totalen for dem som er betydelig hjelpetrequende utgjør den 39 pst i resten av landet, eller nesten dobbelt så mye. Profilen er annerledes og mindre 'bredspektret' enn i Oslo.

Det bidrar til at eldre i Oslo med betydelige hjelpebehov får 4,8 timer hjemmesykepleie pr uke, mot 5,7 timer i gjennomsnittet for landet.

Samlet tilgang på hjelp til eldre med betydelige funksjonstap er 6,1 time, eller 82 pst av gjennomsnittet for resten av landet

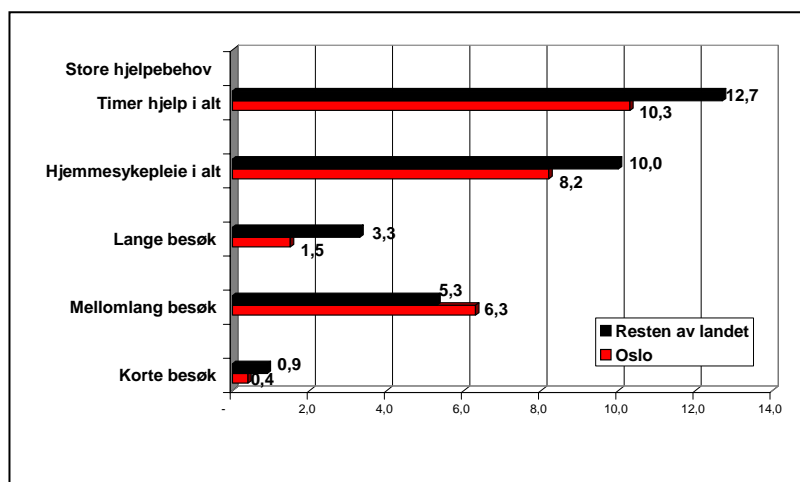
Disse resultatene viser at korrigeret for funksjonstap, er tilgangen på praktisk bistand til eldre med betydelige funksjonstap jevnt over mindre i Oslo enn for gjennomsnittet for landet ellers.

## Store funksjonstap

Slik vi viste i figur 1.3, er det bare i underkant av 10 prosent av eldre i egne ordinære boliger som har svært omfattende funksjonstap. Sjøl om de er relativt få, utgjør de en strategisk viktig gruppe siden sykehjemmet eller kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg er de eneste alternativene. Hvordan en følger opp disse med tjenester er derfor nokså viktig i forhold til hvordan omsorgskjeden fungerer.



Figur 1.10 Eldre i egen ordinær bolig og med store funksjonstap. Ant timer med hjemmesykepleien pr uke ved korte, lange og mellomlange besøk samt ant timer hjemmehjelp og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Timer.



Oslo bruker også relativt få ressurser på korte og lange besøk i hjemmesykepleien til eldre med svært omfattende funksjonstap i ordinære hjem. Ressursinnsatsen her er under halvparten av gjennomsnittet for resten av landet. Innretningen eller profilen i bruken av hjemmetjenestene avviker i Oslo betydelig fra hva som ellers praktiseres. Mens timebruken i korte og lange hjemmesykepleiebesøk utgjør 19 pst av totalen for denne gruppa i Oslo, utgjør den 42 pst i resten av landet, eller dobbelt så mye (omregning av figur 1.10). Oslo har både mindre bredde og mindre omfang i sin hjemmesykepleieinnsats for de mest hjelpetrengende heimeboende eldre.

Sjøl om Oslo bruker noe mer i form av mellomlange besøk, er samlet innsats i hjemmesykepleien for de mest hjelpetrengende i Oslo under gjennomsnittet for resten av landet, jfr figur 1.10. Den utgjør ifølge denne undersøkelsen i gjennomsnitt 8,2 timer pr uke, eller 82 pst av tilsvarende innsats i resten av landet.

Legger vi til timeverkene i hjemmehjelpa, er vi oppe i 10,3 timer pr uke, jfr figur 1.10. Samlet innsats i Oslo representerer 81 pst av samlet innsats i gjennomsnittet for resten av landet for de mest hjelpetrengende eldre.

Det at det i Oslo på alle nivå for funksjonstap er mindre innsats i de heimebaserte tjenestene, må vi anta vil øke presset på sykehjemmene. Ved mer omfattende og bredere profilert bruk av disse tjenestene vil en sannsynligvis ha kunnet utsatt tidspunktet for institusjonalisering for en god del og dermed kuttet ned på oppholdstida der og slik bidratt til økt sykehjemskapasitet. Det siste er - som vi har vist annet sted (Brevik 2007b) langt mer avhengig av sirkulasjon i sykehjemsplassene enn sjølve dekningsgraden. På grunn av lav gjennomstrømming i sykehjemmene har Oslo lav kapasitet i sykehjem sjøl om dekningsgraden er relativt høy.

Den lavere tilgangen av tjenester på alle funksjonsnivå reiser samtidig spørsmål om skrupelige Eldres levekår i hverdagen på disse områdene. Hvor utilfredsstillende er så situasjonen? Det er også belyst i Helsetilsynets undersøkelse og vi kommer særskilt tilbake til dette i egen analyse nedenfor.

## 1.6.2 I kommunal bolig

Her har vi slått sammen dem med *betydelige* og *store* hjelpebehov og analysert dem under ett siden det er relativt få personer som bor slik i Oslo. På den andre sida har vi den relativt store gruppa med *moderate* hjelpebehov.<sup>18</sup>

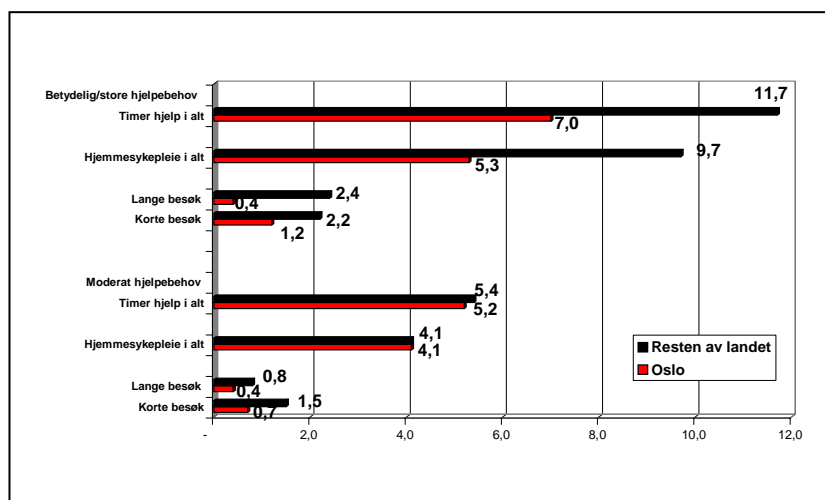
### Moderate funksjonstap

Disse utgjør i de tre grupperingene av bostedsområder som vi anvender her (Oslo, annen stor by, resten av landet), 40-45 pst av alle eldre i kommunale boliger.

For Oslo gjentar mønsteret fra eldre i private heimer seg, med begrenset bruk av korttids- og langtidsbesøk i hjemmesykepleien, men de mellomlange er relativt sett nokså omfattende. Det gjør at det i kommunale boliger i hovedstaden ytes hjelp i omfang som i resten av landet til personer med *moderate* hjelpebehov, jfr figur 1.11.

Når vi slår sammen timene i hjemmesykepleien med bruken av hjemmehjelp, er innsatsen i Oslo på linje med gjennomsnittet for resten av landet.

Figur 1.11 Eldre i kommunal bolig med moderat og med betydelig/stor grad av funksjonstap. Antall timer med hjemmesykepleien pr uke ved korte, lange og mellomlange besøk samt antall timer hjemmesykepleie og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Timer.



### Betydelige og store hjelpebehov

I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål der det bor personer 67 år+, har vel 4 av 10 på landsbasis betydelige, store eller svært store funksjonstap. Det samme er tilfellet for eldre i kommunale boliger i Oslo, jfr kap 1.2.3, figur 1.1 og kap 1.2.5 figur 1.3.

I Oslo bruker en relativt sett særlig færre ressurser enn i resten av landet på korte, og særlig lange besøk i hjemmesykepleien til disse. Ressurser brukt på korte og lange besøk ut-

<sup>18</sup> Blant eldre 67 år+ som har opphold i kommunale boliger i Norge, har 44 pst *moderate*, 23 pst *betydelige* funksjonstap, mens 16 pst har *store* funksjonstap. De to sistnevnte gruppene - som vi her har slått sammen her - utgjør 43 pst av alle. Det betyr at disse to gruppene er like store. Resten - de som ikke har funksjonstap i forhold til personlige gjøremål eller gangførhet - utgjør 17 pst av eldre i kommunale boliger, jfr kap 1.2.3, figur 1.1. De er holdt utenfor i denne oversikten over hjelp til eldre i kommunale boliger

gjør 1,6 timer pr uke i Oslo mot 3,6 timer i resten av landet, eller 35 pst av landsgjennomsnittet.

Mens disse besøkene står for 23 pst av samlet timebruk i hjemmesykepleien i kommunale boliger i denne gruppa i Oslo, utgjør tidsbruken til dem med tilsvarende funksjonstap i gjennomsnittet for resten av landet 47 pst av samlet innsats.

Mens de lange besøkene til eldre med omfattende funksjonstap, representerer 0,4 timer pr uke i Oslo, utgjør de 2,4 timer i resten av landet. Og de korte besøkene tilsvarende 1,2 time i Oslo mot 2,4 timer i resten av landet. Det er respektive seks og to ganger så mange timeverk pr uke knyttet til lange og korte besøk i resten av landet som i Oslo overfor personer med noenlunde samme grad av funksjonstap.

Sjøl om det relativt sett er få kommunale boliger til eldre i Oslo, kommer det her etter vår vurdering til syne en policy som til dels synes å være radikalt forskjellig fra den i majoriteten av norske kommuner. Men framfor alt: det må være store forskjeller i levekår som skrøpelig gammel i kommunale boliger mellom Oslo og resten av landet.

Og det er situasjonen i gjennomsnittet for resten av landet som er det normale i dag. Årsaken til at Oslos hjelpeprofil i de heimebaserte tjenestene avviker så vidt mye og systematisk fra resten av landet, kjenner vi ikke. Mest sannsynlig må det ha mye med ressursknapphet å gjøre. Det burde imidlertid ikke bunne i mangel på innsikt i betydningen av en fleksibel og sammenhengende omsorgskjede siden Oslo lenge har arbeidet med organiseringen av disse kommunale tjenestene.

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

Den samlede innsatsen i hjemmesykepleie og hjemmehjelp for de samme er i resten av landet 11,7 timer pr uke, eller antakelig et *halvt årsverk* når indirekte tidsbruk regnes inn. Det viser at det pågår et nokså omfattende pleie- og omsorgsarbeid i norske kommuner for 4 av 10 av beboerne i kommunale boliger jfr igjen kap 1.2.3, fig 1.1).

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

Dette representerer et betydelig avvik fra det som er vanlig - og som igjen kanskje ofte oppleves som knapt i andre kommuner.

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

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

I tillegg har kommunenes eget fagpersonale vurdert hvor tilfredsstillende situasjonen er mht legetilsyn, sykepleiefaglig tilsyn samt sosiale tiltak og aktivitetstiltak.

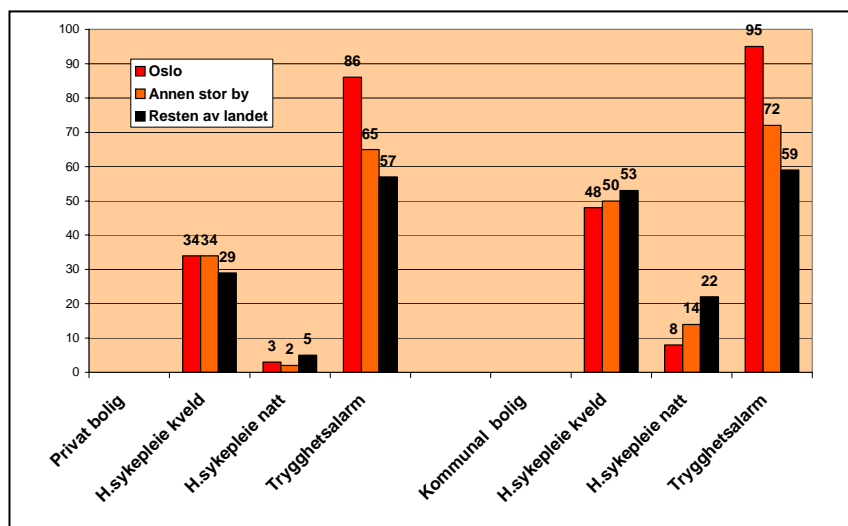
## 1.7 Om tilsyn fra hjemmesykepleien

I en by som Oslo med relativt sett mange aleineboende eldre vil tilsynsfunksjonen være av stor betydning. Hvordan eldre klarer seg nattetid er også en prekær størrelse i forhold til fortsatt å klare å bo i egen bolig og slik unngå å flytte til kommunal bolig med stasjonære serviceopplegg eller å måtte flytte til institusjon. Vi vil derfor kort se noe nærmere på hvordan situasjonen er i Oslo sammenliknet med resten av landet når det gjelder tilsyn fra hjemmesykepleien om kvelden og om natta.

### 1.7.1 Regelmessig tilsyn om kvelden fra hjemmesykepleie

Hver tredje eldre i *ordinære private heimer* med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, har regelmessig tilsyn om kvelden. I *kommunale boliger* til pleie- og omsorgsformål gjelder det samme halvparten. Det er ikke signifikante forskjeller mellom Oslo, annen stor by eller resten av landet.

Figur 1.12 Eldre som bor i privat bolig og i kommunal bolig. Andel med hjemmesykepleie om kvelden og om natta samt andel med trygghetsalarm etter bosted. Prosent.



### 1.7.2 Regelmessig tilsyn om natta fra hjemmesykepleie

I *kommunale boliger* har 1 av 5 regelmessig tilsyn om natta. Det gjelder imidlertid bare 8 pst i Oslo og 14 pst i annen stor by. Mens Oslo ikke skiller seg fra resten av landet på kveldstid, er situasjonen vesentlig annerledes på nattetid. Men på den andre sida er det utstrakt bruk av trygghetsalarm, jfr neste punkt. Denne er antakelig igjen ofte knyttet opp mot bruk av personalbase eller nærhet til annen omsorgsbasis i Oslo, jfr pkt 1.8.1 nedenfor.

Av eldre i ordinære private heimer har 5 pst på landsbasis hjemmesykepleie om natta og 3 pst i Oslo.

### 1.7.3 Trygghetsalarm

I kommunale boliger har 6 av 10 trygghetsalarm på landsbasis. Det gjelder imidlertid 95 pst i Oslo og 72 pst i annen storby. I Oslo og de større byene synes det å være større grad av substitusjon mellom teknologi og personlig tilsyn. Det kan analyseres nærmere.

