Ivar Brevik og
Lars Nygård

Status og utvikling i Oslos eldreomsorg 2001-2010

En sammenliknende analyse

NIBR
Norsk institutt for
by- og regionforskning

NOTAT 2011:113

Tittel: **Status og utvikling i Oslos eldreomsorg 2001-2010.**
En sammenliknende analyse.

Forfatter: Ivar Brevik og Lars Nygård

NIBR-notat: 2011:113

ISSN: 0801-1702
ISBN: 978-82-7071-897-9

Prosjektnummer: 2939
Prosjektnavn: Ajourføring av prosjektet *Utvikling og status Oslos eldreomsorg*

Oppdragsgiver: Pensjonistforbund Oslo

Prosjektleder: Ivar Brevik

Referat: Rapporten har to deler. *Del I* er en kvantitativ sammenliknende analyse av status og utvikling i Oslos eldreomsorg 2001-2010. Forholdene i institusjon, heimebaserte tjenester, omsorgsboliger og samlet årsverksinnsats sammenliknes med situasjonen på landsbasis og jevnføres med Bergen og Trondheim. Analysen viser at hovedleddene i omsorgstjenestenes hovedtrapp for eldre i Oslo har stått stille eller er svekket. *Del II* er en analyse av funksjonstap og behov for tjenester blant hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov i Oslo i 2010 samt en analyse og vurdering av de kommunale tjenestene disse blir tilført.

Sammendrag: Norsk

Dato: August 2011

Antall sider: 199

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21
0349 OSLO

Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
Vår hjemmeside: http://www.nibr.no

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2011

Forord

På oppdrag fra Pensjonistforbund Oslo gjennomførte NIBR i 2007 en analyse av utvikling og status i Oslos eldreomsorg i hovedsak for perioden 1998-2006. Resultatene ble publisert i NIBR-rapport 2007:115.

Pensjonistforbund Oslo henvendte seg høsten 2010 på nytt til NIBR med forespørsel om en ajourføring av analysene i forrige rapport, fortrinnsvis for årene 2007-2010.

Rapporten har to deler. Det primære målet for del I har således vært å *ajourføre* tidligere statistiske data om hovedtrekk i *utvikling* i Oslos eldreomsorg i årene 2007-2009/2010 samt å repetere *status* for perioden 2001-2006. Analysene er også denne gangen gjennomført som *sammenliknende*, hvor vi *refererer* til situasjonen på landsbasis og *jevnfører* med Bergen og Trondheim.

Del II omhandler en analyse av situasjonen og behovet for tjenester blant hjemmeboende eldre i Oslo med omfattende bistandsbehov ved hjelp av data fra IPLOS 2010.

Rapporten har status som arbeidsrapport og utgis i NIBRs notatserie. Den vil seinere bli bearbeidet til NIBR-rapport.

I arbeidet med prosjektet har vi hatt god hjelp og samarbeid med avdelingsleder Bjørn Gabrielsen og spesialkonsulent Dag Ragnvald Abrahamsen i Statistisk sentralbyrå. NIBR og RO vil takke dem begge.

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

Rapporten er resultat av et samarbeid og del I er skrevet av forsker Ivar Brevik ved NIBR og del II av forsker Lars Nygård ved Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO).

Oslo, august 2011

Olaf Foss

forskningssjef

Innhold

Forord 1
Tabelloversikt 7
Figuroversikt 10
Del I 11
Sammendrag Del I 12

1 Innledning 35
1.1 Om tidligere og nåværende utredning – ajourføring av utvikling og status i Oslos eldreomsorg 35
1.1.1 Om forrige utredning og rapport 35
1.1.2 Om mandatet for denne rapporten – hovedtrekk i utviklingen av Oslos eldreomsorg 2007-2009 36
1.1.3 Undersøkelse av behovet for sykehjemsplasser i Oslo 37
1.1.4 Om valg av tidshorisont, sammenlikningsområder og datagrunnlag 38
1.2 Noen resultater fra analysen av utviklingen i Oslo i årene1998-2006 38
1.3 Andel av den eldre befolkingen inkludert i et kommunalt pleie- og omsorgsregime 40
1.4 Andel med *omfattende bistandsbehov* av brukere av heimebaserte tjenester og i institusjon 41
1.5 Fordeling av brukere med omfattende bistandsbehov etter type oppholdssted 43
1.5.1 Fokus på innretningen av omsorgstjenestene i hovedstaden 43
1.5.2 Fordeling av brukere med omfattende bistandsbehov *etter type oppholdssted* i 2009 43

2 Utvikling og status i institusjonsomsorgen i Oslo og i storby 46
2.1 Plasser i eldreinstitusjoner og i sykehjem 47
2.1.1 Plasser i institusjon for eldre og funksjonshemmede3 47
2.1.2 Andel beboere under 67 år i institusjoner for eldre og funksjonshemmede 47
2.1.3 Sykehjemsplasser 48
2.2 Om dekningsgrad i sykehjem/institusjon 49
2.2.1 Dekningsgrad i sykehjem 50
2.2.2 Bruksrate i institusjon blant brukere 80 år+ 52
2.3 Utbygging av enerom i institusjoner for eldre og funksjonshemmede 53
2.4 Andel brukertilpassede enerom med bad og WC og andel plasser i skjermet enhet for demente i eldreinstitusjoner 56
2.4.1 Andel brukertilpassede enerom med bad og WC i institusjoner 57
2.4.2 Andel plasser i skjermet enhet i eldreinstitusjoner for personer med demens 58

2.5 Andel kortidsplasser og plasser til rehabilitering/habilitering i institusjon60
2.5.1 Andel kortidsplasser i institusjon 60
2.5.2 Andel plasser i institusjon avsatt til rehabilitering/habilitering 61
2.6 Legeårsverk og fysioterapiårsverk i institusjon 62
2.6.1 Legeårsverk i institusjon 63
2.6.2 Fysioterapiårsverk i institusjon 64
2.7 Om tilgjengelighet til sykehjem – betydningen av sirkulasjon i sykehjemssengene 66
2.7.1 Intensjoner om fokus på innretning av omsorgtjenestene og betydningen av tilgjengelighet til sykehjem 66
2.7.2 Økt tilgjengelighet til sykehjem, økt sirkulasjon og satsing på alternative tjenester som forutsetning 67
2.7.3 Bruk av kortidsplasser og økt tilgjengelighet i sykehjem – noen empiriske resultater 69
2.7.4 Satsing på alternative tjenester til sykehjem 72

3 Om heimebaserte tjenester 74
3.1 Antall brukere av heimebaserte tjenester 2001-2006 og 2007- 2009 75
3.1.1 Utvikling i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder på landsbasis og i Oslo 2001-2006 75
3.1.2 Antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder på landsbasis og i Oslo, Bergen og Trondheim 2007-2009 77
3.2 Endring i sammensetningen av bruker av heimebaserte tjenester etter alder 2001-2009 78
3.2.1 Historisk utvikling i andelen brukere av heimebaserte tjenester under 67 år 1992-2009 78
3.2.2 Utvikling i andel brukere etter alder *2001-2009* i Oslo og hele landet 79
3.3 Andel eldre brukere av heimebaserte tjenester etter alder - bruksrater eldre 67-79 år og 80 år+ 80
3.4 Endret sammensetning av bruken av heimebaserte tjenester – endringer i hjemmesykepleiens posisjon 82
3.4.1 Innledning 84
3.4.2 Endringer i de heimebaserte tjenestenes profil – sammensetningen av brukerne etter type tjenester 1998-2009 85
3.4.3 Relativ endring i sammensetningen av brukere av heimebaserte tjenester 1998-2009 87
3.4.4 Sammensetning av bruken av heimebaserte tjenester etter type tjenester i 2009 i de tre største byene og hele landet 90
3.5 Om intensitet i de heimebaserte tjenestene 92
3.5.1 Innledning 92
3.5.2 Mindre hyppighet, fleksibilitet og intensitet i hjelpa i Oslo. Resultater fra 2003 93
3.5.3 Intensitet i de heimebaserte tjenestene til eldre i Oslo 2009 94
3.5.4 Intensitet i de heimebaserte tjenestene etter grad av bistandsbehov 96

4 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 98
4.1 Antall boliger og andel eldre bosatt i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål – svakt innslag i Oslo 98
4.1.1 Innledning 98
4.1.2 Utvikling i antall boliger til pleie- og omsorgsformål 99

4.1.3 Dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år+ 101
4.1.4 Om omsorgsboliger – få enheter i Oslo 102
4.2 Om kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg 102
4.2.1 Om heldøgns omsorg, bruk av stasjonær service eller personalbase. Tidligere empiriske resultater....103
4.2.2 Omsorgsboligenes funksjon – data fra forrige rapport 104
4.2.3 Om bruk av stasjonær bemanning og omsorgsbase – noen resultater fra Helsetilsynets undersøkelse....104
4.2.4 Antall personer med tjenester fra personalbase og omsorgsbase i 2006105
4.3 Avgrensing av kommunal bolig med heldøgns pleie og omsorg....106
4.3.1 Avgrensning og kjennetegn ved bolig med heldøgns pleie og omsorg i ulike undersøkelser. 106
4.3.2 Avgrensing av bolig med heldøgns pleie og omsorg i IPLOS. 107
4.3.3 Om boliger i Oslo kalt 'Omsorg+' 107
4.3.4 Bolig karakterisert som Omsorg+ i Oslo i forhold til definisjon av heldøgns omsorgsbolig i IPLOs....109
4.4 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie og omsorg 111
4.4.1 Antall enheter og dekningsgrad i boliger med heldøgns pleie- og omsorg i 2006 og 2010....112
4.4.2 Sum dekningsgrad i institusjon pluss bolig med heldøgns pleie og omsorg 113
4.5 Andel brukere 80 år + med plass i institusjon og bolig med heldøgns pleie- og omsorg. 115

5 Samlet ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene i Storby....117
5.1 Brutto driftskostnader fordelt mellom institusjon og heimebaserte tjenester 2006-2010 117
5.2 Utvikling på landsbasis i årsverk i institusjon og i heimebaserte tjenester119
5.3 Yngre brukeres del av bruken av heimebaserte tjenester 120
5.3.1 Fordeling av brukerretta timeverk i heimebaserte tjenester etter alder i 2009. 120
5.3.2 Sammenlikning i bruk av heimebaserte tjenester mellom Hele landet og de tre største byene 120
5.4 Årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2003-2009 122
5.4.1 Endring i samlet antall årsverk 2003-2009....122
5.5 Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo, Bergen, Trondheim og Norge målt i årsverk pr 1000 innb. 80 år +. 1998-2002 og 2003-2009123
5.6 Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene til brukere 67 år+ i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet....127
5.6.1 De eldres andel av ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene i 2009128
5.6.2 Dekningsgrad årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenestene til brukere 67 år129
5.7 Dekningsgrad og bruksrater for og årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester etter alder....131
5.7.1 Dekningsgrad i årsverk til brukere 67 år+ i institusjon og heimebaserte tjenester....131

5.7.2 Årsverksrater i institusjon og heimebaserte tjenester 67 år+ pr 1000 innbyggere 67-79 år og 80 år+ 132
5.7.3 Årsverk pr beboer i institusjon og pr brukere av heimebaserte tjenester.134
5.8 Brutto driftskostnader pr årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester135
5.8.1 Brutto driftskostnader pr årsverk i alt 135
5.8.2 Brutto driftskostnader pr årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester136
5.8.3 Brutto driftskostnader pr plass i institusjon 136
5.8.4 Brutto driftskostnader. Dekningsgrad i kostnader 67 år+ i forhold til befolkningen 80 år+ 137
Del II 139
Sammendrag – Del II 140

6 Om oppdraget og denne delrapporten 145

7 Om saksbehandlingsprosessen for å vurdere behov 146
7.1 Sykehjemmets ulike funksjoner 146
7.2 Langtidsopphold – øverste trinn i omsorgstrappa 147
7.3 Behov for sykehjemsplass eller behov for heldøgns omsorg i bolig? 147
7.4 Faglig skjønn 149
7.5 Avslutning 151

8 Datagrunnlaget. Om IPLOS 153
8.1 Hvilke grupper skal vi analysere 153
8.2 Om IPLOS 154
8.3 Vår konkrete metodiske tilnærming 156
8.4 Praktisk opplegg 157
8.5 Metodekritikk – begrensninger ved vår tilnærming 157

9 Analyse av IPLOS-data 159
9.1 Alder og kjønn 159
9.2 Bistandsbehov hos hjemmeboende og beboere på langtidsopphold ved sykehjem - en sammenligning. 160
9.3 Trekk ved sosiale livssituasjon hos hjemmeboende 164
9.3.1 Husstand 164
9.3.2 Boligens egnethet for tjenestemottaker 168
9.3.3 Tilgang på privat, ikke betalt hjelp 168
9.4 Tildeling av tjenester 170
9.4.1 Praktisk bistand og hjemmesykepleie – tildelt volum 170
9.4.2 Tildeling av øvrige hjemmetjenester 174
4.4.3 Samlet timetildeling fra hjemmetjenestene 175

10 Drøfting 179
10.1 Kan vi stole på IPLOS-data? 179
10.2 Om bistandsbehovene 180
10.3 Hushold, privat hjelp og bistandsbehov 181
10.4 Bolig med og uten fast personell 182
10.5 Tildeling av tradisjonelle hjemmetjenester 183
10.6 Samlet volum på timetildelte tjenester 184
10.7 Avslutning – noen sentrale spørsmål 188

Litteratur 192

Vedlegg 1 Tabeller i vedlegg.....195
Vedlegg 2 Endringer i de heimebaserte tjenestenes profil – sammensetningen av brukerne etter type tjenester 1998-2009.....201
Vedlegg 3 Bistandsbehov i Oslo og landet – en sammenligning.....209

Tabelloversikt

Tabell 2.1 *Antall plasser i institusjoner (syke- og aldershjem) for eldre og funksjonshemmede. 2001, 2006, 2007, 2009 og 2010 samt endring (E) i antall plasser 2001-2010. Absolutte tall og prosent.* 47

Tabell 2.2 *Andel beboere i institusjon under 67 år. 2001 og 2009. Prosent.* 48

Tabell 2.3 *Antall plasser i sykehjem 2001-2010. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet samt endring i antall plasser 2001- 2010. Absolutte tall og prosent.* 49

Tabell 2.4 *Andel plasser i enerom i eldreinsitusjoner. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. 2001-2010 samt endring (E) 2001-2010. Prosent og prosentpoeng.* 55

Tabell 2.5 *Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad og WC i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. 2004, 2007 og 2010 samt endring (E) 2004-2010. Prosent og prosentpoeng.* 57

Tabell 2.6 *Andel plasser i skjermet enhet for aldersdemte i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. 2002-2010, samt endring (E) 2002-2010. Prosent og prosentpoeng.* 59

Tabell 2.7 *Korttidsplasser i institusjon. Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold (kortidsopphold) 2004, 2006, 2007, 2009 og 2010 samt endring (E) 2004-2010. Prosent og prosentpoeng.* 60

Tabell 2.8 *Andel plasser i institusjon avsatt til rehabilitering/habilitering 2001, 2006, 2007 og 2009 samt endringer (E) 2004-2010. Prosent og prosentpoeng.* 62

Tabell 2.9 *Antall legeårsverk pr 1000 plasser i institusjon. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. 2003, 2006, 2007, 2009 og 2010 samt endring (E) i årsverk 2003-2010. Antall årsverk pr 1000 plasser i institusjon*).* 64

Tabell 2.10 *Antall fysioterapiårsverk pr 1000 plasser i institusjon. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. 2003, 2006, 2007 og 2009 samt endring (E) i årsverk 2003-2010. Antall årsverk.* 65

Tabell 3.1 *Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2001-2006 og endring i antall brukere 2007-2009*). Endring i absolutte tall og i prosent.* 76

Tabell 3.2 *Andel brukere av heimebaserte tjenester etter alder i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2001-2009 samt endring i andel brukere 2001-2009 og endringer i befolkningen 67-79 år og 80 år+ 2001-2009.* Prosent og prosentpoeng. 81

Tabell 3.3 *Andel med omfattende eller middels til stort bistandsbehov samt timer i heimebaserte tjenester pr bruker pr uke blant brukere av bare hjemmesykepleie, bare hjemmehjelp og begge tjenestene. Brukere 18-49 år og 80-89 år. 2009. Prosent (prosent sum omfattende og middels/stort tap i parentes) og timer.* Beregnet på grunnlag av Gabrielsen et al, SSB 2010 84

Tabell 3.4 *Fordeling av endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge og i Oslo etter type tjeneste. 1998-2006 og 2007-2009. Alle brukere. Endring i prosent.* 86

Tabell 3.5 *Fordeling av endring i andel brukere av ulike typer heimebaserte tjenester 1998-2009 i Norge og i Oslo.* Endring i andel målt i prosentpoeng. 88
Tabell 4.1 *Antall omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg og omsorgsboliger av typen 'Omsorg+' til personer 67 år +i Oslo, bydeler i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.* 113
Tabell 5.1 *Sum timeverk i heimebaserte tjenester pr, relativ fordeling etter alder, uketimeverk pr innbygger og uketimeverk i prosent av landsgjennomsnittet. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.* Absolutte tall og prosent. 121
Tabell 5.2 *Andel beboere 67 år+ i institusjon, uketimeverk i heimebaserte tjenester og samlet ressursbruk i kommunal pleie- og omsorg, eksklusive aktivitetstiltak (f234) til brukere 67 år+. 2009. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet (Riket).* 129
Tabell 5.3 *Dekningsgrad i årsverk i pleie og omsorg til brukere 67 år. Andel årsverk til brukere 67 år+ pr 1000 innbyggere 80 år+.* 130
Tabell 5.4 *Dekningsgrad i årsverksbruk blant brukere 67 år+ i institusjon og i heimebaserte tjenester pr 1000 innb 80 år+ samt bruksrater for bruk av de samme for brukere 67-79 år og 80 år+ målt ved årsverk pr 1000 innbygger i Oslo, Bergen, Trondheim og riket (hele landet) samt skåre for Oslo i prosent av landsgjennomsnittet.* 131
Tabell 5.5 *Årsverk pr alle beboere i institusjon og alle brukere av heimebaserte tjenester 67 år+ i 2009 i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.* Årsverk, jfr tabell 5.3v....134
Tabell 5.6 *Brutto driftskostnader pr årsverk i alt og pr årsverk til personer 67 +r+ i institusjon og heimebaserte tjenester og i pleie og omsorg i alt (f254 og f253s+f261) samt pr beboer i institusjon i 2009. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet samt Oslos andel i pst av landsgjennomsnittet.* Beregninger ved NIBR på grunnlag av refererte data fra SSB, jfr tabell 5.1v-5.3v. 136
Tabell 5.7 *Dekningsgrad brutto driftskostnader. Brutto driftskostnader til beboere 67 år+ beregnet i forhold til antall innbyggere 80 år+.* Kroner i tusen. 137
Tabell 9.1 *Fordeling av alder og kjønn blant hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og langtidsbeboere ved sykehjem i prosent av N.* 159
Tabell 9.2 *Kategori bistandsbehov basert på samlemålet, i prosent av N, verdi gjennomsnittlig bistandsbehov og standardavvik, fordelt på hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og langtidsbeboere i sykehjem.* 161
Tabell 9.3 *Kategori bistandsbehov etter delmålene "egenomsorg" og "kognitiv svikt", i prosent av N, verdi gjennomsnittlig bistandsbehov og standardavvik, fordelt på hjemmeboende og langtidsbeboere i sykehjem.* 162
Tabell 9.4 *Husstand til hjemmeboende med omfattende hjelpebehov, i prosent av N* 164
Tabell 9.5 *Bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt fordelt på husstand, i prosent av N.* ...166
Tabell 9.6 *Sammenhengen mellom bistandsbehov ut fra delmålene kognitiv svikt og egenomsorg blant dem som bor alene, i prosent av N (379 personer) og i absolutte tall i parentes.*166
Tabell 9.7 *Boligen egnet for tjenestemottaker – i prosent av N.* 168
Tabell 9.8 *Tilgang på privat, ikke betalt hjelp, i prosent av N.* 168
Tabell 9.9 *Tilgang på privat, ikke betalt hjelp fordelt mellom de som bor alene og de som bor sammen med noen. I prosent av N i hver husstandskategori.* 169
Tabell 9.10 *Tildelte timer per uke til hjemmeboende med omfattende bistandsbehov fordelt på praktisk bistand, hjemmesykepleie og tradisjonelle hjemmetjenester samlet, antall timer per uke uttrykt som gjennomsnitt, standardavvik og median.* 170
Tabell 9.11 *Antall timer tildelt gjennom praktisk bistand, hjemmesykepleie og "tradisjonelle hjemmetjenester samlet beskrevet gjennom grenseverdier for 3 kvarttiler.* 171
Tabell 9.12 *Antall timer tildelt til "tradisjonelle hjemmetjenester" beskrevet gjennom gjennomsnitt, standardavvik og grenseverdiene for 3 kvarttiler (inkludert median) fordelt på hele*

populasjonen, hjemmeboende som bor alene hjemmeboende som bor sammen med noen og hjemmeboende som bor alene og har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svik. 173
Tabell 9.13 *Mottakere av øvrige hjemmetjenester, i prosent av N (N=810 dvs hele populasjonen) og absolutte tall.* 174
Tabell 9.14 *Samlet antall timer tildelt per uke fra alle timetildelte hjemmetjenester beskrevet gjennom gjennomsnitt, standardavvik og 3 kvartiler (inkludert median)* 176
Tabell 9.15 *Økning i antall tildelte timer fra tildelte timer tradisjonelle hjemmetjenester til tildelte timer for alle timetildelte hjemmetjenester uttrykt som gjennomsnitt og grenseverdier for 3 kvartiler fordelt på hele populasjonen, aleneboende og aleneboende med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt.* 177

Figuroversikt

Figur 1.1 *Andel med heimebaserte tjenester eller med plass i institusjon i prosent av alle. 67-79 år og 80 år+. 2009. Oslo, hele landet, Bergen og Trondheim.* 40

Figur 1.2 *Andel med omfattende eller middels til store bistandsbehov. Eldre 80 år+ i heimebaserte tjenester og alle brukere i institusjon (langtids- og korttidsopphold) Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2009.* 42

Figur 1.3 *Brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Andel med plass i institusjon eller bosatt i bolig. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. 2009.* 44

Figur 2.1 *Dekningsgrad i sykehjem. Alle plasser i sykehjem pr 100 innb 80 år+. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. 2002*), 2006, 2007 og 2009.* 50

Figur 2.2 *Rater for beboere i institusjon 80 år+. Antall i institusjon 80 år+ pr 100 personer 80 år+. 2002 og 2006 samt 2007 og 2010.* 52

Figur 3.1 *Brukere av heimebasert tjenester fordelt etter alder. 2001 og 2009. Prosent.* 79

Figur 3.2 *Eldre 67 år+. Andel brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 2009 (pst-andel for 2006 i parentes) . Prosent.* 90

Figur 3.3 *Antall timer pr uke i gjennomsnitt pr uke i heimebaserte tjenester 80-89 år og 90 år+ etter om en bor sammen med noen eller aleine. Hele landet, Oslo, Bergen og Trondheim.* 95

Figur 3.4 *Antall timer pr uke i gjennomsnitt i heimebaserte tjenester 80-89 år og 90 år+ etter grad av bistandsbehov. Hele landet, Oslo, Bergen og Trondheim.2009.* 96

Figur 4.1 *Antall plasser i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo, Bergen og Trondheim i 2002 og 2006 samt 2007 og 2010.* 100

Figur 4.2 *Rater kommunale boliger til personer 67 år+. Antall boliger bebodd av personer 67 år+ pr 100 pers 80 år+. 2002 og 2006 samt 2007 og 2010. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet.* 101

Figur 4.3 *Dekningsgrad i alle institusjonsplasser pluss i kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg med personer 67 år+ pr 1000 innb 80 år+. 2006 og 2010. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.* 112

Figur 4.4 *Plassrater brukere 80 år+. Sum andel 80 år+ med plass i eldreinstitusjon og kommunal bolig med heldøgns pleie og omsorg pr 1000 innb 80 år+. Storby og hele landet. 2009* 115

Figur 5.1 *Brutto driftsutgifter til eldreinstitusjoner (f253+f261) og heimebaserte tjenester (f254) i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet, 2006og 2010.* 118

Figur 5.2 *Prosentvis endring i årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenestene 2003-2006 og 2003-2009 samt antall årsverk i alt 2003 og 2009. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. Prosent og absolutte tall.* 123

Figur 5.3 *Antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene pr 1000 innb 80 år+ i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. 2003-2010.* 124

Del I

Sammendrag Del I

I. Sammenfatning av rapportens kapittel 2-5

Første del i denne oversikten er *sammenfatning* av rapportens del I, kapittel 2-5 (I). Dernest følger en *oppsummering* av hovedtrekk i status og utvikling i Oslos eldreomsorg etter 2001 i fem punkter (II). Til slutt gir vi en *overordnet oversikt* status og endringer i Oslos eldreomsorg fram til 2009/2010 (III).

Sammendrag av rapportens del II, er gjengitt innledningsvis i del II.

Om begrensninger ved sammenfatningen av del I

- Om rapportens del I

I denne rapporten gjør vi rede for status og utvikling i Oslos pleie- og omsorgstjenester i perioden 2007-2009/2010 *samt* for årene før, fortrinnsvis 2001-2006. Den omhandler i hovedsak *eldreinstitusjoner*, *heimebaserte tjenester*, *boliger til pleie- og omsorgsformål* samt *ressursbruken* i kommunal pleie og omsorg. Vi viser til kapittel 1 hvor det er gjort rede for innholdet i rapportens del I.

I NIBR-rapport 2007:115 gjorde vi rede for utvikling og status i Oslos eldreomsorg for i hovedsak perioden 1998-2006. Denne videreføringen gjelder årene 2007-2009/-2010. Analysene gjennomføres også denne gangen som *sammenliknende*, hvor vi *refererer* til situasjonen på landsbasis og *jevnfører* med Bergen og Trondheim.

Det primære målet for denne rapporten er å *ajourføre* statistiske data om hovedtrekk i *utvikling* i Oslos eldreomsorg i årene 2007-2009/2010 samt å repetere *status* for perioden 2001-2006.

- Om sammendraget i rapportens del I

Hver hovedbolk i kapitlene 2-5 i sjølve rapportens del I, innledes med et *sammendrag* som gir *oversikt* over hovedresultatene. Det er *begrenset* til Oslo og hovedstaden relatert til hele landet (Riket). Resultater for Bergen og Trondheim finnes bare i hovedteksten. For hovedtrekkene gir vi en samlet oversikt over utviklingen i perioden 2001-2009/2010 under ett. Disse sammendragene er i den empiriske delen mer omfattende og utfyllende enn den sammenfatningen som følger her.

- Om sammenfatningen av del I

Sammenfatningen gjelder rapportens del I, kapittel 2-5. For hver bolk som er *sammenliknende* oppsummerer vi de sentrale resultatene etter en fast mal i tre ledd: *Status* i sluttåret for det tidsavsnitt som analyseres (1), *endringer* i perioden (2) samt *relativ plassering* i forhold til landsgjennomsnittet i start- og sluttåret for analysen (3). Da hovedfokuset er på hovedstaden, begrenser vi presentasjonen til Oslo og sammenlikner bare med hele landet (Riket).

Deretter følger en *oppsummering* av hovedtrekk i status og utvikling i Oslos eldreomsorg etter 2001 i fem punkter. Til slutt gir vi en *overordnet* oversikt status og endringer i Oslos eldreomsorg fram til 2009/2010.

Vi har i denne rapportens del I nyttet året *2009* som slutt-tidspunkt da data for året 2010 først forelå 15. juni 2011. Men i kap 2 og 4 har vi lyktes med å nytte data for året 2010[1].

Som regel er startåret 2001, men også seinere år er nyttet der det ikke foreligger statistiske data for 2001 eller at data er mangelfulle det året.

Rapporten er basert på kvantitative data. De statistiske opplysningene i rapporten er i hovedsak hentet fra *Pleie- og omsorgsstatistikk* basert på Kostra og IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) i *SSB* og våre egne analyser av disse. Dette er kvalitetssikret registerstatistikk fra SSB basert på et enhetlig rapporteringssystem for alle kommuner i Norge. Denne statistikken gjør det bl. a. mulig å gjennomføre analyser over utviklingen i den enkelte kommune samt å sammenlikne kommuner. Og det er hva vi gjør i denne rapporten.

I. Sammenfatning av rapportens kapittel 2-5 (del I)

Sammenfatningen av resultatene fra hvert kapittel her er to-delt. Vi innleder med en sammenfattende vurdering (A), dernest følger hovedtrekkene i det empiriske underlaget for vurderingene (B).

Kap 2. Status og endring i sykehjemstilbudet i Oslo 2001-2010

A. Sammenfattende vurdering av sykehjemstilbudet i Oslo

Mens antall plasser i sykehjem ble bygd noe opp på landsbasis, bygde Oslo ned sin kapasitet i sykehjem med 400 plasser fra 2001 til 2010, på tross av kontinuerlig press på sykehjemmene.

Oslo hadde imidlertid i 2010 likevel omtrent samme dekningsgrad i sykehjem som i 2001. Dette fordi befolkningen 80 år+ i Oslo avtok i løpet av disse åra, mens den økte betydelig i landet som helhet. Og dekningsgraden i Oslo i 2010 var høyere enn på landsbasis. Oslo har imidlertid ikke nyttet denne gunstige befolkningsutviklingen til ytterligere å styrke tilbudet i sykehjem.

[1] Det at vi opererer med begge årene som sluttpunkt, har således ikke noe med inkonsistens å gjøre, men med publiseringstidspunkt i SSB i 2011 i forhold til det faktiske løpende arbeidet med og avtalt dato for sluttføring av rapporten.

Det har i de siste 10-15 åra vært et betydelig nasjonalt fokus på betydningen av korttidsplasser, plasser i skjermet enhet for demente, rehabiliteringsplasser og brukertilpassete sykehjemsplasser. Oslo har imidlertid i liten grad fulgt opp disse nasjonale intensjonene.

Sjøl om Oslo har bygd om en god del sykehjemsplasser til eneroms i denne perioden, synes en ikke samtidig å ha utviklet enn fullgod standard målt ved eget bad og WC. Oslo plasserte seg her i 2010 34 pst under landsgjennomsnittet. Det bekreftes av Oslo kommunes sykehjemsbehovsplan for perioden 2010-2020. Her går det fram at av 4.740 sykehjemsplasser under Sykehjemsetaten i 2009, hadde 53 pst behov for *"omfattende oppgradering, rehabilitering eller nybygg som følge av bad i korridorer, toalett i skap og dårlige tekniske løsninger og ventilasjonsanlegg*, mens en mindre del *trenger til dels omfattende vedlikeholdsmidler"*, i alt 2.510 plasser. Den lave standarden er mao særlig knyttet til små rom og mangelfulle toalett- og badeforhold.

På tross av et høyt innslag demente i sykehjem (3 av 4 med kognitiv svikt, jfr Del II, kap 9) var andelen plasser i *skjermet enhet* i Oslo i 2010 omtrent den samme som i 2004. Denne andelen i Oslo lå samtidig 15 pst under landsgjennomsnittet i 2010. Det udekkete behovet for slike plasser må antas å være betydelig, særlig sett i forhold til en stor aleineboende eldre befolkning i hovedstaden.

Liten tilvekst eller tilnærmet *stillstand* og *relativ tilbakegang* i forhold til landsgjennomsnittet i andel brukertilpassete plasser, plasser i skjermet enhet for demente, korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, er det som kjennetegner utviklingen i Oslo i de seinere åra. Oslo har sakket akterut og har således i svært liten grad tatt del i den generelle utviklingen på dette området.

Det har i mange år vært et betydelig fokus på mangelfull legedekning til eldre i institusjon. Veksten i antall legeårsverk i sykehjem har imidlertid vært svært stor i Oslo i årene 2003-2010, idet antall årsverk pr plass nesten tre-doblet seg over relativt kort tid, og i 2010 lå dekning 27 pst over landsgjennomsnittet og noe over den statlige målsettingen.

Av de kvantifiserbare kvalitative egenskapene ved institusjonene som vi har tatt opp her, er imidlertid lege- og fysioterapitjenesten i institusjon de eneste hvor Oslo har utviklet seg svært positivt de siste 6-7 åra, det også sammenliknet med gjennomsnittet for landet.

B. Empirisk belegg – kapittel 2

1. Antall plasser i sykehjem i Oslo

I Oslo var det i 2010 4.943 plasser i eldreinstitusjoner. Antall slike plasser ble redusert med 580 fra 2001 til 2010, eller med 11 pst, mot 3 pst på landsbasis i samme periode.

Oversikt 2.1. Antall plasser i eldreinstitusjoner og sykehjem i Oslo.

Antall plasser i eldre-institusjoner og sykehjem	Status 2010	Endring 2001- 2010	
	Antall	Absolutte tall	Prosentvis
- Institusjon i alt*)	4.943	**- 580**	**- 11 %**
- Sykehjem	4.811	**- 400**	**- 8 %**

*) Sum plasser i sykehjem og aldershjem, dvs plasser i institusjon for eldre og funksjonshemmede.

Det var 4.811 plasser i *sykehjem* i Oslo i 2010. Antall slike plasser ble redusert med 400 fra 2001 til 2010, eller med 8 pst, mens antall plasser på landsbasis økte med 6 pst. Oslo har bygget ned sin kapasitet i sykehjem.

2. Dekningsgrad i sykehjem i Oslo

Dekningsgrad en *relativ* størrelse. I Oslo var *dekningsgraden i sykehjem* konstant i årene 2002 til 2010 og utgjorde begge år 21 plasser pr 100 innbyggere 80 år+, sjøl om antall plasser i sykehjem ble redusert med 400 i perioden. Det fordi befolkningen 80 år+ ble redusert tilsvarende.

Oversikt 2.2. Dekningsgrad i sykehjem i Oslo.

Dekningsgrad i sykehjem*)	**Status 2010**	**Endring 2002-2010**	**Relativ til Riket, pst**	
	Andel	Prosentpoeng	2002	2010
Dekningsgrad	21	+ 0,3	+ 11	**+ 17**

*) Dekningsgrad: alle plasser i sykehjem/100 innbygger 80 år+.

'Relativ til riket, pst' er i denne og øvrige tilsvarende oversikter i sammenfatningen uttrykk for *hvordan gjeldende andeler i Oslo plasserer seg relativt til den samme andelen på landsbasis*. I Oslo var f.eks dekningsgraden i sykehjem 21 plasser pr 100 innb 80 år+. Denne dekningsgraden var samtidig 17 pst høyere enn den på landsbasis.

Dekningsgraden i sykehjem i Oslo lå i 2002 og 2010 respektive 11 og 17 pst over landsgjennomsnittet på tross av at Oslo bygde ned antallet plasser og landet økte sine.

3. Enerom i eldreinstitusjoner i Oslo

I Oslo var 92 pst av plassene i institusjon i enerom i 2010, dvs på landsnivå. Mens Oslo jevnlig økte andelen plasser i enerom fram til 2006, har tilveksten etterpå vært beskjeden.

I 2001 lå andelen enerom i Oslo 4 pst over av landsgjennomsnittet, mens den var 1 pst under i 2010. I åra 2001-2010 satset hovedstaden på enerom nesten som gjennomsnittet for landet og nådde samme nivå.

4. Ulike kvalitative egenskaper ved plasser i institusjon i Oslo

- Brukertilpasset enerom med bad og WC. I 2010 hadde Oslo *50 pst* av institusjonsplassene i slike rom. Det har ikke vært noen økning etter 2004. Andelen slike plasser var 34 pst under landsgjennomsnittet i 2010, mot 9 pst under i 2004.

- Plasser i skjermet enhet for demente. I 2010 var *20 pst* av institusjonsplassene i Oslo i skjermet enhet for demente. Andelen slike plasser var omtrent den samme som i 2004 - en andel som ble redusert i forhold til landsgjennomsnittet og som lå 15 pst under landsgjennomsnittet i 2010.

Oversikt 2.3. Kvalitative egenskaper ved plasser i institusjon i Oslo.

Egenskaper ved eldre-institusjoner i Oslo	Status 2010	Endring 2004-2010	Relativ til Riket, pst	
	Andel i pst	Prosentpoeng	2004	2010
- Brukertilpassete enerom	**50**	**+ 2,0**	- 9	**- 34**
- Skjermete enheter, demente	**20**	**+ 0,6**	- 6	**- 15**
- Korttidsopphold	**13**	**+ 2,1**	+12	**- 11**
- Rehabilitering/habilitering	**2**	**- 0,9**	- 16	**- 57**

- Kortidsplasser i institusjon. I Oslo var *13 pst* av institusjonsplassene avsatt til korttidsopphold i 2010 - en tilvekst på 2 prosentpoeng siden 2004. Andelen slike plasser lå noe over landsgjennomsnittet i 2004, men var redusert til 11 pst under dette i 2010.

- Kortidsplasser avsatt til rehabilitering/habilitering. I Oslo avtok andelen slike plasser i institusjon fra 3 pst til *2 pst* av alle i 2010. Denne andelen var da 57 pst under landsgjennomsnittet. Og mens 1 av 3 korttidsplasser var nyttet til slik bruk i landet i 2010, gjaldt det 1 av 6 slike plasser i Oslo.

5. Lege- og fysioterapiårsverk i institusjon i Oslo 2003-2010

- Legeårsverk. I Oslo var det i 2010 *12 legeårsverk pr 1000* plasser i institusjon – en vesentlig økning fra 5 slike årsverk 2003. Og Oslo lå her i 2010 27 pst over innsatsen på landsbasis.

Oversikt 2.4. Årsverk i institusjon i lege- og fysioterapitjeneste i Oslo.

Årsverk i institusjon i lege- og fysioterapitjeneste*)	Status 2010	Endring 2003-2010	Relativ til Riket, pst	
	Åv. Pr 1000	Årsverk	2003	2010
- Legetjeneste i institusjon	**12**	+ 7,9	- 26	**+ 27**
- Fysioterapi i institusjon	**16**	+ 3,5	+ 41	**+ 74**

* Årsverk pr 1000 plass i institusjon

Fysioterapiårsverk. I Oslo ble det i 2010 utført 16 årsverk i fysioterapi pr 1000 plasser i institusjon, mot 9 årsverk på landsbasis. Den økte innsatsen i hovedstaden er også betydelig i det den ligger 74 pst over landsnivået.

Kap 3. Status og endring i de heimebaserte tjenestene i Oslo 2001-2009

A. Sammenfattende vurdering av de heimebaserte tjenestene i Oslo

Vi har vist at i Oslo reduseres antall brukere av heimebaserte tjenester fra 2001 til 2009 mer enn hva som følger av nedgangen i eldrebefolkningen, slik at en faktisk reduserer tilgjengeligheten. I stedet for å nytte anledningen som åpner seg ved denne befolkningsreduksjonen til å gi flere kommunale tjenester, reduseres tilgjengeligheten

for brukere 67-79 år med 30 pst og for brukere 80 år+ med 8 pst fra 2001 til 2009. Tilgjengeligheten i Oslo er således redusert for alle eldre.

Tjenesteprofil – sammensetning etter type tjenester

Alle

I forhold til eldre er kommunene i ferd med å forlate den *forebyggende* strategien og prinsippet om tidlig intervensjon i det en i tiltakende grad synes å forbeholde tjenestene til de mest hjelpetrengende. På landsbasis har de heimebaserte tjenestene radikalt skiftet karakter. Det har funnet sted en fordobling av antall og andel brukere av *hjemmesykepleie* på relativt kort tid. Og hjemmesykepleien har stått for hele tilveksten. Klarere kan ikke framveksten av den medisinske delen av pleie- og omsorgstjenestene komme til uttrykk. Denne dreiningen i hjemmetjenestetilbudet har generelt sammenheng med at stadig flere tungt hjelpetrengende brukere mottar nokså omfattende tjenester utenfor institusjon.

For yngre brukere (under 67 år) har Oslo hatt en utvikling som i stor grad har beveget seg mot profilen på landsbasis - og mer enn for de eldre. En synes å ha fått til endringer som i stor grad er på linje med gjennomsnittet for landet og faktisk noe mer. Det fordi hovedstaden her i utgangspunktet (i 1998) hadde en betydelig annerledes sammensetning av tjenestetypene enn det som jevnt over var tilfellet i andre kommuner.

I Oslo økte andelen brukere av *bare hjemmesykepleie* med 15 prosentpoeng fra1998 til 2009, til å utgjøre 27 pst *av alle brukere* i 2009, mot 38 pst med bare hjemmesykepleie på landsbasis samme år. Dette andelsnivået i Oslo var igjen 29 pst under landsgjennomsnittet i 2009.

Sjøl om Oslo i noen grad har fulgt de nasjonale utviklingstrekkene, har både utgangspunktet og bevegelsen under veis ikke vært så sterk i hovedstaden. Modernisering i betydningen å følge hovedutviklingen på landsbasis, har bare delvis funnet sted. Det gjenspeiles særlig i at 4 av 10 brukere i Oslo fortsatt hadde bare hjemmehjelp i 2009 – en andel betydelig (54 pst) over tilsvarende på landsbasis. Det synes bl. a å måtte ha sammenheng med en slags 'historisk arv'. Så sent som i 1998 hadde 6 av 10 brukere av heimebaserte tjenester i Oslo bare hjemmehjelp.

Oslo har således fortsatt en stor andel brukere med *bare hjemmehjelp*, samtidig som andelen i eldrebefolkningen med hjelp ('tilgjengeligheten') omtrent er som på landsbasis. Det synes etter vår vurdering ikke å være grunnlag for å utlegge en slik innretningen av tjenestene som del av posisjonering mot en forebyggende strategi.

Eldre

Vi har vist at en profil preget av kombinert bruk av hjemmesykepleie og hjemmehjelp vil for de fleste eldre samtidig vil føre til større omfang av hjelp idet eldre brukere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie oftest både får mer og mer allsidig hjelp enn ved separat bruk av de to tjenestene.

Sjøl om en i Oslo har hatt en utvikling i forhold til eldre brukere med økt tilbud av hjemmesykepleie som i noen grad har beveget seg mot profilen på landsbasis, lå en i 2009 likevel relativt sett omtrent like mye etter gjennomsnittet for landet som i 1998.

Siden 2006 har det imidlertid relativt sett blitt flere eldre med bare hjemmehjelp i Oslo, mens det på landsbasis ble færre.

Utviklingen i Oslo i de siste åra synes mao å ha beveget seg i motsatt retning av landsgjennomsnittet. Oslos profil i bruken av heimebaserte tjenester til eldre skiller seg i betydelig grad fra de to andre store byene og gjennomsnittet for landet.

Oslos profil i hjemmetjenestene med mindre hyppig bruk av hjemmesykepleie og kombinasjon av hjemmehjelp og hjemmesykepleie vil måtte gi mindre allsidig hjelp og hjelp i mindre omfang, særlig for dem med omfattende bistandsbehov. Det vil samtidig sannsynligvis svekke hjemmetjenestenes evne til å motvirke tidligere innleggelser i sykehjem og medføre press på sykehjemskapasiteten. Resultatene for 2009 synes å underbygge tidligere resultater og vår hypotese om at Oslo har en mindre intensiv bruk av hjemmetjenestene enn gjennomsnittet for landet.

Omfang av hjelp i de heimebaserte tjenestene (intensitet)

På landsbasis har en i de seinere åra i stadig større grad konsentrert innsatsen mot de mest ressurskrevende brukerne. Relativt færre brukere mottar heimebaserte tjenester, men de som får, mottar mer omfattende hjelp. Denne sentrale endringen med mer *målrettet* og *intensiv* bruk, er realisert for å nå målet om at den enkelte så langt som mulig skal kunne bli boende i egen bolig og dermed utsette eller forhindre innleggelse i institusjon.

Oslo har også fulgt denne innretningen, men bare i det første leddet - færre brukere. En synes ikke å ha fulgt opp med større innsats pr bruker. Slik det vil gå fram i kap 5, var årsverksbruken i heimebaserte tjenester pr. eldre bruker (67 år+) 30 pst under landsgjennomsnittet i 2009, men på samme nivå som for landet i 1995.

I forrige rapport viste vi at Oslo i 2003 jevnt over hadde mindre *hyppighet, fleksibilitet og intensitet* i sine heimebaserte tjenester. Og det var jevnt over få brukere som fikk *intensiv* hjelp både i hjemmehjelpa og hjemmesykepleien. I Oslo skilte eldre *i ordinære private* boliger seg ut fra resten av landet ved at s*å få hadde mer enn to timer pr uke og at så mange bare hadde en time.*

Til brukere av heimebaserte tjenester *80-89 år og 90 år+* i Oslo lå den *ukentlig brukerretta timeinnsats 26 pst og 28 pst under* gjennomsnittlig på landsbasis. Det tidligere dokumenterte mønsteret fra 2003 synes å vare ved. Den gangen lå nivået i timer pr uke i de heimebaserte tjenestene i Oslo 20-30 pst under landsgjennomsnittet for bruker 67 år+.

Samtidig er det slik at både eldre 80-89 år og 90 år+ bare får litt mer hjelp når de bor aleine enn de som bor sammen med noen. At det er slik kan tyde på at hjelpa generelt er knapt tilmålt. Sjøl om vi må anta at eldre som bor sammen med noen, jevnt over er mer hjelpetrengende, må den lave differensieringen etter type hushold vise tilbake til knapp tilmåling (jfr også Del II, kap 9).

Omfattende bistandsbehov

Av eldre 67 år+ i Oslo i 2010 med omfattende bistandsbehov og heimebaserte tjenester, hadde *80 pst* praktisk bistand i inntil 3 timer pr uke og *halvparten* hadde samlet antall heimebaserte tjenester inntil 8 timer pr uke, dvs litt over 1 time pr dag. Dette på tross at en hadde funksjonstap på sykehjems nivå, jfr Del II, kap 10.

Våre data for eldre 80-89 år og 90 år+ i 2009 med *omfattende bistandsbehov* viser at disse i Oslo mottok heimebasert hjelp pr uke i et omfang som lå respektive 28 pst og 32 pst under nivået på landsbasis.

Det siste kan tyde på at knappheten er størst der behovet samtidig er størst. Innretningen av de heimebaserte tjenestene synes å være slik at en ikke i tilstrekkelig grad evner å differensiere hjelpa i overensstemmelse med behovene. Det vil føre til at presset på sykehjem øker.

Slik som det er vist for Trondheim, fører en slik innretning av tjenestene der til tidligere innleggelser i sykehjem fordi gapet i ressursbruk mellom heimebaserte tjenester og sykehjem er for stort. Undersøkelser og forsøk indikerer for øvrig at kommuner som satser på heimebaserte tjenester, ofte driver mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner, uten at omsorgstilbudet blir dårligere.