## 1.8 Nærhet til hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene

I Helsetilsynets undersøkelse har en kartlagt nærhet til pleie- og omsorgstjenestene på dagtid og om natta. Tidligere har vi hatt relativt sparsomme data om dette. En undersøkelse fra Nord-Trøndelag i 2002 (Romøren og Svorken 2003) viste at hver tredje *omsorgsbolig* var lokalisert umiddelbart nært sykehjemmet. Videre fant en at 6 av 10 av disse boligene hadde *stasjonær* bemanning (personalbase). Dette gjaldt alle omsorgsboliger. Her bor imidlertid også en betydelig andel utviklingshemmede og andre funksjonshemmede under 67 år.<sup>19</sup>

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

### 1.8.1 Stasjonær bemanning og nærhet til pleie- og omsorgstjenester på dagtid

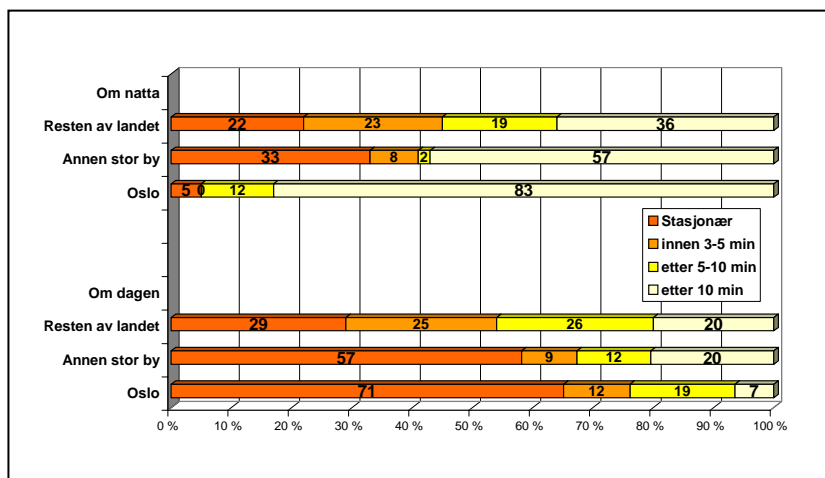
På landsbasis har 33 pst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål bebodd av eldre, pleie- og omsorgstjenester gjennom fast/stasjonær bemanning på *dagtid*. Det er ikke ensbetydende med at det bare bor eldre der, men de eldre som bor der, har i alle fall tilknytning til personalbase. Videre bor 23 pst slik at hjelpen kan tilkalles utenifra og kommer i løpet av 2-5 minutter. Ytterligere 23 pst bor med muligheter til hjelp utenifra i løpet av 5-10 minutter. Det betyr at nærmere 8 av 10 eldre i kommunale boliger enten bor med personalbase eller rimelig god nærhet til omsorgsbasis.

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

---

<sup>19</sup> I en analyse av utviklingshemmede i dette materialet fra Helsetilsynets undersøkelse fant vi at 69 pst av utviklingshemmede bodde med fast bemanning tilknyttet boliganlegget, mot 28 pst blant øvrige funksjonshemmede 20-66 år (Brevik 2006, NIBR-notat 2006:116, kap 3.2).

Figur 1.13 Eldre i kommunal bolig. Andel som bor med stasjonær service (personal-base) eller med nærhet til leie- og omsorgstjenester angitt i minutter. Prosent



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

### 1.8.2 Stasjonær bemanning og nærhet til pleie- og omsorgstjenester om natta

På landsbasis har 23 pst av de kommunale boligene fast stasjonær bemanning om natta. Ytterligere 21 pst har tilgang på hjelp utenfra i løpet av 3-5 min, og 17 pst før 10 minutter er gått. Det betyr at vel 6 av 10 har rimelig god dekning rent nærhetsmessig nattetid.

Oslo, som har en svært god geografisk dekning på dagtid i sine kommunale boliger, kommer helt annerledes ut på nattid. Bare 5 pst av eldre i slike boliger i Oslo, bor i boliganlegg med fast bemanning. Ytterligere 12 pst kan få hjelpa i løpet av 10 minutter. Resten, eller 83 pst må vente lenger på slik hjelp, mot 36 pst i resten av landet, jfr figur 1.13.

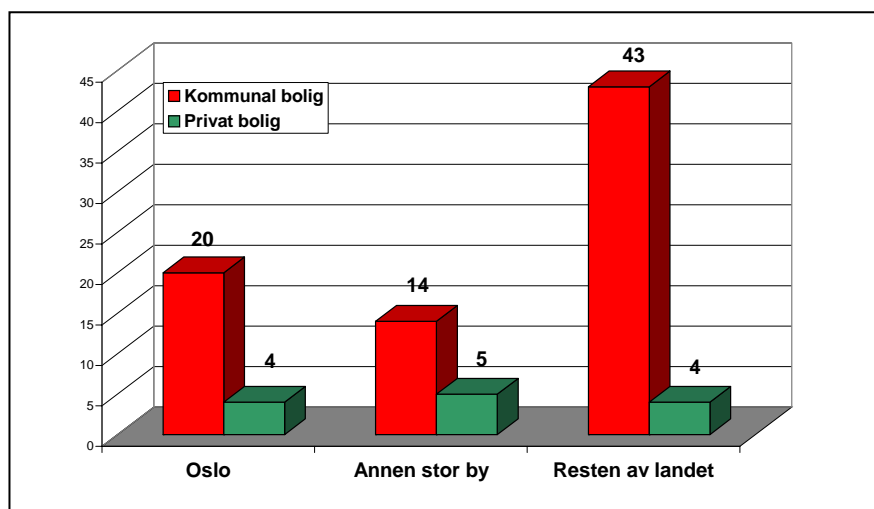
Det er en vesentlig annen situasjon nattetid i Oslos kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål enn det som er vanlig i norske kommuner generelt – og pleietyngden hos beboerne er omtrent den samme og andelen med demens som hovedårsak til behovet for hjelp er større, jfr figur 1.3 og figur v1.5. Og det er slike situasjoner som er de mest prekære i forhold til flytting til sykehjem. Slik sett er ikke et tilbud sterkere enn det svakeste leddet. Oslo synes i stor grad å basere nattilbudet i de kommunale boligene på trygghetsalarm, mens bemannet tilstedeværelse er sjelden. Forskjellen til resten av landet er radikal, jfr figur 1.12.

### 1.8.3 Eldres kommunale bolig som del av bofellesskap/bokollektiv.

En betydelig andel av de omsorgsboligene som er bygget fra 1994 og utover er regi er fellesskapsboliger i ulik grad.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Av omsorgsboliger bygget i perioden 1998-2003 hadde 7 av 10 fellesareal, dvs de er del av ulike former for bofellesskap (Husbanken 2004)

Figur 1.14 *Andel eldre som bor i bofellesskap/bokollektiv i kommunale boliger og i ordinære private boliger etter om de bor i Oslo, annen stor by eller resten av landet. Prosent*



Denne undersøkelsen viser at på landsbasis inngår eldre i kommunale boliger som del av bofellesskap/bokollektiv (aller oftest bofellesskap) i 40 prosent av tilfellene. Det samme gjelder halvparten, eller 20 pst i Oslo. Andelen er enda mindre i annen stor by, hvor dette omfatter 14 pst av slike boliger.

Det er de øvrige kommunene som i ikke ubetydelig grad har integrert sine eldre i bofellesskap, mens Oslo og de større byene har gjort det i mindre grad.

Dette kan også til dels være en av årsakene til at eldre i Oslo og større byer kommer ut med et dårligere tilbud kvantitativt sett, men neppe i betydelig grad. Men det å bo tilknyttet bofellesskap eller service gjennom personalbase eller gjennom nær omsorgsbasis, gir imidlertid en tilleggskvalitet i form av trygghet som antakelig oftest må avlese som et pluss ut over den rene tilgang på hjemmehjelp og hjemmesykepleie målt i timer, slik vi har gjort rede for i kap 1.4. – 1.6.

Undersøkelsen viser samtidig at en liten del eldre - ca 4 pst - bor i private fellesskapsboliger eller bokollektiv. Dette er likevel en interessant gruppe, og vi har behandlet dette spørsmålet og framtidige seniorers interesse for ulike former for bofellesskap i annen sammenheng (Brevik og Schmidt 2005).

## 2 Utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp og tilsyn, medisinsk faglig tilsyn og aktiviseringstiltak og kontakt

### 2.1 Innledning

Vi har så langt vist hvordan hjelp er gitt i form av hjemmesykepleie og hjemmehjelp etter antall besøk i hjemmesykepleien (hyppighet) fordeling mellom besøkenes lengde (hjelpesprofil) og omfang av hjelp samlet (ressursbruk) etter type oppholdssted og bosted. Dette har vi også analysert i forhold til omfang av hjelpebehov eller pleietyngde.

I dette kapitlet gjør vi rede for hvorvidt den hjelpa som faktisk ytes, *vrderes* som tilstrekkelig sett i forhold til de ulike tjenestemottakernes behov. Det gjelder alle, uavhengig om de bor i ordinære egne hjem, i kommunale boliger eller i institusjon (syke- eller aldershjem).

I Helsetilsynets undersøkelse ble det bedt om en vurdering av om den hjelpa tjenestemottakerne fikk, var *tilstrekkelig*. I veiledningen til utfyllingen av Helsetilsynets undersøkelse het det at *"den som fyller ut skjemaet må selv kjenne den som registreres, eller få informasjon fra en annen fagperson som gjør det"* (Helsetilsynet 2003, s 62). I tråd med instruks forøvrig til undersøkelsen, er det rimelig å anta at utfyllingen på dette punktet er foretatt av personer som har kjent vedkommende minst 1 måned, oftest syke- eller hjelpepleiere som arbeider nær den som har mottatt tjenestene.

Det ble bedt om den umiddelbare faglige vurderingen til den som registrerer hva som er 'tilstrekkelig',<sup>21</sup>

Opplysningene er gitt for alle som inngår i undersøkelsen. Her må det rimeligvis skilles mellom dem som oppholder seg i institusjon, i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål og eldre som bor i ordinære private hjem.

Som tidligere nevnt, gjelder undersøkelsen for dem som bor i egen ordinær privat bolig, bare dem som både har hjemmehjelp og hjemmesykepleie<sup>22</sup>. Det vil jevnt over være

---

<sup>21</sup> Her ble det føyd til at *"Vi er klar over at dette kan variere fra person til person. Vi har likevel valgt å spørre på denne måten. Ulike syn vil jevne seg ut når det er mange som registrerer og mange som registreres"*, jfr veiledning til registreringsskjema for tjenestemottakere, Helsetilsynet 2003, s. 92 samt kommentarer i samme rapport, s.62.

<sup>22</sup> Personer som har enten bare hjemmehjelp eller bare hjemmesykepleie faller utenfor Helsetilsynets undersøkelse. Jevnt over vil det imidlertid blant eldre være slik at de som har begge disse tjenestene, har mer omfattende hjelpebehov enn dem som bare har hjemmehjelp. Personer som kun har hjemmesykepleie vil oftest ha særskilte medisinske behov eller ha så god tilgang på privat omsorg (oftest ektefelleomsorg) at hjemmehjelp ('praktisk bistand') ikke er nødvendig.



personer med nokså betydelige hjelpebehov og som på sikt oftere vil kvalifisere til opphold i kommunal omsorgsbolig eller sykehjem sammenliknet med dem som bare mottar hjemmehjelp eller hjemmesykepleie, sjøl om det vil forekomme en god del unntak fra denne antatte regelen.

I undersøkelsen er registrert eventuell utilstrekkelige hjelp i forhold til tre hovedområder eller situasjoner.

- **personlige gjøremål i hverdagen** – hjelp til praktisk hjelp, personlig hygiene, mat og måltider samt tilsyn om kvelden/natta
- **medisinsk faglig tilsyn** - fra lege og sykepleiefaglig hold eller annet faglig tilsyn
- **sosial tiltak og aktivitetstiltak**

Vi gjør rede for og analysere disse tre hovedgruppene av hjelpetiltak etter type oppholdssted og sammenlikner Oslo med annen storby og resten av landet.

I undersøkelsen opererer en med fire kategoriseringer av bedømming av hvorvidt hjelpa som ytes er tilstrekkelig eller ikke: '*Utilstrekkelig*' er vurdert i to kategorier: 'alt for lite' og 'noe for lite', mens tilfredsstillende er synonymt med 'tilstrekkelig'.<sup>23</sup>

En kan ha som utgangspunkt at det er vanskelig å tolke hva som forstås med 'for lite' ut over face-value, dvs at det noe for lite i betydningen av at situasjonen ikke er tilfredsstillende. I Helsetilsynets undersøkelse ble det imidlertid for hver funksjon som er undersøkt mht eventuell utilstrekkelighet, foretatt en konkret gjennomgang med pleiepersonell i institusjon kommunale boliger og i hjemmetjenestene i 13 kommuner for å få fram hva 'tilstrekkelig' eller 'utilstrekkelig' hjelp betyr. Resultatet for hver funksjon er gjort rede for i Helsetilsynets rapport (2003), kap 5.

Hva som er tilfredsstillende, beror forøvrig ikke bare en pleiefaglig vurdering, men er indirekte underlagt den politiske betingete ressurstilførsel denne vurderinga beror på. Således vil den sjelden i makro enbart kunne føres tilbake til en 'faglig' begrunnelse.

Forøvrig vises det til forskning som viser at fagpersonell vanligvis opererer med strengere normer for hva som er tilfredsstillende enn eldre sjøl eller deres pårørende. Det vises videre til at det har blitt mindre ressurser med årene og at normene for hva som er utilstrekkelig hele tiden er i bevegelse (op cit s 68).

Hovedinntrykket var at *alt for lite* hjelp er av begrenset omfang. Den grunnleggende pleien er gjennomgående godt ivaretatt (op cit s 67).

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

Vi skal her gjengi resultatene av det kommunale fagpersonalets vurdering av hvor tilfredsstillende situasjonen er i forhold til hjelp til praktisk hjelp, personlig hygiene, mat og måltider samt tilsyn om kvelden/natta blant dem som bor i *egen heim*.

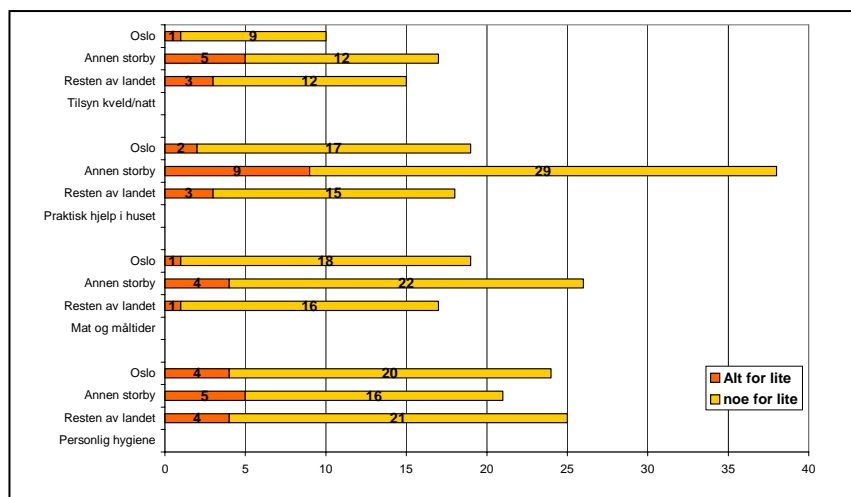
<sup>23</sup> Den fjerde vurderingskategorien er 'for mye'. Siden det er relativt svært få som er plassert her, har vi i denne sammenhengen sett bort fra disse, også for å forenkle analysen.