B: Empirisk belegg – kapittel 3

1. Antall brukere av og tilgjengelighet til heimebaserte tjenester for eldre 67 år+ i Oslo 2001-2009

I Oslo ble det *fra 2001 til 2009* vel *1300 færre* brukere av heimebaserte tjenester 80 år + og nesten *1200 færre* brukere 67-79 år, til sammen 2.500 færre brukere 67 år+. Dette er relativt sett en større nedgang enn på landsbasis.

Oversikt 3.1. Antall eldre brukere av heimebaserte tjenester i Oslo.

Brukere av heimebaserte tjenester	**Status 2009**	**Endring 2001- 2009**	
	Antall	Absolutte tall	Prosentvis
- Brukere 67-79 år	**3.061**	**- 1.187**	**- 24**
- Brukere 80 år+	**7.615**	**- 1.331**	**-15**
- Brukere 67 år+ i alt	**10.676**	**- 2.518**	**- 18**

Det ble samtidig færre eldre i befolkningen i Oslo i årene 2001-2009 under ett. Likevel reduseres andelen som har slik hjelp (tilgjengeligheten) for brukere 67-79 år med 3,6 prosentpoeng (30 pst) og for brukere 80 år+ med 4 prosentpoeng (8 pst) i denne perioden.

Oversikt 3.2. Eldres tilgjengelighet til heimebaserte tjenester i Oslo.

Tilgjengelighet til heimebaserte tjenester – bruksrate 1)	**Status 2009**	**Endring 2001-2009**	**Relativ til Riket, pst *)**	
	Andel	Prosentpoeng	2001	2009
- Bruksrate 67 -79 år	8,3	**- 3,6**	**+ 10**	**+2**
- Bruksrate 80 år	33	- 4	**- 5**	**-6**

1) Bruksrate= antall brukere i en aldersgruppe pr 100 personer i alt i samme gruppe. *) 'Relativ til Riket, se forklaring under oversikt 2.2, foran.

I Oslo var tilgjengeligheten til heimebaserte tjenester i 2009 for brukere 67-79 år omtrent den samme som på landsbasis, mens den for eldre 80 år+ var 6 pst lavere.

2. Endret sammensetning av de heimebaserte tjenestene etter type tjenester i Oslo.

Alle brukere

Det er framveksten av yngre brukere, bruk av bare hjemmesykepleie og redusert antall brukere av bare hjemmehjelp som nokså reindyrket kjennetegner uviklingen i sammensetningen i bruken av de heimebaserte tjenestene på *landsbasis* i årene 1998 - 2009. Det fant sted et ensidig skifte ved at andelen brukere med bare hjemmehjelp ble redusert med 20 prosentpoeng, mens brukere av bare hjemmesykepleie økte tilsvarende.

I Oslo avtok andelen med *bare hjemmehjelp* betydelig fram til 2009. Likevel var da 40 pst av brukerne i Oslo brukere med bare hjemmehjelp, mot 26 pst på landsbasis. Det var et andelsnivå 54 pst høyere i Oslo enn landsgjennomsnittet.

Oversikt 3.3. Andel brukere av bare hjemmehjelp og bare hjemmesykepleie i Oslo.

Brukere av bare *hjemmehjelp* og bare *hjemmesykepleie*. Alle	**Status 2009**	**Endring 1998-2009**	**Relativ til Riket, pst**	
	Andel i pst	Prosentpoeng	1998	2009
- Bare hjemmehjelp	40	-19	28	**54**
- Bare hjemmesykepleie	27	+ 15	**- 33**	**- 29**

I 2009 var 27 pst av alle brukere i Oslo brukere av *bare hjemmesykepleie*, mot 38 pst på landsbasis. Andelen slike brukere i Oslo økte imidlertid med 15 prosentpoeng fra 1998 til 2009 – et andelsnivå i Oslo som likevel var 29 pst under landsgjennomsnittet.

I 2009 hadde 60 pst av brukerne i Oslo bare hjemmesykepleie eller det i kombinasjon med hjemmehjelp, mot 74 pst på landsbasis. Andelen brukere med *bare hjemmesykepleie* i Oslo var da nesten på samme lave nivå i forhold til landsgjennomsnittet som i 1998.

Eldre 67 år+.

For eldre er det generelt slik at andelen brukere av *begge tjenestene* øker med tiltakende hjelpebehov. Videre er det flere med betydelige hjelpebehov blant dem med *bare hjemmesykepleie* enn blant dem med *bare hjemmehjelp*. Antall timer tilført offentlig hjelp følger samme mønster. *Tjenesteprofilet* gjenspeiler omfanget både av behov og tilført hjelp. Det er en svært sentral størrelse.

I 2009 hadde 44 pst av brukerne av heimebaserte tjenester 67 år+ i Oslo *bare hjemmehjelp*, mot 26 pst på landsbasis. Siden 2006 har det i Oslo mao relativt sett blitt *flere* eldre med bare hjemmehjelp, mens det på landsbasis har blitt færre. I Oslo var det i 2009 relativt sett 70 pst flere 67 år+ med bare hjemmehjelp enn på landsbasis.

Oversikt 3. 4. Andel brukere av bare hjemmehjelp og begge tjenester. Brukere 67 år+ i Oslo.

Brukere av bare *hjemmehjelp* og *begge* tjenestene, 67 år+.	**Status 2009**	**Endring 2006-2009**	**Relativ til Riket, pst**	
	Andel i pst	Prosentpoeng	2006	2009
- Bare hjemmehjelp	44	+ 4	+38	**+70**
- Begge tjenestene	38	+ 3	- 12	**- 10**

I Oslo var imidlertid andelen brukere 67 år+ med begge tjenestene bare 10 pst under landsgjennomsnittet.

For øvrig var det i 2009 slik at i alt 56 pst av brukerne 67 år+ i Oslo hadde hjemmesykepleie, mens det samme var tilfellet for 74 pst på landsbasis. Forskjellen er stor og vesentlig.

3. Omfang av hjelp. Antall timer pr uke i brukerretta hjelp i de heimebaserte tjenestene i Oslo

Vi har valgt å presentere data særlig for *gruppa 80-89 år*, som i antall er den største brukergruppa blant eldre.

I de heimebaserte tjenester til personer 80-89 år i Oslo ble det i 2009 i gjennomsnitt ytt 2,9 timer avtalt brukerretta hjelp pr bruker pr uke. Det var *26 pst under* gjennomsnittet til denne gruppa på landsbasis.

Det er svær små forskjeller mellom aleineboende og de som bor sammen med noen. Når det er slik, kan det tyde på at hjelpa generelt er knapt tildelt.

Oversikt 3.5. Antall timer hjelp pr uke i de heimebaserte tjenestene i 2009 i Oslo.

Antall timer hjelp pr uke i de heimebaserte tjenestene i 2009	Status timer pr uke i 2009	Relativt til Riket 2009, pst
Brukere 80- 89 år i alt	2,9	**- 26**
- Brukere 80-89 med omfattende bistandsbehov	9,1	**- 28**
- Brukere 90 år+ med omfattende bistandsbehov	9,8	**- 32**

Eldre 80-89 år og 90 år+ i Oslo med *omfattende bistandsbehov,* mottok heimebasert hjelp pr uke i et omfang som var respektive 28 pst og 32 pst under nivået på landsbasis i 2009. Som i 2003 finner vi også i 2009 at innsatsen i Oslo i forhold til hele landet, er minst for *de mest hjelpetrengende* gruppene blant de eldre.

Kap 4. Status og endring i tilbudet av kommunale boliger til pleie og omsorg

B. Sammenfattende vurdering av boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo.

Det var statistikkført ca 1.300 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo i 2006, mens antallet var sunket til ca 1000 enheter i 2010. Det synes å ha funnet sted en betydelig reduksjon i dette tilbudet i hovedstaden på relativt få år. Mens en på landsbasis i de seineste 10-15 åra i betydelig grad har bygd opp tilbudet av omsorgsboliger *for personer 67 år+*, har Oslo bygd det *ned.*

Det er særlig her Oslo lenge har skilt seg fra gjennomsnittet for landet, og i 2010 mer enn tidligere. Dekningsgraden i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til beboere 67 år+ i Oslo tilsvarte 4 enheter pr 100 personer 80 år+, mens tilbudet på landsbasis var 2,7 ganger høyere. Oslo befinner seg her i betydelig særklasse. Og

dette er etter vår vurdering en vesentlig svakhet ved innretningen av omsorgstrappa i Oslo.

Kommunale boliger til pleie- og omsorg *med heldøgns omsorg*
Oslos tilbud i boliger til pleie- og omsorgsformål *med heldøgns pleie og omsorg* er av vesentlig betydning for å vurdere hvor kommunen befinner seg mht samlet tilbud i pleie- og omsorgstjenestene, og hva som er den relative betydningen av dekningsgrad i sykehjem.

Når Oslo økte den samlete dekningsgraden i institusjon pluss i boliger med heldøgns pleie- og omsorg etter 2006, fra 215 til 229 enheter pr 1000 innb 80 år+ i 2010, må mesteparten av *denne økningen* tilskrives tilveksten av boliger av typen *Omsorg+*. I følge IPLOS sin definisjon kan imidlertid ikke disse karakteriseres som boliger med heldøgns pleie og omsorg. Alternativt kan Oslo i 2010 ha hatt 7 'øvrige' enheter med heldøgns pleie og omsorg pr 1000 innb 80 år+. Det siste anslaget gir en samlet dekningsgrad i institusjon og heldøgns omsorgsboliger som ligger 4 pst under dekningsgraden på landsbasis i 2010.

Det vi mener er en sykehjemskonservatisme i Oslo, kan være årsaken til mangelfull utbygging av omsorgsboliger generelt og slike med heldøgns pleie og omsorg i særdeleshet. Det har bidratt til å utvide hullet i omsorgstrappa pga mangelfulle heimebaserte tjenester.

Hvis Oslo skulle ha hatt en dekning i omsorgsboliger med heldøgns bemanning på linje med landsgjennomsnittet, betyr det at det skulle ha vært omlag 1.000 slike boliger i Oslo i 2010. Rent faktisk var det etter vår vurdering egentlig nokså få, eller maksimum 319 enheter, dvs 1/3-del av et tilbud på nivå med landsgjennomsnittet.

B. Empirisk belegg – kapittel 4

1. Antall plasser og dekningsgrad i boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo

I Oslo var det i 2010 ca 1000 boliger til pleie- og omsorgsformål bebodd av personer 67 år+- en svak reduksjon i forhold til 2007.

Oversikt 4.1. Antall boliger og dekningsgrad i boliger til pleie- og omsorgsformål til beboerer 67 år+ i Oslo.

Boliger til pleie og omsorg til personer 67 år+	Status 2010	Endring 2006- 2010	
	Antall	Absolutte tall	Relat. til Riket
Antall boliger til plo-formål	988	**- 46**	
Dekningsgrad i plo-boliger	4.3	**- 0,1**	**- 63**

Dekningsgraden i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i forhold til befolkningen 80 år+ i Oslo i 2010, var 4 boliger til eldre 67 år pr 100 80 år+ - en mindre reduksjon i forhold til 2006. Denne dekningsgraden var 63 pst under dekningsgraden på landsbasis, dvs at den på landsbasis da var 2,7 ganger høyere enn i Oslo.

2. Dekningsgrad i heldøgns bolig og institusjon i Oslo

Utvikling og status i Oslos samlete omsorg for eldre kan aleine ikke belyses ved ensidig å fokusere på sykehjemsdekning. Analysen må bl. a. suppleres med størrelsen av tilbudet i boliger med heldøgns pleie og omsorg. Oslos plassering i forhold til det siste er vesentlig for vurderingen av byens *samlete heldøgnstilbud* og betydningen av dekningsgrad i sykehjem og kunnskap om utformingen av omsorgstrappa.

I 2010 var det på landsbasis 10.000 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år + med *heldøgns bemanning*. Og i Oslo var det statistikkført 319 slike enheter. Dette gir en dekningsgrad tilsvarende 14 enheter pr 1000 innb 80 år + i Oslo, mot 45 enheter pr. 1000 innb 80 år+ på landsbasis.

Oversikt 4.2. Dekningsgrad i heldøgnstilbud 67 år+ i Oslo.

Dekningsgrad i heldøgnstilbud 67 år+ pr 1000 innb 80 år+	Status 2010	Endring 2006-2010	Relativ til Riket, pst	
	Andel i 0/00	Prosentpoeng	2006	2010
I heldøgns plo-boliger	14	+1,2	- 95	**- 69**
I heldøgns boliger+institusjon	229	+ 1,4	- 5	**- 1**

I Oslo økte *sum dekningsgrad i institusjon og i kommunale boliger med heldøgns omsorg* fra 215 enheter pr 1000 innb 80 år+ i 2006 til 229 enheter i 2010, dvs til omtrent på samme nivå landsgjennomsnittet. Mesteparten av *denne økningen* må imidlertid tilskrives økningen i statistikkførte kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg i hovedstaden etter 2006, og særlig de av typen *Omsorg+*.

Kap 5. Status i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i 2009

A. Sammenfattende vurdering av årsverksbruken i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo

Årsverk i alt og dekningsgrad

I Oslo ble årsverkene i pleie- og omsorgsektoren redusert med 6,5 pst i årene 2003-2006. En seinere mindre vekst gjorde at innsatsen økte med 1,1 pst i perioden 2003-2009 under ett. I 2009 var det samlet 10.400 årsverk i pleie og omsorg i Oslo eller *vel 100 flere årsverk enn i 2003*. Målt i årsverk har innsatsen stått på stedet hvil i seks år. Stillstand og fravær av vekst kjennetegner en periode der årsverksinnsatsen på landsbasis økte med 17.600 årsverk, eller med 13 pst fra 2003 til 2009.

I Oslo lå dekningsgraden målt som *årsverk i alt i pleie- og omsorg* pr 1000 innb 80 år+ *16 pst* under landsgjennomsnittet både i 1998 og i 2002, mens den lå 23 pst under i 2006. I 2009 lå Oslo 20 pst under denne dekningsgraden på landsbasis. Den var mao relativt sett på et noe lavere nivå i forhold til Riket enn i 1998 og 2002. Oslo har hatt en jevn og *langvarig lav ressursbruk* i sine pleie- og omsorgstjenester.

Oslo manglet i 2009 2.080 årsverk (10.400*20/100= 2.080 årsverk) for å ha samme samlet dekningsgrad i pleie og omsorg som på landsbasis i forhold til befolkningen 80 år+. Med br driftskostnader til 747 tusen pr årsverk ville det i 2009 ha beløpt seg til 1.55 milliarder kr å dekke inn denne differensen. Det vurderer vi som en illustrer-

ende størrelse for hvor ressursinnsatsen i Oslo i hovedsak befinner seg i forhold til landsgjennomsnittet.

Vi har videre vist at dekningsgraden i 'eldreomsorgen' (den delen av samlet bruk som falt på brukere 67 år+) i Oslo i 2009 utgjorde 281 årsverk pr 1000 innb 80 år+. Det var 16 pst under landsgjennomsnittet det året.

Oslo har de 10 siste åra kontinuerlig hatt en innsats i pleie- og omsorgsektoren vesentlig under landsgjennomsnittet målt på ulike måter. Dette empiriske grunnlaget gir derfor grunn til forsatt å opprettholde konklusjonen fra fire år tilbake: *"Ikke bare kommer hovedstaden svakt ut i dag. Oslo har kommet svakt ut hele veien. Mens landet og de to andre store byene har fått til en betydelig vekst i disse nasjonale satsingsåra, synes tida å ha stått stille i Oslo. En befinner seg fortsatt der en var for lenge siden"* (Brevik 2007c, kap 7.4.2., s 145).

Som vi framholdt den gangen, har vi her f. eks heller ikke grepet fatt i betydningen av at hovedstaden har en vesentlig større andel eldre som bor aleine enn i landet forøvrig.

Ressursbruk i institusjon versus heimebaserte tjenester

I Oslo er det særlig stor forskjell i ressursbruk i eldreomsorgen mellom institusjoner og heimebaserte tjenester. Vi har vist at ressursbruken i eldreinstitusjoner i Oslo i forhold til befolkningen 80 år+, lå *8 pst under* landsgjennomsnittet i 2009, mens den i de heimebaserte tjenestene tilsvarende lå *34 pst under* dekningen på landsbasis. Oslo har svakt utbygde heimebaserte tjenester og ressursinnsatsen i institusjon er under landsgjennomsnittet. Men framfor alt er forskjellen i satsing mellom de to sektorene svært stor.

Om vi nytter årsverksrater i bruk i eldrebefolkningen 80 år+ som mål for fordeling av ressursbruk mellom de to hovedtjenesteområdene, gir det som resultat at hovedstaden bruker 4,2 ganger så mange ressurser på beboere 80 år+ i institusjon, dvs sykehjem, som i de heimebaserte tjenestene. På landsbasis var det samme forholdstallet i 2009 2,9 ganger. I tillegg til en generelt lav ressursinnsats i eldreomsorgen er Oslo institusjonstung.

Årsverk pr beboer og bruker

Bemanning pr plass i institusjon i Oslo var *20 pst under* den gjennomsnittlige bemanningen på landsbasis i 2009. Samtidig har vi vist at *brutto driftskostnader pr årsverk i institusjon* i Oslo i 2009 lå *28 pst over* landsgjennomsnittet, mens *br. driftskostnader pr plass* i Oslo lå bare *3 pst over* gjennomsnitt på landsbasis på tross av vesentlige høyere årsverkskostnader. At det er slik, skyldes nærmest i sin helhet den lave bemanningsfaktoren i institusjon i Oslo. Høye årsverkskostnader (og noe høyere tilgjengelighet til sykehjem) ser nærmest i sin helhet å lignes ut av lav bemanningsfaktor, og Oslo kommer alt i alt ut med omtrent *samme kostnadsnivå pr plass* som på landsbasis. I Oslo synes en på sett og vis å saldere høyt kostnadsnivå ved å nytte lavere bemanning.

Men samtidig har vi vist at andelen med omfattende funksjonstap i institusjon i Oslo er den samme som for hele landet, dvs 70 pst. Vesentlig lavere pleiefaktor synes ikke å kunne følge av mindre hjelpebehov hos beboerne. Det kan imidlertid ha sammenheng med sjølve driftsformen, med f. eks lav sirkulasjon og lite hyppig bruk av kort-

tidssenger, dvs mindre bruk av ressurser nyttet i samhandling med de øvrige pleie- og omsorgstjenestene. Men mest sannsynlig har lav bemanningsfaktor mest sammenheng med høye driftskostnader pr årsverk.

Omfanget av heimebaserte tjenester pr bruker i Oslo lå 30 pst under nivået på landsbasis i 2009. Hovedstaden befant seg i 2009 der Riket var i 1995.

Til slutt viste vi at samlete brutto driftskostnader i eldreomsorgen var 7 pst høyere i forhold til befolkningen 80 år+ i Oslo i 2009, som i det vesentlige må skyldes lønnskostnadsnivået i Oslo.

Det er imidlertid i hovedsak de lokale kostnadene pr årsverk som forklarer relativt høye brutto driftskostnader i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo. Og det må igjen ha vesentlig sammenheng med høyere lønnskostnadsnivå i Oslo. Men en kan ikke på noen måte utlede at Oslo har en bedre eldreomsorg enn resten av landet fordi driftskostnadene er noe høyere her enn på landsbasis.

B: Empirisk belegg – kapittel 5

1. Årsverk i alt og dekningsgrad i årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo

Antall årsverk i alt. I Oslo var det i 2009 samlet 10.400 årsverk i pleie og omsorg i Oslo, eller *vel 100 flere årsverk enn i 2003*.

Oversikt 5.1. Samlet ressursbruk i pleie og omsorgssektoren – årsverk i alt og dekningsgrad i Oslo.

Ressursbruk i pleie og omsorg – årsverk i alt/årsverk pr 1000 80+	**Status 2009**	**Endring 2003-2009**	**Relativ til Riket, pst**	
	Antall/ Andel	Absolutt tall/ prosent-poeng	2003	2009
Årsverk i alt	**10.399**	**+112**		
Dekningsgrad – årsv pr 1000 80+	**451**	**+ 30**	- 17	**- 20**

Dekningsgrad, årsverk i alt. Årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenesten i forhold til befolkningen 80 år + er et ofte nyttet som et *samlemål* for nivået i tjenestene. I Oslo ble det i 2009 utført 451 årsverk i alt pr 1000 innbygger 80 år+, en liten økning i forhold til 2003. Likevel var dekningsgraden i Oslo i 2009 *20 pst under* gjennomsnittet for landet.

2. Dekningsgrad - årsverk til eldre i pleie- og omsorgstjenestene pr 1000 innb 80 år+ i Oslo

I Oslo utgjorde årsverkene til brukere 67 år+ i institusjon og heimebaserte tjenester ('eldreomsorgen') 281 årsverk pr 1000 innbygger 80 år + i 2009. Det var *16 pst under* landsgjennomsnittet.

Oversikt 5.2. Dekningsgrad i årsverk til eldre 67 år+ i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo.

Dekningsgrad - årsverk til eldre 67 år+ i pleie- og omsorgstjenestene pr 1000 innb 80 år+	**Status 2009**	**Relativt til Riket i 2009 – prosent**
- Årsverk i alt til eldre pr 1000 innb 80 år+	**281**	**- 16**
- Årsverk i institusjon pr 1000 innb 80 år+	**219**	**- 8**
- Årsverk i heimebaserte tjenester pr 1000 80 år+	**63**	**- 34**

Dekningsgraden i *institusjon* i Oslo utgjorde i 2009 219 årsverk pr 1000 innb 80 år+. eller 8 pst under dekningen på landsbasis. I de *heimebaserte tjenestene* lå årsverksinnsatsen i Oslo i 2009 tilsvarende 34 pst under dekningen på landsbasis.

3. Årsverk pr beboer og bruker og brutto driftskostnader pr årsverk og pr plass i institusjon i Oslo i 2009

Årsverk pr beboer og bruker. Oslo nyttet i 2009 1,13 årsverk pr plass i *institusjon*, mot 1,41 årsverk på landsbasis. Det var *20 pst under* gjennomsnittlig bemanning på landsbasis.

I Oslo var innstasen i de heimebaserte tjenestene 0,14 årsverk pr. bruker pr år i 2009, mot 0,20 årsverk på landsbasis. Der var 30 pst under landsgjennomsnittet.

Oversikt 5.3. Årsverk pr. beboer og bruker og brutto driftskostnader pr. årsverk og pr. plass i institusjon i Oslo.

Årsverk pr. beboer i institusjon og pr. bruker 67 år+ av heimebaserte tjenester	**Status 2009**	**Relativt til Riket i 2009 – prosent**
- Årsverk pr plass i institusjon, alle plasser	**1,13**	**- 20**
- Årsverk pr bruker 67 år+ i heimebaserte tjenester	**0,14**	**- 30**
Brutto driftskostnader pr årsverk i tusen kroner		
- Br. driftskostnader pr alle årsverk i plo i tusen	**748**	**+ 26**
- Br. driftskostnader pr årsverk i institusjon	**771**	**+ 28**
- Br. driftskostnader pr årsverk i heimebaserte tjen.	**715**	**+ 22**
- Br. driftskostnader pr plass i institusjon	**872**	**+ 3**

Driftskostnader pr årsverk. I Oslo var *brutto driftskostnader pr årsverk* i pleie- og omsorgstjenestene 748 tusen i 2009. Det var *26 pst over* landsgjennomsnittet. I *institusjon* (sykehjem) lå driftskostnadene pr. årsverk i Oslo *28 pst over*, og i de *heimebaserte tjenestene 22 pst over.*

Driftskostnader pr plass i institusjon. I Oslo i 2009 var brutto *driftskostnader pr. plass* i institusjon 872 tusen kroner, eller bare *3 pst over* landsgjennomsnittet. Det på tross av vesentlige høyere årsverkskostnader i institusjon i Oslo, men som her nærmest liknes ut pga. lav bemanningsfaktor.

4. Dekningsgrad i brutto driftskostnader til brukere 67 år pr innbygger 80 år+ i Oslo

I Oslo utgjorde samlete brutto driftskostnader til brukere 67 år+ i pleie- og omsorgstjenestene (institusjon+ heimebaserte tjenester) - dvs i 'eldreomsorgen' - i 2009 213 tusen kr pr person 80 år+. Det var 7 pst over landsgjennomsnittet.

Oversikt 5.4. Dekningsgrad i brutto driftskostnader til brukere 67 år i Oslo.

Brutto driftskostnader i pleie og omsorg til brukere 67 år+ pr innbygger 80 år+	**Status 2009**	**Relativt til Riket i 2009 - prosent**
Brutto driftkostnader til institusjon	169.000	**+ 18**
Brutto driftskostnader heimebaserte tjenester	45.000	**- 20**
Sum brutto driftskostnader i alt	**213.000**	**+ 7**

I Oslo lå brutto driftskostnader til eldre i *institusjon* i forhold til befolkningen 80 år+ i 2009 *18 pst over* landsgjennomsnittet, mens tilsvarende kostnader i de *heimebaserte tjenester* lå *20 pst under* dette snittet.

II. Oppsummering i status og utvikling i Oslos eldreomsorg etter 2001

1. Sykehjemstilbudet

Oslo hadde en dekningsgrad i *sykehjem* godt *over* landsgjennomsnittet i 2010, mens dekningsgraden i *heldøgnstilbudet* - i institusjon og boliger med heldøgns pleie- og omsorg samlet - var *på* landsgjennomsnittet.

Oslo har imidlertid bygd ned sin kapasitet i sykehjem med 400 plasser fra 2001 til 2010 på tross av kontinuerlig press på sykehjemmene. Oslo har ikke nyttet utviklingen med færre eldre i befolkningen til å styrke dekningen i sykehjem, på tross av omfattende behov. I del II har vi således dokumentert at det i 2010 i Oslo var omlag 800 eldre utenfor institusjon med omfattende bistandsbehov på linje med dem med langtidsopphold i sykehjem. Og 85 pst av disse bodde i ordinære boliger, ofte med begrensete heimebaserte tjenester.

Liten tilvekst eller tilnærmet *stillstand isolert sett og relativ tilbakegang* i forhold til landsgjennomsnittet i andel *brukertilpassete enheter* i sykehjem, plasser i *skjermet enhet for demente, korttidsplasser* og *rehabiliteringsplasser,* er det som kjennetegner utviklingen i sykehjem i Oslo i de seinere åra. Det på tross av et betydelig nasjonalt fokus på dette de 10-15 siste åra. Oslo har ikke tatt del i den generelle utviklingen, men har sakket akterut i forhold til moderniseringen på landsbasis.

En har ikke fulgt opp sykehjemmene med fysisk rehabilitering, ombygging og endret innretning i bruken av plassene slik en har gjort på landsbasis. En har f. eks ikke bygd ut særlig flere skjermete enheter for demente på tross av høyt innslag av demente i sykehjemmene. At det er slik, bekrefter Oslo kommune idet en i sin *Sykehjemsbehovsplan* konstaterer at det er omfattende behov for slik innsats. Den gjelder *halvparten* av byens sykehjemsplasser.

Av de kvantifiserbare kvalitative egenskapene ved institusjonene som vi har tatt opp her, er lege- og fysioterapitjenesten i institusjon de eneste hvor Oslo har utviklet seg positivt de siste 6-7 åra sammenliknet med gjennomsnittet for landet.

2. De heimebaserte tjenestene

I Oslo reduseres antall brukere av heimebaserte tjenester fra 2001 til 2009, og betydelig mer enn hva som kan følge av færre eldre i befolkningen, slik at det blir relativt sett færre eldre med hjemmebaserte tjenester.

På landsbasis har de heimebaserte tjenestene radikalt skiftet karakter med en fordobling av antall og andel brukere av *hjemmesykepleie* og tilsvarende reduksjon i brukere av *bare hjemmehjelp*. Oslo har i noen grad har fulgt de nasjonale utviklingstrekkene. Men bevegelsen har vært for svak i hovedstaden, slik at modernisering bare delvis har funnet sted. Siden 2006 har det imidlertid i Oslo blitt en relativt litt større andel eldre med bare hjemmehjelp, mens det på landsbasis var en reduksjon. Utviklingen i Oslo synes mao å peke i motsatt retning.

På landsbasis har en i stadig større grad konsentrert seg om de mest ressurskrevende eldre brukerne. De får samtidig en langt mer omfattende hjelp enn tidligere. Om det har blitt færre eldre brukere i Oslo, får disse likevel i gjennomsnitt ikke mer hjelp. Innsatsen pr bruker 67 år+ i Oslo i 2009 var 30 pst under landsgjennomsnittet og omtrent på samme nivå som på landsbasis i 1995. De heimebaserte tjenestene i Oslo har lenge stått svakt uten at det har blitt endret på.

Eldre i Oslo med omfattende bistandsbehov, får hjelp i et omfang 30 pst under landsgjennomsnittet. Det siste kan tyde på at knappheten er størst der behovet er størst. Innretningen av de heimebaserte tjenestene synes å være slik at en ikke i tilstrekkelig grad evner å differensiere hjelpa i overensstemmelse med behovene. Det vil måtte kunne medføre tidligere innleggelser i sykehjem.

Vår hypotese er nå - som for 4 år siden - at Oslos innretning av de heimebaserte tjenestene, særlig med relativt lavere innsats for dem med størst behov, fører til press på sykehjemsplassene. Dette fordi Oslo har manglende intensitet i sine heimebaserte tjenester i forhold til dem med potensielt behov for sykehjem. Vår hypotese er videre - nå som tidligere - at mangelfulle alternative tjenester og stor mangel på omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg i sin tur også medfører til forlenget oppholdstid i sykehjem.

3. De kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål

Mens landet har bygd opp tilbudet av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål *for eldre* de seinere åra, har Oslo bygd det *ned*. Her har Oslo lenge skilt seg fra gjennomsnittet for landet, og i 2010 mer enn tidligere. Oslo befinner seg i betydelig særklasse. Og Oslo har særlig få omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg.

'Sykehjemskonservatismen' i Oslo har antakelig medført mangelfull utbygging av omsorgsboliger generelt og særlig slike med heldøgns pleie og omsorg. Det har bidratt til å utvide det hullet i omsorgstrappa som skyldes mangelfulle heimebaserte tjenester.

Hvis Oslo skulle ha hatt en dekning i omsorgsboliger med heldøgns bemanning på linje med landsgjennomsnittet, ville det ha vært omlag 1.000 slike i Oslo i 2010, mot maksimum omlag 300 enheter, dvs 1/3-del av et tilbud på nivå med landsgjennomsnittet.

4. Årsverksbruken i pleie og omsorg

Med unntak av vekst i lege- og fysioterapiårsverk i institusjon, har årsverksinnsatsen i Oslos pleie- og omsorgstjenester stått på stedet hvil i de seks årene 2003-2009. Stillestans og fravær av vekst kjennetegner en periode der årsverkene i sektoren på landsbasis økte betydelig (med 13 pst).

Dekningsgraden i *årsverk i alt* i pleie- og omsorg pr innbygger 80 år+ i Oslo var 16 pst under landsgjennomsnittet både i 1998 og i 2002 og *20 pst* under i 2009. Oslo har hatt en jevn og *langvarig lav ressursbruk* i sine pleie- og omsorgstjenester.

Oslo manglet i 2009 omlag 2.000 årsverk for å ha samme samlete dekningsgrad i pleie og omsorg *i alt* som på landsbasis i forhold til befolkningen 80 år+. Det ville ha

beløpt seg til ca 1.5 milliarder kr i 2009 – med driftskostnader som i Oslo - å dekke inn denne differensen. Det kan være en illustrerende størrelse for hvor ressursinnsatsen i Oslo her befinner seg i forhold til landsgjennomsnittet.

Dekningsgraden i *årsverk i institusjon* pr innbygger 80 år+ lå i Oslo i 2009 *8 pst under* landsgjennomsnittet. Det har vesentlig sammenheng med at bemanningsfaktoren i institusjon i Oslo, som lå 20 pst under landsgjennomsnittet. I de *heimebaserte tjenestene* var den tilsvarende dekningsgrad *34 pst* under landsgjennomsnittet, noe som særlig skyldes lav timeinnsats pr bruker. Innsatsen er både svak i årsverk og i fordeling mellom institusjoner og heimebaserte tjenester i hovedstaden. I forhold til befolkningen 80 år+ nyttet en i Oslo i 2009 4,2 ganger så mange årsverk i institusjon som i heimebaserte tjenester, mens det samme forholdstallet på landsbasis var 2,9.

Oslo har de 10 siste åra kontinuerlig hatt en innsats i pleie- og omsorgsektoren vesentlig under landsgjennomsnittet. Vi må derfor opprettholde konklusjonen fra fire år tilbake: *"Ikke bare kommer hovedstaden svakt ut i dag. Oslo har kommet svakt ut hele veien. Mens landet og de to andre store byene har fått til en betydelig vekst i disse nasjonale satsingsåra, synes tida å ha stått stille i Oslo. En befinner seg fortsatt der en var for lenge siden".*

Til slutt vil vi oppsummerende peke på noen sentrale svakheter i Oslos eldreomsorg. Vi viser samtidig til den *helhetlige overordnete* oppsummeringen i del III nedenfor.

5. Sentrale svakheter ved Oslos eldromsorg

- Sykehjem. I Oslo er det vesentlige svakheter knyttet til lav fysisk standard i sykehjem og for få spesialiserte enheter her (plasser i skjermet enhet, korttids- og rehabiliteringsplasser) samt lav bemanningsfaktor.

- Heimebaserte tjenester. Lav samlet ressursinnsats, lite omfang pr bruker og en vesentlig annerledes profil i de heimebaserte tjenestene, gjør at Oslo skiller seg betydelig fra landsgjennomsnittet med tjenester som antakelig i liten grad kan understøtte alternativ til sykehjem. Dimensjonering og innretning av de heimebaserte tjenestene er hovedstadens hovedsvakhet.

- Kommunale omsorgsboliger. Få omsorgsboliger og særlig slike med heldøgns pleie og omsorg, gjør at Oslo står i en svært svak posisjon sammenliknet med situasjonen på landsbasis. Det at en befinner seg svært langt unna den utbygging som har skjedd i landet forøvrig, er den andre hovedsvakheten ved Oslos eldreomsorg.

- Årsverksinnsats. Lav innsats i enkelttjenestene summerer seg opp i svak årsverksinnsats i pleie- og omsorgstjenestene samlet i Oslo, som jevnt over ligger omlag *20 pst under* landsgjennomsnittet.

På grunnlag av registreringsstatistikk i Statistisk sentralbyrå, basert på felles rapporteringsrutiner for alle kommuner, dokumenterer vi at Oslo synes å være underlagt et nokså kronisk avhold i forhold til å endre innretningen av tjenestetilbudet i eldreomsorgen, idet en hittil i liten grad har bygget ut en omsorgstrapp i tråd med hovedutviklingen på landsbasis. Det er således ingenlunde radikale grep som bør etterlyses. Men i vår vurdering synes omsorgskonservatismen i Oslo så sterk at en ikke makter å forholde seg til ellers moderat main-stream utvikling på landsbasis.

Avslutningsvis gir vi en enkel overordnet oversikt over utvikling og status i hovedelementer i Oslos pleie og omsorgstjenester etter 2001.

III. Overordnet oversikt over utvikling og status i hovedelementer i Oslos pleie og omsorgstjenester etter 2001. Sammenfatning av hovedresultater i rapporten.

Denne presentasjonen gir en enkel oversikt over hovedelementene i Oslos pleie og omsorg, redusert til to dimensjoner: *endringer* i de ulike tilbudene etter 2001 samt *relativ posisjon i forhold til landsgjennomsnittet* (Riket) i 2009/2010. Sjølve de empiriske resultatene er presentert i tre tabeller som følger til slutt umiddelbart etter den verbale sammenfatning av resultatene fra denne rapportens del I.

A. Hovedtjenester i Oslos pleie- og omsorg. Endring 2001- 2009/2010.

Etter 2001 har det i Oslo funnet sted en reduksjon i antall enheter i sykehjem/institusjon, eldre brukere av heimebaserte tjenester samt i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre i nokså *betydelig omfang* (innenfor intervallet ca 10-25 pst). Etter 2003 har det bare blitt vel 100 flere årsverk i pleie- og omsorg i alt i Oslo, en økning på 1 pst, jfr tabell A. Det er *tilbakegang og stillstand* som preger hovedbildet.

B. *Årsverk i pleie og omsorg i Oslo i 2009*. Dekningsgrad i årsverk i pleie og omsorg, årsverk pr bruker samt ulike mål for driftskostnader i Oslo. Relativ plassering i forhold til hele landet (Riket) i 2009

Etter ulike mål for årsverksbruk i 2009 er statusen i forhold til situasjonen på landsbasis at Oslo har en årsverksbruk som ligger *betydelig under* landsgjennomsnittet, oftest i intervallet ca 15-30 pst. Det gjelder f. eks dekningsgrad i *årsverk i alt* i forhold til eldre 80 år+, *årsverk pr plass i institusjon* og *pr bruker i heimebaserte tjenester*, jfr tabell B.

C. Oversikt over *endringer i hovedelementer i Oslos pleie og omsorgstjenester 2001-2010* og enkelttilbudenes *relative* plassering i forhold til hele landet (Riket) i 2009/2010.

- Tjenester som er bygget ned eller har stått på stedet hvil etter relative mål

Tilgjengeligheten til de *heimbaserte tjenestene* er bygget ned i Oslo etter 2001. Dekningsgraden i *institusjon* har vært uendret, men ligger vesentlig over landsgjennomsnittet i 2010.

Andelen *brukertilpassede enerom, skjermete enheter* og *korttids-* og *rehabiliteringsplasser* har bare økt ubetydelig. Andelen slike i Oslo i 2010 var betydelig under landsgjennomsnittet og andelen brukertilpassede rom lå vesentlig under.

Andelen med *bare hjemmehjelp* har økt etter 2006 og lå i 2009 70 pst over landsgjennomsnittet. Det er en utvikling som avviker betydelig fra landsbasis.

Dekningsgraden i *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål* har vært uendret, men ligger sterkt under landsgjennomsnittet.

Dekningsgraden i *institusjon + heldøgns bolig* har gått svakt opp om vi regner alle boliger *Omsorg+* inn. Hvis vi ikke regner disse inn, har det vært stillstand, men likevel på landsgjennomsnittet.

Dekningsgrad i *årsverk i alt* pr innbygger 80 år har gått noe opp, men befant seg i 2009 likevel 20 pst under landsgjennomsnittet.

- Tjenester som er bygget opp

Andelen *enerom* i institusjon har økt betydelig i Oslo etter 2001, men ikke mer enn på landsbasis, dvs Oslos andel var lik denne i 2010.

Lege- og fysioterapitjenester i institusjon har hatt en svært sterk vekst i Oslo etter 2003, og dekningen lå vesentlig over nivået på landsbasis i 2010, særlig fysioterapien. Dette er et sentralt løft for å øke sikring og kvalitet av de medisinske tjenestene i sykehjem.

Konklusjon: de aller fleste sentrale tjenesteelementene har jevnt over vært uendret i Oslo etter 2001 og noen få har hatt reduksjon. Det er også få elementer som utviser økning av betydning. De sistnevnte er samtidig perifere i omfang. Tida har jevnt over stått stille i Oslos eldreomsorg de 8-9 siste åra.

Tabellvedlegg til del III:

Overordnet oversikt over utvikling og status i hovedelementer i Oslos pleie og omsorgstjenester etter 2001. Sammenfatning av hovedresultater i rapporten

Tabell A. ***Hovedtjenester i Oslos pleie- og omsorg.*** **Endring 2001- 2009/2010. Absolutte tall og prosent**

Hovedtjenester i Oslos pleie og omsorg - endring i absolutte tall	**Endring**		
	Periode	Antall enheter	Prosent
- Plasser i sykehjem	2001-2010	**- 400**	**- 11**
- Plasser i institusjon	2001-2010	**- 580**	**- 8**
- Brukere heimebaserte tjenester. 67-79 år	2001-2009	**- 1.187**	**- 24**
- Brukere heimebaserte tjenester. 80 år+	2001-2009	**- 1.331**	**- 15**
- Brukere heimeb. Tjenester 67 år+ i alt	2001-2009	**- 2.518**	**- 18**
- Kommunale boliger 67 år+	2007-2010	**- 46**	**- 4**
- Årsverk i pleie og omsorg i alt	2003-2009	**+ 112**	**+ 1,1**

Tabell B. ***Årsverk i pleie og omsorg i Oslo i 2009.*** **Dekningsgrad i årsverk i pleie og omsorg, årsverk pr bruker samt ulike mål for driftskostnader i Oslo. Relativ plassering i forhold til hele landet (Riket) i 2009. Prosent**

Dekningsgrad i årsverk til eldre 67 år+ i pleie- og omsorgstjenestene pr 1000 innb 80 år+ i Oslo i 2009	**Relativt til Riket i 2009 - prosent**
- Dekningsgrad – årsverk i alt til 67 år+ pr 1000 innb 80 år+	**- 16**
- Dekningsgrad - årsverk i institusjon pr 1000 80 år+	**- 8**
- Dekningsgrad – årsverk i heimebaserte tjenester pr 1000 80 år+	**- 34**
Årsverk pr bruker og plass samt ulike mål for brutto driftskostnader	
- Årsverk pr plass i institusjon (bemanning), alle plasser	**- 20**
- Årsverk pr bruker 67 år+ i heimebaserte tjenester	**- 30**
- Brutto driftskostnader pr alle årsverk i plo i tusen	**+ 26**
- Bruto driftskostnader pr årsverk i institusjon	**+ 28**
- Brutto driftskostnader pr årsverk i heimebaserte tjenester	**+ 22**
- Brutto driftskostnader pr plass i institusjon	**+ 3**
Dekningsgrad i brutto driftskostnader i pleie og omsorg til brukere 67 år+ pr innbygger 80 år+	
- Brutto driftkostnader til institusjon	**+ 18**
- Brutto driftskostnader heimebaserte tjenester	**- 20**
Sum brutto driftskostnader i alt	**+ 7**

Tabell C. Oversikt over *endringer i hovedelementer i Oslos pleie og omsorgstjenester 2001-2010* og enkelttilbudenes *relative* plassering i forhold til hele landet (Riket) i 2009/2010. Prosentpoeng og prosent.

	Endring		Relativ til Riket	
Tjenester som er bygget ned etter relative mål	**Periode**	**Pst-poeng**	**År**	**Prosent**
- Bruksrate heimebaserte tj. 67-79 år	2001-2009	**- 3,6**	2009	**+ 2**
- Bruksrate heimebaserte tj. 80 år+	2001-2009	**- 4**	2009	**- 6**
Tjenester som har stått på stedet hvil etter relative mål				
- Dekningsgrad i sykehjem	2002-2010	**+ 0,3**	2010	**+ 17**
- Brukertilpassete enerom	2001-2010	**+ 2,0**	2010	**- 34**
- Skjermete enheter, demente	2004-2010	**+ 0,6**	2010	**- 15**
- Korttidsopphold	2004-2010	**+ 2,1**	2010	**- 11**
- Rehabilitering/habilitering	2004-2010	**- 0,9**	2010	**- 57**
- Andel bare hjemmehjelp 67 år+	2006-2009	**+4**		**+ 70**
- Andel med begge tjene. 67 år+	2006-2009	**+ 3**		**-10**
- Dekningsgrad i kom. boliger	2007-2010	**- 0,1**	2010	**- 63**
- Dekningsgrad i inst.+ heldøgns bolig	2006-2010	**+ 1,4**	2010	**-1**
- Dekningsgrad i årsverk i alt i pleie og omsorg pr 100 innb. 80 år+	2003-2009	**+ 7**	2009	**- 20**
Tjenester som er bygget opp etter relative mål				
- Plasser i enerom	2001-2010	**+14**	2010	**- 1**
		Årsverk		
- Legetjeneste i institusjon	2003-2010	**7,9**	2010	**+27**
- Fysioterapi i institusjon	2003-2010	**3,5**	2010	**+ 74**

1 Innledning

1.1 Om tidligere og nåværende utredning – ajourføring av utvikling og status i Oslos eldreomsorg

1.1.1 Om forrige utredning og rapport

Denne og forrige utredningen[2] er utført på oppdrag av Pensjonistforening Oslo. Bakgrunnen for utredningen har vært foreningens observasjon av at tjenestene i eldreomsorgen i Oslo har blitt svekket i de seinere åra. En har særlig reist spørsmål om hvorvidt sykehjemstilbudet i hovedstaden er tilstrekkelig.

I forrige rapport gjorde vi rede for status i pleie- og omsorgstjenestene til eldre og hvordan utviklingen har vært de seinere årene i Oslo. Analysene ble gjennomført som sammenliknende, idet vi jevnførte med Bergen og Trondheim samt at vi sammenliknet med tilsvarende situasjonen på landsbasis.

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

I forrige rapport la vi opp til en utredning der vi siktet mot både å fange opp *de vesentlige delene* og *helheten* i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Den omfattet derfor både institusjonene, de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål og de heimebaserte tjenestene enkeltvis. Sykehjemmene fikk en vesentlig plass i kraft av sin sentrale posisjon i Oslo, både i omfang og betydning.

Videre var vi opptatt av særskilte strategiske aspekter ved tjenestene. Her hadde f. eks innretningen og profil i de heimebaserte en viktig plass fordi dette ofte er nøkkelstørrelser. Og vi undersøkte i hvor stor grad det ble ytt heldøgns pleie og omsorg i de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål.

Men enda mer var vi opptatt av forholdet mellom tjenestene og hvordan de var dimensjonert i forhold til hverandre og hvordan institusjoner, boliger, tjenester og tiltak var innrettet for å kunne fungere som alternativer og samvirke som fleksibel omsorgstrapp. Spesielt er vi rettet mot de heimebaserte tjenestenes evne til å muliggjøre hyppige utskrivinger og høy sirkulasjon i sykehjemmenes korttidssenger. Dette

[2] Hoverapporten her var 'Der tida står stille'. Utvikling og status i Oslos eldreomsorg: En sammenliknende analyse samt to notater: Brevik I. (2007a): *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk*, NIBR-notat 2007:102, Oslo 2007 og Brevik I. (2007b): *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003*. NIBR-notat 2007:111, Oslo 2007.

på bakgrunn av det noe ensidige og ofte misforståtte fokuset på dekningsgrader i sykehjem og tilsvarende manglende forståelse for helheten.

God drift av sykehjem er ofte i stor grad avhengig av innretningen av de av de øvrige leddene i omsorgskjeden der hensynet til sykehjemmenes funksjon er integrert i forståelsen. Vi har mao omsorgskjedens fleksibilitet og helhet for øye.

1.1.2 Om mandatet for denne rapporten – hovedtrekk i utviklingen av Oslos eldreomsorg 2007-2009

Utdypet fokus på innretningen av omsorgstjenestene i hovedstaden med vekt på tilgjengelighet til sykehjem

a. Om innretning av tjenestene

Oppbyggingen, framstillingen og analysene i den forrige rapporten var som nevnt rettet inn mot å belyse egenskaper ved og sammenhenger mellom de tre hovedleddene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: institusjonene, de kommunale boligene og de heimebaserte tjenestene.