## 2.2.1 Hjelp til personlig hygiene

Undersøkelsen viser at det kommunale personalet vurderer hjelp til personlig hygiene som *alt for utilstrekkelig* i 4-5 pst av tilfellene. Dette er etter vår vurdering ikke mer enn forventet ut fra det forhold at ressurstilgangen til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene så langt generelt ikke er preget av romslighet og raushet. Det vil også etter vår vurdering være en rimelig andel i en situasjon med god tilgang på ressurser.

For *hver fjerde* mottaker av kommunale tjenester i egen heim, er imidlertid det kommunale personalet tilbøyelig til å mene at hjelpa representerer 'noe for lite', dvs er ikke tilfredsstillende nok, jfr figur 2.1. Dette er egentlig en høy andel i et samfunn hvor samfunnsmedlemmene allment utøver jevnt over strenge krav til velferd på det personlige fysiske velbefinnende basisplan.

Figur 2.1 *Personer 67 år+ i ordinær privat bolig. Kommunenes vurdering av hvor utilstrekkelig den kommunale hjelpa er med hensyn til tilsyn om kvelden/om natta, praktisk hjelp i huset, mat og måltider samt personlig hygiene. Prosent.*



### Om regresjonsanalyse

Så langt har vi tatt for oss de bivariate sammenhengene mellom avhengig (utilstrekkelig hjelp) og uavhengige variabler. Sjøl om slike sammenhenger framstår som signifikante, vet vi imidlertid ikke hvor mye av observerte utfall som kan skyldes effekten av samvariasjon med andre uavhengige variabler. Ved hjelp av regresjonsanalyse er det imidlertid mulig å kontrollere for dette.

Den gjør det mulig å utmåle de enkelte separate og sjølstendige effekter som de uavhengige variablene har på utfallet i de avhengige. Regresjonsteknikken gjør det mulig å tallfeste effektene av enkeltfaktorer i forhold til utfall i den avhengige. Vi nytter her logistisk regresjon<sup>24</sup>.

Her tallfestes sjansene (predikeres) for ulike utfall i den avhengige variabelen for hver av de uavhengige variablene som inngår i analysen. Således kan det eksempelvis forholde

<sup>24</sup> Den sjølstendige og separate effekten av hver enkelt faktor utmåles ved hjelp av en egen koeffisient eller 'sjanse-rate' (odds ratio,  $\exp(B)$ ) i forhold til en referansekategori satt lik 1,0 og den samlede effekten uttrykt ved forklart varians ( $R^2$ ), jfr tabell 2.1.

---

seg slik at sjansene for å ha utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene - under ellers like vilkår, dvs 'kontrollert' for effekten de øvrige faktorer som inngår i analysen - er 1,98 ganger større når en er mann enn når en er kvinne, jfr tabell 2.1.

Samtidig vil en ved hjelp av en slik analyse få skilt ut effekter som ikke er signifikante, men som muligens var det i bivariat sammenheng.

I vår analyse av forhold som kan tenkes å påvirke det bivariate resultatet om utilstrekkelig hjelp, har vi nyttet de samme faktorene (uavhengige variablene) som tidligere er anvendt i analysen av Helsetilsynets materiale, jfr Helsetilsynets rapport 2003, kap 5. Det er kjønn (1), alder (2), grad av funksjonssvikt (Barthels ADL indeks) gruppert (3) og aldersdemens som viktigste grunn til hjelpebehov (4).

I tillegg har vi nyttet type bostedstype (5) som uavhengig variabel. Samtidig har vi analysert utvalget grupper etter type oppholdssted, dvs personer bosatt i egen ordinær heim, kommunal bolig og institusjon hver for seg. Dette fordi eldre som oppholder seg ulike steder har ulike hjelpebehov.<sup>25</sup> Og det må det tas hensyn til når en skal analysere vurderingene av hvem som har utilfredsstillende hjelp. Her gjengir vi bare resultatene fra regresjonsanalysene for eldre i egen ordinær bolig.

### 2.2.2 Forhold som påvirker å ha utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene

Analysen viser at under ellers like vilkår er det ikke signifikant større sjanse for å ha utilstrekkelig hjelp til *personlig hygiene* når eldre bor i Oslo sammenliknet med resten av landet jfr tabell 2.1.

---

<sup>25</sup> Dette understrekes av Romøren som peker på at er "*funksjonsnivået lavt og hjelpebehovene store, som i sykehjem, vil det trekke i retning av at flere får utilstrekkelig hjelp der enn for eksempel i omsorgsboliger*" (Helsetilsynet 2003, s 65).

Tabell 2.1. *Bor heime. Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene*<sup>26</sup>.  
Logistisk regresjon.

Uavhengige variabler	Verdier	Resultat – odds ratio og signifikans	
		<i>Exp (B)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Egenskaper ved personene</b>			
<i>Alder</i>	Kontinuerlig	1,00	i.s
<i>Kjønn</i>			0,000
	Kvinne	1,0	
	Mann	1,98	
<b>Funksjonsnivå – Barthels indeks</b>			0,000
	Uten funk tap	1,0	
	Moderat	2,63	0,000
	Betydelig	3,44	0,000
	Tung	1,99	0,002
<b>Aldersdemens</b>			0,000
	Dement	1,0	
	Ikke-dement	0,44	
<b>Hvor bosatt</b>			i.s
	Resten av landet	1,0	
	Annen stor by	0,3	
	Oslo	1,10	
R2 (Natgelkerke)		0,070	
Modell kji-kvadrat		132,8	,000

i.s.= ikke signifikant. Antall personer inkludert i analysen; 2.861

For øvrig er det under ellers like vilkår dobbelt så stor utsikt til at menn har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene enn kvinner som bor i egen ordinær privat bolig og som begge har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, jfr tabell 2.1. Undersøkelsen tyder på at kvinner kommer vesentlig bedre ut. En skulle på en måte tro at det var omvendt siden menn oftere enn kvinner lever i parforhold samtidig som vi antar at menn oftere får hjelp fra kvinner, enn omvendt. Nyere forskning har imidlertid vist at dette i liten grad er tilfellet. Sjøl om menn bor sjeldnere aleine, kan det være slik at menn rent kjønnsrollemønsterbettinget klarer seg vesentlig dårligere enn kvinner når de bor aleine, og at det er forklaringen av resultatene. Her foreligger det relevant forskning, men vi har ikke anledning til å gå nærmere inn i denne problematikken i denne sammenhengen.

Men det kan kanskje også være slik at vi her har å gjøre med kjønnsrollemønster i forhold til pleierne, siden nesten alle pleiere er kvinner, og at det således kan være lettere for dem å gjennomføre de hygieniske pleieoppgavene i forhold til kvinner enn i forhold til menn?

Undersøkelsen mangler forøvrig data om andelen eldre som bor aleine versus dem som bor sammen med noen. Det gjør at denne analysemodellen ikke evner å gjøre rede for effekten av aleineboenhet.

<sup>26</sup> Her har vi dikotomisert denne variabelen slik at de som er vurdert til å 'alt for lite' eller 'noe for lite hjelp' hjelp er kategorisert til å ha 'utilstrekkelig hjelp', mens de som er vurdert til å ha 'tilstrekkelig' eller 'for mye hjelp', er vurdert til å ha 'tilstrekkelig' hjelp. Dette fordi det er svært få med 'for mye hjelp', og derfor ingen grunn til å analysere disse separat samtidig som de ikke vil påvirke hovedresultatet.

I forhold til personlig hygiene er oppfølgningen dårligst i forhold til heimeboende med *betydelige* funksjonstap, jfr beskrivelsen av funksjonssvikt i denne gruppa i kap 1.2.2. Blant disse er det 3,2 ganger så stor sannsynlighet for at hjelpa er utilstrekkelig som blant dem som ikke skårer i Barthels ADL-indeks, dvs som har hjelp til mer hverdagslige gjøremål (som ikke gir skåre i Barthels indeks).

Det er antakelig i denne gruppa (betydelige funksjonstap) vi finner flest 'kandidater' til framtidig sykehjemsplassering ved siden av dem med *store* hjelpebehov, hvor også sjansene til å ha utilstrekkelig hjelp er 2,6 ganger større enn i referansegruppa 'lette', jfr tabell 2.1.

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

Demente kommer jevnt over vesentlig dårligere ut enn ikke-demente, idet sjansene for å ha utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene er dobbelt så stor som for demente som ikke-demente. Dementes vesentlig dårligere situasjon går forøvrig i igjen i forhold til alle funksjoner som her er knyttet til personlige gjøremål.

### 2.2.3 Tilsyn om kvelden/natta

Undersøkelsen viser at 15 pst av eldre i egen ordinær heim har for lite *tilsyn om kvelden eller om natta*<sup>27</sup>, jfr figur 2.1. Sammenliknet med resten av landet er det 50 pst mindre sjanse for å ha utilstrekkelig tilsyn i privat bolig i Oslo, jfr tabell v2.2.

Vi viser samtidig til figur v2.1 i vedlegg hvor vi har gitt en enkel grafisk framstilling av resultatene av regresjonsanalysene når det gjelder hvordan Oslo og annen stor by kommer ut i forhold til resten av landet.

### 2.2.4 Mat og måltider

Omlag hver femte eldre som bor i egen ordinær bolig vurderes til å få for lite hjelp til *mat og måltider*. Det er vanskelig å vurdere betydningen av dette, men i et moderne samfunn burde alle sikres muligheten til mat og rimelig fødeinntak. Ved f.eks overlevering av ferdigmat er det ikke bestandig tid nok til å påse at de eldre får i seg nok mat (Helsetilsynets 2003, s 66).

Regresjonsanalysen viser at utilstrekkeligheten her, under ellers like vilkår (dvs kontrollert for de faktorer som inngår i regresjonsmodellen), er 40 pst større i Oslo enn i resten av landet og nesten dobbelt så stor når en bor i annen stor by, jfr tabell v2.3. Vår hypotese er at dette kan ha sammenheng med for knappe resurser i hjemmetjenestene slik at det ikke blir tilstrekkelig tid til å følge opp dette.

Her er det imidlertid ingen forskjell mellom kjønnene slik det var i forhold til personlig hygiene. Men også i forhold til dette kommer demente vesentlig dårligere ut enn ikke-demente.

---

<sup>27</sup> Her er også inkludert de som i følge pleierne ikke ønsker tilsyn på slike tider av døgnet, sjøl om hjemmesykepleien mener at det er påkrevd (Helsetilsynet 2003, s 66) .

Og vi legger også her merke til at dem med moderate eller betydelige funksjonstap oftere befinner seg i en vanskelig situasjon, i det sjansene for at hjelpa er utilstrekkelig hjelp til mat og måltider er større for disse enn for dem med store hjelpebehov, jfr tabell v2.3.

### 2.2.5 Praktisk hjelp i huset

I underkant av hver femte eldre har utilstrekkelig bistand til praktisk hjelp i huset, jfr figur 2.1 Det vil bl.a si at det blir noe snaut og at en ikke rekker mer enn å få tatt det grøvste (Helsetilsynet 2003, s 66).

I Oslo er sjansene noe større for at eldre som bor i egen heim kan få utilstrekkelig bistand til slik praktisk hjelp enn i resten av landet. Men her er det eldre i annen stor by som kommer særlig dårlig ut, jfr tabell v2.4.

Demente og menn har oftere utilstrekkelig praktisk hjelp i huset enn ikke-demente og kvinner, men ikke så markant som i forhold til personlig hygiene

### 2.2.6 Oppsummering

I forhold til personlige gjøremål og praktisk hjelp i hverdagen er det jevnt over 15-25 pst som pleiepersonalet vurderer til ikke å ha tilstrekkelig hjelp. Men bare 1-4 pst på landsbasis har 'alt for lite' slik hjelp. Vi slutter oss imidlertid til konklusjonen i Helsetilsynets rapport om at det *"stadig skjer forsømmelser, men kvalitetssvikt av mer alvorlig karakter er sjelden"* (op cit s 80). På den andre sida foreligger det en viss og noen ganger betydelig utilstrekkelighet, som mest sannsynlig skyldes knapphet på ressurser.

Det er imidlertid et slags hierarki i utilstrekkeligheten. Hjelp til viktige funksjoner som personlig hygiene og mat og måltider er utilstrekkelig i 25 pst av tilfelle på landsbasis. Deretter følger praktisk hjelp og tilsyn om kvelden/natta med 15-19 pst. Seinere vil vi vise at faglig medisinsk tilsyn er utilstrekkelig i hvert 10. tilfelle.

Utsiktene til å ha utilstrekkelige tjenester av denne typen er under ellers like vilkår 10-40 pst større i Oslo for 3 av 4 av de funksjonene vi har gjort rede for her sammenliknet med resten av landet. Det er betydelig, men ikke markant. Bortsett fra i forhold til tilsyn om kvelden/natta, er for øvrig situasjonen i annen stor by ikke bedre enn i Oslo.

At Oslo kommer ut med noe oftere med utilstrekkelig hjelp i forhold til sentrale funksjoner for å klare seg i egen heim med vesentlige funksjonstap, knytter sannsynligvis igjen an til jevnt over mindre tilgang både på hjemmehjelp og hjemmesykepleie i hovedstaden sammenliknet med resten av landet, slik vi har vist i kap 1.4-1.6. Det samme gjelder *profilen* i de heimebaserte tjenestene, preget av knapphet på lange besøk (tid) og korte besøk (tilsyn).

Situasjonen i hjemmetjenestene for eldre i egen heim i Oslo er både beskrevet og vurdert som knapp. Seinere (Brevik 2007d) vil vi drøfte innbyrden av dette bl.a. i forhold til kapasiteten i sykehjem.

Vurderingene at de nevnte tjenestenes utilstrekkelighet er lite påvirket av alder og grad av funksjonssvikt, men jevnt over kommer menn vesentlig bedre ut enn kvinner og demente bedre enn ikke-demente.