I vår analyse den gangen (Brevik 2007d, kap 8.8 i rapporten) pekte vi på at Oslo synes å legge til grunn en policy for bruken av heimebaserte tjenester og boliger som til dels synes å være forskjellig fra den i majoriteten av norske kommuner. De heimebaserte tjenestene syntes innrettet slik at de ikke i tilstrekkelig grad kan utsette eller unngå innleggelse i sykehjem og bidrar ikke på en god måte til den nasjonale målsettingen om at enhver skal gis anledning til å bo hjemme så lenge som mulig. Til det kom at de heimebaserte tjenestene i Oslo var bygget ned og det var blitt vesentlig *færre* brukere, noe som har ført til *lavere* tilgjengelighet (bruksrater). Oslo syntes langt på vei å mangle sammenheng i sine pleie- og omsorgstjenester.

Og vi pekte på at ved en mer omfattende og bredere profilert bruk av de alternative tjenestene, ville en sannsynligvis kunnet ha *utsatt* tidspunktet for institusjonalisering for mange eldre og dermed skåret ned på oppholdstida der og slik bidratt til økt sykehjemskapasitet.

I omforent forståelse med Pensjonistforbund Oslo vil vi i analysene av utviklingen i årene etter 2006 legge vekt på å dokumentere eventuelt endret innretning av pleie- og omsorgstjenestene med særlig vekt på fordeling av ressursbruk mellom institusjon og åpen omsorg, dvs i endret bruk av heimebaserte tjenester og kommunale boliger.

b. Om det konkrete innholdet i analysene av utviklingen 2007-2009

Pensjonistforbund Oslo har i samråd med NIBR lagt opp til at analysene vil omfatte følgende hovedtrekk:

1. Eldreinstitusjoner

a Antall plasser i eldreinstitusjoner og sykehjem

b Dekningsgrad i sykehjem

c Antall plasser i boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie og omsorg

d Ulike kvantifiserte kvalitative kjennetegn ved sykehjem

- Andel *enerom* i eldreinstitusjoner

- Andel ***brukertilpassete enerom med eget bad/WC i institusjon***
- Andel plasser i institusjon i ***skjermet enhet for aldersdemte***
- ***Legeårsverk*** pr plass i institusjon
- Andel ***kortidsplasser*** i institusjon

2. Heimebaserte tjenester

- - utvikling i antall eldre brukere
- - utvikling i tilgjengelighet målt ved aldersspesifikke bruksrater
- - intensitet i heimebaserte tjenester – ant. timer pr bruker pr uke på ulike nivåer for hjelpebehov

3. Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

- - utviking i antall boliger
- - antall boliger med heldøgns pleie og omsorg
- - dekningsgrad i slike boliger i forhold til den eldre befolkningen

4. Samlet innsats målt i årsverk

- - utvikling i samlet ressursbruk målt ved årsverk samlet og til eldre 67 år+ (IPLOS-data)
- - fordeling av ressursbruk mellom institusjon og åpen omsorg
- - årsverk til eldre i alt og i heimebaserte tjenester pr innb 80 år+

c. Om tilgjengelighet til sykehjem

Vi har lagt til grunn at NIBR ved analysen av utviklingen i årene etter 2006 legger vekt på å dokumentere eventuelt endret innretning av pleie- og omsorgstjenestene med særlig vekt på fordeling av ressursbruk mellom institusjon og åpen omsorg, dvs i endret bruk av heimebaserte tjenester og kommunale boliger. Vi vil særskilt ta for oss resultater av analyser av tilgjengeligheten til sykehjem ut fra gjennomstrømningen i Oslos korttidsplasser slik dette allerede er analysert (Otterstad og Tønseth 2009). Vi vil i vår analyse dreie fokuset på det *statiske* og misvisende målet som antall sykehjemsplasser pr eldre 80 år + utgjør. I stedet vil vi rette oppmerksomheten mot et *dynamisk* og reelt mål, dvs faktisk tilgjengelighet, det vil si det antall plasser som til enhver tid (eller i løpet av året) faktisk er tilgjengelig for eldrebefolkningen. Dette vil vi både drøfte og analysere. Samtidig vil vi foreta en separat analyse av behovet for sykehjem i Oslo. Den utgjør del II i denne rapporten.

1.1.3 Undersøkelse av behovet for sykehjemsplasser i Oslo

Fordi behov for sykehjemsplasser ikke er et entydig begrep, vil vi i denne sammenhengen arbeide fram et grunnlag for å vurdere behovssituasjonen ved hjelp av IPLOS-data som inneholder anonymiserte individdata om livssituasjon og funksjonstap om alle som mottar pleie og omsorgstjenester fra kommunen.

Analysen vil ta utgangspunkt i de 810 hjemmeboende personene i Oslo i 2010 som i følge IPLOS-registreringene har "omfattende bistandsbehov". Situasjonen til dette utvalget på 810 personen vil bli beskrevet gjennom følgende hovedanalyser:

- utvalget beskrives og sammenlignes med personer som bor med langtidsopphold i sykehjem
- utvalget deles inn i 3 grupper etter grad av funksjonstap på kognitive funksjoner. De 3 gruppene beskrives og sammenlignes.
- utvalget deles videre inn i 3 grupper: de som bor alene, de som bor sammen med noen og de som bor i kommunale boliger med tilknyttet personell. De 3 gruppene beskrives og sammenlignes.
- utvalget deles inn i 2 grupper: de som har søkt og de som ikke har søkt om sykehjemsplass. Gruppene beskrives og sammenlignes.
- personer som (innen en bestemt periode) er innvilget sykehjemsplass beskrives og sammenlignes med utvalget.

Analysene vil i denne omgangen være på kommunenivå (og ikke bydelsnivå).

1.1.4 Om valg av tidshorisont, sammenlikningsområder og datagrunnlag

NIBR foreslo at vi i denne videreføringen av analysen av utvikling i Oslos eldreomsorg for i perioden 1998-2006, holder oss til årene 2007-2009[3]. Analysene blir også denne gangen gjennomført som sammenliknende, hvor vi jevnfører med Bergen og Trondheim samt at vi sammenlikner med situasjonen på landsbasis.

Vi foreslår at vi som innledning til hvert hovedpunkt legges sammendraget i NIBR-rapport 2007:115 til grunn. I tabeller og figurframstillinger nyttes bare *tidligere data* for årene 2001 (1998) og 2006. For øvrig data henviser vi til NIBR-rapport 2007:15.

Rapporten er basert på kvantitative data. De statistiske opplysningene er i hovedsak fra Pleie- og omsorgsstatistikk basert på Kostra og IPLOS - individbasert pleie- og omsorgsstatistikk i *SSB* - og våre egne analyser av disse.

Kostra er kvalitetssikret registerstatistikk fra SSB basert på et enhetlig rapporteringssystem for alle kommuner. Denne statistikken gjør det bl. a. mulig å gjennomføre analyser over utviklingen i den enkelte kommune samt å sammenlikne kommuner. Og det er hva vi gjør i denne rapporten. Alle data fom 2007 er hentet fra SSB ulike statistikkområder.

1.2 Noen resultater fra analysen av utviklingen i Oslo i årene1998-2006

Rapporten inneholdt i hovedsak en faktabeskrivelse av hovedtrekkene i utvikling og status av hovedtjenestene i eldreomsorgen, dvs institusjonsomsorgen, de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål samt de heimebaserte tjenestene i Oslo sammenliknet med landet, Bergen og Trondheim.

[3] Data for 2010 i KOSTRA vil foreligge ca 15. mars 2011, som foreløpige tall og stort sett som endelige den 14..6. 2011. Vi kan da velge å nytte de foreløpige tallene for 2010 eller nytte data fra 2009. Vi har valgt det siste da dette prosjektet i hovedsak skal ferdigstilles i juni 2011.

Sykehjem

Vi fant bl. a. at *dekningsgraden i sykehjem* i Oslo var blitt redusert de 10 siste åra uten at det var kompensert ved alternative tjenestetilbud. Tilgjengeligheten i *heldøgnsomsorgen* (institusjoner + boliger med heldøgns pleie og omsorg) i 2006 var imidlertid *litt under* nivået på landsbasis.

Sum antall *utskrivinger pr alle sykehjemssenger* i Oslo i 2005 var 25 pst lavere enn i gjennomsnittet for landet og vel 40 pst lavere enn i de 3 fylkene med høyest antall utskrivninger. Oslo måtte mao den gangen ha hatt ca 1200 (25 pst) flere plasser (med dagens sirkulasjon) for å kunne gi sin befolkning samme *tilgang* på sykehjemsplass som gjennomsnittet for landet, gitt at dekningsgraden var den samme. Den *faktiske* tilgangen på sykehjemsplasser i Oslo var blant de lavere i landet.

Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

Særskilt i Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre var det lave innslaget av *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål* og særlig at det er så få tilbud om *heldøgns pleie og omsorg* i slike boliger.

Dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre i Oslo var i 2006 under halvparten av gjennomsnittet for hele landet.

På landsbasis det året var 26 pst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til *personer 67 år*+ bebodd av personer med *heldøgnspleie og omsorg* mot 2,3 pst i Oslo, eller 58 boliger.

De heimebaserte tjenestene

Den svake utbyggingen av *de heimebaserte tjenestene* var imidlertid det mest markante særtrekket. Her plasserte Oslo seg under riksnivået både i forhold til hyppighet, fleksibilitet, intensitet og samlet omfang.

Samlet antall brukere i Oslo ble *redusert med 10 pst* i årene 1998-2006, mens antallet brukere på landsbasis økte med 12 pst i samme tidsrom. Reduksjonen i absolutt antall brukere i Oslo var imidlertid så vidt stor at bruksraten for eldre 67 år+ gikk ned fra 21 brukere pr 100 i 1998 til 19 brukere pr 100 pers 67 år+ i 2006. Og andelen brukere 80 år+ i Oslo ble redusert fra 39 til 34 pr 100 personer 80 år+ i samme periode.

Årsverksinnsatsen i pleie- og omsorg i Oslo

I åra 2002-2006 var den samlete innsatsen i Oslos pleie- og omsorgstjenester målt i årsverk vært noenlunde konstant med i overkant av 10.000 årsverk. Det var ingen vekst. På landsbasis vokste imidlertid pleie- og omsorgstjenestene med 10 pst i samme periode.

Samlet innsats i hovedstadens pleie- og omsorgstjenester utgjorde i 2006 tre fjerdedeler av riksnivået målt i forhold til befolkningen 80 år+. Mens den samla innsatsen i Oslo målt som årsverk i forhold til befolkningen 80 år+, utgjorde 83 pst av landsgjennomsnittet i 2002, var denne andelen redusert til *76 pst* i 2006, eller f. eks 66 pst av tilsvarende innsats i Bergen samme år.

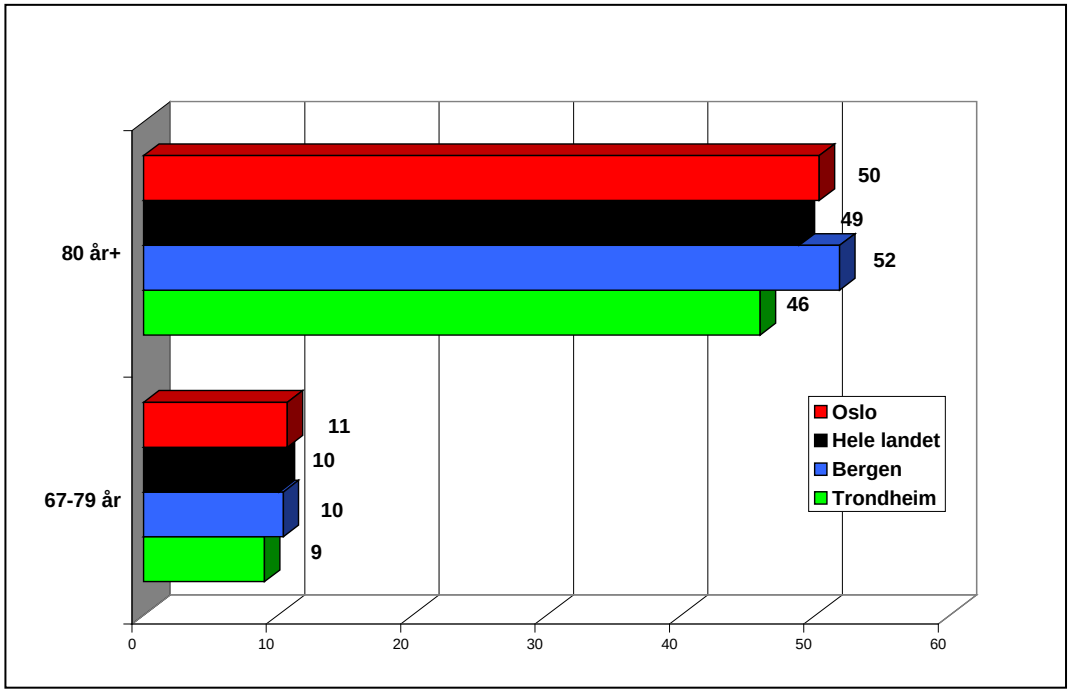
Denne generelt svake satsinga gjenspeilte seg særlig ved at årsverkene i de *heimebaserte tjenestene* pr innb 80 år+ bare utgjorde ca 60 pst av landsgjennomsnittet og halvparten av tilsvarende innsats i Trondheim og Bergen i 2006. Oslo skilte seg mao radikalt ut ved svak satsing på heimebaserte tjenester.

Rapporten dokumenterte at alle trinn i omsorgstjenestenes hovedtrapp for eldre i Oslo hadde lavere tilgjengelighet enn gjennomsnittet for landet samtidig som denne tilgjengeligheten var blitt redusert i alle ledd i de seinere åra. Det gjaldt både heldøgnstilbudet, tilbudet i kommunale boliger samt i de heimebaserte tjenestene til eldre.

1.3 Andel av den eldre befolkingen inkludert i et kommunalt pleie- og omsorgsregime

Vi gjør her rede for hvor stor andel eldre i institusjoner og med heimebaserte tjenester utgjør i forhold til befolkningen 67-79 år og 80 år+.

Figur 1.1 *Andel med heimebaserte tjenester eller med plass i institusjon i prosent av alle. 67-79 år og 80 år+. 2009. Oslo, hele landet, Bergen og Trondheim.*



Kilde: IPLOS, SSB 2010. Beregninger ved NIBR 2011

I 2009 var det på landsbasis slik at andelen av befolkningen 80 år+ som var omfattet av det kommunale omsorgsregimet ved enten å ha plass i eldreinstitusjon (sykehjem-/aldershjem) eller være brukere av heimebaserte tjenester (mottok praktisk bistand (hjemmehjelp) og/eller hjemmesykepleie) utgjorde 49 pst. I Oslo var denne andelen 50 pst og i Bergen 52 pst. Andelene er omtrent de samme. Mellom ulike kommuner i

landet varierer imidlertid denne andelen svært mye[4]. Det er imidlertid ikke tema i denne analysen.

Andelen av befolkningen 67-79 år med pleie- og omsorgstjenester utgjorde 11 pst av denne befolkningen, mot 10 pst på landsbasis. Også for yngre eldre plasserer Oslo og de to andre store byene seg rundt landsgjennomsnittet, jfr figur 1.1.

1.4 Andel med *omfattende bistandsbehov* av brukere av heimebaserte tjenester og i institusjon

Situasjonen i 2003

Vår tidligere analyse av gjennomsnittlig pleietyngde blant eldre med pleie- og omsorgstjenester i Oslo i 2003 viste at omfanget av funksjonstap og hjelpebehov *i institusjon* og i *kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål* var det samme i Oslo som i resten av landet. Eldre brukere *i ordinær privat bolig* i Oslo hadde imidlertid jevnt over noe mindre grad av funksjonstap og hjelpebehov (Brevik 2007c, s 14). Det var likevel i utgangspunktet ikke forskjeller på 'etterspørselssida' i betydningen helseproblemer som tilsa at tilførselen av kommunale tjenester omfangsmessig burde være forskjellig i Oslo sammenliknet med landet forøvrig.

Men her minner vi imidlertid om at disse data gjelder dem som er etablert med et tilbud. Det pleietyngde blant disse vi måler her. Hvordan dette fordeler seg i forhold til de 'potensielle behovene', dvs inkludert dem som ikke har noe tilbud, sier dette ikke noe om. De som hadde fått et kommunalt tilbud, var imidlertid behovmessig nokså likt sammensatt. Hvis de samlete behovene i befolkningen også er stort sett de samme, kan dette tyde på at det i 2003 var rimelig likhet mellom de 3 største byene og hele landet når det gjaldt dem som var kommet med i det kommunale pleie- og omsorgsregimet.

Institusjonsbeboere 2009

For personer i institusjon i 2009 gjentar det samme mønsteret seg. Det er den samme andelen med omfattende bistandsbehov i Oslo som i resten av landet, dvs 70 pst, jfr figur 1.2. Og om vi legger til dem med middels til store bistandsbehov er bildet preget av stor likhet både i Oslo og Trondheim, dvs som i hele landet. I Bergen er det imidlertid betydelig færre med omfattende bistandsbehov blant institusjonsbeboerne. Vi har ikke analysert dette nærmere, men viser til figur 8 der det går fram at det i Bergen også er færre med omfattende bistandsbehov blant brukere av heimebaserte tjenester 80 år+

[4] En analyse av Kostra for året 2006 som vi har foretatt i annen sammenheng, viste at i 46 pst av kommunene var mer enn halvparten av personer 80 år+ underlagt det offentlige omsorgsregimet (og i 11 pst av kommunene gjaldt dette 70 pst eller mer av befolkningen 80 år+), mens det samme var tilfellet for under 40 pst i 13 pst av kommunene. I følge Kostra var det i 2006 omlag dobbelt så mange 80 år+ med kommunale pleie- og omsorgstjenester pr innb 80 år+ i den fjerdedelen av kommunene med flest brukere av offentlige tjenester 80 år+ som i den fjerdedelen av kommuner med færrest brukere.

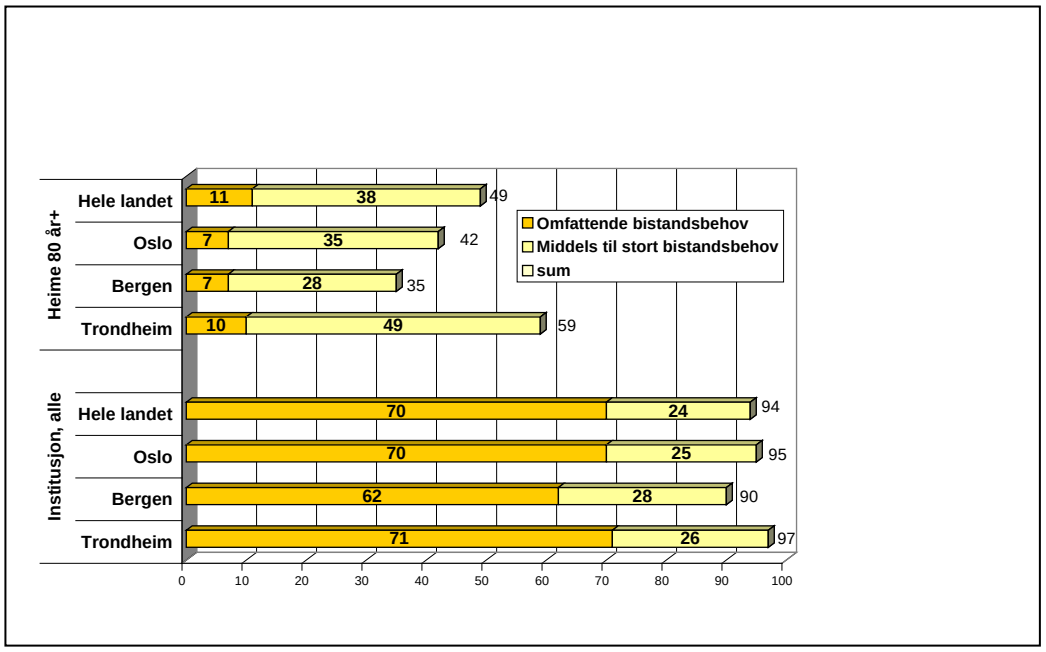
Brukere av heimebaserte tjenester 80 år+ 2009

Blant brukere av heimebaserte tjenester 80 år+ synes også bildet fra 2003 å gjenta seg. Oslo har færre med omfattende og middels bistandsbehov i de heimebaserte enn hva tilfellet er på landsbasis. Mens dette gjeldt 49 pst på landsbasis, var det 42 pst av brukeren 80 år + med så vidt omfattende bistandsbehov i Oslo. I Bergen er andelen som alt nevnt vesentlig lavere.

Situasjonen i Oslo synes stabil over tid. Det tyder igjen på at innretningen av tjenestene ligger fast, som igjen synes å vise tilbake til et konservativt omsorgsregime som ikke synes å ta inn over seg de nye trendene i innretningen av de heimebaserte tjenesten, i motsetning til f. eks Trondheim.

I Trondheim var således andelen med omfattende og middels til store bistandsbehov vesentlig større og omfatter hele 59 pst av brukerne av heimebaserte tjenester 80 år+ i 2009. Det må ha en viss sammenheng med at en i Trondheim arbeider målbevisst med intensiv bruk av heimebaserte tjenester til eldre, jfr figur 1,2, noe som er dokumentert (Døhl/Mandag Morgen 11.4. 2011).

Figur 1.2 *Andel med omfattende eller middels til store bistandsbehov. Eldre 80 år+ i heimebaserte tjenester og alle brukere i institusjon (langtids- og korttidsopphold) Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2009.*



Kilde :IPLOS, Statistikkbanken, SSB 2010 (pensjonist8)

Når det gjelder institusjon, er alle tatt med, seinere vil vi skille ut de yngre - fordrer nykjøring hos Abramhamsen, SSb

1.5 Fordeling av brukere med omfattende bistandsbehov etter type oppholdssted

1.5.1 Fokus på innretningen av omsorgstjenestene i hovedstaden

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

I forrige analyse av Oslos eldreomsorg fant vi at på ethvert av ulike nivåer for funksjonstap og hjelpebehov var det i Oslo flere brukere 67 år+ som hadde plass i institusjon (sykehjem) enn i resten av landet, jfr Brevik 2007d, kap 2. Der betydelig grupper avhjelpes for sine behov ved bruk av kommunale boliger og en mer intensiv heimetjeneste, synes Oslo oftere å måtte ty til sykehjemmet.

Det at eldre i Oslo med samme grad av funksjonstap som i resten av landet, ender opp i så vidt ulike tiltaksformer i pleie- og omsorgstjenestene, ledet vår oppmerksomheten mot sjølve innretningen og dimensjoneringen av tjenestene, dvs mot forholdet mellom de ulike leddene. Og vi legger til grunn at nettopp innretningen av omsorgstrappa antakelig er av vesentlig betydning for den samlete kapasiteten i kommunenes samlete tilbud i pleie og omsorg ved samme bruk av ressurser.

Slik vi pekte på innledningsvis i pkt 1.1. syntes det å ha klar sammenheng med at de heimebaserte tjenestene i Oslo er slik innrettet at de ikke i tilstrekkelig grad kan utsette eller unngå innleggelse i sykehjem.

Det mest særskilt i Oslos pleie- og omsorgstjenester i 2006 var imidlertid det svake innslaget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre. Det ble i tillegg svært sjelden tilbudt heldøgns pleie- og omsorg slik at den store mangelen på fast bemanning om natta lett kunne bli prekær og gi press på flytting til sykehjem.

Det at sykehjemmet *på ethvert nivå for funksjonstap* er blitt løsningen *for vesentlig flere* i Oslo enn på landsbasis, bekrefter i klartekst at de alternative tjenestene er utilstrekkelige. Og omvendt: At det i Oslo på alle nivå for funksjonstap hos brukerne som oftest er mindre innsats i de heimebaserte tjenestene i både ordinære og i kommunale boliger, understøtter hypotesen om at svakt utviklet alternativ tjenesteyting bidrar til at sykehjemmene kontinuerlig vil måtte være under press.

Og vi pekte på at ved en mer omfattende og bredere profilert bruk av de alternative tjenestene, ville en sannsynligvis kunnet ha *utsatt* tidspunktet for institusjonalisering for mange eldre og dermed skåret ned på oppholdstida der og slik bidratt til økt sykehjemskapasitet.

1.5.2 Fordeling av brukere med omfattende bistandsbehov *etter type oppholdssted* i 2009

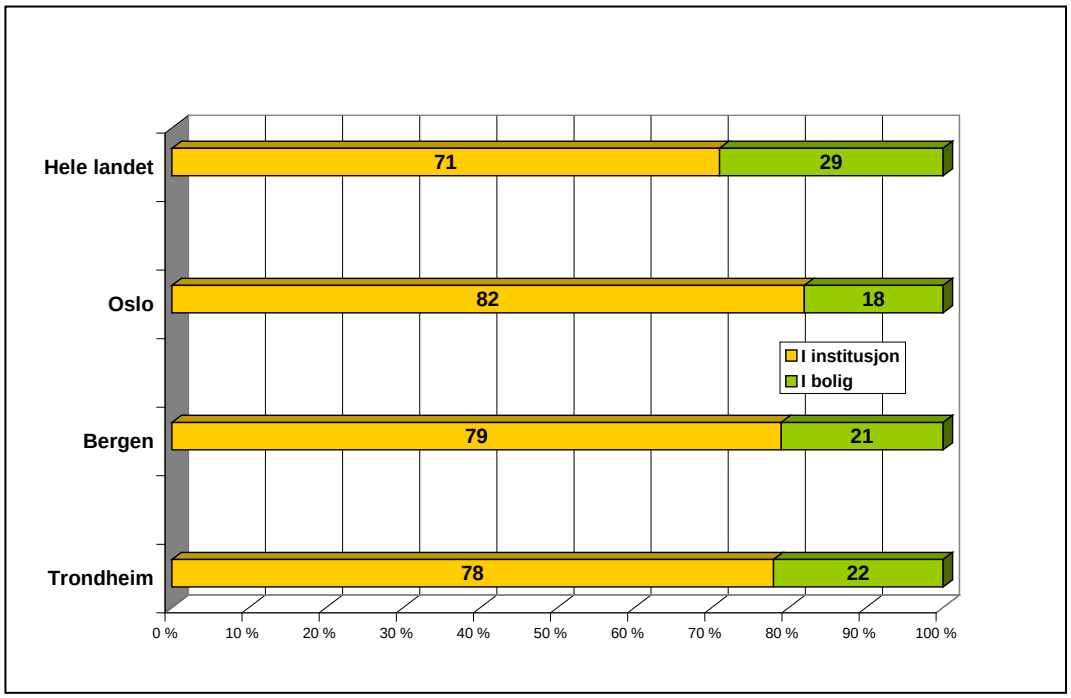
I forrige rapport om utvikling og status i Oslos eldreomsorg (NIBR-rapport 2007:15) viste vi at på ethvert av ulike nivåer for funksjonstap og hjelpebehov er det i Oslo

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

Data fra IPLOS for året 2009 viser at av alle brukere 67 år+ (i eldreinstitusjoner pluss med heimebaserte tjenester) med *omfattende bistandsbehov* i Oslo hadde 82 pst opphold i institusjon. Den tilsvarende andelen på landsbasis var 71 pst, jfr 1.3. Hadde Oslo hatt samme innretning av de alternative tjenestene som på landsbasis, ville Oslo kunne ha hatt 11 prosentpoeng færre av dem med omfattende bistandsbehov utenfor institusjon.

Også på det punktet repeterer bildet fra 2003 seg. Målt med Barthels pleieindeks var differensen mellom andelen med stor bistandsbehov i institusjon mellom Oslo og hele landet 13 prosentpoeng (90 versus 77 pst). Dette er igjen en følge av at det er færre med omfattende hjelpebehov blant brukere av heimebaserte tjenester slik vi alt har vist.

Figur 1.3 *Brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Andel med plass i institusjon eller bosatt i bolig. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. 2009.*



Kilde: IPLOS 2009, SSB, tabell 06969 og tabell 06972 og Kostra nivå2

Sjøl om data ikke er direkte sammenliknbare fordi vi ved de to tidspunktene måler pleiebehov på to ulike måter (ved en ren Barthel-indeks versus en sammensatt IPLOS-indeks) - skjønt de sentrale elementene i Barthels pleieindeks også er bakt inn i IPLOS sitt aggregerte mål – finner vi den samme tendensen i 2009 som i 2003:

færre av dem med omfattende hjelpebehov i Oslo gjenfinnes med tjenester utenfor institusjon.

Situasjonen i Bergen og Trondheim likner mer på den i Oslo enn på den i hele landet, jfr figur 1.3. Det kan tyde på at de store byene har svakere alternativ innretning av sine tjenester. Noe må nok imidlertid tilskrives en høyere andel aleineboende eldre hvor det er ressurskrevende å drive heimebasert tjenesteyting, særlig når brukerne er aldersdemente.

Vi pekte den gangen på at det at eldre i Oslo med samme grad av funksjonstap som i resten av landet, ender opp i så vidt ulike tiltaksformer i pleie- og omsorgstjenestene, leder oppmerksomheten mot sjølve innretningen og dimensjoneringen av tjenestene, dvs mot forholdet mellom de ulike leddene. Og vi legger til grunn at nettopp innretningen av omsorgstrappa antakelig er av vesentlig betydning (Brevik 2007c, s 14) for den samlete kapasiteten i kommunenes samlete tilbud i pleie og omsorg ved samme bruk av ressurser.

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

2 Utvikling og status i institusjons-omsorgen i Oslo og i storby

Vi har i denne rapporten tatt utgangspunkt i *2009* som slutt-tidspunkt da data for året 2010 først ville foreligge pr 15. juni 2011. Men i kap 2 og 4 har vi lyktes med å nytte data for året 2010. Det at vi nyter begge årenes om sluttpunkt, har således ikke noe med inkonsistens å gjøre, men med publiseringstidspunkt i SSB i 2011 i forhold til det faktiske løpende arbeidet med og avtalt dato for sluttføring av rapporten.

Denne rapporten har som nevnt som formål å ajourføre de statistiske data om hovedtrekk i utviklingen i Oslos eldreomsorg etter 2006. Vi har valgt å gjøre det i hovedsak på følgende måte: Først gjør vi rede for status i perioden 2001-2006 i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. Dernest gjør vi rede for endringer 2007-2009/-2010. Til slutt gir vi en oversikt over endringer fortrinnsvis for perioden 2001-2009/-2010 i Oslo med byene Bergen og Trondheim samt hele landet.

For hver hovedbolk i kapitlene gir vi innledningsvis en *sammenfattet oversikt* over hovedresultatene. Data er her *begrenset til Oslo* og Oslo relatert til hele landet (Riket).

Og for hver bolk som er *sammenliknende*, oppsummerer vi de sentrale resultatene etter en fast mal: *Status* i start- og sluttåret for det tidsavsnitt som analyseres (1), *endringer* i perioden (2) samt *relativ plassering* i forhold til landsgjennomsnittet i start- og sluttår for analysen (3). For avsnitt som bare isolert gjelder Oslo, faller den siste dimensjonen i sammenfatningen logisk ut.

Sammenfatning kap 2.1: antall plasser i eldreinstitusjoner og i sykehjem i Oslo 2001-2010

	Status		Endring 2001- 2010	
	2001	2010	Absolutte tall	Prosentvis
Plasser i institusjon i alt*)				
Oslo	5.523	4.943	**- 580**	**- 11 %**
Hele landet	42.741	41.308	**- 1.433**	**- 3 %**
Plasser i sykehjem				
Oslo	5.211	4.811	**- 400**	**- 8 %**
Hele landet	37.501	39.703	**+ 2.203**	**+ 6 %**

*) Sum plasser i sykehjem og aldershjem, dvs plasser i institusjon for eldre og funksjonshemmede.

Fra 2010 til 2010 ble antall plasser i *eldreinstitusjoner* i Oslo redusert med 580, eller med 11 pst, mot 3 pst på landsbasis i samme periode.

Antall plasser i *sykehjem* i Oslo ble redusert med 400 fra 2001 til 2010, eller med 8 pst, mens antall plasser på landsbasis økte med 6 pst. Oslo har bygget ned sin kapasitet i sykehjem.

2.1 Plasser i eldreinstitusjoner og i sykehjem

2.1.1 Plasser i institusjon for eldre og funksjonshemmede3

I forrige rapport (kap 3.2) viste vi til at det i Oslo 5.700 plasser i institusjon i 1980. Antallet var nokså stabilt i 1990- åra med 5.400 - 5.500 plasser. I 5-årsperioden 2001-2006 ble antall institusjonsplasser redusert med 387 til 5.136 plasser i 2006. De var da 7 pst færre enn 5 år tidligere og 10 pst færre enn for 25 år siden.

I løpet av de 4 åra 2007-2010 ble antall institusjonsplasser ytterligere redusert med 193.

Tabell 2.1 *Antall plasser i institusjoner (syke- og aldershjem) for eldre og funksjonshemmede. 2001, 2006, 2007, 2009 og 2010 samt endring (E) i antall plasser 2001-2010. Absolutte tall og prosent.*

	2001	**2006**	**2007**	**2009**	***2010***	**E 2001-2010 abs./pst**
Oslo	5.523	5.136	5.204	4.993	*4.943*	**- 580 - 11 %**
Bergen	2.527	2.479	2.489	2.504	*2.516*	**- 11 - 0,4 %**
Trondheim	1.129	1.217	1.259	1.269	*1.348*	**+ 219 + 19 %**
Hele landet	42.741	41.078	41.217	41.071	*41.308*	**- 1.433 - 3 %**

Kilde: Kostra, nivå 3, grunnlagsdata, SSB, Oslo pr 15.6. 2011, og gjelder plasser i institusjon korrigert for utleie, dvs sum plasser i *sykehjem og aldershjem*. Plasser i barneboliger og avlastningsplasser er holdet utenfor (sistnevnte utgjorde 88 enheter i Oslo i 2010).

Endring 2001-2010

Og i årene 2001-2010 ble antallet slike plasser i Oslo redusert med 580 eller med 11 pst, jfr tabell 2.1. På landsbasis ble antall institusjonsplasser redusert med 3 pst i samme tidsrom. Antall institusjonsplasser i Bergen var stabilt i denne perioden, mens det i Trondheim var en tilvekst i slike plasser tilsvarende 19 pst fra 2001 til 2010.

2.1.2 Andel beboere under 67 år i institusjoner for eldre og funksjonshemmede

Siden bl.a barneboliger er inkludert i statistikken over beboere i institusjon fom 2007, har det så langt (pr mai 2011) ikke vært mulig å få eksakte tall fra SSB for andel beboere under 67 år i ordinære syke- og aldershjem, dvs de vi har gjort rede for i tabell 2.1. Derfor korrigerer vi ikke for andel brukere under 67 år når det gjelder slike plasser i institusjon, men holder oss til sum antall plasser. Vi gir likevel en oversikt over deres andeler i perioden 2001-2010, jfr tabell 2.2.

Tabell 2.2 *Andel beboere i institusjon under 67 år. 2001 og 2009. Prosent.*

	2001	2003	2006	2007	2009	2010
Oslo	6	7	5	12	13	**12,9**
Bergen	8	9	5	10	9	**10,7**
Trondheim	5	(12)	2	14	14	**14,1**
Hele landet	(13)	8	5	12	12	**12,4**

*) Datakilde: Kostra nivå 2, Statistikkbanken. Fom 2007 ble statistikken lagt om og inkluderer bl.a barneboliger. Det gir fom 2007 en høyere andel under 67 år i institusjon sammenliknet med tidligere.

I 2006 utgjorde andelen beboere under 67 år i institusjoner til eldre og funksjonshemmede 5 pst på landsbasis. Det samme var tilfellet i Oslo og Beregn, mens andelen var lavere i Trondheim (her synes imidlertid talloppgavene å fluktuere mye).

Pga omleggingen av statistikken fom 2007 er nå andelen beboere under 67 år vesentlig høyere enn tidligere. I 2010 gjaldt det på landsbasis 12 pst av beboerne, jfr tabell 2.2. I Oslo og Trondheim var andelen svakt høyere og i Bergen noe lavere. Forskjellen i forhold til landsgjennomsnittet er imidlertid liten for de tre byene vi sammenlikner. Derfor utgjør små ulikheter i innslaget av yngre beboere en svært liten feilkilde i forhold til eldres bruk av institusjoner når vi sammenlikner disse byene innbyrdes og med gjennomsnittet for landet. Derfor holder vi oss oftest til antall plasser i institusjon i alt i denne rapporten.

2.1.3 Sykehjemsplasser

De fleste institusjonsplassene er i dag sykehjemsplasser siden aldershjemsplassene nærmest er avviklet[5]. Men en beskrivelse av utviklingen over tid for sykehjem vil likevel arte seg noe annerledes enn for eldreinstitusjoner under ett siden aldershjem tidligere utgjorde en større del. Og siden det hele tida har vært sterkt fokus på sykehjemstilbudet i Oslo, vil vi som tidligere gjøre rede for plassutviklingen i sykehjem.

Før 2007

Fra kommunene overtok sykehjemmene i 1988 økte *antallet sykehjemsplasser* på landsbasis fram til 2006 med 30 pst. I Oslo ble de imidlertid redusert med 2 pst i samme periode.

Antall sykehjemsplasser i Oslo var på sitt høyeste i andre halvdel av 1990-åra. Da *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til i 1998, var det 5.100 sykehjemsplasser i Oslo. I perioden 1995 til 2001 lå antallet stabilt rundt 5.100 - 5.200 plasser. Oslo dro ikke fordel av den statlige h*andlingsplanen* til å øke netto plasstilbud i sykehjem.

Fra 2001 til 2006 ble antall sykehjemsplasser i Oslo imidlertid redusert med 338 plasser til 4.873 i 2006, jfr tabell 2.3.

[5] På landsbasis var det i 2009 1.812 aldershjemsplasser i og i Oslo var det samme år 150 slike plasser

Tabell 2.3 *Antall plasser i sykehjem[6] 2001-2010. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet samt endring i antall plasser 2001- 2010. Absolutte tall og prosent.*

	2001	2006	2007	2009	2010	Endring 2001-2010	
Oslo	5211	4873	4982	4826	**4811**	- 400	- **8 %**
Bergen	1995	2215	2225	2240	**2252**	+257	+ **13 %**
Trondheim	1094	1199	1259	1269	**1348**	+ 254	**+ 23 %**
Hele landet	37.501	38.775	39.049	39.259	**39.703**	+ 2.203	**+ 6 %**

Kilde: Kostra, nivå 3, grunnlagsdata, SSB 2010 og reviderte data i SSB av 29.4. 2011

Etter 2006

I årene 2007 til 2010 var antall sykehjemsplasser i Oslo nokså stabilt og ble i følge SSBs statistiske data redusert med 62 plasser fra 2006 til 2010, til 4.811 plasser, jfr tabell 2.3.

I årene 2001-2010 under ett ble antall sykehjemsplasser i Oslo redusert med 400 enheter eller med 8 pst, mens det på landsbasis var en tilvekst på 6 pst, jfr tabell 2.3. I Bergen økte imidlertid antall sykehjemsplasser med 13 pst i løpet av disse åra og i Trondheim med 23 pst. Utviklingen og strategiene synes å ha vært vesentlig forskjellig i våre tre store byer de siste 10 åra. Oslo er den enste av de tre største byene som har bygd ned tilbudet. Og den betydelige veksten i Trondheim og Bergen skjerper relieffet for utviklingen i Oslo.

2.2 Om dekningsgrad i sykehjem/institusjon

Sammenfatning kap 2.2: Dekningsgrad i sykehjem samt bruksrater 80 år+ i institusjon i Oslo i 2002 og 2010

Oslo kommune	Status		Endring 2002-2010		Relativt til Riket, pst	
Plasser pr 100 80 år+:	**2002**	**2010**	**Pst-poeng**	**Pst**	**2002**	**2010**
Dekningsgrad*) i sykehjem	20,7	**21,0**	**+ 0,3**	+ 1.4	+ 11	**+ 17**
Rater i eldreinstitusjon 80 år+	17,3	**17,3**	**0**	0	+ 13	**+ 22**

*) Dekningsgrad: alle plasser i sykehjem/100 innb. 80 år+.

Dekningsgraden i sykehjem i Oslo var noenlunde konstant i årene 2002 til 2010 og utgjorde begge år 21 plasser pr 100 innbyggere 80 år+, sjøl om antall plasser i sykehjem ble redusert med 400 i perioden. Det fordi befolkningen 80 år+ ble redusert tilsvarende. *Dekningsgrad* som mål er en *relativ* størrelse.

Denne dekningsgraden i sykehjem i Oslo lå i 2002 og 2010 respektive 11 og 17 pst over landsgjennomsnittet på tross av at Oslo bygde ned antallet plasser og landet økte sine.

[6] I kategoriene plasser i 'sykehjem' har SSB fom 2009 inkludert plasser i 'boform med heldøgns pleie og omsorg'. Disse var tidligere oppført separat. I Oslo var det i 2001 127 slike enheter, i 2006 108 og i 2007 92 enheter, dvs få enheter.

Plassraten for personer 80 år+ i Oslo var konstant i perioden 2002-2010 med 17 plasser pr 100 innb 80 år+. Den lå i 2010 22 pst over nivået på landsbasis.

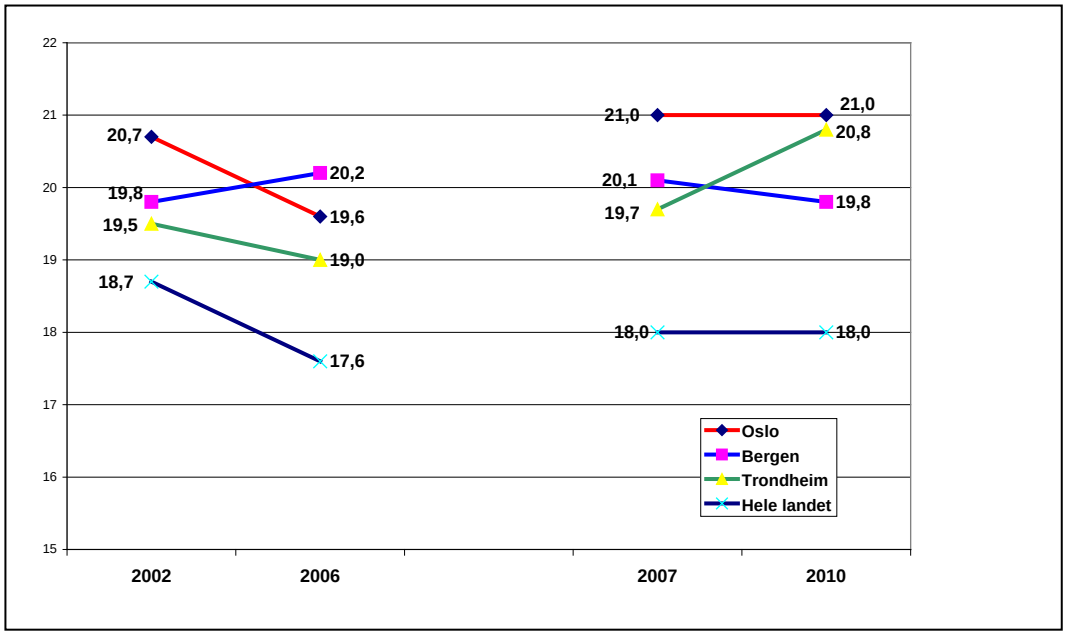
2.2.1 Dekningsgrad i sykehjem

Vi har tideligere gjort rede for utviklingen i antall plasser i institusjon og sykehjem i alt. Men siden aldershjemsplassene etter hver er blitt svært få[7], holder vi oss her til sykehjemsplasser.

Tradisjonelt og offisielt har vi i Norge målt tilgjengeligheten til sykehjem ved å relatere alle slike plasser til omfanget av befolkningen 80 år+ siden de utgjør den overveiende majoritet (omlag 8 av 10) av dem med slik plass. Det gjør vi også her ved å vise hvor mange plasser det er i sykehjem pr 100 innb. 80 år+.

I forrige rapport (Brevik 2007d, kap 3.7) viste vi at i 1988 var dekningsgraden i sykehjem i Oslo 23 plasser pr 100 pers 80 år +. I 2002 og 2006 var den redusert til hhv 21 plasser og 20 plasser pr 100 pers 80 år+. Fra tidligere isolert sett å ha en relativt sett høy dekningsgrad i sykehjem, er denne nå blitt redusert betydelig. Likevel ligger dekningsgraden i sykehjem i Oslo i dag godt over landsgjennomsnittet, jfr figur 2.1.

Figur 2.1 *Dekningsgrad i sykehjem. Alle plasser i sykehjem pr 100 innb 80 år+. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. 2002*), 2006, 2007 og 2009.*



Kilde SSB: Kostra og IPLOS hvert år

*) Vi holder oss til året 2002 for å sikre sammenlikningen med data i forrige rapport. Den gangen var oppgaver over antall sykehjemsplasser i 2001 usikre, og vi valgte derfor året 2002. I denne rapporten er imidlertid antall sykehjemsplasser for året 2001 rettet og ført ajour i hht seinere oppgaver fra SSB, jfr tabell 2.3.

[7] I Oslo var det i 2009 167 aldershjemsplasser av i alt 4.993 plasser i sykehjem+aldershjem, dvs at aldershjemsplassene utgjorde 3.3 pst av alle institusjonsplasser. I praksis kan vi derfor snakke om sykehjemsplasser. De få aldershjemsplassene har dessuten oftest tilnærmet sykehjems funksjon.

Oslo hadde med 19,6 plasser i sykehjem pr 100 innb. 80 år+ i 2006 en sykehjemsdekning jevnt over er på linje med Bergen og Trondheim, jfr 2.1. Denne utviklingen hadde bl. a sammenheng med svak aktivitet på sykehjemssida og omsorgsboligsida i Oslo under *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

Sjøl med stagnasjon i den eldre befolkningen i Oslo i årene fra 1998 til 2006[8], ble dekningsgraden *i sykehjem* i Oslo redusert i takt med reduksjonen på landsbasis. Men her har imidlertid den relative nedbygging av dekningen i sykehjem bl. a vært en følge av at en i mange kommuner har gjennomført en omfattende utbygging av omsorgboliger i regi av statens *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Dette skjedde imidlertid ikke i samme omfang i Oslo. Det momentet kommer vi imidlertid tilbake til.

Den såkalte dekningsgraden i sykehjem i Oslo i 2006 lå likevel 11 pst over landsgjennomsnittet (slik den også gjorde i 1998 og 1988).

Fra å ha hatt en høy dekningsgrad i somatisk sykehjem hadde Oslo i 2006 en sykehjemsdekning jevnt over er på linje med de to andre store byene, men dog slik at Bergen plasser seg noe under Oslo, mens Trondheim befinner seg omtrent på linje med Oslo, jfr figur 2.1.

2007-2010

Dekningsgraden i sykehjem i Norge har sunket jevnlig de 30 siste åra (Brevik 2007d, Brevik 2010b).