## 2.3 Vurdering av medisinsk faglig tilsyn til eldre i egen heim

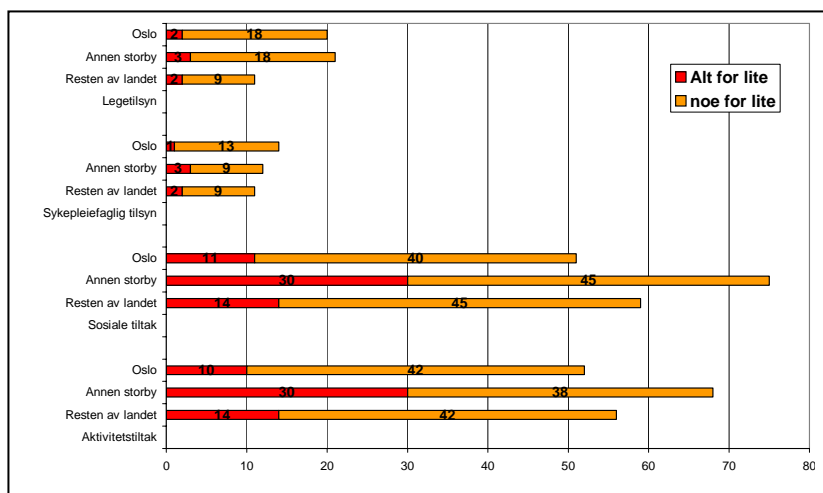
I Helsetilsynets undersøkelse vurderte en eventuell utilstrekkelighet i det medisinske tilsynet ved å undersøke både tilsyn fra lege og det sykepleiefaglige tilsynet.

### 2.3.1 Sykepleiefaglig tilsyn

Det sykepleiefaglige tilsynet blant eldre i egen heim er utilstrekkelig i 1 av 10 tilfeller, men er sjelden *alt for* utilstrekkelig, jfr figur 2.2. Noe av dette går på at hjelpepleiere delegeres oppgaver som burde ha vært utført av sykepleiere (Helsetilsynet 2003, s. 67).

Det er under ellers like vilkår - dvs korrigert for de faktorer som inngår i vår regresjonsanalysen - 40 pst større sjanse for å ha utilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn i Oslo enn i resten av landet., jfr tabell v2.5.

Figur 2.2 *Personer 67 år+ som bor heime. Kommunenes vurdering av hvor tilfredsstillende den kommunale hjelpa er med hensyn til tilsyn fra lege, sykepleiefaglig tilsyn, sosiale tiltak og aktivitetstiltak.*



Men sjansene for svikt er større for menn enn for kvinner, mens den er vesentlig mindre for ikke-demente sammenliknet med demente. jfr tabell v2.5. Og sjansene for utilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn er allment størst for dem med størst funksjonssvikt.

### 2.3.2 Legetilsyn

Tilsynet fra lege er mindre tilfredsstillende for 1 av 10. Her er bl.a inkludert forhold som at sykepleiepersonalet ikke blir gitt tid til å være med for å bli informert av legen om eldres situasjonen (Helsetilsynet 2003, s 67).

For eldre som bor i private heimer og som både har hjemmehjelp og hjemmesykepleie, er det dobbelt så stor sjanse for å ha utilstrekkelig tilsyn fra lege i Oslo som i resten av landet, jfr tabell v2.6. Det kan synes som et paradoks, men den gode legedekningen i byen er ikke godt nok rettet inn mot de svakeste.

Og sjansene for at tilsyn fra lege er utilstrekkelig, er størst for dem med de største hjelpebehovene, jfr tabell v2.6.

Undersøkelsen viser at utilstrekkeligheten i hovedstadens medisinske tilsyn for eldre som bor i ordinære private boliger, relativt sett er betydelig sammenliknet med gjennomsnittet for landet. Og den er større enn hva tilfellet er for personlige gjøremål i hverdagen. Dette er antakelig med å svekke de faglige vurderinger som kontinuerlig er nødvendig i forhold til innsatsen i de heimebaserte pleie- og omsorgstjenestene og som ledd i å utsette innleggelse i institusjon og sykehus.

## 2.4 Aktivitetstiltak og sosiale tiltak til eldre i egen heim

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

### 2.4.1 Aktivitetstiltak

Det foreligger utilstrekkelighet i forhold til aktivitetstiltak for vel halvparten av eldre som bor heime, jfr figur 2.2. Situasjonen i Oslo er her som i resten av landet. Dette synes å være en allmenn mangel og er derfor upåvirket av alder og kjønn. Men utilstrekkeligheten gjelder framfor alt dem med de største funksjonstapene, jfr tabell v2.7. Det bekrefter at når den enkelte er redusert i forhold til å få til aktivitet på egen hand eller i egen regi, er det offentlige bidraget oftest fraværende og kompensere ikke for det som følger av tap av egen funksjonsevne. Derfor tiltar sjansene for å komme utilstrekkelig ut i forhold til aktiviteter, svært mye med grad av funksjonssvikt. Det samme er tilfellet for sosiale tiltak, jfr tabell v2.8. Dette er et av de fundamentale problemene i forhold til det offentliges bidrag til eldres levekår.

### 2.4.2 Sosiale tiltak

De sosiale tiltakene er utilstrekkelig i 6 av 10 tilfeller. Og i annen storby gjelder det 75 pst. Her er det i 3 av 10 tilfeller tale om *alt for lite*, jfr figur 2.2. Sjansene for at en befinner seg i en utilstrekkelig situasjon, er noe mindre i Oslo enn i resten av landet. Men forskjellen er ikke vesentlig. Igjen er det dem med størst tap av funksjonsevne som kommer dårligst ut, jfr tabell v2.8.

Undersøkelsen viser at jevnt over annenhver eldre i egen heim har for lite stimulering gjennom aktivitetstiltak og sosiale tiltak i følge personalets vurderinger. Det tyder på av det er vesentlige mangler ved livskvaliteten til eldre som er hjelpetrengende både ved å ha hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

## 2.5 Vurdering av hjelpesituasjonen i forhold til personlige gjøremål, medisinsk faglig tilsyn og aktivitetstiltak blant eldre i kommunal bolig

I dette avsnittet skal vi gå gjennom situasjonen i forhold til utilstrekkelig hjelp for eldre med opphold i kommunal bolig på samme måte som vi har gjort for eldre i ordinære private boliger. For å lette oversikten har vi sløyfet sammenlikningen med annen stor by i figurene.



Her gjengir vi ikke resultatet av de tilsvarende regresjonsanalysen i eget tabellvedlegg, men gjengir sannsynlighetsmålet (oddsratio) i en egen figur (figur 2.4) for type bosted for alle 8 berørte funksjoner under ett. Øvrige resultater fra regresjonsanalysene gjengis direkte i teksten der dette er av verdi.

## 2.5.1 Utilstrekkelig hjelp i forhold til personlige gjøremål i hverdagen

### Personlig hygiene

I Oslo er hjelp til personlig hygiene utilstrekkelig for 37 pst av dem som bor i kommunal bolig, men bare 3 pst har alt for lite slik hjelp. I resten av landet gjelder det 9 pst (samme andel som i institusjon), jfr figur 2.3 (og figur 2.6). Under ellers like vilkår er det 3,2 ganger større sjanse for å ha utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene i Oslo, jfr figur 2.4.

Og det gjelder også her noe oftere menn enn kvinner og demente oftere enn ikke demente.

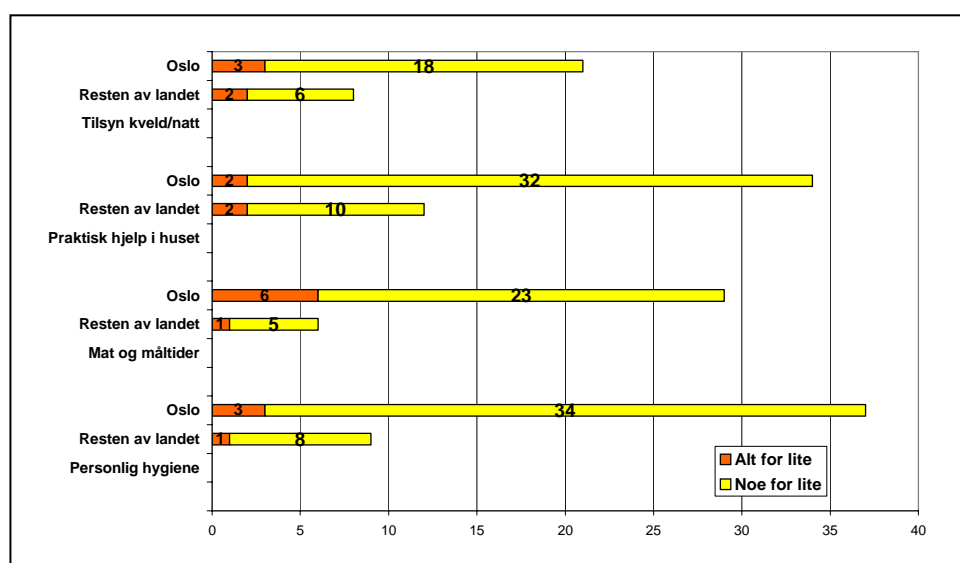
### Tilsyn kveld/natt

På landsbasis er det 8 pst med utilfredsstillende tilsyn om kvelden/ natta, mot 21 pst i Oslo, jfr figur 2.3. Utsiktene til å være i en slik situasjon er 3 ganger større i hovedstaden enn i resten av landet når du bor i kommunal bolig.

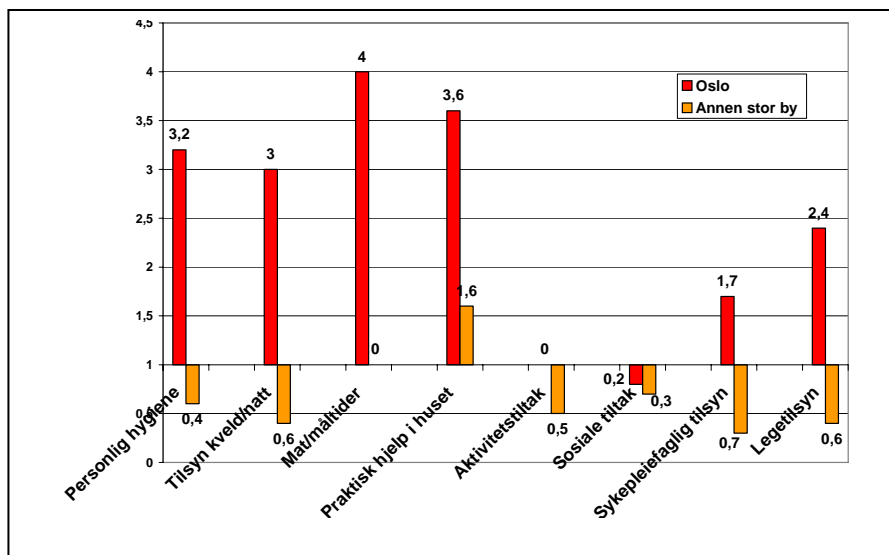
### Mat og måltider

Mens 6 pst i kommunale boliger på landsbasis har utilstrekkelig hjelp til mat og måltider (samme andel som i institusjon), gjelder det 29 pst i Oslo, jfr figur 2.3 Under ellers like vilkår er det 4 ganger så store sannsynlighet for å ha utilstrekkelig hjelp til dette i kommunal bolig i Oslo når en sammenlikner med gjennomsnittet for landet, jfr figur 2.4.

Figur 2.3 *Eldre i kommunal bolig. Kommunenes vurdering av hvor utilfredsstillende situasjonene er mht tilsyn om kvelden/om natta, praktisk hjelp i huset, mat og måltider samt personlig hygiene. Andel med for lite hjelp. Oslo og Resten av landet. Prosent*



Figur 2.4 *Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til personlige funksjoner, praktisk hjelp, tilsyn, faglig tilsyn og sosiale tiltak. Sjanser oppgitt i oddsratio (ganger). Eldre i kommunal bolig. Referanse: resten av landet=1. Logistisk regresjon*



### Praktisk hjelp i huset

I Oslo har hver tredje eldre i kommunal bolig utilstrekkelig hjelp i huset mot 12 pst i resten av landet, jfr figur 2.3. Og oddsratioen, eller sjansene for å ha utilstrekkelig hjelp til dette, er 3,6 ganger større sammenliknet med resten av landet.

### Oppsummering

Undersøkelsen viser at det foreligger en nokså stor svikt i hjelp til personlige gjøremål i hverdagen for eldre i kommunale boliger i Oslo målt i forhold til disse fire hverdagsfunksjonene. Fra 21 til 37 pst er vurdert til å ha utilstrekkelig hjelp. Sannsynligheten for dette er under ellers like vilkår jevnt over 3-4 ganger større i Oslo enn i resten av landet.

Undersøkelsen viser imidlertid at det på landsbasis ikke er noen forskjell mellom dem som bor i kommunal bolig og dem som bor i institusjon (se nedenfor, kap 2.6) når det gjelder andelen med utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål i hverdagen, jfr figur 2.3 og figur 2.6. Det gjelder som gjennomsnitt. Det kan tyde på at de kommunale boligene jevnt over fungerer like bra som institusjonene når det gjelder hjelp til personlige gjøremål i hverdagen. Det er imidlertid ikke tilfellet i Oslo.

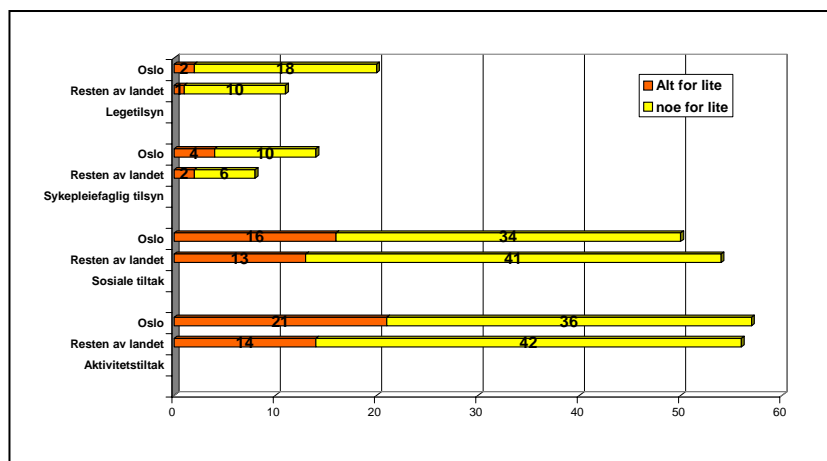
I en tidligere analyse av dette materialet pekte imidlertid Romøren (Helsetilsynet 2003) på at de skrøpeligste i institusjon tas bedre vare på her enn i kommunal bolig, og enda mer sett i forhold til eldre i egne private heimer. Her har vi så langt ikke brakt inn grad av funksjonstap i de bivariate analysene. Det kommer vi tilbake til.

## 2.5.2 Utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn

Situasjonen i Oslo for eldre i kommunal bolig i forhold til resten av landet er presist den samme som vi har funnet for eldre som bor i egen privat heim. Dette er for så vidt rimelig da det er det samme faglige regimet som har ansvaret uansett oppholdssted. Slik sett er resultatene konsistente.

I Oslo er legetilsynet utilstrekkelig for 20 pst av eldre i kommunale boliger og det sykepleiefaglige tilsynet utilstrekkelig for 14 pst, jfr figur 2.5. Sjansene for å ha utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn i kommunal bolig i Oslo er jevnt over dobbelt så store som i resten av landet, jfr figur 2.4. Slik vi seinere skal vise, er derimot slikt tilsyn langt sjeldnere utilstrekkelig i institusjon i Oslo, også sammenliknet med landsgjennomsnittet.