Sjøl om antall plasser i sykehjem i Oslo ble redusert noe fra 2007 til 2010, jfr avsnitt 2.1, reduseres befolkningen 80 år+ tilsvarende, slik at dekningsgraden i sykehjem forblir konstant dvs med 21,0/21,0 plasser pr 100 person 80 år+ både i 2007 og 2010, jfr figur 2.1. I Bergen ble dekningsgraden moderat redusert, mens den i Trondheim økte fra 19,7 plasser i alt pr 100 innb 80 år+ i 2007 til 20,8. Alle de tre største byene hadde imidlertid en dekningsgrad i sykehjem over landsgjennomsnittet både i 2007 og 2010, jfr figur 2.1.

I Oslo lå dekningsgraden i sykehjem 17 pst over landsgjennomsnittet i 2010. Når vi bringer inn betydningen av kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg, modifiseres imidlertid bildet noe. Det viser vi i kap 4.

Sykehjemsdekningen i Oslo synes å fungere som en noenlunde *konstant størrelse* som følger den generelle utviklingen i befolkningen 80 år+, både antall plasser og antall eldre 80 år+ reduseres. På landsbasis øker både antall sykehjemsplasser og den eldre befolkningen, men befolkningen 80 år+ mer enn antall plasser. Resultatet er at dekningsgraden går ned på landsbasis, mens den forblir den samme i hovedstaden.

Et viktig poeng i denne sammenhengen imidlertid at en i Oslo ikke tilsvarende følger utviklingen når det gjelder dimensjoneringen i bruken av heimebaserte tjenester og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.

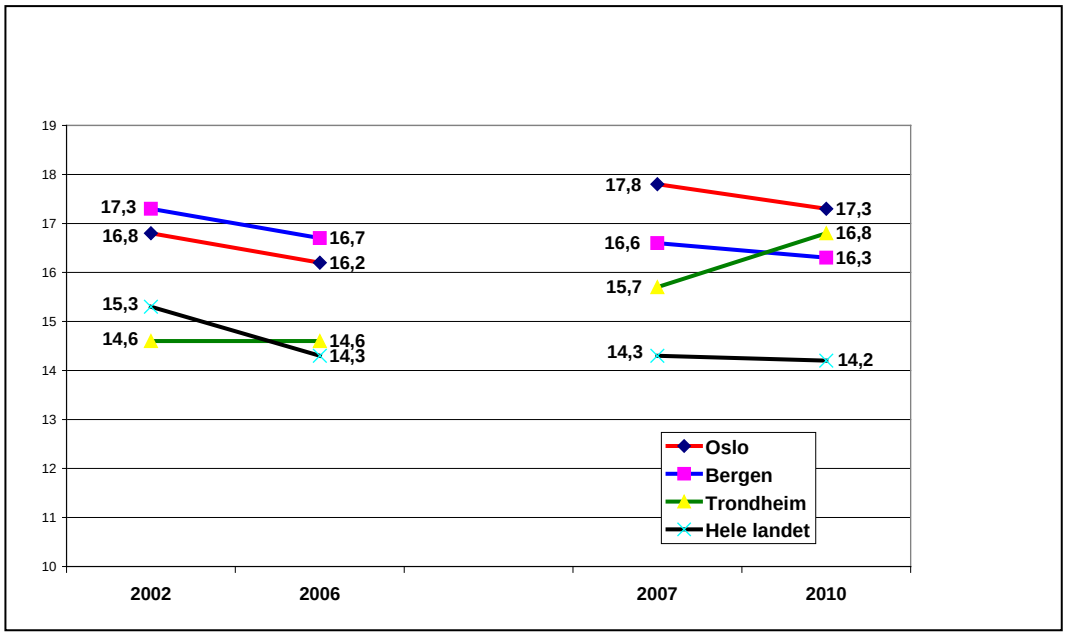
[8] I 1999 var det i Oslo 23.952 personer 80 år+, i 2006 24.173 og i 2009 23.073 personer 80 år+, dvs en reduksjon på 3,7 pst på 10 år. Det betyr imidlertid at den eldre befolkningen 80 år+ har vært tilnærmet konstant i Oslo de 10 siste åra, men har sunket noe etter 2005 og vil i følge vår redegjørelse for dette i forrige rapport (kap3.5) synke noe fram til 2016.

Uforanderlighet eller nedbygging er det som stort sett går igjen i det meste i pleie- og omsorgssektoren for eldre i hovedstaden de siste 10 åra. Det kommer vi så tilbake til i kapittel 3, 4 og 5.

2.2.2 Bruksrate i institusjon blant brukere 80 år+.

Siden omlag 80 pst av dem med plass i institusjoner for eldre og funksjonshemmede er 80 år+[9], vil vi vise andelen av alle 80 år+ med plass i institusjon, dvs gi de eksakte plassratene for den sentrale brukergruppe.

Figur 2.2 *Rater for beboere i institusjon 80 år+. Antall i institusjon 80 år+ pr 100 personer 80 år+. 2002 og 2006 samt 2007 og 2010.*



Kilde: Kostra, Statistikkbanken tabell 04468 og hovedtabell 2, Pleie- og omsorgsstatistikk

2002-2006

Fra 2002 til 2006 avtok andelen 80 år+ med plass i syke- og aldershjem svakt i Oslo, Bergen og hele landet, mens andelen var konstant på et litt lavere nivå i Trondheim.

I Oslo hadde 16,2 pst av personer 80 år+ plass i institusjon i 2006, litt lavere enn i Bergen, men 13 pst over nivået på landsbasis som var 14,3.

[9] I 2009 var 82 pst av beboerne i eldreinstitusjoner i Oslo 80 år+ og på landsbasis gjaldt det 78 pst. I motsetning til beregning av dekningsgrad, er ved beregning av *bruksrater* samme aldersgruppe representert både i brøkens teller og nevner, dvs antall 80 år+ med plass/antall pers 80 år+ i alt. I motsetning til dekningsgrad, gir dette et eksakt mål for hvor mange i en gitt aldersgruppe som har plass.

2007-2010[10]

Som nevnt ble statistikkføringen lagt om fom 2007, og data er antakelig ikke helt ut sammenliknbare, sjøl om det i hovedsak er barneboliger og plasser i avlastning som representerer det nye fom 2007.

I Oslo var det i 2010 plass i syke- og aldershjem for 17.3 pst av personer 80 år+, jfr figur 2.2. Det er 22 pst over den tilsvarende plassraten på landsbasis. I Trondheim og Bergen var raten litt i underkant av Oslos i 2010.

Det er således bare mindre forskjeller mellom de tre største byene. Alle er kjennetegnet av et noe mer omfattende bruk av institusjon sammenliknet med det som er vanlig jevnt over i landet.

Men størrelsen på plassrater i sykehjem er imidlertid langt fra det som aleine avgjør hva som framstår som det faktiske tilbudet i sykehjem. Det avgjørende er *tilgjengeligheten*, dvs om det til enhver tid finnes en ledig plass når nødvendige behov melder seg. Det er således ikke nødvendigvis plassrater eller dekningsgrad som er de avgjørende målene, men tilgjengelighet og tilgjengelige plasser. Dette bestemmes i stor grad av 'liggetid' eller sirkulasjonen i de sykehjemsplassene en disponerer. Derfor er det viktig å belyse denne avgjørende viktige størrelsen.

2.3 Utbygging av enerom i institusjoner for eldre og funksjonshemmede

Sammenfatning 2.3: andel plasser i enerom i institusjon 2001-2010

Oslo kommune	Status		Endring 2001-2010		Relativt til Riket, pst	
Andel plasser i:	**2001**	**2010**	**Pst-poeng**	**Pst**	**2001**	**2010**
Enerom	78	**92**	**+ 14**	+ 18	+ 4	**- 1**

At alle som ønsker det skulle få ensengsrom, var en vesentlig del av bakgrunnen og engasjementet som lå til grunn for *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

Fram til 2006 økte Oslo jevnlig andelen plasser i enerom, mens tilveksten etterpå har vært beskjeden. I 2010 var 92 pst av plassene i institusjon i enerom, dvs på landsnivå.

I 2001 lå andelen enerom i Oslo 4 pst over av landsgjennomsnittet, mens den var 1 pst under i 2010. I åra 2001-2010 satset hovedstaden på enerom nesten som gjennomsnittet for landet og nådde samme nivå.

[10] Fom 2007 ble datagrunnlaget endret. Fra å innhente opplysninger om antall plasser i institusjon osv, etter skjema, ble oppgavene nå basert på innrapportering i IPLOS der bla. avlastningsplasser nå ble inkludert (innebærer imidlertid bare mindre forskjeller i denne sammenhengen).

I dette avsnittet og fram til avsnitt 2.6 gjør vi rede for flere kvalitative egenskaper ved institusjoner for eldre som er statistisk kvantifiservare. Vi holder oss til *relative andeler*.

Om to byer har samme *relative andel* institusjonsplasser f. eks i enerom, vil de likevel ha høyst forskjellige antall slike plasser målt i *absolutte tall*. Hvis begge f. eks har 90 pst av plassene i enerom, og den ene byen samtidig totalt har 3 ganger så mange institusjonsplasser i alt, har denne byen også 3 ganger så mange faktiske plasser i enerom. Vårt anliggende her er imidlertid ikke å gjøre rede for antall plasser, men å gi oversikt over *andelen* av plasser i hver av de tre byene og hele landet med ulike kvalitative egenskaper ved sine institusjonsplasser målt ved relative andeler.

Bakgrunn og tidligere utvikling i utbygging av enerom i eldreinstitusjoner

I St meld nr 50 (1996-97), *Handlingsplan for eldreomsorgen*, var det lagt opp til å bygge ut et tilbud om enerom i løpet av 2002 for alle med langvarig opphold i institusjon og som ønsket det. De kommuner som da ikke hadde gjennomført dette, skulle lovpålegges det, dvs det skulle gjennomføres plikt til ensengsrom.[11]

Og det var for øvrig kravet om enerom i sykehjem som var en av foranledningene til denne handlingsplanen, et løfte som regjeringen ga allerede i 1993. Ved Stortingets behandling av Sosial- og helsedepartementets budsjett for 1997 høsten 1996 ble det så gjort følgende vedtak (såkalt romertallsvedtak): *"Stortinget ber Regjeringen kostnadsberegne full sykehjemsdekning med enerom innen år 2001"* (op. cit). Det var oppfølgingen av stortingets vedtak i trontaledebatten, der regjeringen ble bedt om å legge fram en stortingsmelding med plan om full sykehjemsdekning med enerom for dem som ønsker det.[12]

Det at alle som ønsker det, skulle få ensengsrom, var en vesentlig del av bakgrunnen og engasjementet som lå til grunn for *Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE)*.

I 1997 - året før HPE tok til - var forøvrig 17 pst av landets institusjonsrom fleresengsrom. Og i disse bodde 30 pst av alle med plass i institusjon (sykehjem pluss aldershjem), eller 12.500 personer. Da vi var kommet til året for målsetting om enerom til alle i 2002, var likevel omlag 2 av 10 plasser i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner fortsatt plasser i flersengsrom (aller oftest dobbeltrom).

Kommunene prioriterte dette tiltaket mindre enn forutsatt, idet andelen ensengsrom i sykehjem økt med 6 prosentpoeng i perioden 1998-2002. Det var imidlertid heller ikke gitt at absolutt alle eldre ønsket enerom[13].

---

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

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

[13] Hver fjerde kommune mente i følge en undersøkelse som NIBR gjennomførte i 2001, at det var lite sannsynlig at de hadde avviklet flersengsrommene etter 2003, eller anslagsvis 110 kommuner. 45% av disse kommunene ønsket å nytte flersengsrommene som del av tilbudet om korttidsopphold. Og til

Vi må imidlertid skille mellom begrepene antall rom og antall plasser (beboere). Om f. eks 10 pst av antall rom i institusjon er flersengsrom, vil det her befinne seg minst 20 pst av samtlige beboere siden flersengsrom minst er bebodd av 2 personer. Bruk av antall rom gir således et mer flatterende bilde av utviklingen enn antall personer bosatt i hhv enerom og flersengsrom. Her gjengir vi utviklingen målt ved antall plasser (beboere).

Tabell 2.4 *Andel plasser i enerom i eldreinsitusjoner. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. 2001-2010 samt endring (E) 2001-2010. Prosent og prosentpoeng.*

	2001	2006	2007	2009	2010	E 2001-2010 pst-poeng
Oslo	78	90	90	92	92	+ 14
Bergen	68	81	85	90	90	+ 22
Trondheim	67	81	81	86	86	+ 19
Hele landet	75	91	92	94	93	+18

Kilde: Kostra, detaljerte nøkkeltall, SSB 2007 og 2011

Før 2007

Fra 2001 til 2006 økte andelen med plass i enerom på landsbasis fra 75 pst til 91 pst, dvs vesentlig mer enn under Handlingsplan for eldreomsorgen, jfr tabell 2.4. Ved utgangen av 2006 – 10 år etter handlingsplanens start – befant 9 av 10 plasser seg i enerom, dvs at 1 av 10 fortsatt delte rom[14].

Fram til 2006 økte Oslo jevnlig andelen plasser i enerom. Da befant hovedstaden seg omtrent på landsgjennomsnittet, idet 9 av 10 plasser var i enerom. Oslo har mao nesten satset i tråd med gjennomsnittet for landet i denne perioden, i det andelen i enerom økte med 14 prosentpoeng mot 18 prosentpoeng på landsbasis, jfr tabell 2.4.

Bergen og Trondheim hadde imidlertid bare 8 av 10 institusjonsplasser i enerom i 2006, sjøl om de har bygget om i vel så stor takt som Oslo og gjennomsnittet for landet. Det skyldes utgangspunktet idet disse to byene i 2001 bare hadde 2 av 3 plasser i enerom. De hadde og har på det tidspunktet fortsatt noe igjen i forhold til denne sentrale nasjonale målsettingen.

Etter 2006

Etter 2006 har tilveksten av plasser i enerom vært beskjeden i Oslo, mens utbyggingen har vært sterk i Bergen, jfr tabell 2.4. Oslo hadde 8 pst av institusjonsbeboerne i flersengsrom i 2010 og i Trondheim hele 14 pst, mens det gjaldt 7 pst på landsbasis eller omlag 2.750 personer.

For årene 2001-2010 under ett har veksten i andelen med plass i enerom relativt sett vært sterkest i Bergen og Trondheim og lavest i Oslo, noe som igjen har sammenheng med utgangspunktet, jfr tabell 2.4.

sist, halvparten av disse kommunene, eller ca 55 kommuner på landsbasis, ønsker bevisst å ha et tilbud om tosengsrom i sykehjem (Brevik 2003b).

[14] De fleste av disse ca 3.600 plassene som befant seg i to- eller flersengs rom, må samtidig stort sett være sykehjemsplasser siden det i alt var bare 2.300 aldershjemsplasser i Norge i 2006 (Kommunale pleie- og omsorgstjenester, Statistikkbanken, 2007).

Ut fra datagrunnlaget for tabell 2.4 har vi beregnet at andelen enerom i lå +4 pst over av landsgjennomsnittet i 2001, mens den i 2010 lå 1 pst under dette gjennomsnittet.

2.4 Andel brukertilpassede enerom med bad og WC og andel plasser i skjermet enhet for demente i eldreinstitusjoner

***Sammenfatning kap 2.4 -2.5.* Andel plasser i institusjon i: brukertilpassete enerom, skjermete enhet for demente, korttidsopphold og kortidsplasser brukt til rehabilitering/habilitering**

Oslo kommune	Status		Endring 2004-2010		Relativt til Riket, pst	
Passer i institusjon, som:	**2004**	**2010**	**Pst-poeng**	**Pst**	**2004**	**2010**
Brukertilpassete enerom	48	**50**	**+ 2,0**	+ 4	- 9	**- 34**
Skjermete enheter, demente	19	**20**	**+ 0,6**	+ 3	- 6	**- 15**
Korttidsopphold	11	**13**	**+ 2,1**	+ 19	+12	**- 11**
Rehabilitering/habilitering	3	**2**	**- 0,9**	- 31	- 16	**- 57**

Brukertilpasset enerom med bad og WC. I 2010 hadde Oslo halvparten av institusjonsplassene i slike rom – en andel som da var 34 pst under landsgjennomsnittet. Det har ikke vært noen økning etter 2004.

Plasser i skjermet enhet for demente. Andelen slike plasser var omtrent den samme i 2010 som i 2004. Andelen ble imidlertid redusert i forhold til landsgjennomsnittet, og lå 15 pst under dette i 2010.

Kortidsplasser i institusjon. Fra 2004 til 2010 vokste andelen kortidsplasser fra 10 pst til 15 pst av alle plasser på landsbasis, mens tilveksten i Oslo var 2 prosentpoeng.

Andelen slike plasser i Oslo lå 12 pst over landsgjennomsnittet i 2004, men var redusert til 11 pst under dette i 2010.

Kortidsplasser avsatt til rehabilitering/habilitering. Mens andelen slike plasser fra 2004-2010 på landsbasis økte fra 4 til 5 pst av alle plasser i institusjon, avtok den fra 3 til 2 pst av alle i Oslo. I 2010 var denne andelen i Oslo 57 pst under landsgjennomsnittet.

Og mens 1 av 3 korttidsplasser var nyttet til slik bruk i landet i 2010, gjaldt det 1 av 6 slike plasser i Oslo.

I dette avsnittet presenterer vi data fra perioden 2004-2010, dvs de siste 6 åra. I forrige rapport startet vi også med året 2004.[15]

[15] Data fra SSB om brukertilpassede enerom foreligger først fom 2004. I forrige rapport (Brevik 2007d) tok vi ikke opp andel plasser i skjermet enhet for demente. Her foreligger det imidlertid data

2.4.1 Andel brukertilpassede enerom med bad og WC i institusjoner

Vi har gjort rede for utviklingen i andelen institusjonsplasser med enerom uten nærmere spesifikasjon. Her utvider vi beskrivelsen og gjør rede for utviklingen i andelen enerom som også er brukertilpasset samt har eget bad og WC.

Siden 2003 har SSB registrert plasser i institusjon for 'eldre og funksjonshemmede' som befinner seg i enerom og *som i tillegg er brukertilpasset samt har eget bad og WC*. Det betyr at her registreres brukertilpasset ut fra at rommet er *utformet slik at nødvendig stell og pleie kan foregå der* samt at der er bad og WC[16].

Tabell 2.5 *Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad og WC i pleie- og omsorgs-institusjoner. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. 2004, 2007 og 2010 samt endring (E) 2004-2010. Prosent og prosentpoeng.*

	2004	2007	2010	E 2004-10 prosentpoeng
Oslo	48	48	50	**+2**
Bergen	50	71	80	**+30**
Trondheim	40	52	86	**+46**
Hele landet	53	63	76	**+ 23**

Kilde: Kostra. Pleie og omsorg, nivå 2 (detaljerte nøkkeltall, SSB 2010). Data fom 2004. Data for enkelte år for Oslo etter 2004 forekommer oss lite sannsynlige, dvs har ligget svært lavt. Vi har derfor her valgt årene 2004, 2007 og 2010.

Vi har valgt å vise utviklingen i andelen enerom i eldreinstitusjoner som *er brukertil-passet samt har eget bad og WC* ved oppgaver for årene 2004, 2007 og 2010.

Her anfører forøvrig SSB at ny versjon av IPLOS fom 2009 medfører at resultater fra 2004-2008 ikke uten videre lar seg sammenlikne. Vi må imidlertid nøye oss å kommentere utviklingen slik den umiddelbart går fram av talloppgavene.

2004

På landsbasis var i 2004 53 pst av plassene i syke- og aldershjemmene i brukertilpasset enerom med eget bad og WC i 2004. I Oslo var 48 pst av institusjonsrommene av slik standard. Bortsett fra Trondheim var andelene rom med slik standard i de to andre store byene jevnt på landsgjennomsnittet.

Etter 2004

Andel plasser i syke- og aldershjemmene i brukertilpasset enerom med eget bad og WC økte med 23 prosentpoeng på landsbasis fram til 2010, hvor 76 pst av plassene hadde slik standard. I Trondheim og Bergen var denne andelen respektive 86 pst og 80 pst, dvs noe over landsgjennomsnittet.

---

før 2004. Vi har imidlertid valgt å starte med året 2004 når det gjelder de 4 egenskapene for institusjoner for eldre og funksjonshemmede som presenteres i avsnitt 2.3 og 2.4 her.

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

I Oslo var imidlertid andelen 50 pst. Det synes ikke å ha funnet sted noen bedring i forhold til dette på disse 6 åra i hovedstaden, jfr tabell 2.5. Sjøl om Oslo har bygd om en del sykehjemsplasser til enroms i denne perioden[17] synes en ikke samtidig å ha utviklet enn fullgod standard målt ved eget bad og WC. Oslo plasser seg mao vesentlig under landsgjennomsnittet og slik standard i Bergen og Trondheim.

Det bekreftes av Oslo kommunes sykehjemsbehovsplan for perioden 2010-2020. Her går det fram at av 4.740 sykehjemsplasser under Sykehjemsetaten i 2009, hadde 53 pst behov for *"omfattende oppgradering, rehabilitering eller nybygg som følge av bad i korridorer, toalett i skap og dårlige tekniske løsninger og ventilasjonsanlegg* (til sammen 2.206 plasser) , mens en mindre del (304 plasser) *trenger til dels omfattende vedlikeholdsmidler.* [18], i alt 2.510 plasser. Den lave standarden er mao særlig knyttet til små rom og mangelfulle toalett- og badeforhold.

Beregnet på grunnlag av datagrunnlagt for tabell 2.5 var andelen plasser i *brukertilpasset enerom med eget bad og WC i pleie- og omsorgsinstitusjoner* i Oslo i 2004 9 pst under landsgjennomsnittet, mens denne andelen i 2010 var 34 pst under gjennomsnittet for landet.

I annen sammenheng har vi gått gjennom situasjonen på landsbasis i 2009. Da var det for hele landet bare 20 pst av kommunene som hadde under halvparten av plassene med brukertilpasset enerom med eget bad og WC. I 34 pst av kommunene hadde samtlige plasser denne kvaliteten. Også på det området er det store variasjoner, sjøl om et betydelig antall kommuner er kommet svært langt.

Målt på fylkesnivå var det imidlertid også store forskjeller. Mens andelen plasser i eldreinstitusjoner med brukertilpasset enerom med eget bad og WC i gjennomsnitt var 86 pst og 84 pst i kommunene i Nord-Trøndelag og Sogn- og Fjordane i 2009, mot 40 pst i Sør-Trøndelag. Det siste er under halvparten av omfanget i de førstnevnte fylkene.

2.4.2 Andel plasser i skjermet enhet i eldreinstitusjoner for personer med demens

Det har vært en betydelig vekst i antall skjermete enheter i eldreinstitusjoner de siste 10-15 åra. I St meld nr 25 (2005-2006), om framtidas omsorgsutfordringer understreket en at demensutfordringen vil kreve en betydelig utbygging av kapasiteten i tjenestetilbudet i åra framover.

I regi av *Handlingsplan for eldreomsorgen* ble det således flere skjermete avdelinger i sykehjem og flere bokollektiv i omsorgsboliger for demente.[19]

---

[17] I følge Kosta, nivå 2, hadde Oslo i 2004 86 pst av institusjonsplasser i enerom i 2004 og 92 pst i 2010, jfr tabell 2.4.

[18] Jfr *Sykehjemsbehovsplan*, Byrådssak 184/09, s 23-24, samt vedegg 1 til Sykehjemsbehovsplan 2009.

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

Før 2007

I 2004 var 20 pst av plassene i institusjoner for eldre og funksjonshemmede på landsbasis i skjermet enhet for demente personer, jfr tabell 2.6.

Tabell 2.6 *Andel plasser i skjermet enhet for aldersdemte i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. 2002-2010, samt endring (E) 2002-2010. Prosent og prosentpoeng.*

	2004	2006	2007	2009	2010	E 2002-10 pst-poeng
Oslo	19,0	19,8	20,7	19,4	19,6	+ 0,6
Bergen	20,1	18,9	19,1	19,9	19,3	- 0,8
Trondheim	19,4	13,3	10,5	39,2	40,6	+ 21,2
Hele landet	20,3	21,2	21,5	23,0	23,0	+ 2,7

Kilde: Kostra. Pleie og omsorg, nivå 2 (detaljerte nøkkeltall), SSB 2011

Andel plasser i skjermet enhet for demente i Oslo utgjorde i 2004 19 pst eller nesten på samme nivå som gjennomsnittet for landet.

Etter 2006

I 2010 var andelen plasser i skjermet enheter økt til 23 pst på landsbasis[20], og utgjorde omlag 9.000 plasser i alt. I Oslo var det imidlertid en liten reduksjon i andelen slike plasser, fra 21 pst i 2007 til 20 pst i 2001, jfr tabell 2.6.

I annen sammenheng har vi vist at Målt på fylkesnivå var det i 2009 bare Vest-Agder og Sør-Trøndelag som hadde mer enn 30 pst av eldreinsitusjonsplassene i skjermet enhet for demente, men Akershus, Oslo og Telemark fylke hadde mindre enn 20 pst av plassene i slike enheter (Brevik 2011a).

Bare 12 pst hadde 40 pst eller flere av plassene i skjermet enhet, dvs plasser til det antatte minimum på 40 pst demente av alle med plass i institusjon. Disse resultatene kan tyde på at det står vesentlig mye tilbake å gjøre hvis skjermet enhet jevnt over utgjør et godt tilbud til demente i eldreinstitusjoner.

Hvis det er slik at det er 40-70 pst demente i våre sykehjem (Brevik 2011a), er det antakelig godt under halvparten som her har tilbud om plass i skjermet enhet.

I perioden 2002-2009 var det i Oslo nesten ingen vekst (+0,9 pst) i andelen plasser i skjermet enhet i sykehjem, jfr tabell 2.6. Siden antallet sykehjemsplasser samtidig ble redusert, jfr avsnitt 2.1, har det også absolutt sett blitt færre plasser i skjermet enhet.

Vi har beregnet at mens andelen plasser i skjermet enhet i Oslo lå 6 pst under landsgjennomsnittet i 2004, var andelen slike plasser redusert til 15 pst under dette i 2010.

På landsbasis økte andelen slike plasser med 3 pst i denne perioden, men Bergen hadde en svak reduksjon. Andelen plasser i skjermet enhet i Trondheim økte imid-

[20] Det er imidlertid på langt nær slik at 23 pst av sykehjemsplassene i skjermet enhet utgjør noe mål for nasjonal standard. Av de kommunene som i 2009 hadde rapportert opplysninger om antall plasser i skjermet enhet i institusjon (408 kommuner), lå 45 pst under landsgjennomsnittet og 1 av 10 hadde ikke slike enheter overhodet (Brevik 2011a).

lertid økte med hele 21 prosentpoeng, og gjaldt 41 pst av samtlige institusjonsplasser det året, jfr tabell 2.6.

Generelt har de store byene har en noe lavere andel slike plasser enn i kommunene jevnt over. Siden de store byene har relativt flere aleineboende eldre, skjerpes dette resultatet etter vår vurdering av den grunn i negativ retning.

2.5 Andel kortidsplasser og plasser til rehabilitering/habilitering i institusjon

2.5.1 Andel kortidsplasser i institusjon

Før 2007

Det har vært en betydelig vekst i antall korttidsplasser ('plasser avsatt til tidsbegrenset opphold') i sykehjem de seinere åra, idet andelen slike økte fra 10 pst av alle plasser i 2004 til 15 pst i 2010, jfr tabell 2.7. Det er en betydelig relativ økning, men antakelig en for lav andel.

I Oslo var det i 2006 14 prosent kortidsplasser i sykehjem, eller like under landsgjennomsnittet. Bergen og Trondheim lå vesentlig høyere med 18 pst av plassene disponert slik.

Etter 2006

Verken i Oslo eller på landsbasis har det i åra 2007 til 2010 vært noen vekst i andelen kortidsplasser. Således var 13 pst av plassene i institusjon i Oslo i 2010 disponert som korttidsplasser eller omtrent det samme som i 2006.

Tabell 2.7 *Korttidsplasser i institusjon. Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold (kortidsopphold) 2004, 2006, 2007, 2009 og 2010 samt endring (E) 2004-2010. Prosent og prosentpoeng.*

	2004	2006	2007	2009	2010	E 2004-2010 pst-poeng
Oslo	11,2	13,6	12,1	13,4	13,3	+ 2,1
Bergen	11,9	18,4	19,2	19,1	18,8	+ 6,9
Trondheim	6,5	18,3	15,9	7,6	5,1	- 1,4
Hele landet	10,0	14,5	14,2	14,5	14,9	+4,9

Kilde: Kostra. Pleie og omsorg, nivå 2 (detaljerte nøkkeltall), SSB 2011.

I perioden 2004 til 2010 vokste andelen kortidsplasser betydelig på landsbasis, fra 10 pst av alle i 2004 til 15 i 2010. Tilveksten i Oslo var imidlertid noe mindre og endret seg med 2 prosentpoeng i perioden, jfr tabell 2.7.

Vi har for øvrig beregnet at mens andelen korttidsplasser i Oslo lå 12 pst over landsgjennomsnittet i 2004, var andelen slike plasser redusert til 11 pst under dette gjennomsnittet i 2010.

Bergen hadde og har et relativt høyt innslag av korttidsplasser, idet 19 pst av plassene i sykehjem var disponert slik i 2010. Trondheim har imidlertid bygget ned tilbudet i andel plasser kratig de seine åra, fra 18 pst i 2006 til 5 pst i 2010, jfr tabell 2.7.

Mer om utviklingen på landsbasis

Men en andel på 15 pst kortidsplasser på landsbasis representerer imidlertid ingen nasjonal standard da andel slike plasser varierer svært mye mellom kommunene. Hele 59 pst av kommunene disponerte mindre enn landsgjennomsnittet på 15 pst av plassene avsatt til tidsbegrenset opphold i 2009, og 9 pst av kommunene hadde ikke disponert noen av plassene slik (Brevik 2011a). På den andre sida hadde bare 13 pst av kommunen i 2009 satt av 25 pst eller mer av institusjonsplassene til kortidsopphold. Variasjonene er mao svært store når det gjelder innretningen i dynamisk bruk av institusjonsplasser.

Tilgjengelighet i forhold til befolkningen 80 år+

Og variasjonen fylkene imellom er også stor *målt i forhold til den eldste delen av befolkningen*. Data fra 2006 i 10 fylker viste at mens det var 54 tilgjengelige (ledige plasser gjennom utskrivinger (til annet sted eller ved død) i eldreinstitusjoner i alt (kortids-+ langtidsplasser) pr 100 innb. 80 år+ i fylket med størst tilgjengelighet (Buskerud), var det tilsvarende bare 30 tilgjengelige plasser pr innb 80 år+ i fylket med dårligst tilgjengelighet (Oslo), men gjennomsnittet var 41 plasser (Otterstad og Tønseth 2009). 'Tilgjengelige plasser' er samtidig et synonymt uttrykk og mål for *sirkulasjonen* i institusjonsplassene.

Sjøl om Oslo i 2006 hadde høyeste dekningsgrad i følge det statiske målet antall plasser pr innb 80 år+, hadde Oslo den laveste dekningen i forhold til det dynamiske målet tilgjengelige plasser i løpet av året i forhold til sammenlikningsfylkene, dvs antall plasser som ble ledige (antall utskrivinger). Og det skyldes særlig lav sirkulasjon i kortidsplassene. Det sentrale er ikke hva en har, men *hvordan en bruker det en har*. Og enda mer; hvordan en har dyktiggjort seg til høy sirkulasjon, dvs hvordan en har bygget ut alternativene.

Dette kommer vi tilbake til i kap 2.7 i denne utredningen, i drøftingen av betydningen av sirkulasjon i sykehjemmenes korttidsplasser.

Vi har i annen sammenheng vist at tendensen til økt bruk av korttidsplasser de siste åra har ført til at kommuner med lav *sykehjemsdekning* unngår køer til sykehjemmene gjennom å øke andelen korttidssenger.

2.5.2 Andel plasser i institusjon avsatt til rehabilitering/habilitering

Plasser avsatt til rehabilitering/habiltering er del av kortidsplassene i institusjon.

Det har i de seinere år vært satt betydelig fokus på rehabilitering og habilitering også av eldre særlig etter sykehusopphold. Men antall plasser avsatt til slik virksomhet er likevel relativt beskjeden. Det må bety at den typen aktiviteter inntar en tilsvarende liten plass i den samlete aktiviteten.

Tabell 2.8 *Andel plasser i institusjon avsatt til rehabilitering/ habilitering 2001, 2006, 2007 og 2009 samt endringer (E) 2004-2010. Prosent og prosentpoeng.*

	2004	2006	2007	2010	E 2004-10 pst-poeng
Oslo	3,2	3,3	4,1	2,3	- 0,9
Bergen	3,2	4,6	5,5	4,6	+ 1.4
Trondheim	0,9	4,5	5,3	5,1	+ 4.2
Hele landet	3,8	4,6	5,1	5,3	+ 1,5

Kilde: Kostra. Pleie og omsorg, nivå 2 (detaljerte nøkkeltall), SSB 2011. Vi har her sløyfet oppgaver for 2009 da data for noen byers vedkommende i enkeltår synes usikre.

Før 2007

I 2006 var på landsbasis 4,6 pst av institusjonsplassene avsatt til rehabilitering eller habilitering. I Oslo gjaldt det 3,3 pst av plassene.

Etter 2006

På landsbasis har det i de siste 4 åra vært en andelsmessig svak vekst i slike plasser i de siste fire åra. Mens Bergen og Trondheim plasserte seg rundt landsgjennomsnittet i 2010, var andelen plasser avsatt til rehabilitering/habilitering, vesentlig lavere i Oslo, idet det gjaldt bare 2,3 pst av plassene. Andelen slike plasser i Oslo ble faktisk redusert fra 2004 til 2010, jfr tabell 2.8, og utgjorde da andelmessig under halvparten av slike plasser på landsbasis. Samtidig har vi vist at veksten i kortidsplasser har vært svak i Oslo i de seinere åra, jfr tabell 2.7.

I Oslo var 2,3 pst av plassene avsatt til slik bruk i 2010, mens andelen kottidsplasser var 13,3 pst, jfr tabell 2.7. Det betyr at hver 6. kortidsplass var viet rehabilitering/habilitering i Oslo, mot hver 3. plass på landsbasis.

Og vi har beregnet at mens situasjonen i Oslo i 2004 var slik at andelen plasser til rehabiltering/habilitering lå 16 pst under landsgjennomsnittet, lå den i 2010 57 pst under dette snittet.

2.6 Legeårsverk og fysioterapiårsverk i institusjon

Sammenfatning kap 2.6: Lege- og fysioterapiårsverk i institusjon 2003-2010

Oslo kommune	Status		Endring 2003-2010		Relativt til Riket, pst	
Antall årsverk år 1000 plass i:	**2003**	**2010**	**Årsverk**	**Pst**	**2003**	**2010**
Legetjeneste i institusjon	5	**12**	+ 7,9	**+ 176**	- 26	**+ 27**
Fysioterapi i institusjon	12	**16**	+ 3,5	**+ 29**	+ 41	**+ 74**

Legeårsverk. Det har i mange år vært betydelig fokus på mangelfulle legetjenester til eldre i sykehjem. Helse og omsorgsdepartementet har ment at det har vært behov for å øke innsatsen av legeårsverk til 10,5 årsverk per plass i institusjon. Oslo økte legeårsverk pr plass i institusjon betydelig, fra 5 slike årsverk 2003 til 12 årsverk pr 1000 plasser i 2010, da noe over den nevnte statlige målsettingen.

Fysioterapiårsverk. I Oslo ble det i 2010 utført 15,5 årsverk i fysioterapi pr 100 plasser i institusjon, mot 8,9 årsverk på landsbasis. Den økte innsats i hovedstaden er også her betydelig og vesentlig over landsnivået.

De 138 lege- og fysioterapiårsverkene i institusjon i Oslo utgjorde imidlertid bare 1,3 pst av den samlete årsverksinnsatsen i pleie- og omsorgtjenesten i Oslo i 2010.

Det har i mange år vært et betydelig fokus på mangelfull legedekning for eldre som befinner seg i institusjon. Dette har vært tatt opp i flere og ulike sammenhenger. I St meld nr 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer,* ønsker regjering i samarbeid med KS å legge til rette for en nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem (op cit s 18).

Vi har tidligere vist (Brevik 2010a) at fra 2002 til 2007 økte *legeårsverkene i institusjoner for eldre og funksjonshemmede* fra 257 til 320 årsverk, eller med 25 prosent. Dette er relativt lite når en tar i betrakting hvor svak legeinnsatsen i eldreinstitusjoner jevnlig har vært de 20 siste åra (Brevik 2007b). I 2010 var antall slike årsverk 404 på landsbasis. På åtte år økte således denne innsatsen med 57 pst. Det er et betydelig løft.

I alt var det på landsbasis i 2007 670 årsverk til lege- og fysioterapitjeneste direkte knyttet til institusjoner for eldre og funksjonshemmede (Brevik 2010a) og i 2010 samlet 771 slike årsverk knyttet til 41.300 enheter (Kostra 2011, nivå 3).

Vi skal nå vise hvordan denne innsatsen fordeler seg i forhold til antall beboere på årsbasis. Vi begynner med legetjenester i institusjon. I tråd med forrige rapport starter vi her tidsserien i året 2003.

2.6.1 Legeårsverk i institusjon

Før 2007

På landsbasis ble det i 2006 utført 7 *legeårsverk* pr 1000 plasser i institusjon. Helse- og omsorgsdepartementet har imidlertid ment at det er behov for å øke innsatsen av legeårsverk med minst 50 pst på landsbasis fram til 2010 (op cit, s 18). I forhold til dekningen i 2006, innebærer det 10.5 årsverk pr 1000 plasser i 2010.

I Oslo ble det i 2006 utført 6 *legeårsverk* pr 1000 plasser i institusjon. Til sammenlikning ble det i Bergen nedlagt 10 årsverk og i Trondheim 7 pr 1000 plasser samme år. Situasjonen her og på landsbasis var bedre på tross av Oslos allmenne høye tilgang på leger.

Etter 2006

I Oslo var det i årene 2007-2010 en sterk vekst i legeårsverk i sykehjem og i 2010 var det 12,4 slike årsverk pr 1000 plass. Det er noe over den normen som Helse- og omsorgsdepartementet tidligere har anført som minstenorm for 2010.

Tabell 2.9 *Antall legeårsverk pr 1000 plasser i institusjon. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. 2003, 2006, 2007, 2009 og 2010 samt endring (E) i årsverk 2003-2010. Antall årsverk pr 1000 plasser i institusjon*).*

	2003	2006	2007	2009	2010	E årsverk 2003-2010
Oslo	4,5	6,0	7,7	11,7	12,4	+ 7,9
Bergen	6,7	10,0	10,6	12,6	12,9	+ 6,2
Trondheim	6,2	7,1	7,7	10,2	9,7	+ 4,0
Hele landet	6,1	7,0	-	-	9,8	+ 3,7

Kilde: Kostra. Pleie og omsorg.*) Beregnet ved NIBR på grunnlag av data fra Kostra nivå 3, SSB, 15.6. 2011og oppgaver over antall plasser i institusjon, jfr tabell 2.1 foran.

Veksten i antall legeårsverk i eldreinstitusjoner har vært svært stor i Oslo i årene 2003-2010, idet antall årsverk pr plass nesten 3-doblet seg over relativt kort tid. Bergen hadde likevel den beste dekningen av disse tre byene i 2010 med 12,9 årsverk pr 1000 plasser i institusjon. Trondheim lå noe lavere, mens landsgjennomsnittet var 9,8 legeårsverk pr 1000 plasser i institusjon.

På landsbasis har en ikke nådd målsettingen om 10,5 legeårsverk pr 1000 plasser i institusjon i 2010. I Oslo og Bergen har en imidlertid nådd målet og vel så det. I forhold til ordinære mindre kommuner har dette sannsynligvis noe å gjøre med en generelt større legetetthet i disse to byene.

Og mens Oslo hadde en dekning av legeårsverk i institusjon som lå 26 pst under landsgjennomsnittet i 2003, lå dekning i 2010 27 pst overlandsgjennomsnittet. Av de kvantifiserbare kvalitative egenskapene ved institusjonene som vi har behandlet i dette kapitlet, er denne sammen med fysioterapitjenesten (se neste avsnitt) de eneste hvor Oslo har utviklet seg positivt de siste 6-7 åra sammenliknet med gjennomsnittet for landet.

2.6.2 Fysioterapiårsverk i institusjon

Før 2007

Gjennom avtalte årsverk i fysioterapi ble det i 2006 nedlagt 8 årsverk pr 1000 institusjonsplass i slik virksomhet. I Oslo tilsvarte innsatsen 9 årsverk. Mens den utgjorde 10 årsverk i Trondheim[21], var det i Bergen bare nedlagt 5 avtale årsverk pr 1000 plass institusjon (jfr Brevik 2007, figur 3.5).

[21] Den store økningen i Trondheim på så vidt kort tid som tre år, må sannsynligvis i noen grad tilskrives sjølve statistikkføringen. Det har vi imidlertid ikke ressurser til å undersøke nærmere. Det gjelder for øvrig også enkelte punkter i avsnitten 2.3.-2.5 i dette kapitlet, hvor variasjonene fra ett år til et annet kan synes noe store.

Tabell 2.10 *Antall fysioterapiårsverk pr 1000 plasser i institusjon. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet. 2003, 2006, 2007 og 2009 samt endring (E) i årsverk 2003-2010. Antall årsverk.*

	2003	2006	2007	2009	2010	E årsverk 2003-2010
Oslo	12,0	9,1	13.1	13,8	15,5	+ 3,5
Bergen	5,2	5,3	5,7	10,3	9,0	+ 3,8
Trondheim	2,5	(9,9)	(3,0)	4,9	8,5	+ 6,0
Hele landet	8,5	8,1	-	-	8,9	+ 0,4

Kilde: Kostra. Pleie og omsorg. Beregnet på grunnlag av Grunnlagsdata, Kostra nivå 3, SSB 2011, og antall plasser i institusjon i følge tabell 2.1 i dette kapitlet.

Etter 2006

På landsbasis har det vært liten eller ingen vekst i årsverksinnsatsen i fysioterapi i institusjon etter 2006. Dette til tross for at pleietyngden blant beboerne antakelig har økt, slik det gjenspeiler seg i økt samlet årsverksinnsats pr plass (Brevik 2010a, kap 5.9)

I de tre store byene har det imidlertid funnet sted en til dels sterk vekst i innsatsen i fysioterapi i institusjon, særlig i Trondheim, men også i Oslo og Bergen.

I Oslo ble det i 2010 utført 15,5 årsverk i fysioterapi pr 1000 plass i institusjon, mot 8,9 årsverk på landsbasis. Mens Bergen og Trondheim plasserer seg rundt lands-gjennomsnittet i 2010,- jfr tabell 2.10, lå Oslo vesentlig høyere.

Og mens innsatsen i Oslo lå på 41 pst av landsgjennomsnittet i 2003, lå hovedstadens innsats på dette feltet på 74 pst over dette gjennomsnittet i 2010. Sammen med inn-satsen i legetjenesten i eldreinstitusjoner har disse to tjenestene økt radikalt i de sein-ere åra i hovedstaden og begge hadde et nivå vesentlig over Riket i året 2010.

Men i en samlet ressurssammenheng betyr dette nivået svært lite da de i sum 138 åreverkene som ble benyttet i de to nevnte tjenestene i 2010 utgjorde 1,3 pst av den samlete årsverksinnsatsen i pleie- og omsorgtjenesten i Oslo i 2010.

2.7 Om tilgjengelighet til sykehjem – betydningen av sirkulasjon i sykehjemssengene

2.7.1 Intensjoner om fokus på innretning av omsorgtjenestene og betydningen av tilgjengelighet til sykehjem

Ved planleggingen av dette prosjektet og i sjølve prosjektforslaget var det lagt betydelig vekt på et utdypet fokus på innretningen av omsorgstjenestene i hovedstaden med vekt på tilgjengelig til sykehjem. Vi viste her til at oppbyggingen, framstillingen og analysene i den forrige rapporten var rettet inn mot å belyse egenskaper ved og sammenhenger mellom de tre hovedleddene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: institusjonene, de kommunale boligene og de heimebaserte tjenestene.
I vår analyse den gangen (Brevik 2007d, kap 8.8) pekte vi på at Oslo synes å legge til grunn en policy for bruken av heimebaserte tjenester og boliger som til dels synes å være forskjellig fra den i majoriteten av norske kommuner. De heimebaserte tjenestene synes innrettet slik at de ikke i tilstrekkelig grad kan utsette eller unngå innleggelse i sykehjem og bidrar ikke på en god måte til den nasjonale målsettingen om at enhver skal gis anledning til å bo hjemme så lenge som mulig. Til det kom at de heimebaserte tjenesten i Oslo har vært bygget ned og det var blitt færre brukere, noe som har ført til lavere tilgjengelighet. Oslo syntes langt på vei å mangle sammenheng i sine pleie- og omsorgstjenester.

Og vi pekte på at ved en mer omfattende og bredere profilert bruk av de alternative tjenestene, ville en sannsynligvis kunnet ha *utsatt* tidspunktet for institusjonalisering for mange eldre og dermed skåret ned på oppholdstida der og slik bidratt til økt sykehjemskapasitet.

I prosjektforslaget anførte vi at det ved analysen av utviklingen i årene etter 2006 bør legges vekt på å dokumentere eventuelt *endret innretning* av pleie- og omsorgstjenestene med særlig vekt på fordeling av ressursbruk mellom institusjon og åpen omsorg, dvs i endret bruk av heimebaserte tjenester og kommunale boliger. Og vi signaliserte at vi særskilt ville ta for oss resultater av analyser av tilgjengeligheten til sykehjem ut fra gjennomstrømningen i Oslos institusjonsplasser slik dette allerede er analysert (Otterstad og Tønseth 2009). Og vi la opp til å dreie fokuset bort fra det *statiske* og misvisende målet som antall sykehjemsplasser pr eldre 80 år + utgjør. I stedet vill vi rette oppmerksomheten mot et *dynamisk* og reelt mål, dvs faktisk tilgjengelighet, det vil si det antall plasser som til enhver tid (eller i løpet av året) faktisk er tilgjengelig for eldrebefolkningen. Dette ønsket vi både å drøfte og analysere.

Dette har det imidlertid så langt blitt lite av, bl. a. fordi det ikke har vært kapasitet i SSB til å levere nyere data om sirkulasjon i sykehjem (liggetid) er vi i denne omgangen henvist til å repeter noen empiriske funn i forrige rapport Brevik 2007d, kap 3.8) samt å gjengi resultater fra en annen studie av tilgjengelighet i sykehjem fra

samme forfattere (Otterstad og Tønseth). I tillegg vil vi innlednings- og avslutningsvis anføre noen generelle betraktninger og resonnementer knyttet til den betydningen av sirkulasjon har for tilgjengelighet til sykehjem og utbyggingen av de alternative tjenestene som forutsetning for dette. I bearbeidelsen av dette arbeidsnotat til NIBR-rapport vil vi imidlertid seinere søke å bygge ut dette avsnittet om tilgjengelighet i sykehjem. *Dette avsnittet har således status som uferdig.*

2.7.2 Økt tilgjengelighet til sykehjem, økt sirkulasjon og satsing på alternative tjenester som forutsetning

Noen historiske trekk

I perioden med den sterke utbyggingstakten i 1970-åra, var det ofte relativt romslig tilgang til sykehjemsplass. En flyttet forholdsvis tidlig inn i forhold til grad av pleiebehov og kunne bli boende nokså lenge. I denne perioden - med stor tro på institusjonsløsningen - var en også tilbøyelig til å bygge mer enn hva en i øyeblikket trengte. Og når en bygget nye institusjoner i stort omfang, bygget en også for framtida. Men plassene måtte som regel fylles opp, og da også av personer som var forholdsvis spreke og kunne ha klart seg med hjemmetjenester og/eller i tilrettelagte boliger.

Institusjonsomsorgen tilpasset seg samtidig til en vis grad knappere resurstilgang ut over i 1980-åra ved bruk av korttids- og dagopphold. Og når terskelen for å komme inn i sykehjem ble høyere - og en gjerne flyttet inn seinere og dermed ble boende i kortere tid – måtte dette bidra til at gjennomstrømmingen økte og at relativt flere fikk sykehjemsplass i forhold til antall plasser sammenliknet med tidligere.

Vår hypotese er at utviklingen har ført til at eldre etter hvert har flyttet seinere inn i sykehjem og blitt der i kortere tid. Og vår hypotese er videre at etter hvert har terskelen blitt høyere fordi en gradvis bedret omfanget i alternative tilbud og fordi færre institusjonsplasser (absolutt og relativt) ble fordelt mer selektivt til dem som hadde størst behov. Botida ville da gjerne måtte bli tilsvarende kortere. Konsekvensen var at det ble gitt et tilbud til relativt flere personer per plass enn tidligere.

Hypotesen understøttes av det forhold at drift av sykehjem og deres rolle i omsorgskjeden har mao blitt nokså radikalt endret over tid. Institusjonsvolumet er blitt noe redusert (med 5.400 enheter i perioden 1989-2009, eller med 12 pst) *"men andelen eldre som i løpet av et år - eller for den sakens skyld i løpet av livet - får et tilbud fra institusjonene er ikke blitt tilsvarende mye mindre. Ja det kan snarere ha blitt større, men altså i form av kortere opphold"* (Daatland 1997, s. 47).

Tid med funksjonstap og pleiebehov er den avgjørende størrelsen i pleie og omsorg

Den avgjørende størrelsen i all pleie- og omsorgssammenheng er lengden på den/de perioder med omfattende funksjonstap som en gitt eldrebefolkning går gjennom før død. Hvis omfanget og lengden av perioden med funksjonstap og pleiebehov som fordrer hjelp på sykehjemsnivå samt at innretningen av sjølve sykehjemsdriften, er

konstant i en gitt eldrebefolkning i et gitt tidsrom, vil variasjon i det faktiske omfanget i bruk av sykehjem være betinget av hvor stor del av denne perioden en kan få hjelp og pleie i alternative kommunale tilbud og privat i egen heim. De alternative tilbudenes betydning er ikke at de i siste instans overflødiggjør opphold i sykehjem (men i en del tilfeller vil alternativene også gjøre det mulig), men hvor lang tid en kan utsette eller minske (f. eks. gjennom hyppig bruk av korttidsplasser) bruken av sykehjem i forhold til en statistisk tilmålt adl-periode. *Tid med omsorg* er stikkordet.

Tilgjengelig sykehjemsplass når det faglig sett er ansett som nødvendig
Institusjons- og sykehjemsdekningen har kontinuerlig gått ned i Norge de 20 siste åra. Fokuset blant rikspolitikerne har imidlertid vært på sykehjem - for få plasser, lav dekningsgrad, køer og ventelister. Og fortsatt står kravet om flere sykehjemsplasser politisk sterkt. Omsorgstjenestenes feilinnretning har imidlertid beskjeftiget få.

Det som tidligere har kjennetegnet mange norske kommuner var at de hadde lagt de fleste eggene i en korg: sykehjemmet. Og en god del kommuner har hatt ensidig fokus på sykehjem og har ikke sett at hovedproblemet er mangelfulle hjemmebaserte tjenester og få kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Det siste har blant disse vært kraftig underkjent og ofte ikke forstått. Og siden svakt utbygde alternativer samlet munner ut i umiddelbart press på sykehjemmene, ropes det 'naivt' på flere slike plasser fordi en neppe har fattet sammenhengene.

Hvis alle sykehjemsplassene er belagt når hjemmetjenestene har behov for en innleggelse, er tilgjengeligheten lik null. Det funksjonelt sentrale ved sykehjem er *tilgjengelighet* og ikke nødvendigvis antall plasser. Det til enhver tid å ha *tilgjengelige* plasser i sykehjem når det *faglig sett er nødvendig* (og slett ikke pga mangler i alternative tjenester) er den *sentrale og prekære* størrelsen i enhver eldreomsorg.

Sirkulasjonen i sykehjemmenes korttidssenger er en nøkkelstørrelse
En nøkkelstørrelse her er – slik vi seinere kommer tilbake til - *sirkulasjonen i sykehjemmenes korttidssenger*. De aller fleste som blir skrevet ut fra sykehjem (institusjon) i Norge skrevet ut fra *korttidsplasser*[22]. Det er særlig gjennomstrømningen eller utskrivingsratene i kortidssengene som avgjør tilgjengeligheten til sykehjem, mye mer enn dekningsgraden. Bruken av langtidsplassene er derimot preget av en enveisstrøm som oftest ender i død.

Kommuner med relativt gode dekningsgrad i sykehjem får kapasiteten 'spist opp' av lav sirkulasjon i kortidssengene. Dette er i liten grad egenskaper ved selve sykehjemsdrifta, men mest et *speilbilde* av mangelfulle alternativer, dvs omfang og innretning av de hjemmebaserte tjenestene og omsorgsboligene. Den lave sirkulasjonen i sykehjemssengene skyldes - noe spissformulert - at sykehjemsdørene er stengt utenfra, ikke innenfra.

[22] I en tidligere undersøkelse med data for 2005 viset at 81 prosent ble skrevet ut fra korttidssenger (Otterstad og Tønseth 2007).

Liggetid eller sirkulasjonens betydning for tilgjengelighet– et eksempel
Innledningsvis vil vi vise til et eksempel som demonstrerer sirkulasjonens betydning for tilgjengelighet. Vi tar utgangspunkt i to *tenkte* kommuner, a og b, begge med stabilt 150 personer 80 år+ og med 30 sykehjemsplasser (dekningsgrad 20 plasser pr 100 80 år+).

Når en disponerer et gitt antall plasser, er det bare gjennomstrømningen som regulerer tilgjengeligheten for den enkelte bosatte eldre. Hvis gjennomsnittlig oppholdstid i kommune a's langtidsplasser i sykehjem f. eks er 3 år, vil faktisk antall tilgjengelige slike plasser være 10 pr år. I kommune b er imidlertid denne oppholdstiden til 2 år, og 15 plasser vil være tilgjengelige pr år, mens dekningsgraden målt ved *statisk* antall plasser vil være den samme i begge kommunene.

Med fortsatt oppholdstid på 3 år i kommune a, må en her øke antall plasser fra 30 til 45 for å ha den samme tilgjengelighet som i kommune b. Dette demonstrerer gjennomstrømningen eller sirkulasjonene, og ikke bare plassantallets betydning for faktisk tilgjengelighet.

Hvis vi observerer at antall plasser - målt enten ved dekningsgrad (alle plasser pr 100 80 år+) eller aldersspesifikke plassrater (plasser besatt med f. eks personer 80 år+ pr alle 80 år+) avtar over tid, men at oppholdstiden samtidig avtar like mye eller mer, betyr det at *den faktiske tilgjengeligheten kan øke* på tross av fallende plassrater.

Hvis oppholdstida i langtidsplassene ved norske sykehjem teoretisk f. eks er blitt reduser fra 3 år til 2 år (eksempelvis de 30 siste åra), betyr det at tilgjengeligheten er økt med omlag 50 pst på samme antall plasser. Hvis det er slik, vil plassrater framstå som et *statisk og villedende* mål, mens faktisk tilgjengelighet er et *dynamisk* mål som vil reflektere hva som foregår i plassene, d.v.s. tar inn over seg *drift*.

2.7.3 Bruk av kortidsplasser og økt tilgjengelighet i sykehjem – noen empiriske resultater

Slik vi tidligere har vist (Brevik 2010a, 2010b), har institusjons- og sykehjemsdekningen lenge gått ned i Norge. For noen har det ført til krav om flere sykehjemsplasser. Men slik andre nå har analysert og vist i flere omganger,[23] er det flere kortidsplasser og framfor alt økt sirkulasjon pr korttidsseng som er en god strategi for å skape større tilgjengelighet i sykehjem og dermed å unngå kø til de eksisterende plassene.

[23] Vi viser her til flere artikler der en på grunnlag av Kostra-data fra SSB har analysert, gjort rede for og drøftet betydningen av bruken av korttidssenger i sykehjem og denne brukens betydning for tilgjengelighet og kapasitet i sykehjem. Her nevner vi Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007): *Sykehjemsdriften i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet?,* Aldring og eldre nr 1 2007, NOVA, Oslo 2007. Otterstad H.K. og Tønseth H. (2009): *Eldreomsorgen i krise. Hva er problemet, hvor er løsningene?,* Aldring og eldre nr 3-4 2009, NOVA, Oslo 2009.

En har konkludert analysene med at det har vært tendens til økt bruk av korttidsplasser de siste åra og at kommuner med lav *sykehjemsdekning* unngår køer til sykehjemmene gjennom å øke andelen korttidssenger og sirkulasjonen i disse. Vi gjengir her resultater fra to studier for årene 2005 og 2006 som underbyger dette:

1. Sykehjemsdrift i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet

Otterstad og Tønseth har gjennomført en studie av sirkulasjonen i institusjoner for eldre og funksjonshemmede for året 2005 basert på Kostra registerdata for alle landets kommuner. Vi omtalte noen av resultatene i vår forrige rapport (Brevik 2007d, kap 3.8).

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

En adekvat og god måte å måle tilgjengeligheten til sykehjem på er å relatere *utskrivningene* til *alle innbyggere 80 år+,* siden omlag 80 pst av alle med plass i institusjon er 80 år+. Tilgjengeligheten måles da ved antall utskrivinger pr institusjonsseng, dvs antall ledige plasser pr år pr 100 innbyggere 80 år +. Dette er i denne sammenhengen utmålt både forkottidsplasser og antall plasser i alt.

Otterstad og Tønseth viser at langtidsplassene dominerer rent plassmessig, og er den typiske endestasjon i behandlingskjeden i eldreomsorgen. I 2005 skyldtes rundt 80 prosent av utskrivingene fra dette nivået et dødsfall. Langtidsplassene er preget av en enveisstrøm som ender med døden, og disse pasientene har i gjennomsnitt ca. to års oppholdstid.

Pasienter som kommer *inn* på korttidsplass, kommer i hovedsak fra den kommunale hjemmesykepleien eller fra sykehus. I Norge var kun 7,5 prosent av *utskrivingene* i korttidsplassene forårsaket av dødsfall i 2005.

De fleste utskrivingene var til vanlig bolig eller kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, mens 10-15 prosent var overflyttinger til langtidsplass. En liten pasientstrøm gikk til sykehus. Hovedstrømmen ut fra korttidsplassene går til vanlige boliger med hjemmebaserte tjenester (Otterstad og Tønseth 2007).

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

De viser at tilgjengeligheten til sykehjem avgjøres i noen grad av dekningsgraden, men fram for alt av antall utskrivninger pr seng pr år, eller pasientsirkulasjonen. Og det siste bestemmes stort sett av utskrivingsratene fra kortidssengene.

Otterstad og Tønseth finner at "*Jo høyere utskrivingsrate fra korttidsplasser, desto større er den samlede pasientsirkulasjonen"* Deres konklusjon er at det er bruken av korttidsseng-

ene som forklarer en betydelig del av tilgangen til sykehjemsplasser, og mer enn hva dekningsgraden gjør (Otterstad og Tønseth 2007, s 14).

Og generelt er det slik at kommuner med høy andel korttidssenger i sykehjem, har bedre tilgjengelighet til sykehjem enn kommuner med lav andel korttidsplasser, sjøl om den samlete dekningsgraden er lavere. Og kommunene med lav samlet dekningsgrad, men med høyt innslag av korttidsplasser, har de høyeste utskrivningsratene og dermed den beste tilgjengeligheten. Det at kommuner med lav dekningsgrad kommer best ut er paradoksalt siden dekningsgrad i alle år har vært holdt fram som det sentrale målet for sykehjemsutbyggingen.

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

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

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

2. Eldreomsorgen i krise. Hva er problemet, hvor er løsningene?

I en undersøkelse av institusjonsstruktur og sirkulasjon i institusjoner som ble gjennomført på grunnlag [24] av data for 2006 fra kommunene i 10 fylker på Sørøstlandet fant en stor variasjon i tilgjengeligheten til sykehjem.

En av hovedproblemstillingene var om det er dekningen (antall plasser pr 100 innb 80 år+) eller driften som var det mest avgjørende for tilgjengeligheten.

En la videre til grunn om sirkulasjon og tilgjengelighet er av sentral betydning. *"Disse parametrene henger nøye sammen og gir et direkte og kvantitativt svar på hvor mange ledige plasser som kan tilbys. Målt som antall utskrivninger per institusjonsseng per år i forhold til eldrebefolkningen, her definert som antall ledige plasser per 100 innbyggere 80 år og eldre i løpet av ett år"* (Otterstad og Tønseth 2009, s. 56).

Først gjør en imidlertid rede for gjennomsnittlig antall behandlede pasienter pr. seng i løpet av et år (sirkulasjonsfaktorene). I disse fylkene ble det i gjennomsnitt behandlet 3.5 pasienter pr seng i *sykehjem. De understreker at "Oslo skiller seg ut med en lav samlet sir-*

[24] Vi viser her til artikkelen *Eldreomsorgen i krise. Hva er problemet, hvor er løsningene?*, Aldring og livsløp, nr 3-4, Oslo 2009.

kulasjon på kun 2,5 innleggelser per institusjonsseng per år, som er hele 26 prosent lavere enn gjennomsnittet for de ti fylkene"(op cit s. 58), eller aller lavest.

Tilgjengelighet pr innbygger 80 år+

I gjennomsnitt var 41 nye tilgjengelige plasser per 1000 innb. 80 år+ i disse 10 fylkene i 2006. Variasjonen mellom dem var imidlertid til dels svært stor. De tre fylkene med størst tilgjengelighet kunne tilby 46 til 54 nye eller ledige plasser per 100 innb 80 år+. De tre fylkene med lavest tilgjengelighet kunne tilby 31 til 36 plasser pr 100 innb 80 år+ (jfr Otterstad og Tønsth 2009, tabell 3). Oslo, som lå lavest med 31 tilgjengelige plasser pr 100 innb 80 år+, hadde en tilgjengelighet på 24 pst under gjennomsnittet og 43 pst under tilgjengeligheten i Buskerud-kommunene.

Her anføres til slutt forklaringen på hvorfor Oslo i så lang tid har fått dårlig omtale: *"Løsningen er ikke flere institusjonssenger, men en mer effektiv struktur og drift av institusjonene og en styrking av tilbudet av hjemmebaserte tjenester og tilpassede boliger som gjør det mulig for gamle å bo lenger utenfor institusjon enn de gjør i dag"* (Otterstad og Tønseth 2009, s. 59).

Disse forskjellene har således igjen betydelig sammenheng med grad av utbygging av de heimebaserte tjenestene. Nær 80 pst av plassene i disse fylkene ble i gjennomsnitt ledige ved utskriving til lavere nivå, dvs til de heimebaserte tjenestene, mens resten ble ledig pga død. Og det er fylkene med lavest tilgjengelighet til institusjonsplasser som nettopp har laveste utskriving til heimebaserte tjenester, mens fylker med høyeste tilgjengelighet samtidig har høyeste andel utskrevet til heimebasert omsorg.

Her demonstreres etter vår vurdering vårt poeng om den betydningen kapasitet og innretning i de heimebaserte tjenestene har for tilgjengeligheten til sykehjem.

2.7.4 Satsing på alternative tjenester til sykehjem

Mange kommuner har imidlertid etter hvert bevisst vridd den sterkt voksende bruken av ressurser i pleie- og omsorgssektoren over i alternative tjenester som f. eks. omsorgsboliger og mer intensiv bruk av hjemmebaserte tjenester. De har mao sett disse sammenhengene og bygd ut de alternative tjenestene også somt en forutsetning for å øke sirkulasjonen i kortidssengene og å forkorte oppholdene i langtidssengene.

En god del kommuner har innsett at hovedproblemet i eldreomsorg er ikke dekningsgrad i sykehjem, men har særlig å gjøre med følgende forhold:

- svak utbygd hjemmebaserte tjenester
- få omsorgsboliger, særlig med heldøgns pleie- og omsorg
- lav tilgjengelighet til sykehjem

Der betydelig grupper tidligere fikk plass i sykehjem, får personer med vesentlige funksjonstap nå hjelp ved bruk av kommunale boliger og en mer intensiv hjemmetjeneste, Tidligere måtte kommunene ty til sykehjemmet fordi alternativene var lite utviklet. Tilgjengelighet til sykehjem har fundamental sammenheng med *innretningen av de alternative tilbudene.*

Det sentrale svaret ligger i en utforming og dimensjonering av omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester som er slik innrettet at de samvirker med sykehjemmene. En god del kommuner har etter hvert utviklet et bredt register av tjenester og innrettet dem i form av en omsorgstrapp med mange trinn tilpasset mangfoldet i eldres behov. De heimebaserte tjenestene har evnet å muliggjøre hyppigere utskrivinger fra sykehjemmenes korttidssenger. De ulike elementene i omsorgslaget er utviklet til en drift som er slik at de gjør 'hverandre gode'.

Denne satsingen på alternative tjenester har således hatt en dobbel funksjon. Først fordi *innretning* mot boliggjøring og hjemliggjøring har gir bedre og mer kostnadseffektive tjenester som generelt avlaster institusjonene. Dernest gir alternative innretning økt sirkulasjonen i korttidssengene og gir slik sett sykehjemmet tilgjengelig for flere.

Svakt utviklete alternativ til sykehjem gir et tilsvarende svakere hjelpetilbud til heimeboende eldre og et tilsvarende svakt bidrag til eldres levekår som skrøpelig. Det siste er et sjølstendig poeng. Men av det følger også et annet poeng: Dette fører i sin tur til blokkering av sykehjemskapasitet, siden sirkulasjonen i korttidssengene vanskeliggjøres, samtidig som for mange 'for tidlig' må plasseres i sykehjem pga manglende kapasitet i kommunale boliger med god tilgang på omsorg og færre ressurser og for liten intensiv innretning av de heimebaserte tjenestene. *Døra til sykehjemmet stenges utenfra, ikke innenfra* fordi en har:

- for få kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, særlig med heldøgns pleie- og omsorg
- for lite omfang og mangelfull intensitet og innretning (bruk av hjemmesykepleie) i de heimebaserte tjenestene

Den lave sirkulasjonen i sykehjemssengene i en god del kommuner antakelig lite med sykehjemsdrift å gjøre, men er mest et *speilbilde* av mangelfulle alternativer.

Etter vår vurdering er det grunnlag for å hevde at hovedforutsetningen for økt sirkulasjon i sykehjemssengene nettopp er mer omfattende og intensiv bruk av heimebaserte tjenester og et større innslag av kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg. Økt sirkulasjon i kortidssengene blir ikke til av seg sjøl og er antakelig i liten grad sprunget ut av egenskaper ved sjølve sykehjemsdrifta. Det er innretningen av de *alternative* tjenestene og pleie- og omsorgsforholdene i eldres egne heimer og boliger som utgjør den sentrale dimensjonen.

Vår hypotese er at *faktisk tilgjengelighet* til sykehjem i mange kommuner har tiltatt de seinere åra på tross av fallende plassrater eller dekningsgrad. Dette fordi oppholdstida mest sannsynlig er redusert. Det sannsynliggjøres nettopp av at den omfattende satsingen på alternative tilbud, har satt ned den samla bruk av institusjon sett i forhold til hjelpebehov, særlig ved å forkorte tid med opphold i sykehjem, men også ved å overflødiggjøre plassering i sykehjem overhodet.

3 Om heimebaserte tjenester

Slik vi nevnte innledningsvis i kap 1, var rapporteringen fra prosjektet planlagt med 2009 som sluttpunkt. Det følger vi her. Resultatene i kap 2 og 4 føres imidlertid fram til 2010.

I forrige rapport (Brevik 2007d/NIBR-rapport 2007:15, kap 5) gjorde vi rede for ulike kjennetegn ved bruk og brukere av heimebaserte tjenester, andel eldre med slike tjenester (tilgjengelighet)etter alder, bruken av ulike slike tjenester etter alder med vekt på bruk av hjemmesykepleie versus hjemmehjelp og hvordan denne sammensetningen har utviklet seg over tid samt omfanget i bruk etter kjennetegn ved brukerne målt i timer hjelp pr uke (intensitet). Vi sammenlikner data for Oslo med tilsvarende for hele landet samtidig som vi ofte sammenlikner med tilsvarende data for Bergen og Trondheim.

Framstillingen i dette kapitlet tar i hovedsak opp de samme forhold som i forrige rapport, bortsett fra antall besøk i hjemmesykepleien. Og vi knytter an til siste rapportering ved også her å gjengi resultater for perioden 2001-2006 samtidig som vi gjør rede for endringer i årene 2007 til 2009.

Sammenfatning kap 3.1 -3.3: antall brukere av og tilgjengelighet til heimebaserte tjenester for eldre 67 år+ i Oslo 2001-2009

Antall brukere av heimebaserte tjenester i Oslo og Riket *)	Status		Endring 2001- 2009	
	2001	2009	Absolutte tall	Prosentvis
Antall brukere 67-79 år Oslo	4.948	3.061	- 1.187	- 38
Antall brukere 67-79 år Riket	43.931	32.925	- 11.006	- 25
Antall brukere 80 år+ Oslo	8.946	7.615	- 1.331	-15
Antall brukere 80 år+ Riket	77.450	75.526	+ 76	0

*)Datagrunnlag i hovedteksten, avsnitt 3.1, tabell 3.1 og tabell 3.1v

Tilgjengelighet til de heimebaserte tjenestene	Status bruksrater		Endring 2001-2009		Relativt til Riket, pst	
Antall brukere pr 100 innb*):	2001	2009	Pst-poeng	Pst	2001	2009
Bruksrater 67-79 år	11,9	8,3	- 3,6	- 30	+ 10	+2
Bruksrater 80 år+	37	33	- 4	- 8	- 5	-6

*)datagrunnlag i hovedteksten, avsnitt 3.3, tabell 3.5

I årene fra 2007 til 2009 økte antall brukere av heimebaserte tjenester 67-79 år i Oslo litt mindre enn antall brukere 80 år+ gikk ned (-400), noe som medførte en svak økning i tilgjengeligheten for yngre eldre og svak reduksjon for eldre 80 år+.

I Oslo ble det *fra 2001 til 2009* under ett vel *1300 færre* brukere av heimebaserte tjenester 80 år + og nesten *1200 færre* brukere 67-79 år, til sammen 2.500 færre brukere 67 år+. Dette er relativt sett en større nedgang enn på landsbasis. Samtidig ble det færre eldre i befolkningen i perioden, slik at tilgjengeligheten ikke reduseres tilsvarende. Likevel reduseres tilgjengeligheten for brukere 67-79 år med 30 pst og for brukere 80 år+ med 8 pst i denne perioden.

I Oslo var tilgjengeligheten til heimebaserte tjenester for brukere 67-79 år i 2009 omtrent den samme som på landsbasis, mens den for eldre 80 år+ var 6 pst lavere enn på landsbasis.

I stedet for å nytte anledningen som åpner seg ved denne befolkningsreduksjonen, til å gi flere eldre heimebaserte tjenester pga reduksjon i den eldre befolkningen i Oslo, er resultatet at faktisk færre får slik hjelp både absolutt og relativt sett i 2009 enn i 2001.

3.1 Antall brukere av heimebaserte tjenester 2001-2006 og 2007- 2009

3.1.1 Utvikling i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder på landsbasis og i Oslo 2001-2006

Hele landet

Fra 2001 til 2006 ble det på *landsbasis* omlag netto 10.000 flere brukere av heimebaserte tjenester, jfr tabell 3.1. Blant *eldre* 67 år+ fant det i samme periode sted en netto reduksjon på ca 5.000 brukere. Samtidig var det et betydelig *skifte i* antall brukere 67-79 år og 80 år+, idet de sistnevnte vokste med 2.700 personer mens det var en tilbakegang med i underkant av 8.000 brukere 67-79 år +, jfr tabell 3.1.

Det var brukere under 67 år som også dominerte tilveksten i denne femårs-perioden - slik de har gjort de 20 siste åra (Brevik 2010:2) – idet det ble vel 15.000 flere slike brukere av heimebaserte tjenester på landsbasis.

Antallet brukere av heimebaserte tjenester i alt økte på landsbasis med 6 pst fra 2001 til 2006. Mens antall brukere under 67 år økte med 38 pst, økte antallet brukere 80 år+ økte med 4 pst. Antallet brukere 67-79 år ble imidlertid redusert med 18 pst i samme periode, jfr tabell 3.1.

I tillegg til den svært sterke veksten i antall yngre brukere fant det sted en sterk reduksjon i bruken blant yngre eldre (67-79 år) samtidig som veksten blant de eldste var svært moderat. Utviklingen i de umiddelbare åra etter *Handlingsplan for eldreomsorgen* forsterker den forlengst påbegynte endra innretningen i de kommunale pleie og omsorgstjenestene.

Endring i antall brukere i Oslo 2001-2006

Oslo hadde også en sterk vekst i antallet brukere under 67 år i samme periode med ca 1.500 brukere, eller tilsvarende 50 pst på fem år. Antallet eldre brukere reduseres fra 2001 til 2006 idet det ble ca 1.500 færre brukere 67-79 år og ca 800 færre bruker 80 år +, eller respektive 31 pst og 9 pst færre brukere av heimebaserte tjenester blant de to grupperingene av eldre i Oslo.

Tabell 3.1 *Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2001-2006 og endring i antall brukere 2007-2009*). Endring i absolutte tall og i prosent.*

	E 2001-06	E 2007-09	E 2001-06 Prosent	E 2007-09 Prosent
Under 67 år				
Oslo	1481	1078	50	24
Bergen	544	153	27	6
Trondheim	510	382	62	30
Hele landet	15251	10900	38	20
67-79 år				
Oslo	-1540	317	-31	12
Bergen	- 394	-69	-18	-4
Trondheim	44	97	5	14
Hele landet	- 7892	1549	-18	5
80 år+				
Oslo	- 789	- 394	- 9	-5
Bergen	333	187	9	5
Trondheim	354	-52	21	-3
Hele landet	2728	16	4	0
Alle				
Oslo	-848	1001	-5	7
Bergen	424	226	5	3
Trondheim	908	427	26	11
Hele landet	10057	12465	6	8

*) Datagrunnlaget for denne tabellen går mer utførlig fram av tabell 3.1v i Vedlegg I.

Det er en reduksjon som er større enn det som kan tilskrives reduksjonen av entall eldre i disse to aldersgrupperingene i samme periode, jfr tabell 3.2v. Det kommer vi tilbake til i kap 3.3.

I følge SSBs oppgaver ble antallet brukere 67 år+ av heimebaserte tjenester i Oslo redusert med 2.329 personer, jfr tabell 3.1v, fra 13.894 i 2001 til 11.665 i 2006, eller med 17 pst på 5 år.

Sjøl om antallet yngre brukere økte betraktelig i perioden, var reduksjonen i antall eldre brukere så vidt stor at samlet antall brukere av heimebaserte tjenester i Oslo ble *redusert* med 5 pst fra 2001 til 2006 Til sammenlikning *økte* antallet brukere på lands-basis med 6 pst i samme tidsrom, jfr tabell 3.1.

3.1.2 Antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder på landsbasis og i Oslo, Bergen og Trondheim 2007-2009

Hele landet

Veksten i antall brukere av heimebaserte tjenester på landsbasis i åra 2007-2009 var radikalt større enn i de 5 åra forut (12.500 på 2 år versus 10.000 på 5 år, jfr tabell 3.1) Av en tilvekst på ca 12.500 brukere, jfr tabell 3.1 kom 87 pst blant brukere under 67 år. Resten av tilveksten gjaldt brukere 67-79 år. Det var ingen endring i antall brukere 80 år+ på landsbasis fra 2007 til 2009. Yngre eldre brukere økte imidlertid nå med 5 pst, i kontrast til årene 2001-2006, hvor brukere i denne aldersgruppa ble redusert med 18 pst, jfr tabell 3.1.

Denne spesifikke tilveksten kan nok til en viss grad skyldes at tidligere yngre brukere (under 67 år) etter hvert kommer inn i og registreres i brukergruppen 67-79 år. Således kan vi forvente ytterligere vekst av yngre eldre som bruker i åra framover, men med den forskjell at de er vesentlig mer hjelpetrengende enn bruker 67-79 år tidligere var.

Oslo

I Oslo faller mer en hele nettotilveksten (1001 brukere) i antall brukere fra 2007 til 2009 på personer under 67 år, jfr tabell 3.1. Den sterke tilveksten i antall yngre brukere fra årene 2001-2006 følges opp også i Oslo, der antallet slike brukere nå øker med 24 pst på 2 år.

Blant brukere 67 år+ i Oslo finner det sted en ørliten reduksjon. Samtidig liknes imidlertid en 12 prosents økning blant brukere 67-79 år ut ved en omtrent tilsvarende antallmessig reduksjon av brukere 80 år+ i Oslo, jfr tabell 3.1. Vi observerer mao de samme utviklingstendensene i Oslo som i landet forøvrig, særlig ved stagnasjon eller reduksjon i antall brukere 80 år+. Hvorvidt dette representerer en reduksjon i *tilgjengeligheten*, kommer vi tilbake til i presentasjonen av de endringer i de aldersspesifikke bruksratene over tid, jfr tabell 3.2.

En betydelig reduksjon antall eldre brukere av heimebaserte tjenester i åra 2001 til 2006 etterfølges av stagnasjon i de påfølgende åra. Etter 2001 er det er kun brukere under 67 år som har vokst i antall i Oslo.

Sammenlikning med Bergen og Trondheim 2001-2009

I Bergen var det imidlertid i hele perioden 2001-2009 en vekst i brukere av heimebaserte tjenester 80 år+. På den andre siden har det her vært en reduksjon av brukere 67-79 år i samme tidsrom, jfr tabell 3.1, slik at antallet brukere 67 år+ i alt har vært nokså konstant i dette tidsrommet.

I tillegg til en svært sterk vekst i yngre brukere i Trondheim, økte både antallet brukere 67-79 år og 80 år+ perioden 2001-2009 sett under ett.

Sammenliknet med Oslo har det imidlertid ikke vært markante forskjeller i endring av antall brukere av heimebaserte tjenester 67 år+. Oslo skiller seg imidlertid noe ut med en mindre reduksjon i antall brukere 80 år +.

I Bergen var det en betydelig, men mindre sterk tilvekst av yngre brukere i både i årene 2001-2006 og i 2007-2009 sammenliknet med Oslo (som imidlertid hadde et langt lavere utgangspunkt, jfr figur 3.1). I Trondheim var imidlertid utgangspunktet og tilveksten av yngre brukere av heimebaserte tjenester større enn i de førstnevnte byene og større enn landsgjennomsnittet. Fra 2001 til 2006 vokste yngre brukere her med hele 62 pst, jfr tabell 3.1.

3.2 Endring i sammensetningen av bruker av heimebaserte tjenester etter alder 2001-2009

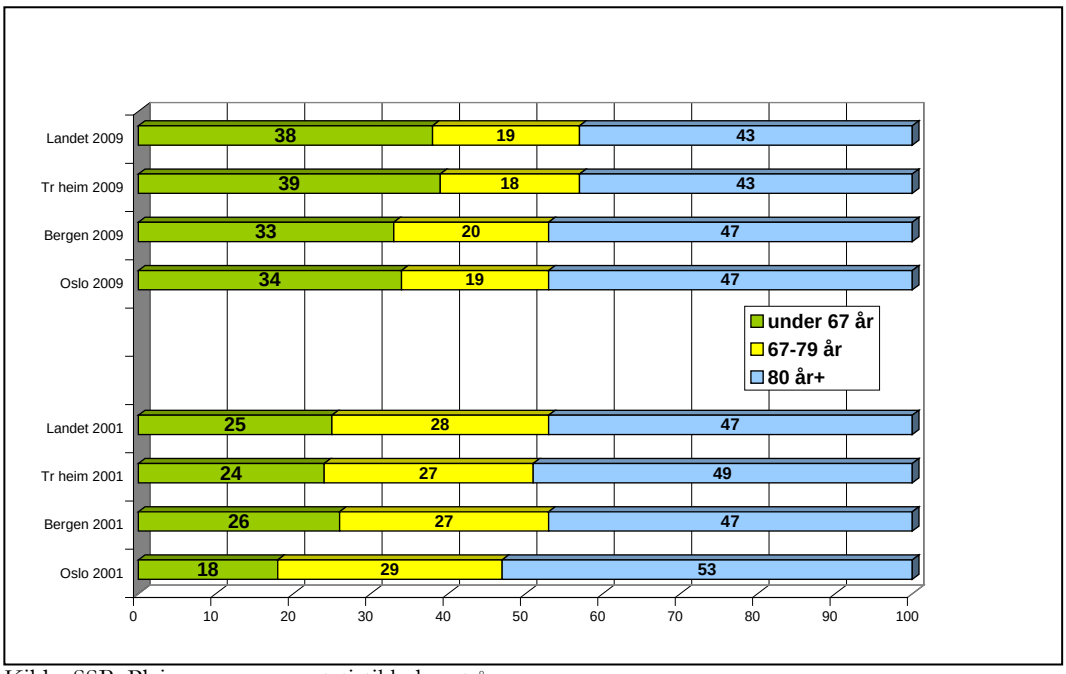
3.2.1 Historisk utvikling i andelen brukere av heimebaserte tjenester under 67 år 1992-2009

Vi har vist at det i åra 2001-2009 har vært en betydelig vekst i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år – en utvikling som startet med HVPU-reformen i 1991 og som siden har pågått kontinuerlig og jevnt (Brevik 2010b). I takt med denne utviklingen har sammensetningen av alle brukere etter alder endret seg betydelig.

I 1998, da *HVPU-reformen* forlengst var avsluttet og *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) tok til, utgjorde personer under 67 år 22 pst av brukerne av heimebaserte tjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) på landsbasis, mens andelen i 1993 var 17 pst (Brevik 2007:15, kap 5.2). Under HPE (1998-2001) gikk en vesentlig del (40 pst) av veksten i årsverkene i de heimbaserte tjenestene til brukere under 67 år. Og i 2001 var således deres andel steget til 25 pst av alle brukere av heimebaserte tjenester, jfr figur 3.1.

I 2006 utgjorde personer under 67 år 33 pst av brukerne av heimebaserte tjenester på landsbasis og i 2009 var andelen 38 pst, jfr 3.1. Veksttakten i andelen yngre brukere har vært *konstant og jevn de 15-20 siste åra*. Dette er derfor på langt nær noe nytt, sjøl om det sjelden har vært fokusert.

Figur 3.1 *Brukere av heimebasert tjenester fordelt etter alder. 2001 og 2009. Prosent.*



Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk, hvert år

*) Datagrunnlaget for figur 3.1 er gjort rede for i tabell 3.4d, hvor det foreligger tilsvarende data for årene 2006 og 2007

3.2.2 Utvikling i andel brukere etter alder *2001-2009* i Oslo og hele landet

Under 67 år

I de seinere åra har de yngres andel av alle brukere også tiltatt i de tre største byene, som i resten av landet. Utviklingen har vært noenlunde parallell. I Oslo ble andelen brukere under 67 år nesten doblet, fra 18 pst av alle i 2001 til 34 pst i 2009. Mens Oslo tidligere hadde en andel yngre brukere betydelig under landsgjennomsnittet, har utviklingen i åra etter 2006 ført til at Oslo nå plasserer seg bare noe under dette gjennomsnittet, jfr figur 3.1. Til sammenlikning var andelen brukere under 67 år i Bergen og Trondheim respektive 33 pst og 39 pst i 2009.

80 år+

Andelen brukere 80 år + på landsbasis har vært noenlunde konstant i årene 2001 til 2007 med 47 pst av alle (dog med et fall til 43 pst i 2009, jfr figur 3.1) på tross av økningen i antallet yngre brukere (jfr tabell 3.4v). Det har sin motsvarighet i en betydelig reduksjon i brukere 67-79 år. Deres andel ble redusert fra 28 pst i 2001 til 19 pst av alle i 2009, jfr figur 3.1. Kommunene har fortsatt sin omlegging av omsorgsstrategi og fortsatt prioriteringen av de eldste og de yngste. I forhold til de eldre under ett har en forlatt den forebyggende strategien og prinsippet om tidlig intervensjon. Men i de siste par åra er også andelen brukere 80 år+ redusert til 43 pst av alle på landsbasis i 2009, jfr figur 3.1. Denne relative endringen følger av den ensidige veksten i brukere under 67 år.

Oslo hadde imidlertid i årene 2001-2006 en noe høyere andel brukere 80 år+ enn gjennomnittet for landet og de to andre store byene, jfr tabell 3.4v. Men siden antall yngre brukere har økt mye, har andelen brukere av heimebaserte tjenester *80 år*+, blitt redusert i Oslo, fra 53 pst av alle i 2001 til 47 pst i 2009. Den adelen var da likevel over landsgjennomsnittet og på nivå med Bergen, jfr figur 3.1.

67-79 år

Reduksjonen i andelen *brukere av heimebaserte tjenester 67-79 år* har vært betydelig over hele landet, og omtrent den samme i de tre største byene og på landsbasis. Andelen brukere 67-79 år i Oslo ble redusert fra 29 pst av alle i 2001 til 19 pst i 2009, eller den samme som på landsbasis. I 2009 var derfor andelen bruker 67-79 år omtrent den samme i de tre største byene og den samme som på landsbasis, jfr figur 3.1.

Konklusjonene er imidlertid at det ikke er vesentlige forskjeller i *andelen* yngre og eldre brukere av heimebaserte tjenester i de tre største byene i forhold til landsgjennomsnittet. I 2009 skiller Oslo seg andelsmessig lite fra de to andre store byene og landsgjennomsnittet. Dette til forskjell fra 2001, hvor Oslo hadde en høyere andel brukere 80 år+, men særlig en betydelig lavere andel brukere under 67 år.

Eventuelle forskjeller i samlet satsing i disse tjenestene mellom Oslo og mellom Bergen/Trondheim eller i forhold til landsgjennomsnittet, må derfor forventes i forhold til *ressursbruken pr bruker* og i *det relative antall brukere,* jfr kap 3.3, om bruksrater i de heimebaserte tjenestene, årsverksinnsats pr bruker, jfr kap 5.9 og i samlet årsverksinnsats i forhold til den eldre befolkningen, jfr kap. 5.5.

3.3 Andel eldre brukere av heimebaserte tjenester etter alder - bruksrater eldre 67-79 år og 80 år+

I forrige avsnitt gjorde vi rede for endring i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder uten å relatere dette til endringer i befolkningstall. Her vil vi gjøre rede for bruken av heimebaserte tjenester pr eldre befolkningsenhet i perioden 2001-2009. Endringer i slike *bruksrater* går fram av tabell 3.2.

2001-2006

Andel brukere av heimebaserte tjenester pr 100 personer 80 år+ i Oslo ble redusert fra 37 pst til 34 pst fra 2001 til 2006. Og den tilsvarende bruksraten for eldre 67-79 år ble redusert fra 11,9 pst til 9,4, jfr tabell 3.2.

I Oslo ble det fra 2001 til 2006 både absolutt og relativt færre bruker både i aldersgruppen 67-79 år og 80 år+. Sjøl om det samtidig ble færre innbyggere i begge aldersgruppene, jfr tabell 3.2v, var tilbakegangen i antall brukere enda større, jfr tabell 3.1, slik at *tilgjengeligheten ble redusert.*

Denne reduksjonen er ikke ubetydelig, særlig når vi tar i betrakting at den samlete årsverksinnsatsen i de heimebaserte tjenestene både i 2001 og i 2006 lå svært mye under landsgjennomsnittet og de andre store byene (jfr Brevik 2007c, kap 7).

Tabell 3.2 *Andel brukere av heimebaserte tjenester etter alder i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2001-2009 samt endring i andel brukere 2001-2009 og endringer i befolkningen 67-79 år og 80 år+ 2001-2009.* Prosent og prosentpoeng.

	2001	2006	2007	2009	E brukere2001-09 pst-poeng	E befolkn. 2001-09 Pst
67-79 år						
Oslo	11,9	9,4	7,5	8,3	- 3,6	- 11,4
Bergen	10,7	9,1	8,5	8,2	- 2,5	- 1,3
Trondheim	7,5	8,5	5,9	6,5	-1,0	- 4,2
Hele landet	**10,8**	**9,2**	**7,9**	**8,1**	**-2,7**	**- 0,7**
80 år+						
Oslo	37	34	34	33	- 4	- 5,6
Bergen	37	38	35	36	- 1	+ 9,7
Trondheim	30	33	30	28	- 2	+ 13,4
Hele landet	**39**	**37**	**35**	**35**	**- 4**	**+ 9,3**

Kilde: SSB, beregninger ved NIBR 2011

Og som tidligere vist, ble dessuten *dekningsgraden i institusjon* i Oslo samtidig redusert med fra 23 plasser til 21 målt i forhold til pr 100 pers 80 år+ i samme periode (jfr Brevik 2007d, kap 3.6). I løpet av fem år synes det betydelig.

2007-2009

Fom 2007 ble statistikkføring bl. a av antall mottakere av heimebaserte tjenester lagt om i SSB[25] og antall brukere ble noe redusert i forhold til tidligere. Vi gjør imidlertid rede for utviklingen 2007-2009 som en sjølstendig serie, samtidig som utviklingen 2001-2006 alt er gjort rede for separat.

I åra fra 2007 til 2009 ble det i Oslo forsatt både absolutt og relativt færre brukere av heimebaserte tjenester 80 år+. Det ble imidlertid noen flere brukere 67-79 år, jfr tabell 3.2. Men for brukere 67 år+ under ett var det ingen økning. Den utvikling vi observerte for årene 2001-2006 er ikke brutt, men har stoppet opp.

Sammenlikning med Beregn og Trondheim 2001-2009

80 år+

Oslo hadde i 2009 en bruksrate for personer 80 år+ tilsvarende 33 brukere pr 100 personer, eller noe under landsgjennomsnittet og Bergen, men vesentlig høyere enn Trondheim, jfr tabell 3.2.

Men poenget er at det er ikke betydelige forskjeller mht den relative andel brukere mellom de tre største byene. Eventuelle vesentlige forskjeller må derfor gjenfinnes i *omfang ytt hjelp* og i *sammensetningen* av tjenestene. Det siste gjør vi rede for i neste avsnitt.

[25] Fram til 2006 ble data hentet inn pr summarisk skjema. Fom 2007 er data hentet fra IPLOS-registeret. Disse seriene er således ikke umiddelbart sammenliknbare.

I årene 2001-2009 ble *bruksraten* for brukere av heimebaserte tjenester 80 år+ i Oslo redusert med 4 prosentpoeng, mot 1-2 prosentpoeng i Trondheim og Bergen. Ratene ble imidlertid redusert både i de tre største byene og på landsbasis. Tildeling av tjenester følger ikke tilveksten i befolkningen 80 år+, som var 9,3 pst på landsbasis i perioden, jfr tabell 3.2.

67-79 år

I 2009 hadde 8,3 pst av innbyggerne 67-79 år heimebaserte tjenester i Oslo. Det var på samme nivå som landsgjennomsnittet og i Bergen, mens Trondheim hadde en noe lavere rate, jfr tabell 3.2.

I årene 2001-2009 under ett ble bruksraten for brukere av heimebaserte tjenester 67-79 år+ redusert med 3,6 prosentpoeng i Oslo, mot 1-2,5 prosentpoeng i Trondheim og Bergen. Også for yngre eldre reduseres bruksratene, sjøl om det ble færre innbyggere 67-79 år, særlig i Oslo. Reduksjonen i antall brukere (jfr tabell 3.1) er mao større enn det som skulle følge av befolkningsreduksjonen.

Men fra 2007 til 2009 synes denne klare tendensen å snu litt. På landsbasis og i Oslo ble det noen flere brukere av heimebaserte tjenester 67-79 år (jfr tabell 3.1) uten at det medførte noen særlig økning i bruksratene, jfr tabell 3.2. Men slik vi alt har nevnt, kan dette være et utrykk for at det er tidligere brukere under 67 år – med tidligere særlig sterk vekst – som nå strømmer inn i aldersgruppen 67-79 år.

3.4 Endret sammensetning av bruken av heimebaserte tjenester – endringer i hjemmesykepleiens posisjon

Sammenfatning kap 3.4: Endret sammensetning av de heimebaserte tjenestene. Alle brukere

Alle brukere av heimebaserte tjenester, inklud. Under 67 år	Status Andel i pst		Endring 1998-2009	Relativt til Riket, pst	
	1998	2009	Pst-poeng	1998	2009
Bare hjemmehjelp, Oslo	59	40	- 19	28	54
Bare hjemmehjelp, Riket	46	26	-20		
Bare hjemmesykepleie, Oslo	12	27	+ 15	-33	-29
Bare hjemmesykepleie, Riket	18	38	+ 20		

*)Datagrunnlag i hovedteksten, avsnitt 3.4, tabell 3.5 og 3.9v

Brukere av heimebaserte tjenester 67 år+	Status Andel i Pst		Endring 2006-2009		Relativt til Riket, pst	
	2006	2009	Pst-poeng	Pst	2006	2009
Andel med bare hjemmehjelp	40	44	+ 4	+ 10		76
Andel med begge tjenester	35	38	+ 3	+ 9		- 10

*)Datagrunnlag i hovedteksten, avsnitt 3.4, figur 3.2

Alle brukere. Det er framveksten av yngre brukere, bruk av bare hjemmesykepleie og redusert antall brukere av bare hjemmehjelp – hvor nesten alle var 67 år+ - som nokså reindyrket kjennetegner uviklingen i sammensetningen av de heimebaserte tjenestene på *landsbasis* i årene 1998 -2009. Det har skjedd et ensidig skifte ved at andelen brukere med bare hjemmehjelp ble redusert med er 20 prosentpoeng, mens brukere av bare hjemmesykepleie økte tilsvarende. De heimebaserte tjenestene har radikalt skiftet karakter. En fordobling av antall og andel brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid, viser at medisinske pleie har inntatt en sentral plass.