Figur 2.5 *Eldre i kommunal bolig. Kommunenes vurdering av hvor tilfredsstillende hjelp er mht tilsyn, legetilsyn, sykepleiefaglig tilsyn, sosiale tiltak og aktivitetstiltak. Andel med utilstrekkelig hjelp. Oslo og Resten av landet. Prosent.*



### 2.5.3 Sosiale tiltak og aktivitetstiltak

Mangelen på aktivitetstiltak og sosial tiltak er generelt mangelfull i Norge, og også i Oslo. Omlag halvparten av eldre i kommunale boliger i Oslo er i en utilstrekkelig situasjon i følge kommunalt fagpersonell. Det er omtrent den samme andelen som for eldre i ordinære private heimer. En skulle kanskje tro at det var noe lettere å få til slike tiltak når en så vidt stor andel på landsbasis bor i fellesskapsboliger, jfr kap 1.8.3. At det ikke er tilfellet, må vise til generelle manglende ressurser og fokus på disse viktige sidene av eldre levekår. Det er imidlertid en tendens til at noen færre har utilstrekkelige aktivitetstiltak og sosiale tiltak i Oslo sammenliknet med resten av landet, jfr figur 2.5. Men regresjonsanalysene viser at Oslo plasserer seg jevnt over rundt landsgjennomsnittet, jfr figur 2.7.

## 2.6 Vurdering av hjelpesituasjonen i forhold til personlige gjøremål, medisinsk faglig tilsyn og aktivitetstiltak blant eldre i institusjon

Det *generelle* bildet er at andelen med tilfredsstillende tjenester jevnt over er størst blant eldre som bor i egen bolig. Den er vesentlig bedre for dem som bor i kommunale boliger. Andelen som vurderes til å være i tilfredsstillende situasjon er jevnt over den samme her som institusjon. Slik sett går det et skille mellom eldre i ordinære heimer og de øvrige, dvs der det kommunale ansvaret samtidig er knyttet opp mot boliger, inkludert institusjonene.

## 2.6.1 Personlige gjøremål i hverdagen i institusjon

### Personlig hygiene

På landsbasis er forholdene mht personlig hygiene utilfredsstillende for 9 pst av pasientene. Men bare 1 pst er vurdert til å ha *alt for lite hjelp*<sup>28</sup>.

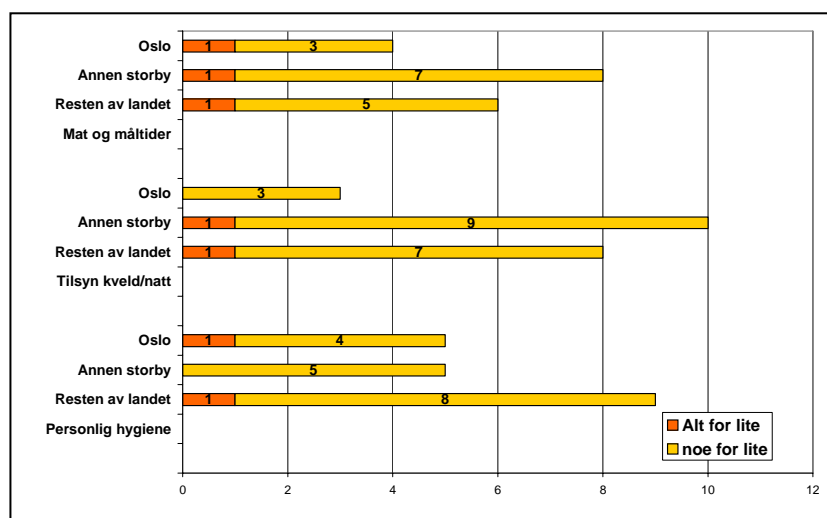
I Oslo og annen storby er det færre, eller bare 5 pst, som vurderes til å ha utilstrekkelig hjelp til dette, figur 2.5. Regresjonsanalysen – der vi korrigerer for effekt av pleietyngde, demens, alder og kjønn, viser at andelen med utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene er 50 prosent lavere i Oslo enn i resten av landet, jfr figur v2.6, nedenfor.

### Tilsyn kveld og natt

Undersøkelsen viser at 8 pst av eldre i institusjon har utilstrekkelig tilsyn om natta, og bare 1 pst har alt for lite tilsyn<sup>29</sup>. Tilsvarende var det 15 pst som hadde utilstrekkelig tilsyn i egen heim, jfr figur 2.1.

Situasjonen synes å være best i Oslo på det punktet, idet slikt tilsyn er utilstrekkelig i 3 pst av tilfellene, mot f. eks 10 pst i annen storby, jfr figur 2,5.

Figur 2.6 *Personer 67 år+ i institusjon. Kommunenes vurdering av hvor utilfredsstillende situasjonene er mht tilsyn om kvelden/om natta, mat og måltider samt personlig hygiene.*



### Mat og måltider

Når det gjelder mat og måltider for eldre i institusjon er situasjonen utilstrekkelig for 6 pst av pasientene. For eldre i egen heim var hjelpa til dette utilstrekkelig for 17 pst, jfr figur 2.1. Det er bedre tilgang på hjelp i institusjon enn i de private heimene, noe som for så

<sup>28</sup> I følge Helsetilsynets rapport betyr det i sykehjemsavdelinger ”oftest at pasienten ikke kan legge seg eller stå opp til ønsket tid. I skjermede enheter er problemet ofte at pasienten ikke vil ha hjelp, for eksempel til å vaske seg, og at personalet av den grunn mener det blir gitt for lite” (Helsetilsynet 2003, s 66).

<sup>29</sup> Alt for lite tilsyn i vanlige sykehjemsavdelinger ”betyr vanligvis at nattevakten(e) blir opptatt med å hjelpe akutt syke, slik at en i for liten grad kan føre kontroll med hva som skjer med de andre pasientene” (Helsetilsynet 2003, s 66).

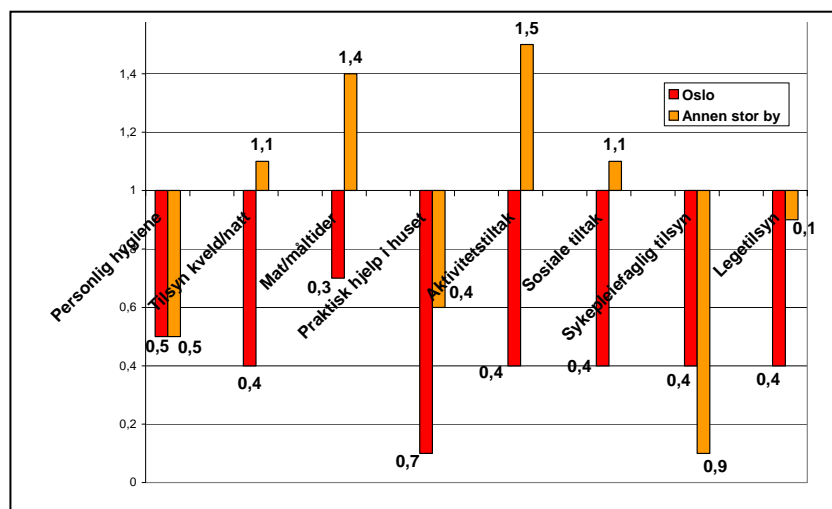
vidt er nokså logisk. Sjansene for å ha utilstrekkelig hjelp til dette er 30 pst mindre i Oslo sammenliknet med resten av landet

Oslos eldre i institusjon har sjelden utilstrekkelig hjelp til disse tre viktige funksjonene. Sykehjemmene i Oslo synes slik sett å være drevet godt.

## 2.6.2 Utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn i institusjon

Sykepleiefaglig tilsyn og legetilsyn i Oslos sykehjem er av kommunens fagpersonale sjelden vurdert som utilstrekkelig, idet det gjelder omlag 5 pst av pasientene, og da oftest som *noe* utilstrekkelig. Det er under ellers like vilkår bare halvparten så ofte som i gjennomsnittet for resten av landet, jfr figur 2.7. Også annen stor by kommer ut bedre enn landet for øvrig på det punktet.

Figur 2.7 *Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til personlige funksjoner, praktisk hjelp, tilsyn, faglig tilsyn og sosiale tiltak. Sjanser oppgitt i oddsratio (ganger). Eldre i institusjon. Referanse: resten av landet=1. Logistisk regresjon.*



Også her kommer sykehjemspasientene i Oslo jevnt over bra ut i henhold til fagpersonaleets vurderinger, som må ansees som jevnt over realistisk og pålitelig, jfr pkt 2.1 innledningsvis.

## 2.6.3 Sosiale tiltak og aktivitetstiltak i institusjon

Aktivitetstiltak og sosiale tiltak for eldre er jevnt over svært utilfredsstillende over hele landet og det uavhengig av type oppholdssted. Det er jevnt over 55-60 pst for hvem dette vurderes som utilstrekkelig, slik det går fram av tidligere figurer i dette kapitlet. Men også her skiller Oslo seg ut i positiv retning for eldre i sykehjem. Sjansene for å ha utilstrekkelige tiltak her er under ellers like vilkår en del mindre enn i gjennomsnittet for landet, og gjelder omlag 4 av 10 personer mot 6 av 10 eldre i landets øvrige institusjoner (sykehjem).

Slik det går fram av resultatene av våre regresjonsanalyser av utilstrekkelig hjelp til sju ulike funksjoner i sykehjem, kommer Oslo noe bedre ut enn gjennomsnittet for landet i

forhold til *samtlig*e. Det er imidlertid ikke ensbetydende med at det ikke mangler kvaliteter i Oslos sykehjem, men målt på denne måten kommer hovedstaden jevnt over bra ut. Slik det forøvrig klart burde gå fram av denne analysen, er det ikke der hovedproblemene i Oslos eldreomsorg befinner seg.

## 2.7 Utilstrekkelig hjelp i ordinær privat bolig etter grad av hjelpebehov

Vi har så langt vist at deknningen av Eldres sentrale hjelpebehov knyttet til personlige funksjoner i hverdagen, er størst blant dem som bor i egen ordinær heim. Dette gjelder generelt. Men det er rimelig å anta at denne utilstrekkeligheten ikke er av samme størrelse etter hvor en bor i landet og etter hvor store hjelpebehovene er. Er det slik at de med de mest omfattende behovene oftest får utilstrekkelig hjelp, og at de blant disse kommer dårligere ut når de bor i Oslo enn i forhold til gjennomsnittet for resten av landet?

Vi har tatt for oss behov for *personlige gjøremål* i hverdagen og medisinsk faglig tilsyn.

### 2.7.1 Personlige gjøremål i hverdagen

#### **Personlig hygiene og praktisk hjelp i huset**

Vi har tidligere vist at hver fjerde eldre som bor i egen ordinær bolig har utilstrekkelig hjelp til personlig hygiene. På landsbasis gjelder det noen flere blant dem med betydelige/store funksjonstap, jfr figur 2.7. I Oslo derimot gjelder det 37 pst av disse. Dette viser hvordan gjennomsnittstall tilslører forskjeller, samtidig som at de heimebaserte tjenesten i Oslo særlig svikter i forhold til dem med størst behov. Det understøtter hypotesen om at svakt utviklet alternativ tjenesteyting øker presset på sykehjemmene.

Det samme mønsteret avtegner seg i forhold til praktisk hjelp i huset, jfr figur 2. 8.

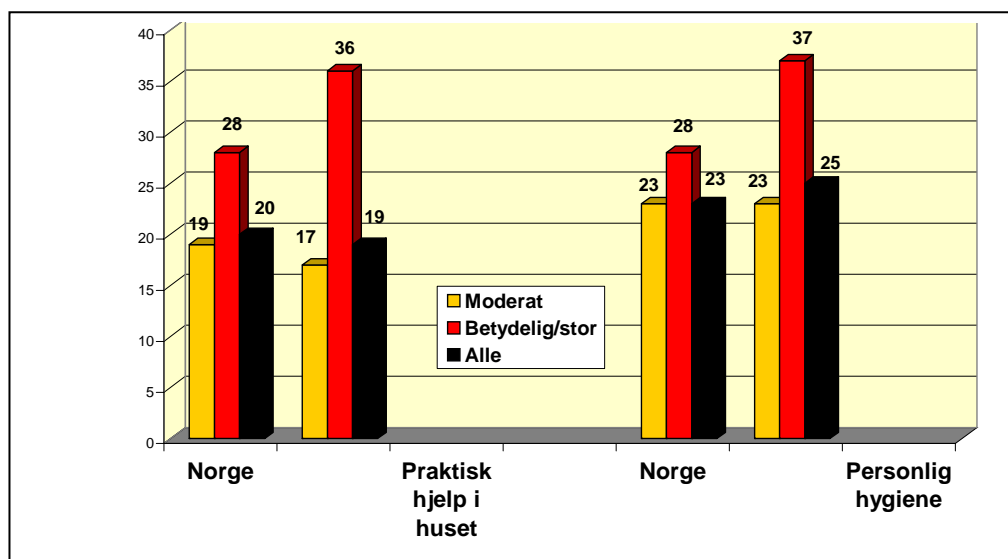
#### **Mat og måltider og tilsyn om kvelden/natta**

Mens hver femte heimeboende både i Oslo og Norge har utilstrekkelig hjelp til mat og måltider, gjelder det flere med de største hjelpebehovene i Oslo, jfr figur v 2.2 i figurvedlegg til kapitlet.

Sjøl om det er færre som har utilstrekkelig tilsyn på kvelds og nattetid i Oslo, er det en større andel som har utilstrekkelig tilsyn blant dem med størst hjelpebehov sammenliknet med de øvrige.

I forhold til alle disse sentrale personlige funksjonene er utilstrekkelig hjelp i Oslo mest markant for de mest hjelpetrengende. En kommer til kort oftest der en burde strekke til lengst. Det viser etter vår vurdering tilbake til en vesentlig del av profilen og innretningen i den heimebaserte omsorgen i Oslo. Og de mange aleineboende i byen burde skjerpe spørsmålet om dimensjoneringen og av de heimebaserte tjenesten og utvikling av fellesskapsløsninger.

Figur 2.8 Eldre som bor i egen ordinær privat bolig med hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Andel med utilstrekkelig hjelp til praktisk hjelp i huset og personlig hygiene etter grad av hjelpebehov. Prosent.



## 2.7.2 Faglig medisinsk tilsyn og grad av hjelpebehov

Det er – som vi har vist – noen flere i Oslo enn i gjennomsnittet for resten av landet som har utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn blant eldre i egne private boliger. Forskjellen er imidlertid størst blant dem med størst funksjonstap. Særlig gjelder dette legetilsyn, jfr figur v 2.3. Blant dem med moderate funksjonstap er det dobbelt så mange med utilstrekkelig slik hjelp i Oslo som i gjennomsnittet for resten av landet (19 pst mot 10 pst). Blant heimeboende eldre med betydelige/ store funksjonstap i Oslo er det 28 pst med utilstrekkelig legetilsyn, mot 17 pst i samme gruppe på landsbasis.