I Oslo økt andelen brukere av *bare hjemmesykepleie* med 15 prosentpoeng fra1998 til 27 pst av alle brukere i 2009, mot 38 pst på landsbasis – et andelsnivå i Oslo 29 pst under landsgjennomsnittet.

I Oslo avtok andelen med *bare hjemmehjelp* betydelig fram til 2009. Likevel var da 40 pst av brukerne i Oslo brukere med bare hjemmehjelp, mot 26 pst på landsbasis. Det var et andelsnivå 54 pst høyere i Oslo enn landsgjennomsnittet. I 2009 var andelen med hjemmesykepleie i Oslo omtrent på samme relative nivå som i 1998 i forhold til landsgjennomsnittet.

I 2009 hadde 74 pst bare hjemmesykepleie eller det i kombinasjon med hjemmehjelp på landsbasis, mot 60 pst i Oslo.

Sjøl om Oslo i noen grad har fulgt de nasjonale utviklingstrekkene, har både utgangspunktet og bevegelsen under veis ikke vært så sterk i hovedstaden. Modernisering i betydningen å følge hovedutviklingen på landsbasis, har bare delvis funnet sted. Det gjenspeiles særlig i at 4 av 10 brukere i Oslo fortsatt hadde bare hjemmehjelp i 2009 – en andel svært mye (54 pst) over tilsvarende på landsbasis.

Eldre 67 år+. For eldre er det generelt slik at andelen brukere av *begge tjenestene* øker med tiltakende hjelpebehov. Videre er det flere med betydelige hjelpebehov blant dem med *bare hjemmesykepleie* enn blant dem med *bare hjemmehjelp*. Antall timer tilført offentlig hjelp følger samme mønster. *Tjenesteprofilet* gjenspeiler omfanget både av behov og tilført hjelp. Det er en svært viktig størrelse.

I 2009 hadde 44 pst av brukerne av heimebaserte tjenester 67 år+ i Oslo bare hjemmehjelp, mot 26 pst på landsbasis. Siden 2006 har det mao relativt sett blitt flere eldre med bare hjemmehjelp i Oslo, mens det på landsbasis ble færre. I Oslo var det i 2009 relativt sett 70 pst flere 67 år+ med bare hjemmehjelp enn på landsbasis. Utviklingen i Oslo i de siste åra synes mao å ha beveget seg i motsatt retning av landsgjennomsnittet.

For øvrig var det i 2009 slik at i alt 56 pst av brukerne 67 år+ i Oslo hadde hjemmesykepleie, mens det samme var tilfellet for 74 pst på landsbasis. Forskjellen er stor og vesentlig.

Oslos profil i bruken av heimebaserte tjenester til eldre skiller seg således i betydelig grad fra de to andre store byene og gjennomsnittet for landet. De alternative tilbudene til sykehjemmet synes både svakere dimensjonert og mindre allsidige.

Oslos profil i bruken av heimebaserte tjenester til eldre skiller seg i betydelig grad fra de to andre store byene og gjennomsnittet for landet. De alternative tilbudene til sykehjemmet synes både svakere dimensjonert og mindre allsidig.

3.4.1 Innledning

Sammensetningen av tjenestene etter type har vi valgt å benevne som de heimebaserte tjenestenes *profil*.

Slik vi understreket i forrige rapport om utvikling og status i Oslos eldreomsorg (Brevik 2007c), vil det i en helhetlig studie av hovedstadens eldreomsorg måtte være viktig å få grep om innretningen og profilen i bruken av de *heimebaserte tjenestene* og deres bidrag til å oppfylle den nasjonale målsettingen om at enhver skal gis mulighet til å bo heime så lenge som mulig samt disse tjenestenes bidrag til å utsette eller forhindre innleggelse i institusjon.

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

Vi har sett nærmere på sammenhengen mellom bistandsbehov og bruk av type tjeneste blant brukere i alt samt de to største brukergruppene av slike tjenester, dvs brukere 18-49 år og 80-89 år i 2009 på grunnlag av IPLOS-data. Resultatene går fram i tabell 3.3.

Andelen med omfattende bistandsbehov er klart størst blant dem som mottar *begge tjenestene*. Blant mottakere av *bare hjemmehjelp* er det færre i alt med omfattende bistandsbehov. Men det er en radikal forskjell mellom yngre og eldre brukere. Blant de yngre med bare hjemmehjelp, med antakelig et betydelig innslag av utviklingshemmede, har 22 pst 18-49 år omfattende hjelpebehov.

Tabell 3.3 *Andel med omfattende eller middels til stort bistandsbehov samt timer i heimebaserte tjenester pr bruker pr uke blant brukere av bare hjemmesykepleie, bare hjemmehjelp og begge tjenestene. Brukere 18-49 år og 80-89 år. 2009. Prosent (prosent sum omfattende og middels/stort tap i parentes) og timer.* Beregnet på grunnlag av Gabrielsen et al, SSB 2010

	Andel med omfattende eller middels til stort bistandsbehov 1)					
	Bare hjemmesykepleie		***Bare hjemmehjelp***		***Begge tjenestene***	
	Omfattende	**Middels/stort**	**Omfattende**	**Middels/stort**	**Omfattende**	**Middels/stort**
Alle	7	31 (38)	9	17 (26)	20	46 (66)
18-49 år	4	26 (30)	22	32 (54)	35	41 (76)
80-89 år	9	36 (45)	1	11 (12)	14	47 (61)
	Timer mottatt hjelp pr uke i gjennomsnitt 2)					
	Bare hjemmesykepleie		***Bare hjemmehjelp***		***Begge tjenestene***	
	Omfattende	**Alle**	**Omfattende**	**Alle**	**Omfattende**	**Alle**
I alt	9,5	2,8	53	7.6	32	11,6
18-49 år	13,2	2,3	65	24,5	63	32,5
80-89 år	7,3	3,0	6	1,1	15	6,2

1) Kilde: Gabrielsen et al 2010 (SSB, rapporter 50/2010), tabell A1-A3, s 26-27.
2) ibid, tabell A4-A6, s. 27-28.

Blant brukere med *bare hjemmesykepleie* er det relativt få med omfattende bistandsbehov, mens innslaget av brukere med fra middels til stort hjelpebehov er vesentlig større enn dem med bare hjemmehjelp, jfr tabell 3.3

Når vi nytter timer brukerretta hjelp pr person pr uke som mål, er omfaget av hjelp klart størst blant dem med begge tjenestene, med 11,6 timer i gj. sn. pr uke mot respektive 2,8 og 7,6 for dem med bare hjemmesykepleie eller bare hjemmehjelp, jfr tabell 3.3. Omfanget i bruk blant yngre brukere med bare hjemmehjelp er nok i betydelig grad påvirket av de utviklingshemmedes bruk.

Brukere av bare hjemmesykepleie skiller seg ut fra de øvrige brukerne med relativt lite hjelp pr uke, også blant de yngre brukerne, jfr tabell 3.6. Og som vi seinere skal vise, er det brukere under 67 år, og særlig under 50 år med *bare hjemmesykepleie* som har vært brukergruppen med klart størst vekst de 10-15 siste åra. Disse synes også i vesentlig i grad å skille fra de etablerte brukerne under 67 år, med stort innslag av utviklingshemmede og psykiske lidelser og somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet. De skiller seg antakelig ut både i sykdomspanorama og i forhold til husholdsituasjon og type bosted. Behovet for praktisk bistand for disse dekkes antakelig i betydelig grad opp gjennom privat ubetalt hjelp. Det kommer vi tilbake til.

På landsbasis har utviklingen for eldre de siste 15 åra gått mot tiltakende intensiv bruk av heimebaserte tjenester. Slik vi tidligere har pekt på (Brevik 2010b) og slik det også ble understreket i St meld nr 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter, mening* (Omsorgsmeldinga), har innretningen av de heimebaserte tjenestene endret seg over tid fra:

> i hovedsak å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand til i større grad å bli et behandlings- og pleietilbud med utgangspunkt i en voksende hjemmesykepleietjeneste og oppfølging av fagpersonell fra den øvrige helse- og sosialtjeneste. Antall brukere som bare mottar hjemmehjelp er blitt redusert. .... Denne dreiningen i hjemmetjenestetilbudet skyldes at stadig flere tungt hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon (op cit, s. 24).

3.4.2 Endringer i de heimebaserte tjenestenes profil – sammensetningen av brukerne etter type tjenester 1998-2009

I tråd med vår tidligere rapportering (Brevik 2007d, kap 5) går vi her tilbake til året 1998, det første året under Handlingsplan for eldreomsorgen.

Her vil vi vise hvordan netto endring i antall brukere av heimebaserte tjenester *fordeler seg relativt* mellom brukere av bare hjemmesykepleie, bare hjemmehjelp eller begge tjenestene. Fokuset settes på endringer i tjenesteprofil. Vi sammenlikner utviklingen i Oslo med tilsvarende på landsbasis. Resultatene her i kap 3.4 er mer utførlig gjort rede for i *Vedlegg 2* til denne rapporten. Vi viser til vedlegget.

Utviklingen i hele landet

1998-2006

Det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som nokså reindyrket kjennetegner både 8-årsperioden fra 1998 til 2006 og årene 2007-2009.

I perioden 1998-2006 ble det i alt netto 18.700 nye brukere av heimebaserte tjenester. Disse fordelte seg slik at de aller fleste som kom til, var brukere av bare hjemmesykepleie eller hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Hjemmesykepleien var således involvert i hele tilveksten. Klarere kan ikke framveksten av den medisinske delen av pleie- og omsorgstjenestene finne uttrykk.

Det ble 18.000 færre bruker av bare hjemmehjelp, jfr tabell 3.4v. Og av disse var nesten samtlige 67 år+. Den klassiske bruken av heimebaserte tjenester med bare hjemmehjelp, ble betydelig redusert på disse 8 åra.

Tabell 3.4 *Fordeling av endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge og i Oslo etter type tjeneste. 1998-2006 og 2007-2009. Alle brukere. Endring i prosent.*

	Hele landet		Oslo	
	98-06	07-09	98-06	07-09
Begge	56	38	19	61
Bare hsp	140	69	112	23
Bare hhj	-96	-7	- 231	16
Alle	100	100	-100	100
Sum E (n)	18.699	12.458	-1753	1001
Alle brukere 98/07 (n)	152.796	161.817	17.752	15.279
Netto endring 98-06/07-09, pst	12 pst	8 pst	-10 pst	6 pst

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB, hvert år. Beregninger ved NIBR 20112007-2009

I løpet av årene 2007-2009 forsetter økningen i antall nye brukere mest å falle på dem med bare hjemmesykepleie, idet 69 pst av nettoøkningen går til slike brukere, jfr tabell 3.4. Resten gikk til brukere av begge tjenestene. Mønsteret fra de forgående åra holder seg.

Utviklingen i Oslo

1998-2006

Mens hele landet hadde 12 pst vekst i antall brukere av heimebaserte tjenester i perioden 1998-2006, ble antall brukere i Oslo redusert med 10 pst, jfr tabell 3.7. Brukere av bare hjemmehjelp sto for hele reduksjonen. Den relative reduksjonen av slike brukere var således mer omfattende en den tilsvarende reduksjonen på landsbasis, jfr tabell 3.4. Og som på landsbasis besto disse av brukere 67 år+ og særlig mange var i aldersgruppa 67-79 år, jfr tabell 3.5v.

Likevel var det en tilvekst av brukere av hjemmesykepleie og hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp, jfr tabell 3.8v, men vesentlig svakere (omlag halvparten så stor) enn på landsbasis. Til forskjell fra utviklingen på landsbasis ble det noen færre brukere 80 år+ i Oslo med begge tjenestene i perioden, jfr tabell 3.8v. Men stort sett følger Oslo trenden på landsbasis.

Slik det går fram av tabell 3.8v utgjorde tilveksten av brukere i Oslo med *bare hjemmesykepleie* relativt størst andel av *netto tilvekst* blant brukere 80 år+ (102 pst), dernest blant brukere under 67 år (+ 49 pst). I Oslo ble det således 1.000 færre brukere av heimebaserte tjenester 80 år + i perioden 1998-2006, mens personer 80 år+ med bare hjemmesykepleie samtidig økte med 1000 personer i Oslo.

Sjøl om antallet brukere 67-79 år ble sterkt redusert samlet sett, økte også antallet brukere med bare hjemmesykepleie litt også blant disse, jfr tabell 3.8v. Mønsteret i utviklingen i Oslo følger for øvrig stort sett hovedtrekkene i den nasjonale trenden.

2007-2009

Utviklingen i Oslo er i disse åra noe annerledes enn i de foregående og noe forskjellig fra utviklingen på landsbasis. Nå vokser antall brukere av heimebaserte tjenester *i alt* for alle typer heimebaserte tjenester og med 6 pst eller med 1000 brukere, jfr tabell 3.4.

De fleste kommer til blant brukere under 67 år og en mindre del blant brukere 67-79 år, mens det blir 5 pst færre brukere 80 år+. Samlet betyr det imidlertid at det var noen få (77) færre brukere av heimebaserte tjenester 67 år+ i Oslo i 2009 sammenliknet med 2007.

Blant alle brukere sto brukere av både hjemmesykepleie og hjemmehjelp og bare hjemmesykepleie for 84 pst av samlet økning i antall brukere, jfr tabell 3.4. Blant brukere 80 år + ble det imidlertid i disse åra færre med bare hjemmesykepleie. Det er bare brukere 80 år+ med begge tjenestene som vokser litt. Dette utviklingsmønsteret kan tyde på rasjonering i den forstand at hjelpa forbeholdes de mest hjelpetrengende.

3.4.3 Relativ endring i sammensetningen av brukere av heimebaserte tjenester 1998-2009

Relativ endring i sammensetning av brukerne - utviklingen i hele landet

1998-2006

Brukere med *bare hjemmesykepleie har vokst radikalt,* og ble for perioden 1998-2006 på landsbasis nesten fordoblet i alle aldersgrupperinger vi har sett på her, jfr tabell 3.9v (i vedlegg 2). For *samtlige* brukere under ett økte andelen med *bare hjemmesykepleie* fra 18 pst i 1998 til 33 pst i 2006. Legger vi til dem som mottar begge tjenestene, var vi oppe i 72 pst det året.

Andelen brukere med *bare hjemmehjelp*, ble redusert i alle tre aldersgrupperingene, samlet fra 46 pst av alle i 1998 til 28 pst i 2006. I 2006 var andelen slike brukere i underkant av 30 pst i alle aldere. Etter tjenestetypene har majoritetsgruppa blitt minoritetsgruppe på historisk svært kort tid.

Tabell 3.5 *Fordeling av endring i andel brukere av ulike typer heimebaserte tjenester 1998-2009 i Norge og i Oslo.* Endring i andel målt i prosentpoeng.

	Endring i sammensetning av brukere etter type tjeneste 1998-2009							
	80 år+		67-79 år		Under 67 år		Alle	
Alle	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge
Begge	+7	+2	+8	+2	+3	-3	+4	0
Bare hjemmesykepleie	+6	+15	+11	+20	+23	+24	+15	+20
Bare hjemmehjelp	-13	-17	- 19	-21	- 26	- 21	-19	-20
Sum	0	0	0	0	0	0	0	0

Slik det også går fram av tabell 3.9v (i vedlegg 1), tiltok andelen av mottakerne med *begge tjenestene*, men bare svakt i de tre aldersgrupperingene.

De betydelige endringene i bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie og kombinasjonen av disse to, har i stor grad endret *det samlete bildet* av hvordan brukere av ulike typer tjenester *fordelte* seg i 2006 sammenliknet med situasjonen i 1998. Det gjelder på landsbasis og i Oslo.

2007-2009

I årene etter 2006 og fram til 2009 har andelen med bare hjemmesykepleie fortsatt å vokse på landsbasis, mens andelen med bare hjemmehjelp har avtatt noe. Andelen med begge tjenesene har også avtatt og var i 2009 på samme nivå som i 1998. Det har således funnet sted et ensidig skifte ved en reduksjon av brukere med bare hjemmehjelp og en tilsvarende vekst i brukere med bare hjemmesykepleie tilsvarende 20 prosentpoeng, jfr tabell 3.5.

De heimebaserte tjenestene har radikalt skiftet karakter på relativ få år. *Handlingsplan for eldreomsorgen* var også med på å forsterket denne omsorgens påbegynte forvandling. En fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid, viser at den medisinske pleie etter hvert har inntatt en sentral plass. Det er derfor etter hvert nokså feilaktig å forstå de heimebaserte tjenestene som eldreomsorg i klassiske forstand.

Utviklingen i Oslo 1998-2009

I Oslo økt andelen brukere av bare hjemmesykepleie med 15 prosentpoeng (tabell 3.5), fra 12 pst av alle brukere i 1998 til 27 pst i 2009. Men dette var en vesentlig lavere andel enn på landsbasis (hvor 38 pst av alle var brukere av bare hjemmesykepleie i 2009). Legger vi til dem som har både hjemmesykepleie og hjemmehjelp, var 60 pst av brukerne av heimebaserte tjenester i Oslo med hjemmesykepleie i 2009 mot 74 pst på landsbasis. Sjøl om Oslo har vært med på den landsomfattende utviklingen, har både utgangspunktet og bevegelsen under veis vært svakere i hovedstaden enn på landsbasis.

Modernisering har bare delvis funnet sted i Oslo. Det gjenspeiles særlig i at det sammenliknet med landsgjennomsnittet fortsatt var 40 pst har brukerne av heimebaserte tjernester i Oslo som mottar bare hjemmehjelp, mot 26 pst på landsbasis i 2009. At tilbudet arter seg vesentlig annerledes i Oslo går også fram når vi sammenlikner med utviklingen i Bergen (se mer utførlig omtale i Vedlegg 1) Det vil også måtte gjenspei-

les seg i intensiteten i disse tjenestene, dvs ant timer hjelp pr bruker pr uke. Det kommer vi tilbake til i avsnitt 3.5.

De sterke nasjonale utviklingstrekkene har således på langt nær gjort seg så sterkt gjeldende i Oslo. Det synes bl.a. å måtte ha sammenheng med en slags 'historisk arv'. Så sent som i 1998 hadde 6 av 10 brukere av heimebaserte tjenester i Oslo bare hjemmehjelp. Andelen var i 2009 redusert til 4 av 10, som likevel er betydelig over landsgjennomsnittet (26 pst). Bergen synes imidlertid å ha fanget opp den nasjonale trenden tidligere og har lenge hatt en andel som kombinerer begge tjenestene på landsgjennomsnittet (41 pst i 2009), jfr tabell 3.12v. Oslo har imidlertid et godt stykke på vei fulgt opp den nasjonale trenden med bare bruk av hjemmesykepleie, jfr Vedlegg 2.

Disse resultatene synes samtidig å underbygge vår tidligere hypotese om at Oslo har en *mindre intensiv bruk av hjemmetjenestene* enn gjennomsnittet for landet.

Endring i andeler med ulike type tjenester etter alder 1998-2009

I vedlegg 2, pkt 1-3, har vi mer utførlig gjort rede for utviklingen i endrete andeler brukere av ulike typer tjenester i tre hovedaldersgrupper, som vi her viser til.

Eldre 67-79 år og 80 år+

Blant eldre 67-79 år og 80 år+ fordoblet andelen med bare hjemmesykepleie seg fra på landsbasis 1998 til 2009 med 20 – 15 prosentpoeng. Andelen med hjemmehjelp ble redusert omtrent tilsvarende. Andelen med begge tjenester forble imidlertid omtrent den samme, jfr tabell 3.5.

Også i Oslo fordoblet andelen med bare hjemmesykepleie seg i disse åra blant yngre eldre og noe mindre blant eldre 80 år+, jfr tabell 3.5. Andelen med bare hjemmehjelp ble imidlertid betydelig redusert Det ga som resultat at andelen brukere som kombinerte begge tjenestene i 2009 var nesten like stor i Oslo som i resten av landet, jfr tabell 3.9v. i vedlegg 2.

Blant de eldre brukerne var hjemmesykepleien involvert i alt i 72-74 pst av tilfellene i på landsbasis i 2009. Hjemmesykepleien har etter hvert blitt en sentral aktør i de heimebaserte tjenestene nærmest uavhengig av brukernes alder. De tilsvarende andelene i Oslo i 2009 var 55-57 pst, jfr tabell 3.9v i vedlegg 2.

Sjøl om en i Oslo har en hatt en utvikling i forhold til eldre brukere med økt tilbud om hjemmesykepleie som i betydelig grad har beveget seg mot profilen på landsbasis, lå en i 2009 likevel *relativt sett* omtrent like mye etter gjennomsnittet for landet i 1998.

Under 67 år

Andelen brukere under 67 år med bare hjemmesykepleie ble omtrent fordoblet fra 1998 til 2009, mens andelen med bare hjemmehjelp ble redusert omtrent tilsvarende, jfr tabell 3.5. I Oslo ble også andelen brukere under 67 år med bare hjemmesykepleie omtrent fordoblet i samme periode. Det hadde sin motsvarighet i at andelen med bare hjemmehjelp ble redusert radikalt, 59 pst av alle i 1998 til 33 pst i 2009. Den andelen er likevel noe høyere enn landsgjennomsnittet på 25 pst, jfr tabell 3.9v. Endringen i innretningen av profilen i tjenestene for yngre brukere i Oslo har vært mer radikal enn for de eldre.

Blant bruker under 67 år i 2009 hadde *75 pst* på landsbasis bare hjemmesykepleie eller det i kombinasjon med hjemmehjelp, mot 67 pst i Oslo, jfr tabell 3.9v.

For yngre brukere (under 67 år) har Oslo hatt en utvikling som i stor grad har beveget seg mot profilen på landsbasis - og mer enn for de eldre. En synes å ha fått til endringer som i stor grad er på linje med gjennomsnittet for landet og faktisk noe mer. Dette fordi hovedstaden her i utgangspunktet (i 1998) hadde en betydelig annerledes sammensetning av tjenestetypene enn det som jevnt over var tilfellet i andre kommuner.

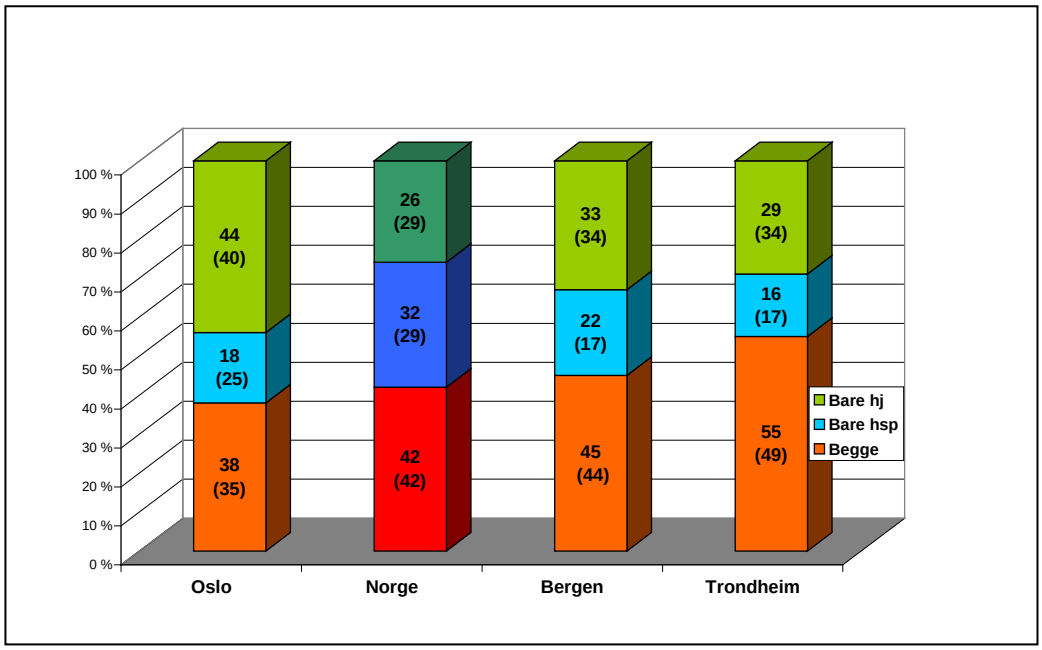
3.4.4 Sammensetning av bruken av heimebaserte tjenester etter type tjenester i 2009 i de tre største byene og hele landet

I tråd med det vi alt har vist, skiller Oslo seg i betydelig grad fra de to andre store byene i Norge og gjennomsnittet for landet når det gjelder den særskilte bruken eller *profilen* i bruken av heimebaserte tjenester blant eldre. Det er en vesentlig større andel brukere med *bare hjemmehjelp* i Oslo enn på landsbasis, men vesentlig færre med *både* hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

Mens 44 pst av brukerne av heimebaserte tjenester 67 år+ i Oslo hadde bare hjemmehjelp (praktisk bistand) i 2009, gjaldt det 26 pst på landsbasis, jfr figur 3.2. Siden 2006 har det mao relativt sett blitt flere eldre med bare hjemmehjelp i Oslo, mens det på landsbasis har blitt færre. Utviklingen i Oslo i de siste åra synes mao å peke i motsatt retning av utviklingen på landsbasis.

Og mens det var 38 pst av de eldre brukerne av heimebaserte tjenester som kombinerte hjemmehjelp og hjemmesykeleie i Oslo, var de tilsvarende andelene 45 pst i Bergen og 55 pst i Trondheim.

Figur 3.2 *Eldre 67 år+. Andel brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. Oslo, Bergen, Trondheim og Norge. 2009 (pst-andel for 2006 i parentes) . Prosent.*



Kilde: Kommunal pleie og omsorgsstatistikk, Statistikkbanken, SSB/ NIBR 2007 og 2011.

Andelen med bare hjemmesykepleie er imidlertid omlag den samme som i Bergen og Trondheim, men som igjen er vesentlig mindre enn gjennomsnittet for landet. Den vesentlig hyppigere bruken av hjemmehjelp og hjemmesykepleie i kombinasjon i Bergen og Trondheim synes å ha sin motsvarighet i mindre hyppig bruk av bare hjemmesykepleie.

Oslos profil i hjemmetjenestene med mindre hyppig bruk av hjemmesykepleie og kombinasjon av hjemmehjelp og hjemmesyke pleie gir mindre allsidig hjelp og hjelp i mindre omfang, jfr tabell 3.3 særlig for dem med omfattende bistandsbehov. Det vil samtidig sannsynligvis svekke hjemmetjenestene evne til å motvirke tidligere innleggelser i sykehjem og medføre press på sykehjemskapasiteten. Resultatene for 2009 synes å underbygge tidligere resultater og vår hypotese om at Oslo har en *mindre intensiv bruk av hjemmetjenestene* enn gjennomsnittet for landet. Det siste kommer vi tilbake til.

Etter vår vurdering må det være slik at når knappheten er størst der behovene er størst, dvs at dimensjoneringen og innretningen av de heimebaserte tjenestene er slik at en ikke i tilstrekkelig grad evner å differensiere hjelpa i overensstemmelse med behovene, vil presset på sykehjemmene øke.

3.5 Om intensitet i de heimebaserte tjenestene

Sammenfatning av kap 3.5: Omfang av hjelp (intensitet): Antall timer pr uke i brukerretta hjelp i de heimebaserte tjenestene

Antall timer pr uke i brukerretta hjelp i de heimebaserte tjenestene i Oslo i 2009 *)	Status	Relativt til Riket, pst
	2009	2009
Brukere 80- 89 år i alt	2,9	**- 26**
Brukere 80-89 år som bor aleine	3,1	- 22
Brukere 80-89 år som bor med andre	2,9	- 19
Brukere 80-89 m. omfattende bistandsbehov	9,1	**- 28**
Brukere 90 år+ m. omfattende bistandsbehov	9,8	**- 32**

*)Datagrunnlag i hovedteksten, avsnitt 3.5, figur 3.3 og 3.4

Vi har valgt å presentere data særlig for *gruppa 80-89 år*, som er den største blant de eldre. I de heimebaserte tjenester til personer 80-89 år i Oslo ble det i 2009 i gjennomsnitt ytt 2,9 timer avtalt brukerretta hjelp pr bruker, eller *26 pst under* gjennomsnittet til denne gruppa på landsbasis.

Det er svær små forskjeller mellom aleineboende og de som bor sammen med noen. Hjelpa må generelt være knapt tilmålt når det er slik.

Det tidligere dokumenterte mønsteret fra 2003 synes å vare ved. Også den gangen lå nivået i timer pr uke i de heimebaserte tjenestene i Oslo 20-30 pst under landsgjennomsnittet for bruker 67 år+.

Eldre 80-89 år og 90 år+ i Oslo med *omfattende bistandsbehov* i mottok heimebasert hjelp pr uke i et omfang som var respektive 28 pst og 32 pst under nivået på landsbasis i 2009. Som i 2003 finner vi også i 2009 at innsatsene i Oslo i forhold til hele landet er minst for *de mest hjelpetrengende* gruppene blant de eldre.

3.5.1 Innledning

I St meld nr 25 (2005-2006), Mestring, muligheter, mening, viste departementet til at

> kommunene konsentrerer i stadig større grad innsatsen mot de mest ressurskrevende brukerne. Færre brukere mottar hjemmetjenester, men de som får, mottar mer omfattende hjelp knyttet til opptrening,

> rehabilitering, behandling og pleie. Denne dreiningen i hjemmetjenestetilbudet skyldes at stadig flere tungt hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon (op cit, s. 24).

Her beskrives på nytt en sentral endring i utviklingen av de heimebaserte tjenester med mer *målrettet* og *intensiv* bruk med sikt på at den enkelte så langt som mulig skal kunne bli boende i egen bolig og dermed utsette eller forhindre innleggelse i institusjon, slik vi tidligere har gjort rede for i analysen av utviklinga forut for og under *Handlingsplan for eldreomsorgen* for perioden 1998-2001 (Brevik 2003a, 2003b).

Mer målretta bruk av heimebaserte tjenester

Vi har tidligere vist at det blant eldre 67 år+ ikke har blitt flere brukere av heimebaserte tjenester de 10-15 siste åra. (Brevik 2010b, kap 2.4). Derimot har bruken i betydelig grad endret karakter. Og som vi har vist i kap 3.4, er antallet brukere som mottar bare hjemmehjelp, blitt redusert. Kommunene har i stadig større grad konsentrert innsatsen om de mest ressurskrevende brukerne. Men de som får hjelp, har etter hvert mottatt *mer omfattende hjelp* knyttet til opptrening, rehabilitering, behandling og pleie. Antall årsverk i heimebaserte tjenester pr bruker 67 år+ ble således nesten fordoblet fra 1995-2006 (Brevik 2010b, kap 7.5.2). Denne dreiningen har også sammenheng med at stadig flere tungt hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon.

Dette er sentrale endringstrekk i utviklingen av de heimebaserte tjenestene med målretta og mer intensiv bruk av dem med sikte på at den enkelte så langt som mulig kan bli boende i egen bolig og dermed utsette eller forhindre innleggelse i institusjon.

I forrige rapport om status og utvikling i Oslos eldreomsorg (Brevik 2007d) viste vi til at Helse- og omsorgsdepartementet i denne sammenhengen hadde pekt på at det er helt sentralt hvordan tilbudet er dimensjonert i forhold til bruken av sykehjem og hjemmetjenester ytt i omsorgsboliger eller i ordinære private boliger. En viste til at undersøkelser og forsøk indikerer at kommuner som satser på heimebaserte tjenester, ofte driver mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner, uten at omsorgstilbudet blir dårligere (op cit, kap 8.2.4).

3.5.2 Mindre hyppighet, fleksibilitet og intensitet i hjelpa i Oslo. Resultater fra 2003

I forrige rapport om sammenliknende utvikling og status i Oslos eldreomsorg, analyserte vi bruken av de heimebaserte tjenestene i Oslo bl.a. ut fra innsats pr bruker (intensitet), jfr Brevik 2007b, kap 5.6-5.8.

Her fant vi at Oslo i 2003 jevnt over hadde mindre *hyppighet, fleksibilitet og intensitet* i sine heimebaserte tjenester sammenliknet med landet [26].

Oslo skilte seg vesentlig ut ved færre besøk pr uke i hjemmesykepleien enn det som jevnt over var det vanlige på landsbasis, både i kommunale og i ordinære private

[26] Vi refererer her fra sammendraget i NIBR-rapport 2007:15 (Brevik 2007c), om kap 5, om *De heimebaserte tjenestene.*

boliger. Og det var jevnt over få brukere som fikk *intensiv* hjelp både i hjemmehjelpa og hjemmesykepleien.

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

Sammenliknet med resten av landet utgjorde timeverkene pr uke i de heimebaserte tjenestene til eldre i *kommunale* boliger i Oslo i 2003 5,5 timer pr uke eller *73 pst* av tilsvarende innsats i resten av landet og 4 timer pr uke eller *80 pst av landsgjennomsnittet* for eldre i *ordinær privat bolig.*

For eldre *med store hjelpebehov* i kommunal bolig var den samlete innsatsen i de heimebaserte tjenestene 60 pst og i *hjemmesykepleien 55 pst* av nivået i resten av landet. I ordinær privat bolig utgjorde samlete timeverk *81 pst* og i *hjemmesykepleien 82 pst* av nivået for dem med tilsvarende behov i resten av landet.

3.5.3 Intensitet i de heimebaserte tjenestene til eldre i Oslo 2009

Vi har for 2009 ikke særskilte data om antall besøk i hjemmesykepleien slik vi hadde gjennom Helsetilsynets undersøkelse for 2003. Her må vi nøye oss med timeverk pr uke. Og vi har analysert de heimebaserte tjenestene under ett, sjøl om det foreligger data i SSB om timebruk etter tjenestetype. Å framskaffe dette fordrer imidlertid særskilte databehandling i SSB.[27]

På grunnlag av data fra IPLOS 2009 har vi analysert omfanget av heimebaserte tjenester som *avtalte brukerretta timer pr bruker pr uke* (indirekte tid kommer mao i tillegg) blant eldre 80-89 år og 90 år+. Dette fordi disse utgjør de sentrale brukergruppene blant de eldre[28], men i IPLOS-data for 2009 foreligger det tilsvarende talloppgaver for alle aldersgrupper.[29]

Vi sammenlikner IPLOS-data fra Oslo med de tre øvrige store byene og hele landet. Og som for 2003, tar vi for oss alle brukere og brukere med omfattende bistandsbehov.

Antall timer pr uke i heimebaserte tjenester for alle brukere 80 år+

Blant brukere av heimebaserte tjenester i alt i Oslo ble det i 2009 i gjennomsnitt ytt 2,9 timer avtalt brukerrettes hjelp pr person *80-89 år*, jfr figur 3.3. Det var *26 pst under* gjennomsnittlig timer hjelp til denne gruppa på landsbasis (3,9 t).

---

[27] Pr i dag (mars 2011) er det fortsatt slik at utenforstående, dvs andre enn SSB, ikke har direkte adgang til datafilene fra SSB. Hvis vi ikke bestiller spesialutkjøringer fra SSB, er vi henvist til de kombinasjoner av data som gjenfinnes i de publiserte eller direkte kjørbare data i Statistikkbanken. Og her er timer pr bruker i heimebaserte bare gjengitt for tjenestene samlet og ikke for den enkelte tjeneste, f. eks hjemmesykepleie.

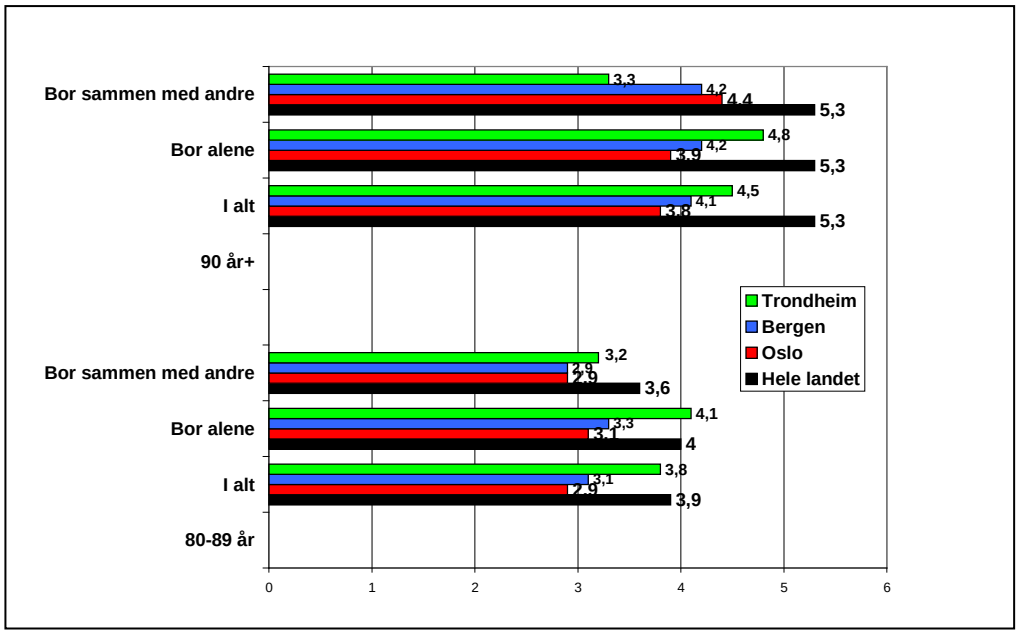
[28] Brukere 80 år + brukte 24 pst av årsverkene i de heimebaserte tjenester, mens eldre 67-79 år sto for 11 pst (i alt utgjorde eldre 67 år+ sin andel 36 pst av alle årsverk i de heimebaserte tjenestene i 2009, jfr tabell 5.1 i kap. 5).

[29] Vi viser her til data fra IPLOS 2009 i Statistikkbanken, Pleie- og omsorgstjenestene, SSB, tabell 06975 for store kommuner og hele landet.

Brukere 90 år+ mottok i gjennomsnitt 3,8 timer pr uke, mot 5,3 på landsbasis, dvs at nivået for intensitet i Oslo var *28 pst under* nivået på landsbasis i 2009.

Mønsteret fra 2003 synes noenlunde å gjenta seg. Også den gangen lå nivået i timer pr uke i de heimebaserte tjenestene i Oslo 20-30 pst under landsgjennomsnittet for bruker 67 år+.[30]

Figur 3.3 *Antall timer pr uke i gjennomsnitt pr uke i heimebaserte tjenester 80-89 år og 90 år+ etter om en bor sammen med noen eller aleine. Hele landet, Oslo, Bergen og Trondheim.*



Kilde IPLOS, SSB, tab 06975

Sammenliknet med Oslo var intensiteten i de heimebaserte tjenestene blant de eldre noe høyere i Bergen og vesentlig høyere i Trondheim, jfr 3.3.

Aleineboende

Til aleineboende 80-89 år i Oslo i 2009 ble det i gjennomsnitt ytt 3,1 time pr uke i de heimebaserte tjenestene, eller 78 pst av timetallet for aleineboende 80-89 år på landsbasis (4 t), jfr figur 3.3.

I Oslo mottok aleineboende 90 år+ 3,9 timer pr uke i 2009 eller 74 pst av landsgjennomsnittet som var 5,5, timer.

Også sammenliknet med Trondheim og Bergen hadde Oslo i 2009 lavere intensitet i forhold til sine aleineboende eldre brukere.

Samtidig er det slik at både eldre 80-89 år og 90 år+ får litt mer hjelp når de bor aleine enn dem som bor sammen med noen, Således får personer 90 år+ 4,4 timer pr

[30] For aldersgruppa 67-79 år lå timeinnsatsen i gjennomsnitt i Oslo 20 pst under nivået i hele landet i 2009, dvs at nivået i alle de 3 aldersgrupperingene 67 år+ er lavere enn i hele landet og prosentvis omtrent like mye lavere som 6 år tidligere.

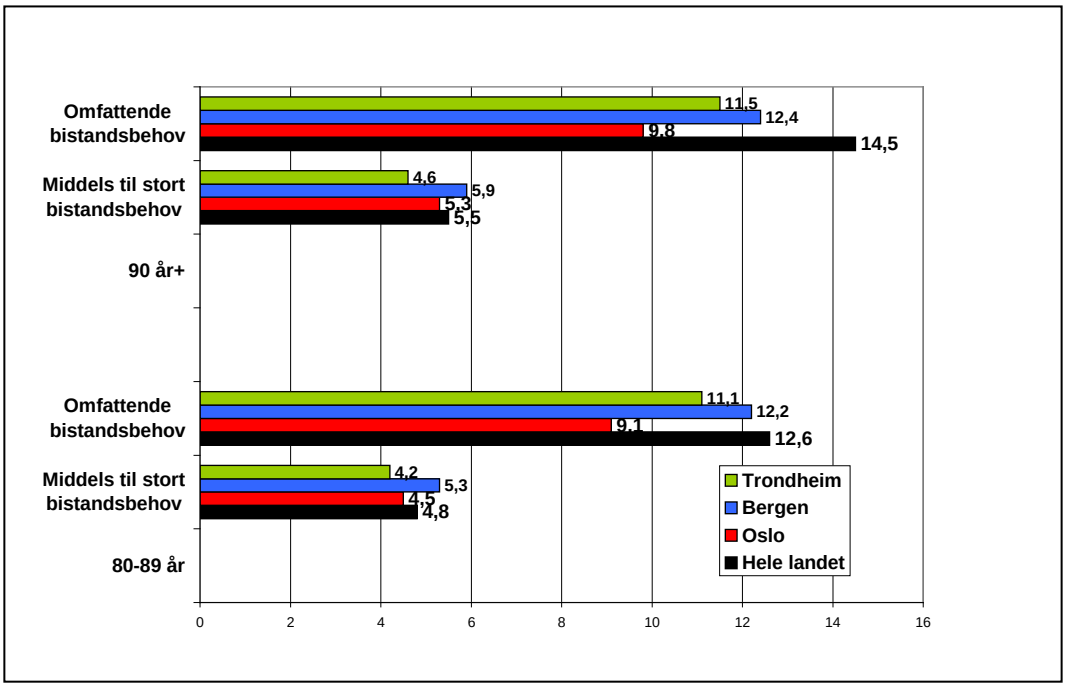
uke når de bor sammen med noen, mot 3,9 timer når de bor aleine. Sjøl om vi må anta at eldre som bor sammen med noen, jevnt over er mer hjelpetrengende, må den lave differensieringen likevel vise hvor knapt tilmålt hjelpa generelt er når også aleineboende kommer svakt ut, jfr kap 9 i del II.

3.5.4 Intensitet i de heimebaserte tjenestene etter grad av bistandsbehov

Vår analyse av situasjonen i 2003 viste - slik vi nevnte innledningsvis her – at for eldre *med store hjelpebehov*[31] - var den samlete innsatsen i de heimebaserte tjenestene målt i brukerretta hjelp pr bruker pr uke omlag 60 til 80 pst (etter om en bodde i kommunale eller ordinære boliger) av nivået for hele landet.

I 2009 finner vi at eldre 80-89 år med *omfattende bistandsbehov* i Oslo, mottok 9,1 timer heimebasert hjelp pr uke, mot 12,6 timer i gjennomsnitt for hele landet, jfr figur 3.4, eller 28 pst under nivået på landsbasis.

Figur 3.4 *Antall timer pr uke i gjennomsnitt i heimebaserte tjenester 80-89 år og 90 år+ etter grad av bistandsbehov. Hele landet, Oslo, Bergen og Trondheim.2009.*



Kilde: IPLOS, SSB tabell 06970, Oslo 2010

[31] Her var hjelpebehovene definert ved hjelp av skåre i Barthels pleieindeks, jfr Brevik 2007c, kap 2, mens vi her for 2009 nytter målet 'omfattende bistandsbehov', hentet fra IPLOS. Disse er ikke eksakte samme mål for omfattende pleiebehov, men ved *relative* sammenlikninger burde de likevel gi rimelig godt sammenliknbare mål.

For eldre 90 år + med *omfattende bistandsbehov* i Oslo var nivået på hjelpa 9,8 timer pr uke i gjennomsnitt i 2009, mot 14,5 i hele landet, jfr figur 3.4, eller 32 pst under landsgjennomsnittet. For brukere med middels eller stort bistandsbehov var imidlertid nivåforskjellene i forhold til landsgjennomsnittet mindre.

Det siste kan tyde på at knappheten er størst der behovet er størst, dvs at innretningen av de heimebaserte tjenestene er slik at en ikke i tilstrekkelig grad evner å differensiere hjelpa i overensstemmelse med behovene. Slik som det er vist for Trondheim, fører dette til for tidlige innleggelser i sykehjem (Døhl i *Mandag Morgen* 2011). En konstaterer her at det er et stort gap i ressursbruken fra heimebaserte tjenester til sykehjem.

På samme måte som for året 2003 finner vi videre at den brukerretta innsatsen for eldre i Oslo i forhold til innsatsen for hele landet, relativt sett også i 2009 var særlig mindre for *de mest hjelpetrengende* gruppene eldre brukere av heimebaserte tjenester. Vår hypotese er - da som nå - at en slik innretning av tjenestene, med relativt lavere innsats for dem med størst behov, fører til press på sykehjemsplassene. Dette mao fordi Oslo synes å ha manglende intensitet i sine heimebaserte tjenester i forhold til dem med potensielt behov for sykehjem. Vår hypotese er videre - nå som den gangen - at den mangelfulle alternative innretningen av pleie- og omsorgstjenestene i sin tur fører til forlenget oppholdstid i sykehjem.

4 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

Sammenfatning av kap 4.1: Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år+. Antall plasser og dekningsgrad i Oslo

Boliger til pleie og omsorg til personer 67 år+ *)	Status, abs. tall		Endring 2007-2010		Relativt Til Riket
	2007	2010	Abs tall	Pst	
Antall boliger til plo-formål	1034	988	-46	- 4	
Dekningsgrad i plo-boliger	4,4	4,3	- 0,1	- 2	- 63

*) Datagrunnlag i hovedteksten, avsnitt 4.1, figur 4.1 og figur 4.2.

Antall plasser. I følge statistiske oppgaver var det i Oslo ca 2.200 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i 1998 mot ca 1.300 i 2006. Og antall slike boliger sank ytterligere litt fra 2007 til 2010, da det var 988 boliger til pleie- og omsorgsformål for beboere 67 år+. Det synes å ha funnet sted en betydelig reduksjon i dette tilbudet i hovedstaden på relativt få år, sjøl om det her er knyttet noe usikkerhet til SSBs statistiske oppgaver. Likevel er det slik en på landsbasis i de seineste 10-15 åra under ett i betydelig grad har bygd opp tilbudet av omsorgsboliger *for personer 67 år+*, mens Oslo har bygd det *ned*.

Dekningsgraden i kommunale bolig til pleie- og omsorgsformål i forhold til befolkningen 80 år+ gikk ned fra 2002 til 2006 og tilsvarte i 2010 4 boliger til eldre 67 år pr 100 80 år+. Dekningsgraden på landsbasis samme år var 2,7 ganger høyere. Oslo befinner seg i denne sammenheng i betydelig særklasse.

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

4.1.1 Innledning[32]

Så langt har vi tatt for oss sykehjemsdekningen i Oslo uten å relatere den til det samlete tilbudet på institusjons- og boligsida. Utvikling og status i Oslos samlete omsorg

[32] Denne inneledningen er basert på sammendraget fra forrige rapport, Brevik 2007d) og teksten er hentet fra sammendraget, omtale av kap 4.

for eldre kan imidlertid ikke drøftes ut fra en ensidig fokusering på institusjons- og sykehjemsdekning.

Her spiller imidlertid både det kommunale boligtilbudet og omfang og intensitet i de kommunale hjemmetjenesten en sentral rolle. Etter å ha analysert de sistnevnte vil vi derfor vende tilbake til og analysere hvordan tilbudet i institusjon i ulik grad suppleres av tilbud i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.

Vi har tidligere pekt på at det er boliggjøringen av omsorgstjeneste som særlig kjennetegnet utviklingen i Norge etter HVPU-reformen (Brevik 2003a, 2007d, 2010b), dvs fra 1995 og utover. Det har blitt bygget kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede i stort omfang.

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

Slik vi viste i forrige rapport (Brevik 2007d), har imidlertid noe av det mest særskilte i Oslos pleie- og omsorgstjenester for eldre vært det svake innslaget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål samt det betydelig fraværet av slike boliger til eldre med behov for heldøgns pleie- og omsorg. Hvordan har så denne strategisk viktig del av eldreomsorgen utviklet seg i Oslo de siste åra?

4.1.2 Utvikling i antall boliger til pleie- og omsorgsformål

Mens landet har bygd opp tilbudet av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+ særlig etter 1994, synes Oslo å ha bygget det *ned*. I forrige rapport viste vi at fra ca 2.200 enheter i 1998 var det ca 1.300 slike enheter i 2006.

2002-2006

I følge data fra SSB ble antall boliger til pleie og omsorgsformål i Oslo til personer 67 år+ redusert med omlag 600 fra 2002 til 2006, jfr figur 4.1. Av de tre største byene synes det bare å ha vært Trondheim som i noen grad har sluttet seg til den storstilte nasjonale satsingen på omsorgsboliger når det gjelder eldre.

2007-2010[33]

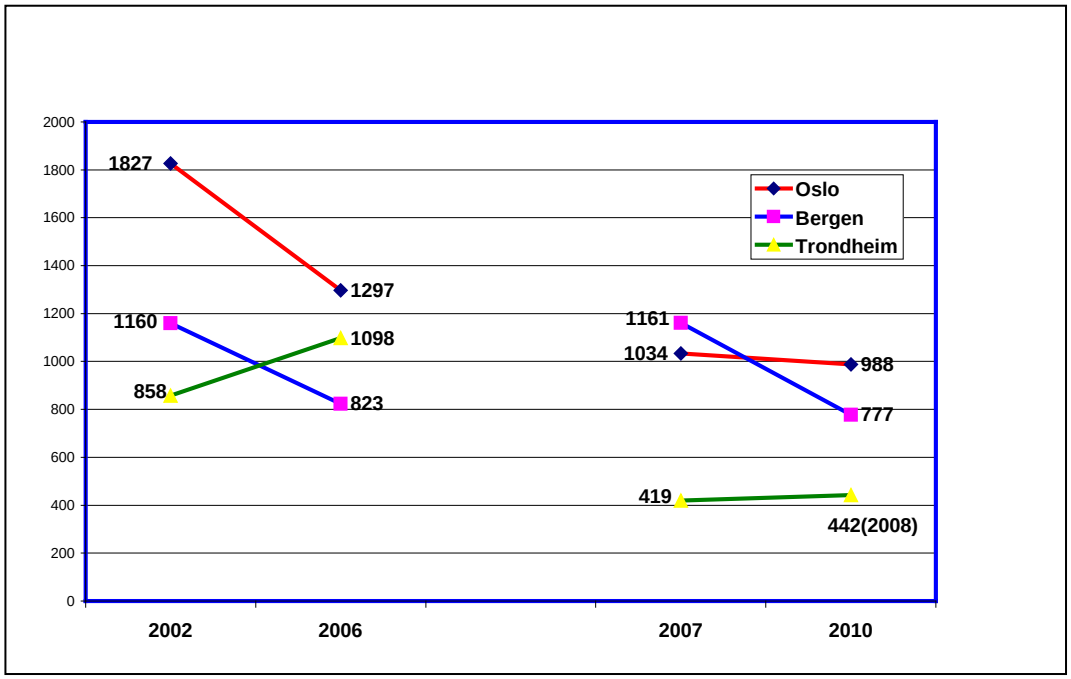
Med forbehold om fortsatt usikkerhet i tilknytning til definisjoner og faktisk oppgitt antall kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, fortsetter antall kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål å synke litt i Oslo[34], fra 1034 i 2007 til 988 i 2010,

[33] Fom 2007 ble er data om antall slike boliger innhentet gjennom IPLOS, mot tidligere fra summarisk skjema. Det er således brudd i tidsserien, og talloppgaver fom 2007 lar seg i følge SSB ikke uten videre sammenlikne med tidligere år, jfr kommentarer til hovedtabellene for Pleie- og omsorgstjenestene pr 15.6. 2011. Videre ble IPLOS-registreringene av beboere i slike boliger lagt om i 2009 slik at data fra 2010 ikke er sammenliknbare med tidligere årganger, jfr SSB om dette i kommentar til 'Førebelse tal', pr 8.7. 2011. For 2010 var det på landsbasis således registrert omlag 10 pst færre slike boliger enn i 2007, jfr hovedtabell 3.

[34] I 2006 var det 1297 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo, mens antallet i 2007 var oppgitt til 1034. Sjøl om vi ikke kan vite årsaken til dette, tror vi mesteparten av reduksjonen skyldes

jfr 4.1. Vi er tilbøyelig til å anta at en god del av reduksjonen etter 2006 er følge av hva som over tid er blitt definert som slike boliger, og i mindre grad en faktisk reduksjon. Men hvor stor andel av reduksjonen som kan skyldes slike forhold, og hvor stor andel som er reell, har vi ikke data til å vurdere.

Figur 4.1 *Antall plasser i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i Oslo, Bergen og Trondheim i 2002 og 2006 samt 2007 og 2010.*



Kilde: Kostra, nivå3 Statistikkbanken, SSB, hvert år.

Under forutsetning av at oppgavene i 2010 er tilnærmet riktige, hadde Oslo i det året i underkant av 1000 (988) slike kommunale boliger til personer 67 år+, mens antallet i Bergen var i underkant av 800 (777). For Trondheim mangler vi imidlertid pt oppgaver for 2010, mens antallet her i 2008 var oppgitt til 442.

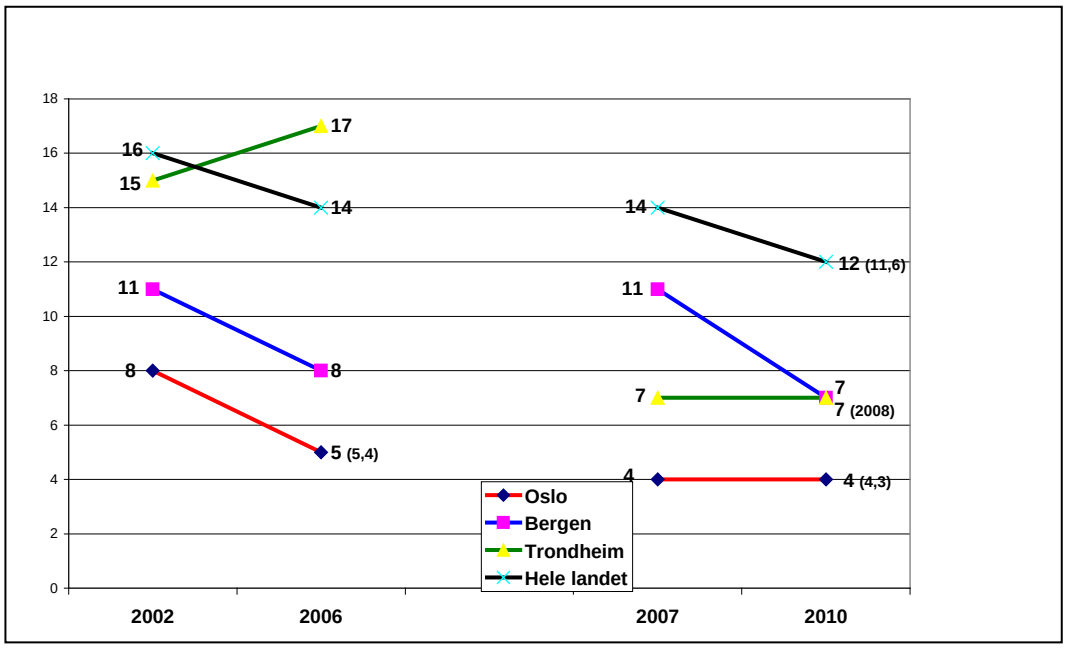
Sjøl om det synes å være flere usikkerheter knytte til hva en over tid har regnet inn under slike boliger, synes det ikke for noen av de tre byene å ha funnet sted vekst. En slik utvikling finner indirekte støtte i at det på landsbasis ble noen få færre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til brukere 67 år+ fra 2001 til 2010.

endret registreringspraksis med overgang til å hente inn data fra IPLOS fom 2007. Vi velger derfor her 2007 som start-år for sammenlikning av utviklingen.

4.1.3 Dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år+

Vi beregner her – på samme måte som tidligere - dekningsgraden i tilbudet av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål som antall boliger bebodd av brukere 67 år+ pr 100 personer 80 år+[35].

Figur 4.2 *Rater kommunale boliger til personer 67 år+. Antall boliger bebodd av personer 67 år+ pr 100 pers 80 år+. 2002 og 2006 samt 2007 og 2010. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet.*



Kilde: Statistikkbanken, tab 04469 og Kostra, SSB.

2002-2006

Dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre 67 år+ regnet på denne måten, var i Oslo i 2002 halvparten av gjennomsnittet for hele landet eller 8 boliger pr 100 eldre 80 år+, mot 16 boliger pr 100 80 år+ på landsbasis, jfr figur 4.2.

2007-2010

Dekningsgraden i kommunale bolig til pleie- og omsorgsformål i forhold til befolkningen 80år+ i Oslo var konstant i årene 2007-2010, tilsvarende 4 boliger til eldre 67 år pr 100 80 år+. På landsbasis ble imidlertid tilbudet redusert noe, fra 14 boliger pr 100 innb 80 år+ i 2007 til 12 pr 100 i 2010.[36]

Dekningsgraden i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål var i 2010 2,7 ganger høyere i Oslo enn på landsbasis. Hvis Oslo i 2010 skulle ha hatt samme antall

[35] Da 73 pst av disse beboerne 67 år+ på landsbasis i 2010 var 80 år+, vurderer vi det som mest riktig å beregne dekningsgraden ut fra antall personer 80 år+.

[36] SSB hevder pr 8.7. 2011 at det fortsatt er knyttet noe usikkerhet også til oppgavene over for 2010 og at de ikke er direkte sammenliknbare med tidligere årganger. For beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål er det derfor for hele perioden 2007-2010 knyttet en viss usikkerhet.

kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål som på landsbasis, måtte antallet øke fra ca 1000 til 2.700 enheter. Oslo befinner seg i denne sammenheng i betydelig særklasse.

I Bergen og Trondheim var imidlertid tilsvarende dekningsgrad også relativt lav, men en god del høyere enn i Oslo, med 7 personer 67 år+ pr 100 80 år+ bosatt i kommunale pleie- og omsorgsboliger i begge byene, dvs omlag 60 pst av landsgjennomsnittet, jfr 4.2.

Det er særlig i forhold til tilbudet i kommunale boliger til eldre at Oslo lenge har skilt seg fra gjennomsnittet for landet, og i 2010 vel så mye som tidligere.

4.1.4 Om omsorgsboliger – få enheter i Oslo

I betegnelsen 'kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre og funksjonshemmede' inngår de såkalte 'omsorgsboligene', som er tilrettelagte boliger med eller uten fellesarealer finansiert av Husbanken – en ordning som tok til i 1994. Og det som på landsbasis er bygget av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fra 1994 og fram til i dag, er i det alt vesentlige *'omsorgboliger'*.

I forrige rapport (Brevik 2007d, kap 4.2) viste vi at dekningsgraden i *omsorgsboliger* regnet i forhold til befolkningen 80 år+, i 2006 på landsbasis var 121 plasser pr 1000 innb. 80 år+, mot 51 i Oslo. Trondheim hadde derimot et tilbud i omsorgsboliger tilsvarende 164 slike boliger pr 1000 pers 80 år+, eller vel 3 ganger så høy dekning som Oslo.

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

4.2 Om kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg

Spørsmålet om hva som forstås med hva som faktisk er en bolig med heldøgns pleie og omsorg er etter vår vurdering *statistisk entydig* avklart i IPLOS. Men virkeligheten ute i kommunene er også på dette området mangfoldig med ulike innretninger og løsninger i forhold til å sikre en god og trykk pleie og omsorg gjennom døgnet. Hva kommunene i praksis legger i betegnelsen 'bolig med heldøgns pleie og omsorg', er således i praksis ikke entydig.

Vi har drøftet dette spørsmålet i flere sammenhenger og sist i Brevik 2011a (kap 5). Vi vil i denne sammenhengen med referanse til nevnte rapport på ulikt vis trekke inn momenter og empiriske resultater om heldøgns pleie og omsorg og bruk av stasjonær service eller personalbase.

4.2.1 Om heldøgns omsorg, bruk av stasjonær service eller personalbase. Tidligere empiriske resultater

I omsorgsboliger i Nord-Trøndelag fylke i 2003

Det foreligger få studier av *bruk av stasjonær service i kommunale boliger*. Av alle omsorgsboliger som ble bygget i Nord-Trøndelag i perioden 1994-2003 hadde 60 pst stasjonær bemanning om dagen og 57 pst om natta (Romøren og Svorken 2003, s. 60).

Av de nye omsorgsboligene i Nord-Trøndelag, dvs bygget fra 1994 og fram til 2003 var 8 av 10 å karakterisere som bofellesskap og bokollektiv. Og 42 pst av alle fellesskapsboliger ble karakterisert ved å ha sykehjemsstandard. Og i alt 3 av 10 av de nye omsorgsboligene ble kalt omsorgsboliger med sykehjemsstandard. Det innebærer at de tilnærmet fungerer som sykehjem. Vi legger merke til at en forstår og relaterer slike boliger til sykehjems funksjon og en nytter ikke betegnelsen 'heldøgnsboliger', men skiller mellom at de har stasjonær bemanning eller ikke. Og med stasjonær bemanning menes at personalet som yter hjelpen til beboerne, har boliganlegget som fast arbeidssted, eller at personalet befant seg innen en gangavstand på 3-5 minutter, noe som i praksis betyr sykehjemmet rett ved siden av (Romørene og Svorken 2003, s 59).

En konkluderer med at "En betydelig andel av de nye omsorgsboligene har tatt opp i seg trekk fra aldersinstitusjonene som kommunenes planleggere, politikere og befolkning mener er av verdi i omsorgen for eldre og funksjonshemmede (op cit, s. 60).

Innretning i bruk av omsorgsboliger i 32 kommuner i 2004-2006

I en undersøkelse i 2004-2006 så en på kommunenes innretning i bruken av omsorgsboliger *bebodd av eldre* i forhold i til sykehjem i 32 kommuner/bydeler.[37] Her skilte en mellom kommuner som brukte slike boliger som *supplement* til sykehjem og dem som brukte dem som *alternativ* til sykehjem.

Undersøkelsen viste at 22 pst av omsorgsboligene ble drevet som alternativ til sykehjem. Her dreide det seg om demenskollektiv (skjermete enheter for demente), direkte alternativ til sykehjem (pleietilbud på permanent basis for eldre med betydelig fysisk funksjonssvikt) og såkalte avhjemlete boliger (tidligere sykehjem gjort om til omsorgsboliger).

De øvrige omsorgsboligene, eller 78 pst, ble brukt som supplement til sykehjem. Ved slik bruk var det *i 3 av 4 tilfeller kollektive opplegg i boligene i den forstand at de hadde med fellesarealer og med full eller delvis stasjonær bemanning* (Romøren 2006). I disse kommunene var omsorgsboligene mao innrettet som kollektiver med utstrakt bruk av *personalbase*, sjøl om strategien ikke var å gi et alternativt tilbud til sykehjem. Det viser hvor stort innpass organiseringen av tjenestene med stasjonær bemanning har fått i våre kommuner I den resterende fjerdedel dreide det seg imidlertid om boliger uten fellesarealer og med heimebaserte tjenester utenifra.

[37] Dette gjaldt 32 kommuner/bydeler fra fem regioner i Norge - NORLAG-undersøkelsen ved NOVA. Resultater er publisert i Romøren (2006): *Omsorgsboliger: Bruk og utviklingstendenser*, i Aldring og livsløp, nr 4 2006.

Undersøkelsen viser at omlag 8 av 10 omsorgsboliger var innrettet slik at de utgjør kollektive boformer med utstrakt bruk av personalbase. Hvor omfattende innretningen av tjenestetilførsel basert på stasjonær bemanning er i Norge, går fram av resultatene fra den landsomfattende undersøkelsen som Helsetilsynet lot gjennomføre i 2003 og hvor Romøren laget opplegg og rapporterte.[38]

4.2.2 Omsorgsboligenes funksjon – data fra forrige rapport

En annen måte å undersøke boligenes funksjon i forhold til heldøgns boform er å se på grad av eller omfang av funksjonstap hos beboerne.

I vår forrige rapportering viste vi til ulike undersøkelsene[39] - en på landsbasis, en annen i et utvalg kommuner og en tredje i ett enkelt fylke - gar som resultat at omlag *en tredjedel* av beboerne i kommunale boliger til pleie- og omsorgs formål har betydelige funksjonstap og får tilført heimebaserte tjenester som gjør at boligene i ulik grad kan karakteriseres som å fungere som et til bud i 'egnet bolig med heldøgns pleie- og omsorg' (Brevik 2007d, kap 4.4).

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

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

Statistisk sentralbyrå har fom 2005 kartlagt andelen slike boliger som i følge faglige vurderinger i kommunene er bebodd av personer med heldøgns pleie- og omsorg. En fant at det på landsbasis i 2005 og 2006 gjaldt hhv 32 pst og 34 pst av alle kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Det synes således å være stor overensstemmelse mellom resultatene fra enkeltundersøkelsene som vi har referert fra og den landsomfattende registreringen.

4.2.3 Om bruk av stasjonær bemanning og omsorgsbase – noen resultater fra Helsetilsynets undersøkelse[40]

I Helsetilsynets undersøkelse ble ikke uttrykket 'personalbase' brukt, men en spurte om *'boligen har fast/stasjonær bemanning'* eller om *'hjelper må tilkalles utenifra, og kommer i løpet av 3-5 min'* eller lenger. Den første nevnte formen vil måtte dreie seg om det som vi tidligere har benevnt som *'personalbase'*.

Vi har valgt å benevne den andre formen som hjelp fra *'omsorgsbase'*, dvs en eller annen instans med generell fast bemanning siden hjelpa kan tilkalles og kommer i løpet av 3-5 min. Det vil i realiteten aller oftest måtte bety fra sykehjem eller annet nærliggende boliganlegg for eldre/funksjonshemmede med fast bemanning.

---

[38] Undersøkelsen er utførlig gjort rede for i Brevik 2007d og i Brevik 2007c er det gjort rede for en rekke resultater fra denne undersøkelsen. Det samme er tilfellet i Brevik 2011a.

[39] Vi viser til nærmere omtale av resultatene fra disse undersøkelsene i Brevik I: *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk* (NIBR-notat 2007:102, kap 8/Brevik 2007a)1).

[40] Framstillingen i dette avsnittet er i sin helhet basert på Brevik 2011a, kap 5.2.

Undersøkelsen viste at under ett bodde 62 pst av samtlige med personalbase. I tillegg bodde 13 pst med adgang til hjelp fra omsorgsbase i løpet av 3-5 minutter. Det betyr at i alt bodde 75 pst i slike boliger med stasjonær kollektivt organisert tjenesteyting. Det forteller oss samtidig i hvor omfattende grad boligene er ledd i kommunal tjenesteytingen. Vi har forøvrig vist at i 2003 gikk 69 pst av årsverkene i de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år gikk til personer bosatt i kommunale boliger (Brevik 2011a, kap 3.7.3).

I den nevnte undersøkelse fra i 2004-2006 (Romøren 2006) av omsorgsboliger bebodd av eldre, fant en at 80 pst av dem hadde stasjonær bemanning. Dette stemmer bra med det som ble registrert i Helsetilsynets undersøkelse og bekrefter den omfattende bruken av stasjonær bemanning i kommunale boliger.

I *fellesskapsboligene* var disse oppleggene særlig uttalte, idet 92 pst her bodde med personalbase eller med omsorgsbase som yter hjelp på under 5 min på dagtid. Men også i øvrige kommunale boliger, hadde halvparten tilsvarende organisering av tjenestene.

4.2.4 Antall personer med tjenester fra personalbase og omsorgsbase i 2006

Om vi anvender resultatene fra våre analyser fra 2003 på de 17.600[41] under 67 år med plass i kommunale boliger i 2006 (SSB 2008), betydde det at anslagsvis *11.000 bodde med personalbase* det året, mens *4.000* bodde med tjenester fra *omsorgsbase* med tilgang på hjelp i løpet av 10 minutter på dagtid, dvs i alt 15.000 personer.

Til slutt vil vi bringe inn bruken av felles organiserte heimebaserte tjenester blant eldre. I følge Helsetilsynets undersøkelse bodde 33 pst av beboerne 67 år+ i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med personalbase i 2003. Og respektive 23 pst og 23 pst bodde med hjelp fra omsorgsbase under 5 min. og under 10 min..

I 2006 bodde det 32.600 personer 67 år+ i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (SSB 2008). Om vi - slik vi gjorde ovenfor - anvender resultatene fra *Helsetilsynets* undersøkelse om fordeling av hvordan de heimebaserte tjenestene til disse var organisert i 2006, gir det i underkant av *11.000 personer 67 år+ med personalbase* og respektive *7.500 og 7.500 personer 67 år+ med hjelp fra base innen 5 min og innen 10 minutter.*

Sjøl om det å bo med personalbase ikke er ensbetydende med å ha behov for heldøgns pleie og omsorg, synes det å være et betydelig sammenfall her. Vi skal seinere (avsnitt 4.5) vise at 10.000 personer 67 år+ bodde i kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg i 2010 i følge SSBs IPLOS-registreringer. Dette sterke sammenfallet i omfang tyder på at den overveiende majoriteten som SSB registrerer bosatt i kommunal bolig med 'heldøgns pleie og omsorg', får tjenestene gjennom stasjonære opplegg. Det er det reelle innholdet som legges i betegnelsen fra de aller fleste kommuner som rapporterer dette.

[41] På grunnlag av kommunenes positive vurderinger av bruken av personalbase i forhold til utviklingshemmede i 2005/2006 - se avsnitt 6.2.7 - og en utvikling preget av bygging av omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg i den siste delen av perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen* når det gjelder boligdelen, dvs særlig etter 2002, er det mest sannsynlig at innslaget av kollektivt organiserte tjenester har tiltatt og er mer omfattende i 2006 enn data fra 2002/2003.

Ved IPLOS-registeringene i kommunene er - ifølge Veilederen for utfylling av data - betegnelsen 'stasjonær bemanning' ikke nyttet, men *'fast tilknyttet personell hele døgnet'*, i betydningen at det minst er en ansatt til stede hele døgnet. Dette kommer vi tilbake til i neste avsnitt.

I forhold til samtlige beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i 2006 (50.200 personer), viser disse beregningene at 22.000 personer bodde med personalbase og 19.000 bodde med de heimebaserte tjenestene fra omsorgsbase/tjenesteinstans med effektuering av heimebasert tjenester innen 10 minutter på dagtid. I følge vår beregning bodde således *i alt 41.000 personer med de heimebaserte tjenestene tilført gjennom kollektiv organisering av dem*. Dette var for øvrig like mange som samlet antall personer med plass i institusjoner for eldre og funksjonshemmede i 2006 (41.100).

4.3 Avgrensing av kommunal bolig med heldøgns pleie og omsorg

4.3.1 Avgrensning og kjennetegn ved bolig med heldøgns pleie og omsorg i ulike undersøkelser.

Slik vi viste foran i avsnitt 4.2.1, om erfaringene fra Nord-Trøndelag, var *nærhet mellom dem som faktisk yter tjenestene og dem som mottar dem - der det vanlige var stasjonær bemanning* – eller om tjenestene ble tilført utenifra, det avgjørende for vurderingen av omsorgsboligenes funksjon.

Og slik vi tidligere (Brevik og Høyland 2007) har vist for utviklingshemmede, er heldøgns tjenester i de fleste tilfeller sikret ved at de som utfører dem, har tihold i samme boliganlegg som brukerne. Tjenestene kommer således ikke utenifra.

I Helsetilsynets undersøkelse i 2003 ble ikke uttrykket 'personalbase' brukt, men en spurte om *'boligen har fast/stasjonær bemanning'* eller om *'hjelper må tilkalles utenifra, og kommer i løpet av 3-5 min'* eller lenger. [42] Den første nevnte formen vil måtte dreie seg om det som vi tidligere har benevnt som *'personalbase'*.

Vi understreker og poengterer at i alle undersøkelsene vi har referert i avsnitt 4.2, går hovedskillet på innretningen av den faktiske tjenestetilførselen, dvs om *tjenesteyterne har tilhold i boliganlegget* slik som i institusjon, eller om *hjelpen tilføres utenifra*, analogt til heimebaserte tjenester til brukere bosatt i ordinære boliger.

Og dette er samtidig utgangspunktet og utgjør hovedkriteriet når en i IIPLOS skiller mellom boliger med eller uten heldøgns pleie og omsorg, dvs at det er/ikke er fast tilknyttet personell hele døgnet d tilknyttet tjenestestedet.

For årene 2005 og 2006 kartla SSB andelen kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg som i følge faglige vurderinger i kommunene var bebodd av personer med heldøgns pleie- og omsorg.

[42] Dette er en kartlegging av nærhet til *"hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene", og* går på avstand i tid til det *ordinære hjelpeapparatet,* i alle fall i forhold til hjelpesituasjoner på dagtid. Det er mao fra instanser i de oppgitte avstander hvorfra de heimebaserte tjenester *i sin alminnelighet* kommer.

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

Vi har tidligere (Brevik 2007d, kap 4.4.2) utlagt dette slik: Boliger med heldøgns pleie og omsorg er mao boliger som har bemanning gjennom det vi annet sted (Brevik og Høyland 2007) har benevnt som 'personalbase' med tjenester på permanent døgnbasis. Omvendt betyr det at når tjenestene tilføres boligen *utenifra* fra en instans som er virksom på døgnbasis med godkjente kvalifikasjoner, er det *ikke å regne* som *'bolig med heldøgns pleie og omsorg'*.

Det avgjørende er imidlertid hva en forstår med 'en ansatt ... hele døgnet". Er dette pleie- og helsefaglig personell utgått fra de heimebaserte tjenestene og drevet etter Kommunehelseloven og Lov om sosiale tjenester[43] som har tilhold i boliganlegget for å yte tjenestene, eller er dette en slags vaktperson som er avhengig av å tilkalle andre utenom anlegget til å utføre tjenestene, f. eks fra kommunenes heldøgns hjemmesykepleietjenester?

4.3.2 Avgrensing av bolig med heldøgns pleie og omsorg i IPLOS.

IPLOS tar en også utgangspunkt i *fast tilknyttet personell* der det presiseres at dette personellet har tjenestested i den aktuelle enheten[44].

Med det utgangspunktet etableres tre former for boliger i forhold til tjenesteyting: (1) uten fast tilknyttet personell, med fast personell deler av døgnet (2) og med fast personell hele døgnet (3).

Analogt til våre allerede nevnte undersøkelser/eksempler tar en også i IPLOS utgangspunkt i hvorvidt tjenestene utføres ved stasjonær tilknyttet bemanning eller om tjenestene tilføres utenifra. Og en legger til grunn at det fast tilknyttet personellet som står for bemanninga, nettopp er de som utfører tjenestene.

Videre skiller en i IPLOS mellom omsorgsboliger og andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.

4.3.3 Om boliger i Oslo kalt 'Omsorg+'

Oslo kommune ved Bystyret behandlet omsorgsboligtiltaket 'Omsorg+' i møte den 15.12. 2010 og vedtok tre saker tilknyttet Omsorg+[45].

---

[43] Ved finansieringen av omsorgsboliger stiller Husbanken ikke særskilte krav til tjenestetilførselen annet enn at det forutsettes at beboerne får lovregulerte tjenester fra kommunenes ordinære pleie- og omsorgstjeneste og som er underlagt fylkesmannens kontroll.

[44] Vi referer her til 'IPLOS. Veileder for personell i kommunale helse og sosiale tjenester', Helsedirektoratet, Oslo, mars 2009, s 45-46.

[45] Det gjaldt: (1): Sak 409/2010, Omsorg+ - innhold og organisering (Byrådssak 243/09), (2): Sak 410/2010, Forskrift om tildeling av bolig i Omsorg+ i Oslo kommune og (3): Sak 411/2010, Prinsipper for utgiftsdeling og kompensasjon for Omsorg+.

Om mål og målgrupper for Omsorg+

Oslo kommune *"har behov for et tilbud mellom hjem og sykehjem som skal legge til rette for at brukerne skal følge trygghet og samtidig gi mulighet for mer tilpassete og individuelle tjenester"* (Omsorg+ - innhold og organisering – sak 409/2010, s 1).

'Omsorg+' skal rette seg *"mot eldre som er i en tidlig fase av omsorgsbehov. Tilbudet skal gis til personer som gjennom aktivisering, sosialt samvær og trygghet kan oppleve at funksjonstapet bremser eller stopper opp"* (ibid, s 2).

Et døgnbemannet fast kontaktpunkt/husvert er viktig for Omsorg+ (ibid, s 3).

Beskrivelse av tilbudet

> Omsorg+ er et tilbud til eldre som har behov for et trygt botilbud hvor det tilrettelegges for aktiviteter og samvær og hvor det er personell døgnet rundt. På sikt er målet med tilbudet å avlaste etterspørselen etter sykehjemsplasser, Det er et tilbud til dem som har behov for et tilrettelagt botilbud, men som er for friske til å ha behov for et sykehjemstilbud, Byrådssak 411 2010, Prinsipper for ut utgiftdeling og kompensasjon for Omsorg+.

I følge vedtatt *Forskrift om Omsorg*+ består Omsorg+ av "tilrettelagte boliger/omsorgsboliger som er samlokalisert med aktivitetssenter, kantine og døgnbemannet resepsjon med husvert (§2). Med 'tilrettelagt' mens *"en bolig som fysisk er tilrettelagt for eldre"*.

Hva som konkret ligger i dette vites ikke, annet enn at Byrådet bestemmer hvilke botilbud som skal godkjennes som Omsorg+(§ 2)[46], dvs utformingen godkjennes politisk og ikke etter retningslinjer, slik som for omsorgsboliger bygget med finansiering i Husbanken, som er det overveiende vanlige i norske kommuner.

Men siden Omsorg+ så langt er ombygde allerede eksisterende kommunale bygg som ikke har vært finansiert av Husbanken, har de dermed heller ikke vært undergitt Husbankens retningslinjer for utforming av omsorgsboliger for heldøgns pleie- og omsorg.

Tjenester til beboerne i form av hjemmesykepleie og praktisk bistand tilføres fra de ordinære heimebaserte tjenestene[47]. Slike tjenesteytere har mao ikke tilhold i boliganleggene.

Noen kjennetegn ved Omsorg +:

Omsorg+ er ikke et tilbud på sykehjems nivå

Med referanse til Byrådssak 411 2010 er *Omsorg*+ kjennetegnet ved å være:

– "et tilbud til dem som har behov for et tilrettelagt botilbud, men som er for friske til å ha behov for et sykehjemstilbud". Utlagt: Omsorg+ er ikke ment å dekke behov på sykehjems nivå

[46] Her heter det at *"det stilles vise minimumskrav til omsorg+"*, og *"Byrådet skal godkjenne kvaliteten og innholdet i alle tilbud før de kan kalles Omsorg+"* (Byrådssak 409/2017 -243/09, s. 3).

[47] *"Hjemmetjenester til den enkelte beboer innvilges og ytes på lik linje med andre som bor i eget hjem og har behov for tjenester"* (Byrådssak 409/2010), s 3

- ”På sikt er målet med tilbudet å avlaste etterspørselen etter sykehjemsplasser”. Utlagt: Omsorg+ fungerer ennå ikke slik at tilbudet erstatter sykehjem
- ”Målgruppene for dette tilbudet er eldre (som alternativt vil motta hjemmetjenester i eget hjem) eller som uten dette tilbudet ville ha behov for sykehjemsplass”. Utlagt: Omsorg+ representerer et alternativt mellomnivå til sykehjem uten å fungere som erstatning for sykehjem (kan dermed ikke regnes inn i dekningsgrad)

Omsorg+ er et tilbud basert på tjenestetilførsel utenifra til brukere uten store pleiebehov

I følge Forskrift for Omsorg+: er dette:

- tilrettelagte boliger/omsorgsboliger med *”døgnbemannet resepsjon med husvert”* (§2). Utlagt: heldøgnsbemanningen representer et kontaktpunkt på døgnbasis
- søkerens funksjonsevne må *”være så god at søker, med oppfølging, kan mester å bo i en tilrettelagt bolig, samt delta i aktivitetsilbud og sosiale arenaer”* (Forskrift, (§7)). Utlagt: det synes langt fra å være personer med vesentlige pleiebehov som er målgruppen

4.3.4 Bolig karakterisert som Omsorg+ i Oslo i forhold til definisjon av heldøgns omsorgsbolig i IPLOs

Vi har nå gjort rede for kjennetegn ved Omsorg+ i Oslo. Nå vil relatere Omsorg+ til hovedkriteriene for omsorgsbolig med heldøgns pleie og omsorg i IPLOS:

1. Tjenestene skal utøves gjennom fast personell med tilhold i boliganlegget

I ’Omsorg +’ tilføres tjenestene til beboerne utenifra, dvs fra de ordinære heimebaserte tjenestene. Husvert/resepsjonist i Omsorg+ fungerer bare som kontaktpunkt eller mellomledd til de ordinære tjenestene,

2. Tjenesteyterne skal som fast personell være tilstede hele døgnet

I Omsorg+ er det fast personell til stede hele døgnet Person er til stede, men ikke qua stasjonær bemanning.

3. Omsorgsbolig er en bolig finansiert i og oppført etter Husbankens retningslinjer for fysisk utforming og krav til helsefaglige kvalifikasjoner hos personell

Omsorg+ er ikke oppført med finansiering i Husbanken og er dermed ikke bygget i hht Husbankens retningslinjer for fysisk utforming. Det er byrådet som kvalitetssikrer hvordan boliger i Omsorg+ er fysisk tilrettelagt. Omsorg+ er i hht retningslinjene for IPLOS: å karakterisere som *’annen bolig’*, og ikke omsorgsbolig.

Konklusjon: ’Omsorg+’ er boliganlegg som ut fra IPLOS må benevnes som ’*annen bolig’*, der *tjenestene tilføres utenifra* og som er bemannet med et kontaktpunkt på døgnbasis og som så langt ikke er godkjent av Husbanken. De kan verken som bolig eller gjennom organisering av tjenestene benevnes som *omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg* på linje med de ordinære omsorgsboligene finansiert av Husbanken fom 1994.

Sjøl om det i *Omsorg+* er personell til stede hele døgnet, bryter dette opplegget med hovedintensjonen i IPLOS-definisjonen, som går på at den utøvende bemanningen skal være stasjonær, til forskjell fra når tjenestene tilføres utenifra, dvs er da ikke å regne som stasjonær bemanning. Og i Oslo er det gjort eksplisitt at tjenestene nett-opp skal tilføres fra de ordinære heimebaserte tjenestene.

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

Sammenfatning av kap 4.4: Dekningsgrad i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år+ med heldøgns pleie og omsorg i Oslo

Dekningsgrad i heldøgns-tilbud 67 år+ pr 1000 innb 80 *)	Status Andel i Pst		Endring 2006-2009		Relativt til Riket, pst	
	2006	2009	Pst-poeng	Pst	2006	2009
I heldøgns plo-boliger	**2**	**14****)	**+ 12**	-	- 95	**- 69**
I heldøgns boliger+institusjon	**215**	**229**	**+ 14**	+ 7	- 5	**- 1**

*) Datagrunnlag i hovedteksten, avsnitt 4.4, figur 4.3. **) Dette er resultatet av en formell beregning som forutsetter at alle statistikkførte heldøgnsboliger i Oslo de facto er slike boliger i samsvar med IPLOS, hvilket ikke er tilfellet for alle.

Utvikling og status i Oslos samlete omsorg for eldre kan aleine ikke belyses ved ensidig å fokusere på sykehjemsdekning. Analysen må bl. a suppleres med størrelsen av tilbudet i boliger med heldøgns pleie og omsorg. Oslos plassering i forhold til det siste er vesentlig for vurderingen av byenes *samlete heldøgnstilbud* og betydningen av dekningsgrad i sykehjem og utformingen av omsorgstrappa.

I 2010 var det på landsbasis 10.000 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år + med *heldøgns bemanning* og formelt statistikkført 319 enheter i Oslo. Dette gir en dekningsgrad tilsvarende 45 enheter pr innb 80 år + på landsbasis og 14 enheter i Oslo.

I Oslo økte *sum dekningsgrad i institusjon pluss i kommunale boliger med heldøgns omsorg* fra 215 enheter pr innb 80 år+ i 2006 til 229 enheter i 2010, dvs omtrent på landsgjennomsnittet. Mesteparten av *denne økningen* må tilskrives tilveksten av boliger av typen *Omsorg+*. I følge IPLOS sin definisjon kan imidlertid disse ikke karakteriseres som boliger med heldøgns pleie og omsorg. Alternativt kan Oslo i 2010 ha hatt 7 'øvrige' enheter med heldøgns pleie og omsorg pr 1000 innb 80 år+. Det siste anslaget gir en samlet dekningsgrad i institusjon og heldøgns omsorgsboliger som ligger 4 pst under tilsvarende dekningsgrad på landsbasis i 2010.

Hvis Oslo hadde hatt en dekning i omsorgsboliger med heldøgns bemanning på linje med landsgjennomsnittet, betyr det at det skulle ha vært omlag 1.000 slike i Oslo i 2010. Rent faktisk var det etter vår vurdering egentlig nokså få, eller maksimum 319 enheter, dvs 1/3-del av et tilbud på nivå med landsgjennomsnittet.

4.4.1 Antall enheter og dekningsgrad i boliger med heldøgns pleie- og omsorg i 2006 og 2010

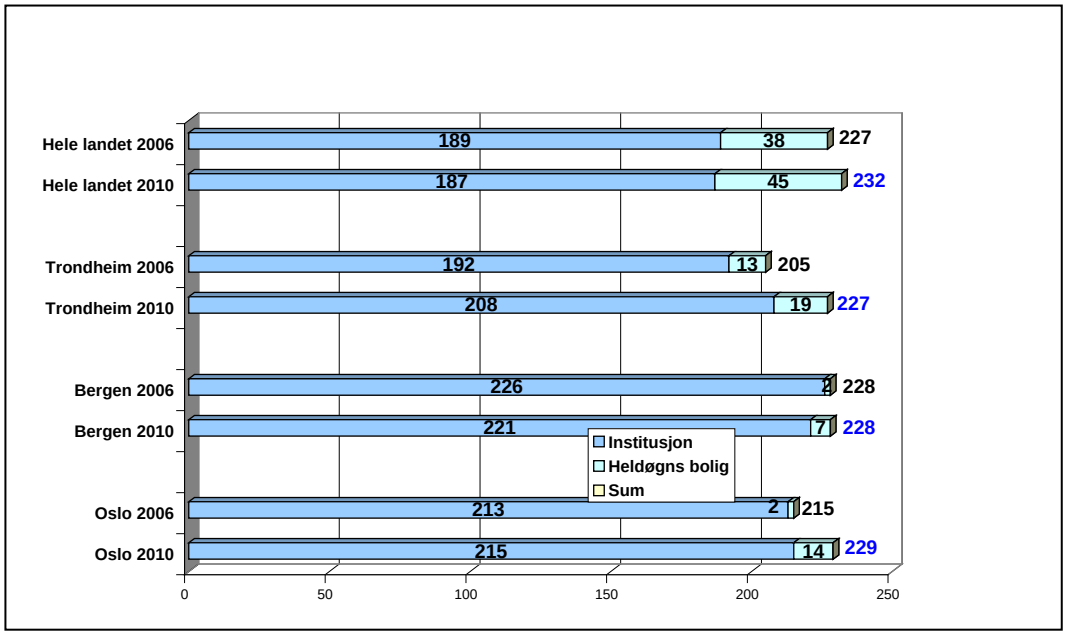
Det som umiddelbart er nokså innlysende, er at andelen slike boliger bebodd av eldre med heldøgns pleie- og omsorg, er av vesentlig betydning for vurderingen av samlet dekningsgrad i forhold til institusjon/ boformer med heldøgns pleie og omsorg. Derfor har vi sett nærmere på dette.

Situasjonen i 2006

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

På landsbasis ga dette isolert en *dekningsgrad i heldøgnsomsorg* tilsvarende 38 enheter pr 1000 innb 80 år+ i 2006, mot 2 enheter pr 1000 innb. 80 år+ i Oslo, jfr figur 4.3. I Trondheim utgjorde de kommunale boligene bebodd av eldre med heldøgns pleie og omsorg, 13 enheter pr 1000 per 80 år+ og i Bergen 2 enheter.

Figur 4.3 *Dekningsgrad i alle institusjonsplasser pluss i kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg med personer 67 år+ pr 1000 innb 80 år+. 2006 og 2010. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.*



Kilde: SSB,Kostra 2010, SSB, Oslo pr 15.6.

Situasjonen i 2010

I 2010 var det på landsbasis 10.030 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år + med heldøgns bemanning på landsbasis og 319 i Oslo. Dette gir en dekningsgrad tilsvarende 45 enheter pr 1000 innb 80 år + på landsbasis og 14 enheter i Oslo, dvs vesentlig færre, jfr figur 4.3.

Tabell 4.1 *Antall omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg og omsorgsboliger av typen 'Omsorg+' til personer 67 år +i Oslo, bydeler i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.*

Bydeler/type omsorgsbolig	Vestre Aker	Frogner	Nordre Aker	Gruner-løkka	Bjerke	Øvrige 11 bydeler	Oslo By
Boliger med heldøgns pleie og omsorg *)	57	51	85	16	47	63	319
Boliger av typen 'Omsorg+' **)	0	61	91	97	0	0	249

*) Kilde: SSB, Kostra nivå 3, bydeler, SBB, Oslo pr 15.6. 2011. **) Data fra Oslo kommune, Bydelsavdelingene, juni 2011.

I Oslo var det i 2010 256 omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg, dvs at 80 pst av samtlige (totalt 319), var konsentrert til 5 bydeler, jfr tabell 4.1, mens de øvrige 11 bydelene hadde svært få slike boliger, og i 6 bydeler var det 0-3 slike boliger i følge SSBs Kostra for Oslo i 2010.

Heldøgnsboligene i bydeler med få slike, er mest sannsynlig del av anlegg med heldøgnsboliger for brukere under 67 år, hvor det samtidig er noen få boliger med brukere 67 år+ (eller som etter hvert er blitt 67 år+). Konsentrasjonen av oppgitte heldøgnsboliger til i hovedsak 5 bydeler, gjør for øvrig ikke disse til et *allment* tilbud i Oslo.

Vi har foran drøftet kjennetegn ved omsorgsboliger av typen Omsorg+, jfr avsnitt 4.3.3-4.3.4. I utgangspunktet skulle en tro at alle de 249 boligene av denne typen var karakterisert som boliger med heldøgns pleie og omsorg. Det gjelder imidlertid i følge statistikkføringen 152 (51+85+16) eller ca 60 pst av dem.

Statistikkføringen synes imidlertid noe upresis, jfr tabell 4.1, og vi er henvist til å holde oss til de oppgaver som Oslo kommune har rapportert til SSB i Kostra, dvs sum 319 boliger med heldøgns pleie og omsorg i 2010.

4.4.2 Sum dekningsgrad i institusjon pluss bolig med heldøgns pleie og omsorg

2006

Antall enheter i boliger med heldøgns pleie og omsorg kan regnes inn i en *særskilt* dekningsgrad for institusjon og boliger med heldøgns pleie og omsorg under ett.

Vi har tidligere vist (Brevik 2007d, kap 3.7) at dekningsgraden i institusjon ble redusert i årene under Handlingsplan for eldreomsorgen, fra 229 plasser pr 1000 innbygger 80 å+ på landsbasis i 1998 til 189 plasser i 2006. Mesteparten av denne reduksjonen ble imidlertid kompensert for ved at det i 2006 var en dekningsgrad i kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg tilsvarende 38 enheter pr 1000 innb pr 80 år+, eller samlet 227 plasser pr 1000 innb. 80 år + i 2006, jfr figur 4.3. Den faktiske heldøgnsdekningen for eldre på landsbasis ble m.a.o. ikke vesenlig endret i løpet av disse 8 åra.

I Oslo var imidlertid tilsvarende dekningsgrad i 2006 215 enheter pr 1000 innb 80 år+. Fra å ha en dekning betydelig over landsgjennomsnittet for institusjonsplasser,

befant hovedstaden seg i 2006 som nevnt med en samlet dekning 5 pst under nivået på landsbasis når vi bringer inn boliger med heldøgns pleie- og omsorg.

Bergen hadde den beste samlete dekningen i institusjoner/boliger med heldøgns pleie og omsorg av disse tre byene, med 228 enheter pr 1000 innb 80 år+ i 2006 eller som landsgjennomsnittet, jfr figur 4.3.

For øvrig beregnet vi den gangen at om andelen slike boliger da skulle ha vært den samme i Oslo som på landsbasis, ville det betydd at Oslo i 2006 *skulle ha hatt vel 900 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie og omsorg til personer 67 år+,* mens hovedstaden den gangen hadde 58. Det understreker hvor svakt Oslo var forspent med kommunale boliger som del av den øvre del av omsorgstrappa.

2010

I 2010 er betydningen av kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg tiltatt. I Oslo er sum dekningsgrad i institusjon pluss i kommunale boliger med heldøgns omsorg økt fra 215 enheter pr 1000 innb 80 år+ i 2006 til 229 enheter i 2010, eller litt under landsgjennomsnittet. Mesteparten av økningen må tilskrives økningen i kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg i hovedstaden, og særlig såkalte Omsorg+.