Denne gjennomgangen har vist at i forhold til de heimeboende eldres hjelpebehov mht disse seks faktorene, kommer Oslo noe dårligere ut enn resten av landet. Men den mer markante forskjellen, er at Oslo skiller seg ut i forhold til de mest hjelpetrengende. Dette understreker og styrker spørsmålet om *betydningen* av generelt svakt utbygde og antakelig vesentlig mindre velfungerende heimetjenester i forhold til de mest hjelpetrengende eldre i hovedstaden. En synes i utilfredsstillende grad forspent til å etterleve den overordnede gamle og vedvarende nasjonale målsettingen om at eldre skal gis anledning til å bo heime så lenge som mulig.

## Litteratur

- Brevik I, (1996): *Døden som de aleineboendes hjelpesmann. Om to behovsfaktorer i Rattsø-utvalgets handtering av kommunenes utgiftsbehov i omsorgssektoren, Plan, nr 4, Oslo 1996*
- Brevik, I. (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Kommunenes vurdering av planen som redskap i utbyggingen av omsorgstjenestene. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse. NIBR-notat 2003:114*
- Brevik I. og Schmidt L.(2005): *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser, NIBR-rapport 2005:17*
- Brevik I. (2006): *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon. Separat analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003. NIBR- notat 2006:116, Oslo*
- Brevik I. (2007a): *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen Hovedtrekk, NIBR-notat 2007:102, Oslo 2007*
- Brevik I. (2007b): *Der tida står stille. Utvikling og status i Oslos og landets eldre omsorg. NIBR-rapport 2007:115, Oslo 2007*
- Brevik I og Høyland K. (2007): *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen, Samarbeidsrapport NIBR/SINTEF, Oslo 2007*
- Helsetilsynet (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottaker, hjelpebehov og tilbud, Rapport nr 10/2003, Statens helsetilsyn, Oslo*
- Husbanken (2004): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Husbankens oppsummering, Oslo 2004*
- Norges offentlige utredninger, NOU 1992:1, Trygghet – verdighet – omsorg
- Romøren T. I.: (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud, Oslo: i Statens helsetilsyn, rapport nr 10, 2003*
- Romøren, T.I og Svorcken B. (2003): *Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av Handlingsplan for eldre omsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag, NOVA Rapport 12/03, Oslo: NOVA*
- Statistisk Sentralbyrå (2006): *Kommunale helse- og sosialtjenester 2005 (Statistikkbanken), hvert år, Oslo*
- Statistisk Sentralbyrå (2006): *Pleie- og omsorgsstatistikk 2005 (Statistikkbanken) hvert år, Oslo*



St. meld. nr. 50 (1996-1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Trygghet – respekt – kvalitet. Oslo, 13. mai 1997

St. meld. nr. 31 (2001-2002), *Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen. 'Fra hus til hender'*, 13. juni 2002

St meld nr 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*

Toresen, J. (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen – virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk*. NIBR-rapport 2003:11, Oslo 2003

# Vedlegg 1

## Utdrag av spørreskjema Statens helsetilsyns undersøkelse 2003 med relevans for dette notatet og indikatorer i Barthels pleieindeks

Utdrag av spørreskjema Statens helsetilsyns undersøkelse 2003 med relevans for dette notatet<sup>30</sup>

### 1. Personopplysninger

Personenes: kjønn 1 Kvinne 2 Mann  
Personens alder. ant år

### 2. Hvor den eldre bor

1. Sykehjem/sykehjemsavdeling
2. Aldershjem/aldershjemsavdeling
3. *Omsorgsbolig med Husbank-standard* (bygget med tilskudd fra Husbanken etter 1993)
4. *Annen bolig med kommunal disposisjonsrett* (annen type omsorgsbolig, servicebolig, trygdebolig eller lignende)
5. *Hjemmet* (dvs. ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)

**3. Årstallet den eldre flyttet inn:** årstall (uaktuelt hvis personen bor i ordinær bolig)

**4. Hvor personen kom inn fra** (uaktuelt hvis personen bor i ordinær bolig)

- 1 Hjemmet
- 3 Omsorgsbolig med Husbankstandard
- 4 Annen bolig med kommunal disposisjonsrett
- 5 Aldershjem/aldershjemsavdeling
- 6 Sykehjem/sykehjemsavdeling
- 7 Somatisk sykehus

---

<sup>30</sup> Nummereringen av spørsmålene gjelder de spørsmål som er nyttet i dette notat og ikke samtlige spørsmål i Helsetilsynets undersøkelse. Men vi berørt de aller fleste sentrale spørsmålene i undersøkelsen. For øvrig viser vi til Helsetilsynets rapport 10/2003.

- 8 Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (psykiatrisk avdeling/sykehus/-hjem, DPS el.l.)  
 9 Annet, nemlig..... (skriv hva slags tilbud det var)

**5. Hva er den viktigste årsaken til personens hjelpebehov?** (Sett bare ett kryss - ved det du

mener er den aller viktigste årsaken, selv om det kan være flere årsaker.)

**6. Har utviklingshemmede i dag tilstrekkelig hjelp til:**

Svaralternativer: Altfor lite, Noe for lite, Tilstrekkelig, For mye (1, 2, 3, 4)

- Hjelp til pers. hygiene og stell:
- Tilsyn om kvelden/natten
- Hjelp til mat og måltider
- Praktisk hjelp i huset o.a.
- Aktivitetstiltak
- Sosiale tiltak
- Sykepleiefaglig tilsyn
- Legetilsyn
- Annet faglig tilsyn..... (skriv hva slags)

Dersom problemstillingen er uaktuell, dvs. at personen verken trenger eller får et tiltak, settes det ikke noe kryss.

**7. Registrering av eldres bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie**

Spørsmålet stille til personen som bor i :

- Hjemmet (ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)
- Omsorgsbolig (bygget med tilskudd fra Husbanken) eller
- Annen bolig med kommunal disposisjonsrett (annen type omsorgsbolig, servicebolig, bofellesskap, trygdebolig eller lignende)

Personen får nå for tiden hjemmehjelp med følgende antall timer hjelp pr uke og hjemmesykepleie følgende antall ganger pr uke:

*Hjemmehjelp/praktisk bistand (opplæring, miljøarbeid el.l.).....*

*Hjemmesykepleie*

*Antall ganger per uke der besøket fra hjemmesykepleien varer mindre enn 15 minutter*

*Antall ganger per uke der besøket fra hjemmesykepleien varer mer enn 60 minutter*

**8. Regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien**

Har personen regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien om kvelden?: 1 Ja, 2 Nei

Har personen regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien om natten? 1 Ja, 2 Nei

**9. Har personen trygghetsalarm?**

1 Ja, 2 Nei

**10. Hvor lenge har personen mottatt hjelp av det omfang han/hun får nå?:**  
ant måneder**11. Nærhet til hjelp på dagtid.**

Hvis personen bor i omsorgsbolig med Husbankstandard eller annen bolig med kommunal disposisjonsrett: **Hvor nær er hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten om dagen?**

1. Boligen har fast/stasjonær bemanning
2. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, men kommer i løpet av 3-5 minutter
3. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter 5-10 minutter
4. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter mer enn 10 minutter

**12. Nærhet til hjelp om natten.**

Hvor nær er hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten om natten?

1. Boligen har fast/stasjonær bemanning
2. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, men kommer i løpet av 3-5 minutter
3. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter 5-10 minutter
4. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter mer enn 10 minutter

**13. Inngår boligen i et bofellesskap eller bokollektiv?**

1 Ja 2 Nei

## Vedlegg 2 A

# Mål for evne til å utføre dagliglivets gjøremål og mål for mentale evner

### EVNE TIL Å UTFØRE DAGLIGLIVETS AKTIVITETER (BARTHEL ADL-INDEKS)

Under følger ti spørsmål som gjelder tjenestemottakerens evne til å utføre dagliglivets aktiviteter. Kryss av i den ruten som best angir funksjonsnivået for hver enkelt ferdighet. Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker.

#### 26. Fødeinntak

- Selvhjulpen .....  1  
 Noe hjelp .....  2  
 Helt avhengig .....  3

#### 27. Personlig hygiene

- Selvhjulpen .....  1  
 Trenger hjelp .....  2

#### 28. Avføring

- Helt kontinent .....  1  
 Av og til inkontinent .....  2  
 Inkontinent .....  3

#### 29. Vannlating

- Helt kontinent .....  1  
 Av og til inkontinent .....  2  
 Inkontinent .....  3

#### 30. Påkledning

- Selvhjulpen .....  1  
 Noe hjelp .....  2  
 Hjelp til det meste .....  3

#### 31. Forflytning mellom stol og seng

- Selvhjulpen .....  1  
 Noe tilsyn .....  2  
 Kan sitte, mye hjelp .....  3  
 Kan ikke sitte, hjelp av to .....  4

#### 32. Hjelpebehov på toalettet

- Uavhengig .....  1  
 Noe hjelp med klær og/el. forflytning.  2  
 Mye hjelp .....  3

#### 33. Mobilitet generelt

- Går uten stativ .....  1  
 Gåstativ .....  2  
 Klarer seg i rullestol .....  3  
 Kan ikke forflytte seg alene .....  4

#### 34. Trappegang

- Går uten hjelp .....  1  
 Støtte eller hjelp .....  2  
 Kan ikke gå trapp .....  3

#### 35. Bading

- Uten hjelp .....  1  
 Trenger hjelp .....  2

## Vedlegg 2 B

### Mål for ulike andre funksjoner

#### ANDRE FUNKSJONSOMRÅDER

- Hukommelse
- Orienteringsevne
- Vurderingsevne
- Samfunnsaktiviteter
- Huslige gjøremål

For hvert område er det gitt fire beskrivelser som angir økende problemer. Alle beskrivelsene i den første kolonnen gir 1 poeng, de i den andre kolonnen 2 poeng, de i den tredje 3 poeng og beskrivelsene i den siste kolonnen 4 poeng.

Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker. Ved vurderingen skal det bare tas hensyn til personens mentale evner. Det vil si at dersom somatisk funksjonssvikt er årsak til at personen ikke fungerer tilfredsstillende på ett eller flere områder, skal man prøve å korrigere for dette ved utfylling av skjemaet.

**Bestem hvilken beskrivelse innenfor hvert av de seks områdene som passer best for den du registrerer. Den behøver ikke passe helt.**

**Sett poengtallet for den riktige beskrivelsen for hvert område ytterst til høyre.**

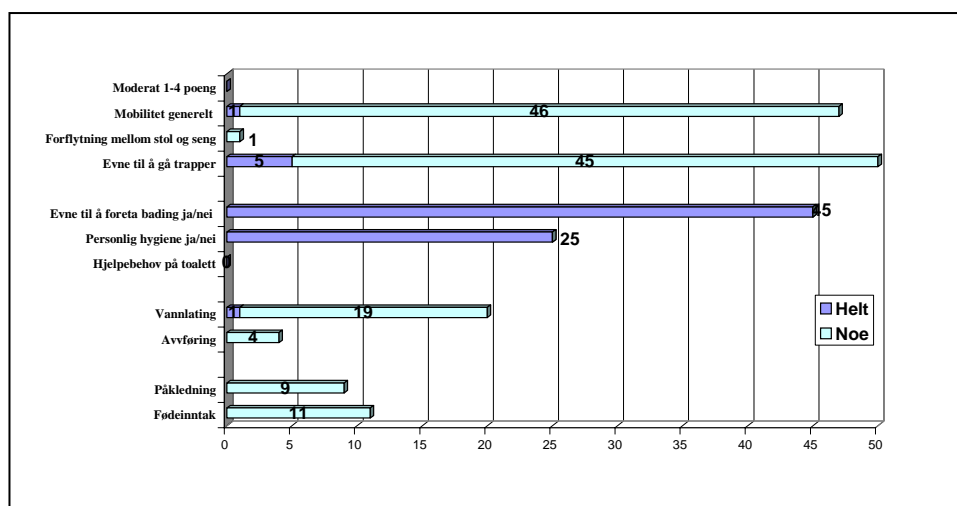
	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	Poeng
36. HUKOMMELSE	Normal hukommelse, evt. lett vekslende glemsomhet.	Lett hukommelsestap markert for nylig inntrufne hendelser. Hukommelsestapet virker inn på dagliglivets aktiviteter.	Moderat hukommelsestap. Viktige hendelser huskes, men nylig inntrufne hendelser glemmes helt.	Svært hukommelsestap. Bare fragmenter av tidligere hendelser kan huskes	
37. ORIENTERINGS- EVNE	Orientert for tid, sted og egen person, samt situasjon	Vansker med tidsorientering, orientering for sted og egen person. Kan være geografisk uorientert.	Desorientert for tid og vanligvis også for sted.	Totalt desorientert for tid, sted, situasjon og egen person.	
38. VURDERINGS- EVNE	God vurderingsevne og klarer seg godt i dagliglivet.	Har vansker med å løse problemer av sammensatt natur. Sosial vurderingsevne intakt.	Klart svekket evne til å løse problem. Sosial vurderingsevne svekket.	Klarer ikke å løse problem. Sosial vurderingsevne er klart svekket.	
39. SAMFUNNS- AKTIVITETER	Fungerer godt i arbeid, forening og selskapsliv. Kan ta vare på penger og gjøre adekvate innkjøp.	Trenger hjelp til å fungere i aktiviteter som nevnt. Kan imidlertid delta i slike aktiviteter og bevare god fasade.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem, men er i stand til å bli tatt med på slike aktiviteter av andre.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem. Virker for svekket til å fungere utenfor hjemmet.	
40. HUSLIGE GJØREMÅL	Fungerer godt i eget hjem, har hobbyer og/eller intellektuelle interesser.	Svekket interesse for huslige gjøremål, hobbyer og/eller intellektuelle sysler.	Helt enkle huslige sysler kan utføres. Hobbyer og/eller intellektuelle sysler er oppgitt.	Fungerer ikke i sitt eget hjemlige miljø.	

## Vedlegg 3

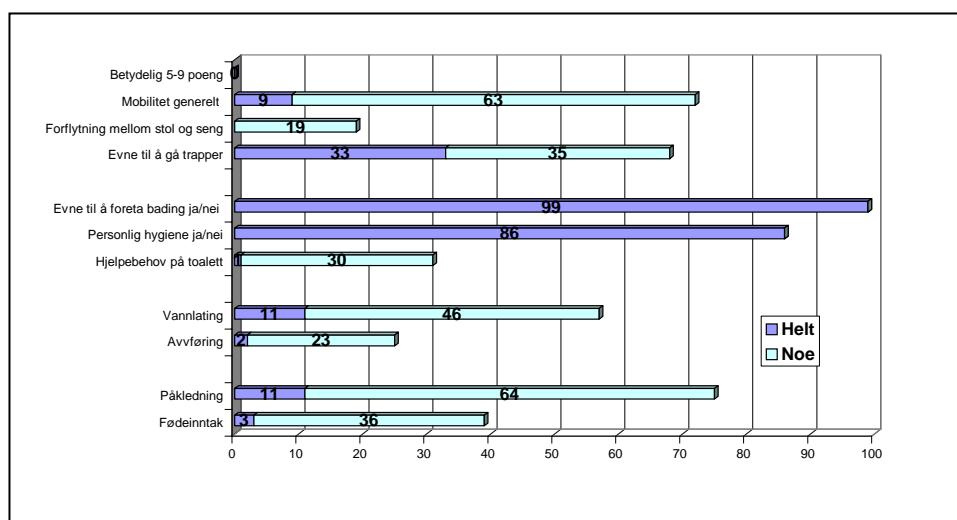
### Figurer og tabeller til kapittel 1 og 2

#### Vedlegg 3a. - Figurer til kap 1

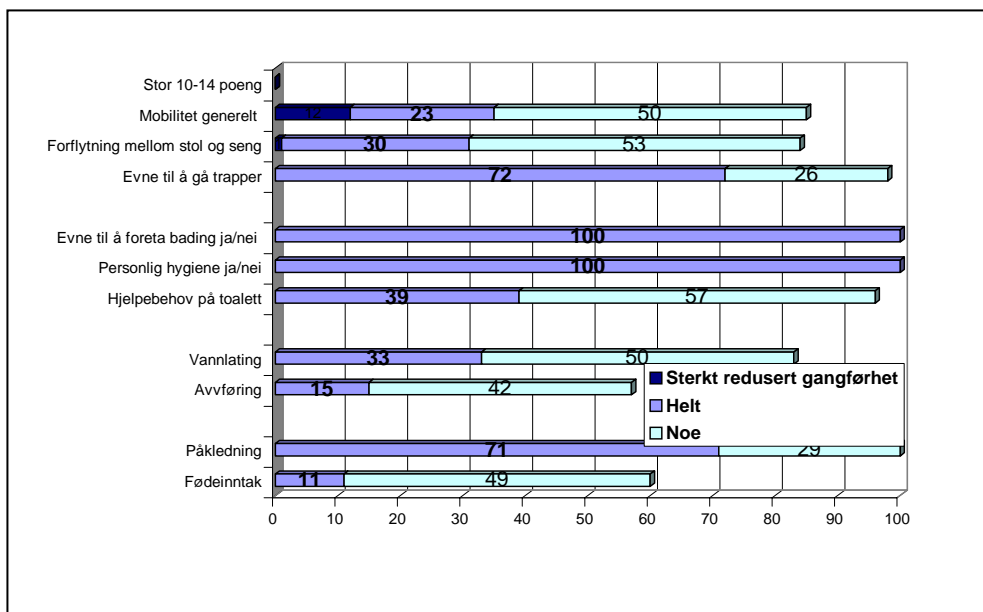
**Figur v1.1** *Andel med ulik grad av funksjonstap etter Barthels ADL-indeks i gruppa med moderat funksjonstap (Barthel 1-4). Andeler i prosent i forhold til evnen til å utføre 10 dagligsaktiviteter. Prosent*



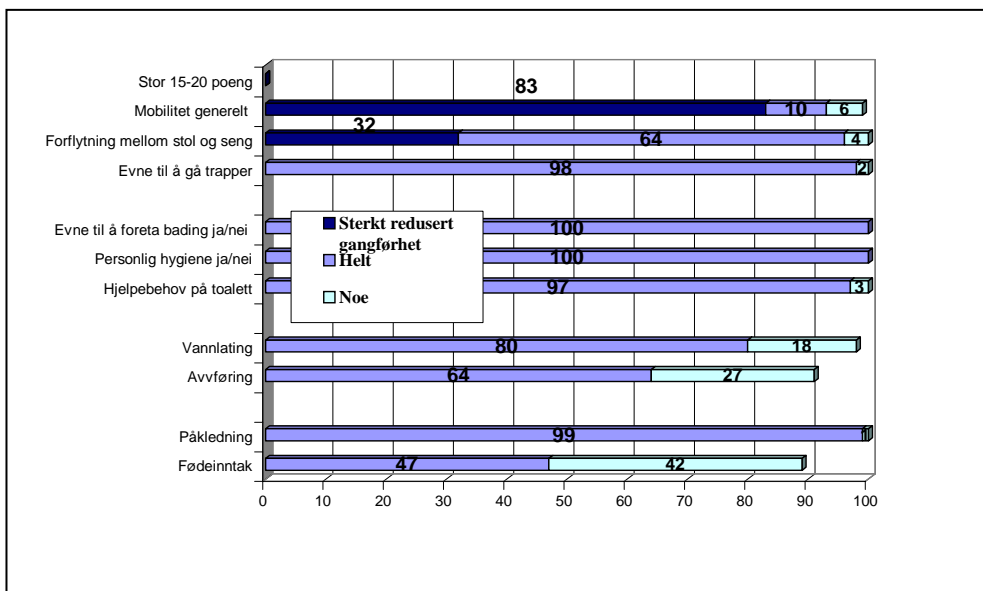
**Figur v 1.2** *Andel med ulik grad av funksjonstap etter Barthels ADL-indeks i gruppa med moderat funksjonstap (Barthel 5-9). Andeler i prosent i forhold til evnen til å utføre 10 dagligsaktiviteter. Prosent*



**Figur v 1.3** *Andel med ulik grad av funksjonstap etter Barthels ADL-indeks i gruppa med moderat funksjonstap (Barthel 10-14). Andeler i prosent i forhold til evnen til å utføre 10 dagliglivsaktiviteter. Prosent*

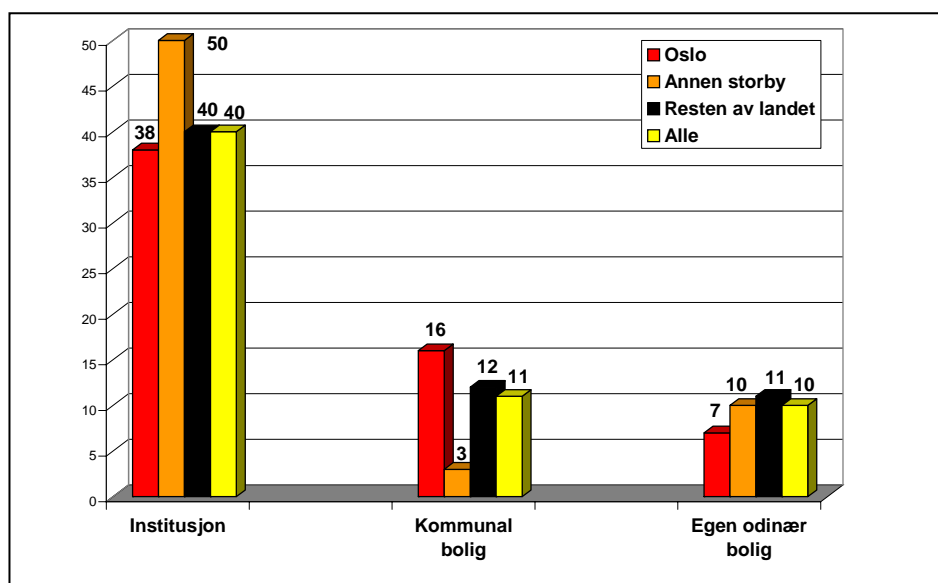


**Figur v 1.4** *Andel med ulik grad av funksjonstap etter Barthels ADL-indeks i gruppa med moderat funksjonstap (Barthel 15-20). Andeler i prosent i forhold til evnen til å utføre 10 dagliglivsaktiviteter. Prosent*

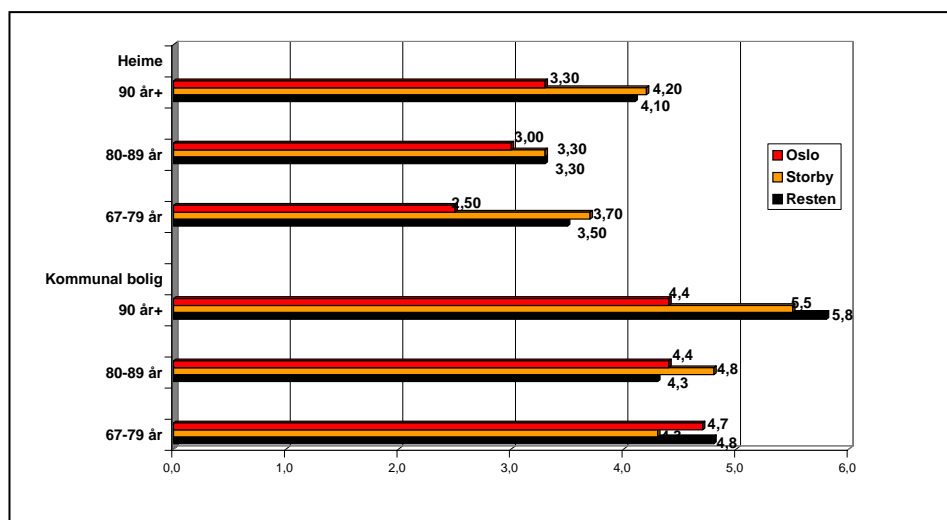




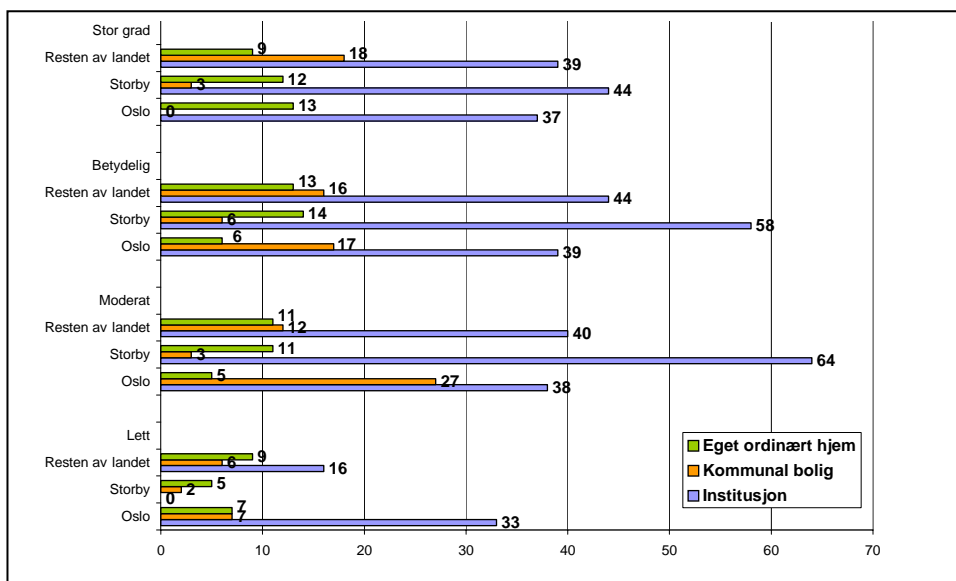
**Figur v 1.5 Eldre 67 år+. Andel med demens som viktigste årsak til hjelpebehov etter type oppholdssted. Sammenlikning mellom Oslo, annen storby, resten av landet og Riket. Prosent**



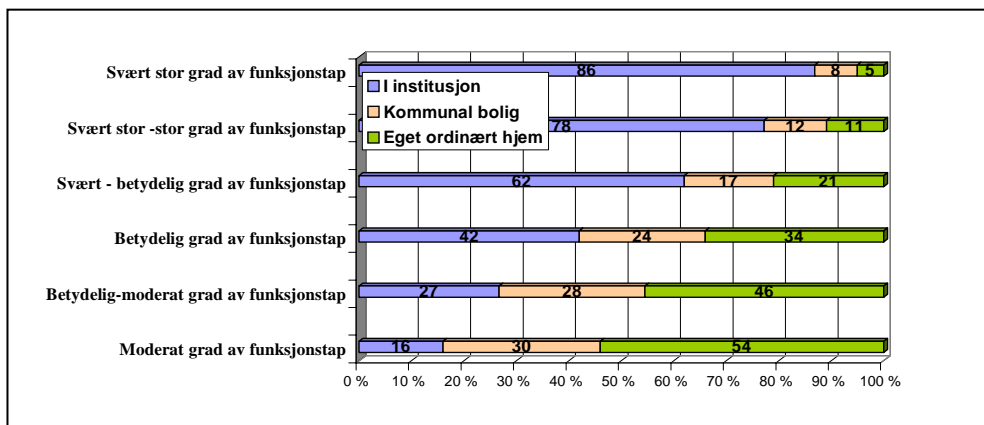
**Figur 1.6 Pleietyngde etter oppholdssted, alder og bosted. Oslo, annen storby og resten av landet. Barthels indeks. Gjennomsnittlig antall poeng.**



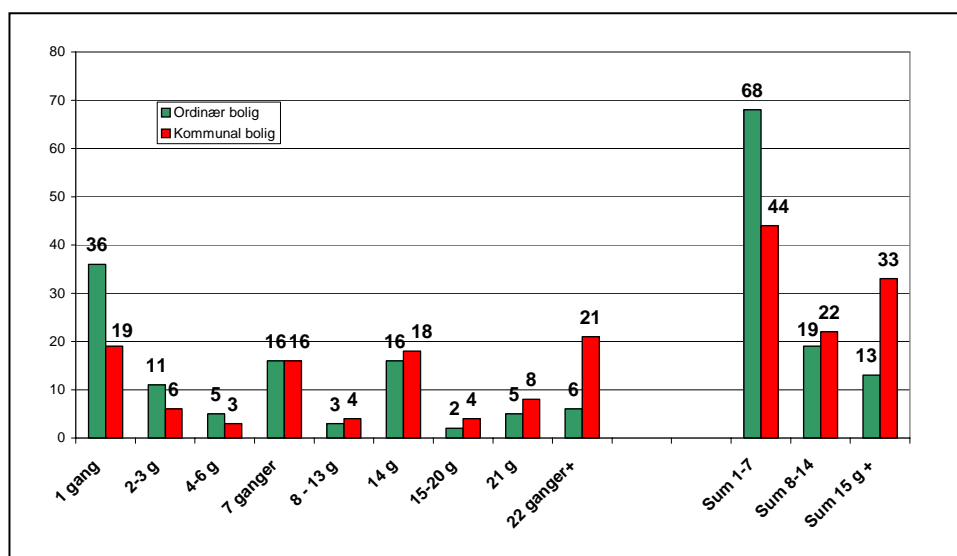
**Figur v 1.7 Eldre 67 år +. Andel med demens etter om en bor i institusjon, kommunal bolig eller i eget ordinært hjem og etter grad funksjostap gruppert etter Barthels- ADLindeks i 4 nivåer. Prosent**



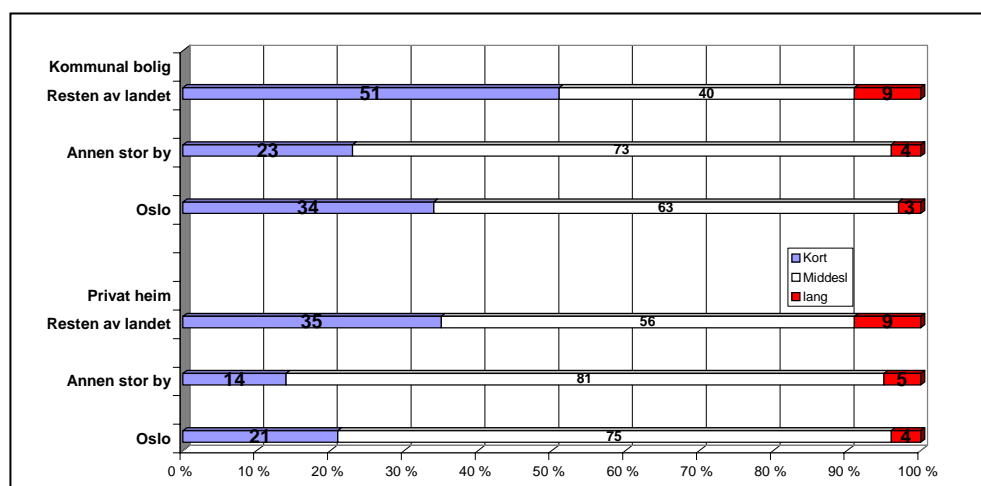
**Figur v 1.8 Eldre 67 år +. Andel med opphold i institusjon, kommunal bolig eller i eget ordinært hjem etter grad av funksjonstap gruppert etter Barthels-ADL-indeks i 4 nivåer. Prosent**



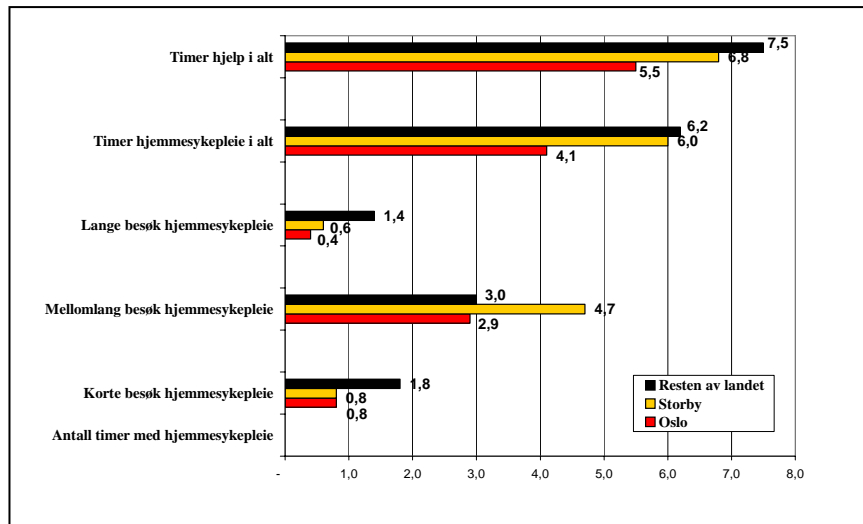
**Figur 1.9** *Antall ganger med hjelp fra hjemmesykepleie pr uke etter om en bor i ordinær privat bolig eller i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål. Andel med ulike grupperinger av antall ganger. Prosent*



**Figur 1.10** *Andel korttids, middels lange og lange besøk av hjemmesykepleien etter om en bor i egen ordinær bolig eller kommunal bolig etter type bosted. Andel i prosent*



**Figur v 1.11 Eldre i kommunal bolig. Antall timer med besøk fra hjemmesykepleien pr uke, korte (<15 min), lange (60 min+) og mellomlange (>15<60 min) besøk samt antall timer hjemmesykepleie og hjelp i alt pr uke i gjennomsnitt. Gjennomsnitt**



## Regresjonsanalyse – tabeller til kap 2.

Tabell v 2.2. Bor heime. Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til tilsyn om kvelden/natta. Logistisk regresjon.

Uavhengige variabler	Verdier	Resultat – odds-ratio g signifikans	
		<i>Exp (B)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Egenskaper ved personene</b>			
<i>Alder</i>	Kontinuerlig	1,06	i.s
<i>Kjønn</i>			0,034
	Kvinne	1,0	
	Mann	1,34	
<b>Funksjonsnivå – Barthels indeks</b>			0,027
	Uten funk tap	1,0	
	Moderat	2,0	0,005
	Betydelig	2,1	0,003
	Tung	2,0	0,009
<b>Aldersdemens</b>			0,000
	Dement	1,0	
	Ikke-dement	0,58	
<b>Hvor bosatt</b>			i.s
	Resten av landet	1,0	
	Annen stor by	1,1	
	Oslo	0,54	
R2 (Natgelkerke)		0,031	
Modell kji-kvadrat		35,3	,000

i.s.= ikke signifikant. Antall personer inkludert i analysen: 2039

Tabell v 2.3. Bor heime. *Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til mat og måltider. Logistisk regresjon.*

Uavhengige variabler	Verdier	Resultat – odds ratio og signifikans	
		<i>Exp (B)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Egenskaper ved personene</b>			
<i>Alder</i>	Kontinuerlig	1,00	i.s
<i>Kjønn</i>			i.s.
	Kvinne	1,0	
	Mann	1,05	
<b>Funksjonsnivå – Barthels indeks</b>			0,000
	Uten funk tap	1,0	
	Moderat	3,4	0,000
	Betydelig	3,2	0,000
	Tung	2,7	0,001
<b>Aldersdemens</b>			0,000
	Dement	1,0	
	Ikke-dement	0,54	
<b>Hvor bosatt</b>			0,021
	Resten av landet	1,0	
	Annen stor by	1,6	
	Oslo	1,4	
R2 (Natgelkerke)		0,043	
Modell kji-kvadrat		52.48	0,000

i.s.= ikke signifikant. Antall personer inkludert i analysen: 2045

Tabell v 2.4. Bor heime. Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til **praktisk hjelp i huset**. Logistisk regresjon.

Uavhengige variabler	Verdier	Resultat – odds ratio og signifikans	
		<i>Exp (B)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Egenskaper ved personene</b>			
<i>Alder</i>	Kontinuerlig	0,99	i.s
<i>Kjønn</i>	Kvinne	1,0	0,014
	Mann	1,29	
<b>Funksjonsnivå – Barthels indeks</b>	Uten funk tap	1,0	0,000
	Moderat	1,9	0,000
	Betydelig	2,9	0,000
	Tung	2,6	0,000
<b>Aldersdemens</b>	Dement	1,0	0,001
	Ikke-dement	0,66	
<b>Hvor bosatt</b>			
	Resten av landet	1,0	0,000
	Annen stor by	2,5	
	Oslo	1,3	
R2 (Natgelkerke)		0,063	
Modell kji-kvadrat		127,16	0,000

i.s.= ikke signifikant. Antall personer inkludert i analysen: 3156

Tabell v 2.5. Bor heime. *Prediksjon av å ha utilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn. Logistisk regresjon.*

Uavhengige variabler	Verdier	Resultat – odds ratio og signifikans	
		<i>Exp (B)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Egenskaper ved personene</b>			
<i>Alder</i>	Kontinuerlig	0,99	i.s
<i>Kjønn</i>	Kvinne	1,0	0,001
	Mann	1,52	
<b>Funksjonsnivå – Barthels indeks</b>	Uten funk tap	1,0	0,000
	Moderat	1,7	0,005
	Betydelig	2,5	0,000
	Tung	2,4	0,000
<b>Aldersdemens</b>	Dement	1,0	0,000
	Ikke-dement	0,50	
<b>Hvor bosatt</b>			i.s
	Resten av landet	1,0	
	Annen stor by	1,1	
	Oslo	1,4	
R2 (Natgelkerke)		0,033	
Modell kji-kvadrat		56,92	0,000

i.s.= ikke signifikant. Antall personer inkludert i analysen: 3017



Tabell v 2.6. Bor heime. *Prediksjon av å ha utilstrekkelig legetilsyn. Logistisk regresjon.*

Uavhengige variabler	Verdier	Resultat – odds ratio og signifikans	
		<i>Exp (B)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Egenskaper ved personene</b>			
<i>Alder</i>	Kontinuerlig	0,99	i.s
<i>Kjønn</i>	Kvinne	1,0	i.s
	Mann	1,30	
<b>Funksjonsnivå – Barthels indeks</b>	Uten funk tap	1,0	0,000
	Moderat	2,1	0,006
	Betydelig	3,3	0,000
	Tung	3,4	0,000
<b>Aldersdemens</b>	Dement	1,0	0,022
	Ikke-dement	0,67	
<b>Hvor bosatt</b>			0,001
	Resten av landet	1,0	
	Annen stor by	1,7	0,008
	Oslo	2,0	0,002
R2 (Natgelkerke)		0,047	
Modell kji-kvadrat		50,90	0,000

I,,s.= ikke signifikant. Antall personer inkludert i analysen: 2111

Tabell v 2.7. Bor heime. *Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til aktivitetstiltak. Logistisk regresjon.*

Uavhengige variabler	Verdier	Resultat – odds ratio og signifikans	
		<i>Exp (B)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Egenskaper ved personene</b>			
<i>Alder</i>	Kontinuerlig	0,98	0,013
<i>Kjønn</i>			i.s
	Kvinne	1,0	
	Mann	1,19	
<b>Funksjonsnivå – Barthels indeks</b>			0,000
	Uten funk tap	1,0	
	Moderat	2,3	0,000
	Betydelig	4,0	0,000
	Tung	3,6	0,000
<b>Aldersdemens</b>			0,000
	Dement	1,0	
	Ikke-dement	0,48	
<b>Hvor bosatt</b>			i.s
	Resten av landet	1,0	
	Annen stor by	1,3	
	Oslo	1,0	
R2 (Natgelkerke)		0,090	
Modell kji-kvadrat		134,33	0,000

i.s.= ikke signifikant. Antall personer inkludert i analysen: 1929

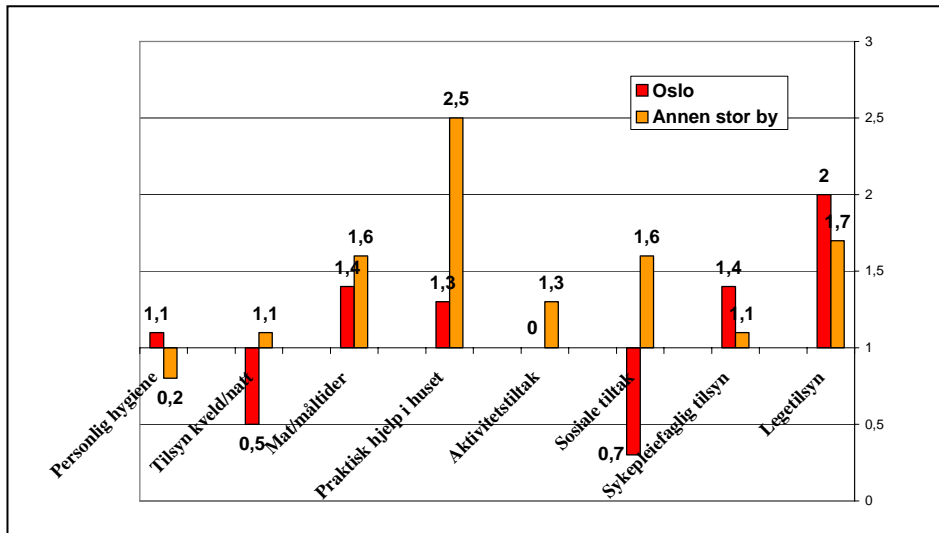
Tabell v 2.8. Bor heime. *Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til sosiale tiltak. Logistisk regresjon.*

Uavhengige variabler	Verdier	Resultat – odds ratio og signifikans	
		<i>Exp (B)</i>	<i>Sig.</i>
<b>Egenskaper ved personene</b>			
<i>Alder</i>	Kontinuerlig	0,99	i.s
<i>Kjønn</i>			0,042
	Kvinne	1,0	
	Mann	1,25	
<b>Funksjonsnivå – Barthels indeks</b>			0,000
	Uten funk tap	1,0	
	Moderat	2,1	0,000
	Betydelig	3,0	0,000
	Tung	3,0	0,000
<b>Aldersdemens</b>			0,000
	Dement	1,0	
	Ikke-dement	0,55	
<b>Hvor bosatt</b>			0,002
	Resten av landet	1,0	
	Annen stor by	1,6	0,007
	Oslo	0,7	0,036
R2 (Natgelkerke)		0,074	
Modell kji-kvadrat		108,71	0,000

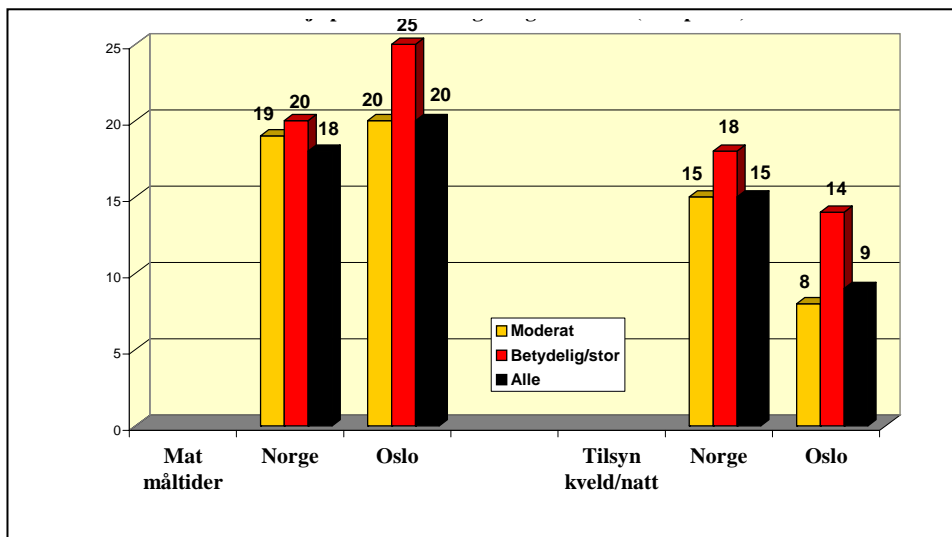
i.s.= ikke signifikant. Antall personer inkludert i analysen: 1925.

## Figurvedlegg til kap 2

**Figur v 2.1** Eldre i privat heim. Prediksjon av å ha utilstrekkelig hjelp til personlige gjøremål, tilsyn, faglig tilsyn og sosiale tiltak. Sjanser oppgitt i odds-ratio (ganger). Referanse: resten av landet=1. Logistisk regresjon



**Figur v 2.2** Eldre som bor i egen ordinær privat bolig med hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Andel med utilstrekkelig hjelp til mat/måltider og tilsyn kveld/natt etter grad av hjelpebehov Oslo og Norge. Prosent



**Figur v 2.3** Eldre som bor i egen ordinær privat bolig med hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Andel med utilstrekkelig faglig medisinsk tilsyn etter grad av hjelpebehov Oslo og Norge. Prosent