I Bergen er dekningsgraden den samme i 2010 som i 2006, mens en i Trondheim har økt tilbudet både i heldøgnsboliger og i institusjon. Dekningsgraden i de 3 største byene er i 2010 faktisk den samme når en måler på denne måten. Og de plasserer seg her bare ubetydelig litt under dekningsgraden på landsbasis.

Hvis Oslo hadde hatt en dekning i omsorgsboliger med heldøgns bemanning på linje med landsgjennomsnittet, dvs 45 plasser pr 1000 innb 80 år+ i 2010, jfr figur 4.3, betyr det at det skulle ha vært (22.936*45/1000)=1.032 slike i Oslo i 2010. Rent faktisk var det etter vår vurdering antakelig egentlig svært få. Og sjøl om vi regner alle de statistikkførte 319 enheten som faktiske heldøgns bemannete boliger, representerte disse bare 1/3-del av det tilsvarende antall slike boliger på landsbasis.

Vi har imidlertid alt drøftet hvorvidt dette er heldøgnsboliger på linje med slike boliger jevnt over i landet forøvrig, og som er plassert under betegnelsen 'boliger med heldøgns pleie og omsorg', jfr kap 4.3.4.

Etter vår vurdering fyller de 152 heldøgns omsorgsboliger som samtidig er oppført å være 'Omsorg+', ikke kravet til slik boligbetegnelse. De øvrige 167 er også statistikkførte som boliger med heldøgns pleie og omsorg. Hvis disse er stasjonært bemannet med tjenesteutøvere, er de heldøgnsboliger i IPLOS forstand. Og hvis det er slik, vil dekningsgraden ikke være 14 enheter pr 1000 innb 80 år+, men reduseres til 7 enheter pr 1000 80 år+ i 2010.

I det siste tilfellet utgjør den samlete dekningsgraden *i institusjon og bolig med heldøgns pleie- og omsorg* i Oslo 222 enheter pr 1000 innbygger 80 år+ i 2010, eller 4 pst under landsgjennomsnittet. Den samme dekningsgraden i Oslo i var til sammenlikning 5 pst under landsgjennomsnittet i 2006.

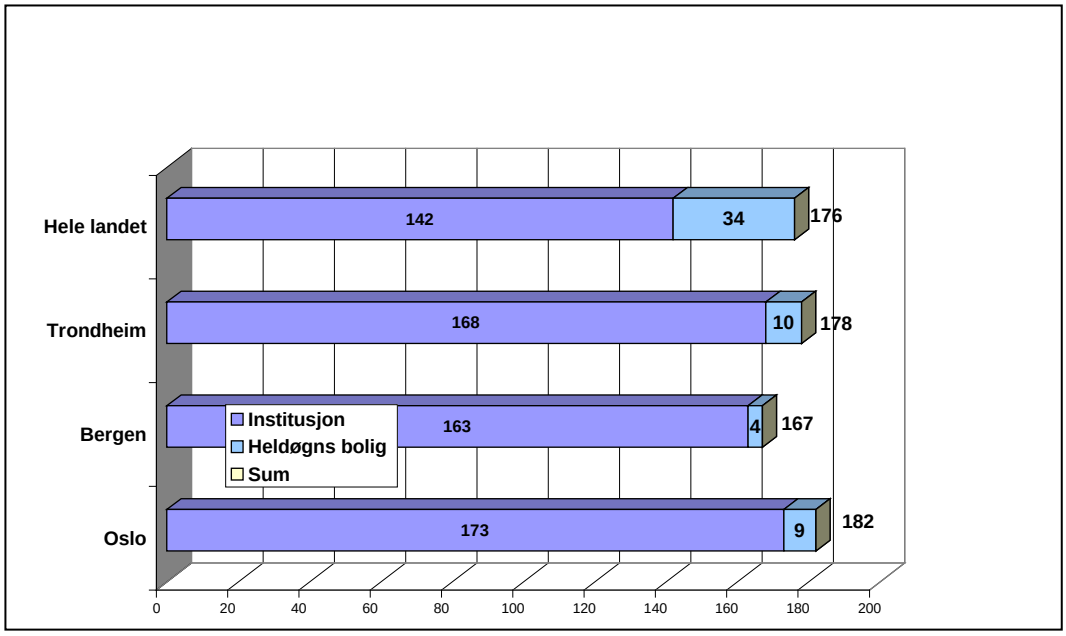
Det er likevel ikke i tilbudet i sykehjem pluss heldøgnsomsorg i kommunale boliger som i hovedsak skiller Oslo fra andre kommuner, sjøl om institusjonsdelen av denne dekningsgraden er vesentlig større enn på landsbasis, jfr figur 4.3. Det er - slik vi viste

i kapittel 3 - framfor alt den delen av tilbudet som utgjøres av heimebaserte tjenester til eldre i ordinære private boliger.

4.5 Andel brukere 80 år + med plass i institusjon og bolig med heldøgns pleie- og omsorg.

På samme måte som vi har vist bruksraten for personer 80 år+ i institusjon, jfr kap 2.2.2, vil vi til slutt på tilsvarende måte gjøre rede for sum andel 80 år+ pr all personer 80 år+ med plass i institusjon (sykehjem) og kommunal bolig med heldøgns pleie og omsorg.

Figur 4.4 *Plassrater brukere 80 år+. Sum andel 80 år+ med plass i eldreinstitusjon og kommunal bolig med heldøgns pleie og omsorg pr 1000 innb 80 år+. Storby og hele landet. 2009*



Kilde: SSB, Pleie- og omsorgstatistikk 2010, Kostra og Kostra, tabell 1, pr 29.4. 2011

Her går det fram at 182 personer 80 år+ pr 1000 innbyggere 80 år+ hadde plass i institusjon pluss heldøgns bolig i Oslo i 2010, eller 18,2 pst av den eldre befolkningen, jfr figur 4.4. Det er i overkant av tilbudet på landsbasis, hvor raten var 176 pr 1000 innb 80 år+.

Bruksraten, eller tilgjengeligheten målt ved antall enheter pr innbygger, var i Trondheim litt under Oslo og litt over landsgjennomsnittet. Men i praksis er summen av tilgjengelighet til heldøgnstilbud den samme i Oslo og Trondheim og den samme som på landsbasis.

Det er imidlertid betinget av at de 200 personene 80 år+ i Oslo som oppgis å bo i boliger med heldøgns pleie- og omsorg, faktisk gjør det, jfr drøftingen av dette i forrige avsnitt.

Bergen kommer ut med en betydelig lavere tilgjengelighet, både i institusjon og heldøgns bolig, idet 167 av 1000 innb 80 år+ hadde slike plasser i 2010. Men her bør vi huske at Bergen har en mer intensiv bruk av heimebaserte tjenester bant heimeboende eldre med omfattende hjelpebehov enn Oslo.

Men alt i alt befinner ikke de vesentlige forskjellene seg mellom storbyer og disse i forhold til resten av landet seg her, men i innslaget av boliger med heldøgns pleie- og omsorg og i innretningen av de heimebaserte tjenestene.

De store byene skiller seg vesentlig fra landsgjennomsnittet ved et jevnt over svært lav andel boliger med heldøgns pleie- og omsorg. I gjennomsnitt utgjør disse bare ¼-del av dekningsgraden som konstitueres av slike boliger på landsbasis. Det er etter vår vurdering en svakhet ved omsorgstrappa i disse store byene.

5 Samlet ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene i Storby

Som i forrige rapport avslutter vi også her med oversikt over *samlet* innsats i pleie- og omsorgstjenestene målt i årsverk og brutto driftskostnader. Det er etter vår vurdering et nyttig mål og inntak til en innledende *overordnet* vurdering av status i pleie- og omsorgstjenestene i hovedstaden.

Vi gjør rede for den samlet innsats i Oslo og i sammenlikningsområdene. Dette både for de heimebaserte tjenestene, institusjonsomsorgen og samlet innsats.

5.1 Brutto driftskostnader fordelt mellom institusjon og heimebaserte tjenester 2006-2010

Denne oversikten gjelder institusjonstjenestene og de heimebaserte tjenestene. Det som er benevnt som *aktivisering*,(Kostra f 234) er holdt utenfor da mesteparten av disse aktivitetene er knyttet til brukere under 67 år.[48]

Da vi her er bare opptatt av *den relative fordelingen i innsats mellom disse tre hovedområdene på hvert sted,* kan vi se bort fra eventuelle kommunale variasjonene i kostnader knyttet til å framskaffe en enhet tjenester, f.eks. årskostnader pr institusjonsplass eller kostnader pr årsverk i de heimebaserte tjenestene[49].

I 2006 gikk 50,3 pst av ressursene i pleie- og omsorgssektoren på landsbasis til drift av institusjonene, mens 44,3 pst gikk til de heimebaserte tjenester og resten, 5,4 pst gikk til aktiviseringstiltak (Brevik 2007c, kap 7.2.1, figur 7.3). I 2010 var de tilsvarende andelene 47,0 pst, 47,5 pst og 5,5 pst (Kostra, SSB, 2011).

[48] Post 234, *Aktivisering,* gjelder aktiviserings- og støttetjenester overfor eldre og funksjonshemmede som bl. a. omfatter virksomhet ved eldresenter og dagsenter/aktivitetssenter samt til støttekontakt. Post 254 gjelder *Kjernetjenester knyttet til pleie og omsorg og hjelp* til mestring av dagliglivet for eldre og funksjonshemmede som bor hjemme. Tjenestene omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning og omsorgslønn. Dette er nærmere presisert i *Veiledning til utfylling av skjema: Rapportering av kommunale produksjons- data*, Kostra 2006, SSB, 2006.

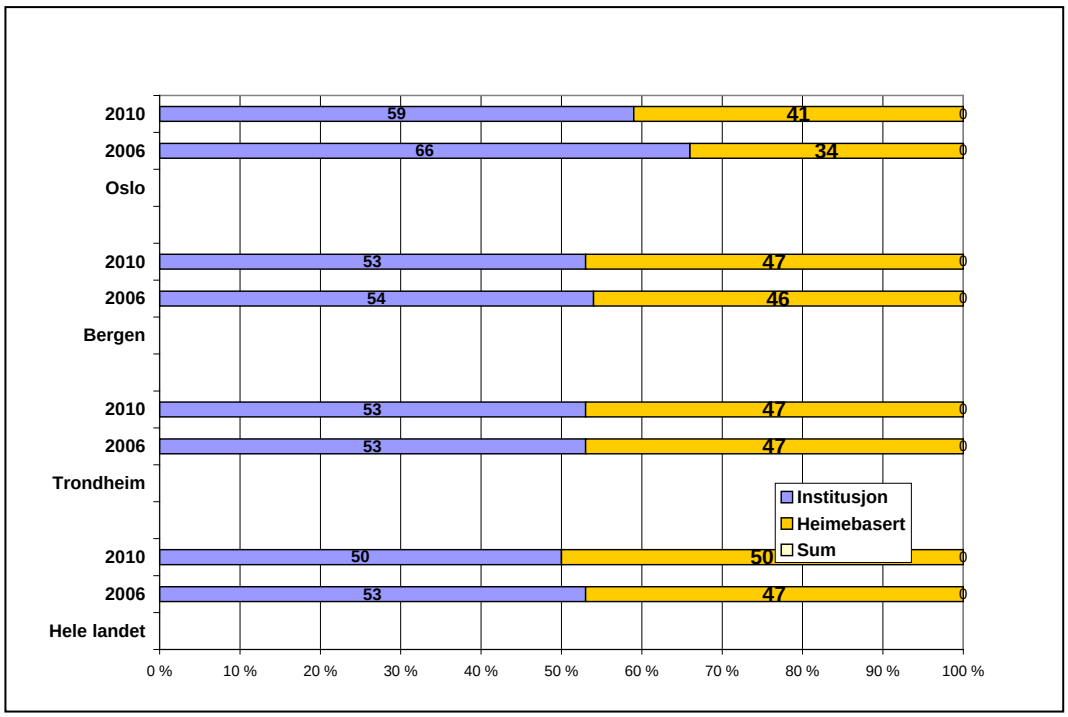
[49] Vi har imidlertid forutsatt at enhetskostnadene knyttet til å framskaffe tjenester innen disse tre områdene *relativt sett* - dvs mellom de tre nevnte hovedområdene - er de samme i de respektive kommunene vi her sammenlikner. Vi har således ikke korrigert for at enhetskostnadene ved å bringe til veie f.eks institusjonstjenester *i forhold til* heimebaserte tjenester relativt sett, kan være høyere eller lavere i en kommune enn i en annen, dvs at det kan være *ulike* relative forhold i enhetskostnader knyttet til de tre aktivitetsområdene. Slike eventuelle avvik ser vi mao bort fra. Det er imidlertid rimelig å anta at variasjonene i slike relative forhold er små og at det er det allmenne kostnadsnivået som vil måtte utgjøre de vesentlige av eventuelle variasjoner kommuner i mellom.

2006-2010

Når vi holder oss til fordelingen av brutto driftskostnader mellom institusjon (f 253+f261) og *heimebaserte tjenester* (f254), fordelte disse seg på landsbasis i 2006 med 53 pst på institusjoner og 47 pst på heimebaserte tjenester, jfr figur 5.1.

I Oslo var fordelingen slik i 2006 at 66 pst av brutto driftskostnader ble brukt i eldre-institusjoner, mens 34 pst gikk til de heimebaserte tjenestene. Sett i forhold til bruken i hele landet gikk en radikalt større andel til institusjonsdrift i Oslo. Forskjellen var stor utgjorde 13 prosentpoeng.

Figur 5.1 *Brutto driftsutgifter til eldreinstitusjoner (f253+f261) og heimebaserte tjenester (f254) i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet, 2006og 2010.*



Kilde: Kostra, nivå 3 (grunnlagsdata), SSB, Oslo 2011 Ureviderte tall for 2010, pr 15.3. 2011.

I 2010 fordelte disse ressursene seg på landsbasis med 50 pst på hver av disse to hovedsektorene, jfr figur 5.1. I Oslo gikk nå 59 pst til institusjon og 41 pst til de heimebaserte tjenestene. Sjøl om det i Oslo har funnet sted en bevegelse med en noe større bruk av ressursene i de heimebaserte tjenestene, skiller hovedstaden seg fortsatt betydelig ut i forhold til landsgjennomsnittet i det 6 av 10 kroner nyttets til institusjonene mot 5 av 10 på landsbasis.

Bergen og Trondheim hadde i 2006 en fordeling mellom disse to hovedområdene lik landsgjennomsnittet, jfr figur 5.1. Men fordelingen i disse to byene var den samme i 2010, dvs i forholdet 53/47. Bergen og Trondheim ser mao ikke ut til å ha fulgt utviklingen på landsbasis med en tiltakende andel av ressursene brukt på heimebaserte tjenester.

5.2 Utvikling på landsbasis i årsverk i institusjon og i heimebaserte tjenester

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

Årene 1988-2001

Vi gjorde i forrige rapport rede for utviklingen i forholdet mellom årsverk i eldreinstitusjoner og heimebaserte tjenester i perioden 1980-2001. Vi hadde alt tidligere vist at den alt vesentlige veksten i pleie- og omsorgstjenestene etter 1988 var kommet i de heimebasert tjenestene (Brevik 2003a).

Vi viste til at etter at kommunene fikk et samlet ansvar for pleie- og omsorgstjenestene i 1988, fant det sted en *omfattende satsing på hjemmetjenester med en kontinuerlig og betydelig* vekst i disse tjenestene (Brevik 2007c, kap 7.1).

Mens innsatsen i de heimebaserte tjenestene i 1988 utgjorde 1/3-del av samlet antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren, sto den i 2002 for halvparten av årsverkene i pleie- og omsorgstjenesten (Brevik 2010b, kap 6.3).

Årene 2002-2007

I årene etter at *Handlingsplan for eldreomsorgen* var avsluttet på driftssida i 2001, kom det i årene 2002-2007 i følge våre beregninger til 11.728 nye årsverk i pleie- og omsorg (Brevik 2010b, figur 6.4). Av disse gikk 90 pst til de heimebaserte tjenestene.

Og av disse gikk igjen mer enn samtlige til brukere under 67 år idet det ble noen færre årsverk til brukere 67 år+ i disse fem åra (jfr Brevik 20010b, figur 7.3). En mindre del tilfalt på utviklingshemmede, mens majoriteten (over 80 pst gikk til brukere under 67 år med somatisk sykdom og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet (Brevik 2010b, kap 7.3).

Det er fortsatt framvekst av heimebaserte tjenester som kjennetegner disse åra, og framfor alt til brukere under 67 år[50]. Og økt innsats i de heimebaserte tjenestene har for øvrig vært *det mest markante trekket* i utviklingen av den kommunale pleie- og omsorgstjenestene de 30 siste åra.

Og veksten i andel av ressursbruken i de heimebaserte tjenestene blant brukere under 67 år fortsatte forøvrig også i årene 2007-2009, hvor 90 pst av årsverkstilveksten i disse tjenestene gikk til brukere under 67 år (Brevik 2011a).

[50] I annen sammenheng har vi gjort mer utførlig rede for utviklingen i årsverksbruken samlet og mellom institusjon og heimebaserte tjenester og for disse igjen mellom eldre og yngre brukere, jfr Brevik 2010a, kap 5 og Brevik 2010b, kap 6-7.

5.3 Yngre brukeres del av bruken av heimebaserte tjenester

5.3.1 Fordeling av brukerretta timeverk i heimebaserte tjenester etter alder i 2009.

Vi har i en rekke sammenhenger vist til den sterke økningen over lang tid av brukere av heimebaserte tjenester under 67 år. På grunnlag av IPLOSdata viste vi at i 2006 gikk 59,8 pst av timeverkene i brukerretta virksomhet i de heimbaserte tjenestene til brukere under 67 år (Brevik 20010b, kap 7.3).

I denne sammenhengen, hvor vi spesifikt analyserer *de eldres* bruk av pleie- og omsorgstjenester, ønsker vi kunnskap om de yngres andeler for å korrigere for disse når vi sammenlikner eldres bruk mellom Oslo, de andre to store byene og hele landet.

På grunnlag av data fra IPLOs i 2009 om *antall brukere* av heimebaserte tjenester i spesifikke aldersgrupper og disses *gjennomsnittlige timebruk pr uke* (uketimeverk), er det enkelte å beregne hvor mye av det samlete volum i ukeverk som faller på de ulike gruppene. Resultatet går fram av tabell 5.1.

Vi finner at i 2009 gikk 64,4 pst av samlet antall timeverk pr uke på landsbasis til brukere under 67 år, jfr tabell 5.1. Og brukere under 50 år brukte 44,1 pst av det samlete volum i de heimebaserte tjenestene i 2009. Det har vesentlig sammenheng med den omfattende bruken av slike tjenester pr bruker pr uke. Samtidig viser grunnlagsdata at det også er slik at en tilsvarende eller svakt større andel av de samlete ressursene går til brukere under 50 år i alle de tre største byene.

Brukere av heimbaserte tjenester 80 år+ bruker samlet sett henimot halvparten så mange timeverk som hva brukere under 50 år gjør (24,4 pst versus 44,1 pst av alle timeverk, jfr tabell 5.1). Det understreker på nytt at de kommunale pleie- og omsorgstjenesten på langt nær er eldreomsorg.

I Oslo og Bergen er brukerne under 67 år sin samlete bruk av slike tjenester akkurat den samme som for hele landet. I Trondheim er imidlertid andelen noe høyere, idet 69,6 pst av timeverkene i de heimebaserte tjenestene tilfalt brukere under 67 år. Slik det går fram av grunnlagsdata, må det bl. a tilskrives et noe høyere timetall pr bruker. Det antar vi til en viss grad har sammenheng med den nokså omfattende omsorgen for utviklingshemmede i Trondheim, jfr Brevik og Høyland 2007.

5.3.2 Sammenlikning i bruk av heimebaserte tjenester mellom Hele landet og de tre største byene

Vi har ønsket å opprette et fast og standardisert mål for bruken av slike tjenester blant brukere 67 år+. Vi har således beregnet uketimeverk i de heimebaserte tjenestene pr 100 eldre 67-79 år, 80 år+ og 67 år+, dvs rater for bruk av slike tjenester relatert til befolkningen/potensielle etterspørsel etter slike tjenester.

Slik det går fram av tabell 5.1, var ratene i forhold til befolkningen 67 år + 74 brukerretta timeverk pr uke pr 100 innbygger 67 år+ på landsbasis i 2009, mens den I Oslo var 58 timer (og i Bergen og Trondheim respektive 62 t. og 58 t., jfr tabell 5.1).

Tabell 5.1 *Sum timeverk i heimebaserte tjenester pr, relativ fordeling etter alder, uketimeverk pr innbygger og uketimeverk i prosent av landsgjennomsnittet. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.* Absolutte tall og prosent.

	Relativ fordeling	Uketimeverk pr 100 innbygger	Uketimeverk i pst av lands gj.sn.
Norge 2009			
under 67 år	**64,4**		
0-49 år	44,1		
50-66år	20,3		
67-79 år	**11,1**	**36**	100
80 år+	**24,4**	**145**	100
67 år+	**35,6**	**74**	100
Alle timeverk	**100 (1.302.596)**		
Oslo 2009			
under 67 år	**64,8**		
67-79 år	**10,9**	**29**	81
80 år+	**24,3**	**103**	71
67 år+	**35,2**	**58**	78
Alle timeverk	**100 (97.867)**		
Bergen 2009			
under 67 år	**64,9**		
67-79 år	**11,1**	**30**	83
80 år+	**24,0**	**118**	81
67 år+	**35,1**	**62**	84
Alle timeverk	**100 (55.569)**		
Trondheim 2009			
under 67 år	**69,6**		
67-79 år	**9,8**	**27**	75
80 år+	**20,6**	**112**	77
67 år+	**30,4**	**58**	78
Alle	**100 (35.443)**		

Kilde: IPLOS 2009, Gabrielesen et al., SSB 2011 og beregninger ved NIBR 2011.

Innsatsen i Oslo i forhold til befolkningen 67 år+ var i 2009 slik at uketimeverken utgjorde 78 pst av gjennomsnittet for landet, mot tilsvarende 84 pst i Bergen og 78 pst i Trondheim. Hadde imidlertid Trondheim fordelt ressursene sine slik at de eldre tilkom den samme andelen som i hele landet i 2009, ville innsatsen i forhold til befolkningen 67 år + ha utgjort 92 pst av landsgjennomsnittet for alle 67 år+. Når Trondheim kommer noe svakere ut, må det antakelig bl. a tilskrives en relativt større innsats for brukere under 67 år enn i Oslo og Bergen.

Oslo har en *særlig svak samlet innsats* når vi relaterer uketimeverk i forhold til *befolkningen 80 år+,* hvor timeverksinnsatsen utgjorde 71 pst av landsgjennomsnittet i 2009, mot 81 pst i Beregn og 77 pst i Trondheim, jfr tabell 5.1.

Mens alle de tre store byene synes å bruke en noenlunde lik *relativ andel* av samlete ressurser i de heimebaserte tjenestene til yngre brukere, plasserer de seg imidlertid godt under landsgjennomsnittet når det gjelder heimebaserte tjenester til den eldre befolkningen.

Sammenfatning av kap 5.4 - 5.5: Årsverk i alt i pleie- og omsorg og dekningsgrad i årsverk i alt pr 1000 innb 80 år+ 2003-2009

Ressursbruk i pleie og omsorg målt i årsverk i alt	Status bruksrater		Endring 2003-2009		Relativt til Riket, pst	
	2003	2009	Abs. tall/ prosentpoeng	Pst	2003	2009
Årsverk i alt	**10.287**	**10.399**	**+112**	**1,1**		
Dekningsgrad i årsverk i alt pr **1000 innb 80 år+**	**421**	**451**	**+ 30**	**+ 7**	**- 17**	**- 20**

*) Datagrunnlag i hovedteksten, avsnitt 5.4-5.5, og figur 5.2 og figur 5.3

Antall årsverk i alt. I Oslo ble årsverkene i pleie- og omsorgsektoren redusert med 6,5 pst i årene 2003-2006. En seinere mindre vekst gjorde at innsatsen økte med 1,1 pst i perioden 2003-2009 under ett. I 2009 var det samlet 10.400 årsverk i pleie og omsorg i Oslo eller *vel 100 flere årsverk enn i 2003*. Målt i årsverk har innsatsen stått på stedet hvil i seks år.

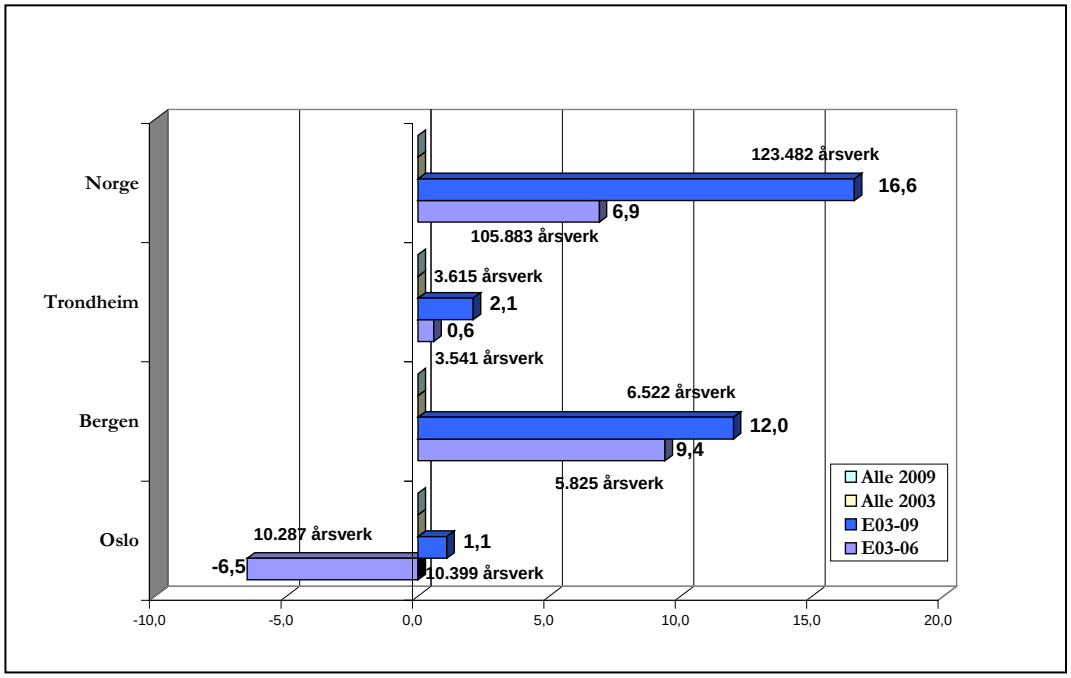
Dekningsgrad i årsverk i alt. Årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenesten i forhold til befolkningen 80 år + er ofte nyttet som et *samlemål* for nivået i tjenestene. I Oslo lå innsatsen målt på denne måten *16 pst* under landsgjennomsnittet både i 1998 og i 2002, mens den lå 23 pst under i 2006. I 2009 ble det utført 451 årsverk pr 1000 innbygger 80 år+ i Oslo eller 20 pst under dekningsgraden på landsbasis. Oslo har hatt en jevn og *vedvarende lav ressursbruk i sine pleie- og omsorgstjenester.*

5.4 Årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2003-2009

5.4.1 Endring i samlet antall årsverk 2003-2009

Før vi viser utviklingen i den relative ressursbruken i forhold til befolkningen 80 år+, vil vise utviklingen i absolutt antall årsverk i perioden 2003-2009. Resultatene går fram av figur 5.2.

Figur 5.2 *Prosentvis endring i årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenestene 2003-2006 og 2003-2009 samt antall årsverk i alt 2003 og 2009. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. Prosent og absolutte tall.*



Kilde: Kostra, SSB, hvert år, Oslo 2001

I 6-års-perioden 2003-2009 vokste antall årsverk på landsbasis med 16,6 pst. Veksten var særlig sterk de siste 3 åra, jfr figur 5.2.

I Oslo fant det sted en reduksjon i antall årsverk i pleie- og omsorgsektoren i årene 2003-2006 tilsvarende – 6,5 pst. Seinere har det igjen vært en mindre vekst slik at antall årsverk i løpet av de seks åra 2003-2009 økte med 1,1, pst. I 2009 var den samlete innsatsen i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo 10.399 årsverk, eller 112 flere årsverk enn i 2003, jfr figur 5.2. Målt i årsverk har innsatsen i praksis stått på stedet hvil.

I Bergen fant det imidlertid sted en betydelig vekst med 12 pst for årene 2003-2009, hvor mesteparten kom til i de første årene av perioden. Trondheim har derimot hatt en nokså laber utvikling målt i årsverk i løpet av disse åra idet samlet innsats økte med 2,1 pst på seks år.

5.5 Samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo, Bergen, Trondheim og Norge målt i årsverk pr 1000 innb. 80 år +. 1998-2002 og 2003-2009

Om begrensinger ved relativ måling av årsverksinnsats i pleie og omsorg

Vi gir i dette avsnittet en oversikt over *samtlige årsverk i pleie- og omsorgstjenestene målt i forhold til befolkningen 80 år +*. SSB har gjennom årene nyttet samlet antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i forhold til befolkningen 80 år + som et *samlemål* for nivået i tjenestene og for hvor en kommune i hovedsak befinner seg i forhold til ressursbruk i pleie- og

omsorgssektoren. Dette målet har en lenge gjort bruk av i den statistikken som årlig publiseres i SSB og som departementene har holdt seg til i mange år[51].

Vi har tidligere drøftet en del begrensninger knyttet til å bruke eldre 80 år som referanseenhet i forhold til samlet bruk av tjenester i pleie- og omsorgssektoren siden personer 80 år+ bruker omlag halvparten av alle årsverkene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Brevik 20072, kap 9). Slik det går fram av tabell 5.2v, (pkt p+r) brukte personer 80 år+ 47,4 pst av samlet antall årsverk på landsbasis i 2009.

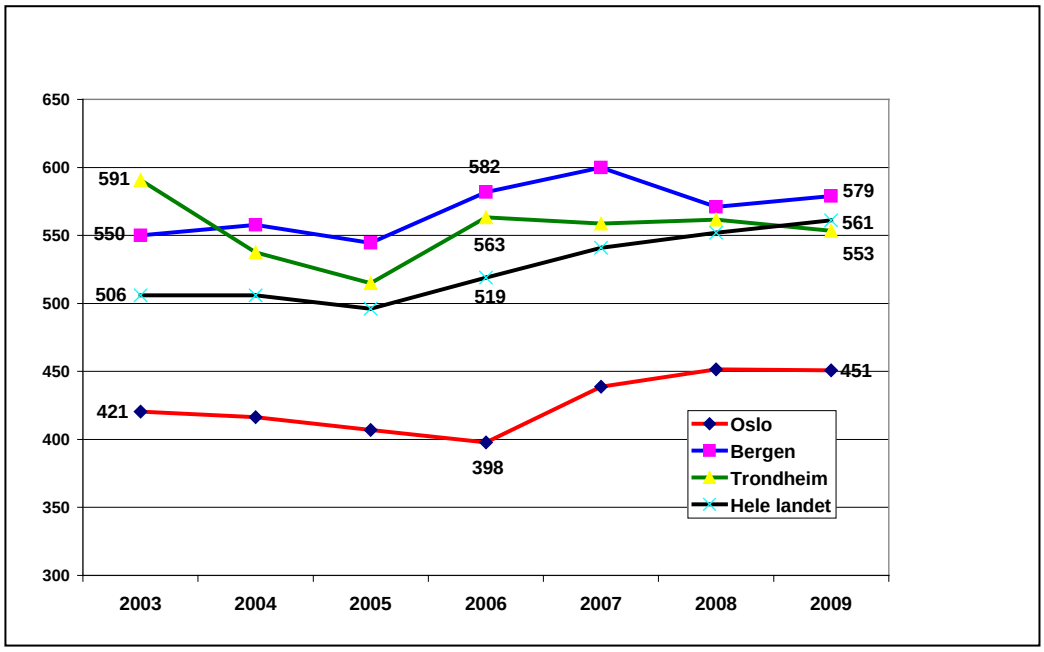
1998-2002

Vi har tidligere vist (Brevik 2007d, kap 7.4.2) at i perioden 1998-2002 var det på landsbasis bare en mindre vekst i den samlete årsverksinnsatsen målt i forhold til befolkningen 80 år+.

Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE) tok til i 1998. I de 4 første årene (1998-2002) av 8-årsperioden 1998-2006 var den samlete innsatsen i Oslo ikke større enn at den akkurat rakk til å opprettholde den underdekningen byen hadde i forhold til landsgjennomsnittet i utgangspunktet i 1998.

I Oslo lå innsatsen i pleie- og omsorgssektoren målt i samlet antall årsverk pr innbygger 80 år+ *16 pst* under *landsgjennomsnittet, både i 1998 og i 2002*. I samme periode lå innsatsen i Bergen og Trondheim rundt landsgjennomsnittet (Brevik 2007d).

Figur 5.3 *Antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene pr 1000 innb 80 år+ i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet. 2003-2010.*



Kilde: Kostra, tabell 0815, SSB, Oslo 2011

[51] Vi viser her til St meld nr 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* og i *Statsbudsjettet 2008,* St. pr nr 1 (2007-2008), HOD, tabell 5.11/5.12, s 195.

2003-2006

Som nevnt i forrige rapport, ble statistikkføringen lagt om i 2003, noe som førte til en viss generell økning av antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene[52].

I årene 2003-2006 var veksten i samlet antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene på landsbasis målt i forhold til antall innbygger 80 år+ moderat større enn i årene 1998-2002. I 2006 ble det på landsbasis utført 519 årsverk pr 1000 innb 80 år+, jfr figur 5.3.

I årene 2003-2006 ble den samlete innsatsen i Oslos pleie- og omsorgstjenester målt i årsverk i følge Kostra som nevnt redusert med 6,5 pst, fra 10.288 årsverk i 2003 til 9.616 årsverk i 2006, jfr 5.2. Det gjorde at den samlete innsatsen pr 1000 innb 80 år+ i Oslo sank fra 421 årsverk i 2003 til 398 årsverk i 2006. Da hadde hovedstaden en samlet årsverksinnsats i forhold til befolkningen 80 år+ som lå *23 pst under* landsgjennomsnittet, og 32 pst under det tilsvarende innsatsnivået i Bergen.

Bergen og Trondheim hadde i perioden 2003 – 2006 en samlet innsats i pleie- og omsorgstjenestene pr innb 80 år+ over landsgjennomsnittet. I 2006 lå årsverksinnsatsen i de to byene målt på denne måten respektive 12 pst og 8 pst over landsgjennomsnittet.

På landsbasis vokste årsverksinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene fra 519 årsverk per innb 80 år + i 2006 til 561 i 2009. I Oslo fant det også sted en viss vekst i samme periode (hadde dog noe sammenheng med at det ble færre innb 80 år+). Det til forskjell fra de tre tidligere åra med redusert innsats, jfr figur 5.3. I Oslo utgjorde innsatsen målt på denne måten 451 årsverk pr 1000 innb 80 år+ i 2009, eller *20 pst under innsatsen på landsbasis samme år*, dvs var på et relativt sett noe lavere nivå i forhold til landsgjennomsnittet enn i 2003 og 1998 (se foran). Oslo framstår klart som et avvikende tilfelle ('deviant case').

Bergen lå jevnt over godt over landsgjennomsnittet i perioden 2003-2009. Det samme gjorde Trondheim, men på litt lavere nivå, jfr 5.3. I Oslo var årsverksinnsatsen i 2009 målt på denne måten 22 pst under innsatsen i Bergen og 18 pst under den i Trondheim.

Det empiriske grunnlaget gir derfor grunn til forsatt å opprettholde konklusjonen fra fire år tilbake:

> Ikke bare kommer hovedstaden svakt ut i dag. Oslo har kommet svakt ut hele veien. Mens landet og de to andre store byene har fått til en betydelig vekst i disse nasjonale satsingsåra, synes tida å ha stått stille i Oslo. En befinner seg fortsatt der en var for lenge siden (Brevik 2007c, kap 7.4.2., s 145).

Og som vi framholdt den gangen, har vi her f. eks heller ikke grepet fatt i betydningen av at hovedstaden har en vesentlig større andel eldre som bor aleine enn landet forøvrig. Og som NIBR har vist - siden midten av 1980-åra og i tidligere full samforståelse med Oslo kommune - er dette av fundamental betydning for behov og

[52] I forhold til tidligere talloppgaver for årene 2003-2006 (som ble nyttet i vår forrige rapport) er disse av SSB seinere imidlertid blitt justert noe, og vi nytter de justerte talloppgavene. Endringene har imidlertid vært små slik at hovedbildet har forblitt det samme.

etterspørsel etter kommunale pleie- og omsorgstjenester. Og den høye andelen aleineboende har siden den gangen også ofte blitt nevnt som sjølve *'storbyfaktoren'* i pleie- og omsorgssammenheng. Dette vesentlige forhold er her ikke trukket inn, men burde inkluderes i en mer fullstendig analyse av den faktiske status i Oslos pleie- og omsorgstjenester.

5.6 Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene til brukere 67 år+ i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet

Sammenfatning av kap 5. 6 og 5.7: Status i dekningsgrad i årsverk i pleie- og omsorgstjenester til eldre 67 år+ pr 1000 innb 80 år+ i 2009

Dekningsgrad og *bruksrater* - årsverk til eldre 67 år+ i pleie- og omsorgstjenestene	Status 2009	Relativt til Riket i 2009 – prosent
Dekningsgrad årsverk pr 1000 innb. 80 år+		
- Årsverk *i alt* til eldre pr 1000 innb 80 år+	**281**	**- 16**
- Årsverk i institusjon pr 1000 80 år+	**219**	**- 8**
- Årsverk i heimebaserte tjenester pr 1000 80 år+	**63**	**- 34**
Bruksrater – årsverk pr 1000 innb. 80 år+		
- Beboere i institusjon 80 år+	**180**	**- 4**
- Brukere av heimebaserte tjenester 80 år+	**43**	**- 35**

Dekningsgrad. I Oslo utgjorde årsverksbruken i '*eldreomsorgen*' (den delen av samlet bruk som falt på brukere 67 år+ i institusjon og heimebaserte tjenester) 281 årsverk pr innbygger 80 år + i 2009, som var 16 pst under landsgjennomsnittet.

Dekningsgraden i institusjon var 219 årsverk pr 1000 innb 80 år+ eller 8 pst under dekningen på landsbasis. I de heimebaserte tjenesten lå årsverksinnsatsen tilsvarende 34 pst under dekningen på landsbasis. Innsatsen er svært lav.

Bruksrater 80 år+. I Oslo tilsvarte innsatsen i institusjon 180 årsverk pr 1000 innb 80 år+ i 2009, eller 6 pst lavere enn på landsbasis. Det er forøvrig det samme relative nivå som i 2006. Tilsvarende var tilbudet i heimebaserte tjenester 43 årsverk pr 1000 innb 80 år+, eller 35 pst under landsgjennomsnittet. Resultatene for dekningsgrad bekreftes, og målet synes konsistent.

Det betyr at for eldre 80 år+ bruker hovedstaden 4,2 ganger så mange ressurser på beboere i institusjon, dvs sykehjem, som i de heimebaserte tjenestene. På landsbasis var det samme forholdstallet i 2009 2,9 ganger. Oslo har svakt utbygde heimebaserte tjenester samtidig som ressursinnsatsen i institusjon er under landsgjennomsnittet.

Så langt har vi gjort rede for omfanget av hele årsverksinnsatsen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i forhold til befolkningen 80 år+. Vi har tidligere ikke kunnet korrigere for den andel av årsverkene som faller på brukere under 67 år, fordi det før 2007 ikke forelå slike data.

Men ved hjelp av IPLOS-data var det fom 2007 mulig å skille ut den andelen av samlet bruk som faller på brukere 67 år+. Ved SINTEF har en gjennomført en analyse av ressursbruken i eldreomsorgen på landsbasis for året 2007 for alle kommuner[53]. NIBR har fått overført dette datamaterialet, der de spesifikke resultatene for Oslo og de tre andre byene går fram. Men i stedet for å gjengi disse her, har vi gjennomført en tilsvarende egen analyse av ressursbruken i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene for 2009 året.[54] Her måler vi ressursbruken i form av årsverk og brutto driftskostnader til drift av disse tjenestene (Kostra, f 253.f261 og f254).

5.6.1 De eldres andel av ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene i 2009

På samme måte som i SINTEF sin analyse for 2007, legger vi til grunn at brukerne 67 år+ sin samlete bruk av ressurser i form av brutto driftskostnader og årsverk er analog til deres andel av antall beboere i institusjon og deres andel av timerke pr uke i de heimebaserte tjenestene. Det er forøvrig ingen grunn til å anta at de yngre brukernes andel av indirekte driftskostnader (de som komme i tillegg til registrert brukerretta tidsbruk i IPLOS) er forskjellig for brukere under og over 67 år+. Det samme gjelder den samlete ressursbruken på bynivå i institusjonstjenestene.

På landsbasis tilsvarte beboere 67 år+ i institusjoner for eldre og funksjonshemmede 87,3 pst av alle beboere (87,5 % i Oslo). I de heimebaserte tjenestene nyttet brukere 67 år + 35.6 av de direkte brukerretta timeverkene (35,2 % i Oslo), jfr tabell 5.2. På landsbasis falt således 66,7 pst av den samlete ressursbruken i pleie og omsorg på brukere 67 år+, jfr tabell 5.2.

Når andelen av brukerretta uketimeverk i heimebaserte tjenester til brukere 67 år+ er den samme (med unntak av Trondheim), dvs 35 pst i Oslo, Bergen og hele landet, Om den *relative* andelen er den samme, betyr det ikke nødvendigvis at størrelsen er de samme målt i *absolutt omfang*. Når f. eks Oslo kommer ut som en gjør skyldes det at den faktisk lavere innsatsen i uketimeverk for brukere under 67 år i Oslo liknes ut av en *tilsvarende lavere* innsats for brukere 67 år+, slik at Oslo likevel kommer ut med samme relative andel som Bergen og hele landet, tabell 5.2 nedenfor.

---

[53] Vi viser her til Huseby B.M. og Paulsen B.: *Eldreomsorgen i Norge: helt utilstrekkelig – eller beste i verden?*, SINTEF. Rapport A11522, mai 2009

[54] Vi finner det lite hensiktsmessig å gå inn på data fra 2007 her da det skjer relativt lite over så vidt kort tid. Dessuten har enkelte revideringer av de statistiske data for 2007 etter at SINTEF gjennomførte sin analyse ført til mindre endringer i tallmaterialet, men likevel svært små (og nærmest uten betydning for hovedresultatene). Av den grunn har vi også valgt å holde oss til 2009 i stedet for å gjennomføre en revidert analyse av 2007 som dessuten i hovedsak alt foreligger.

Tabell 5.2 *Andel beboere 67 år+ i institusjon, uketimeverk i heimebaserte tjenester og samlet ressursbruk i kommunal pleie- og omsorg, eksklusive aktivitetstiltak (f234) til brukere 67 år+. 2009. Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet (Riket).*

Data for året 2009 - KOSTRA	**Oslo**	**Bergen**	**Tr. heim**	**Riket**
Andel 67 år+ i institusjon	87,5	91,2	86,4	87,3
Andel uketimeverk i brukerretta heimebaserte tjen.	35,2	35,1	30,4	35,6
Andel brutto driftskostnader/årsverk til brukere 67 år+	**66,7**	**64,7**	**54,9**	**61,9**

Kilde: Kostra nivå 2 og 3 samt beregninger ved NIBR på grunnlag av IPLOS 2009 (uketimeverk), SSB, Oslo 2011. Prosent *) For beregningsgrunnlag for brukerretta uketimeverk og fordeling av brutto driftskostnader, se nærmere i tabell 5.1v (pkt R,S) og tabell 5.2v (pkt h).

Således viser tabell 5.3 at på landsbasis i 2009 gikk 61,9 pst av ressursene målt i brutto driftskostnader eller årsverk gikk til brukere 67 år+. I Oslo var denne andelen vesentlig større idet 66,7 pst av ressursene gikk til eldre. I Trondheim gikk imidlertid bare 54,7 pst av samlet innsats til brukere 67 år+ Det har særlig sammenheng med brukere under 67 år sin høye bruk av timeverkene i de *heimebaserte tjenestene* i Trondheim, hvor de brukte 69,6 pst. Derfor er det ikke helt riktig å holde yngres andel av ressursbruken i de heimebaserte tjenestene utenfor når en sammenlikner bruken i 'eldreomsorgen'. Det problemet må imidlertid utestå i denne sammenhengen.

Om datagrunnlaget

Bakgrunnsmaterialet for alle beregninger og analyse av ressursbruk i form av årsverk og brutto driftskostnader i pleie og omsorgstjenestene i 2009 - herfra og i resten av kapittel 5 - er gjort rede for i vedleggstabellene 5.1v - 5.3v. Her gir vi oversikt over disse:

- tabell 5.1v: befolkningsdata og antall brukere og bruk av pleie og omsorgstjenester i institusjon og i de heimebaserte tjenestene
- tabell 5.2v: oversikt over ressursbruk målt i brutto driftskostnader og årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester etter alder
- tabell 5.3v: oversikt over dekningsgrad og bruksrater for brutto driftskostnader og årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester etter alder

De ulike faktorene som ligger til grunn og inngår i beregningene for data i tabell 5.1v og 5.2v er merket med særskilte bokstaver alfabetiske. Ved hjelp av disse viser vi i tabell 5.4c formelen for de ulike beregningene med referanse de bokstavangitte faktorene samtidig som dette også er gjengitt i hovedtabellene som følger i teksten.

5.6.2 Dekningsgrad årsverk i alt i pleie- og omsorgstjenestene til brukere 67 år

Om beregning av dekningsgrad

Ved beregning av dekningsgrad for ressursbruken (målt i årsverk og brutto driftskostnader) blant brukere 67 år+ velger vi å forholde denne til omfanget av befolkningen 80 år+, da disse på landsbasis i 2009 brukte majoriteten eller 77 pst av sum

ressurser til brukere 67 år+ målt i br. driftskostnader og årsverk i pleie og omsorg, jfr tabell 5.1v[55].

Tabell 5.3 *Dekningsgrad i årsverk i pleie og omsorg til brukere 67 år. Andel årsverk til brukere 67 år+ pr 1000 innbyggere 80 år+.*

	Oslo	**Bergen**	**Tr. heim**	**Riket**	**Oslo i % av riket**
Sum årsverk 67 år+ (n)	6.492	4.104	2.018	73.759	
Befolkning 80 år+ pr 1.1. 2010 (B)	23.073	11.267	6.533	220.022	
Årsverk til 67 år+ pr 1000 innb 80 år+ (n/B*1000)	**281**	**364**	**309**	**335**	**-16**

Kilde: SSB. Beregningsgrunnlag: Kostra og IPLOS, NIBR 2011*) Beregningsgrunnlaget er gjort rede for i tabell 5.1v (B) og 5.2v (n).

Den samlete årsverksbruken i pleie og omsorg i Oslo i 2009 til brukere i institusjon og heimebaserte tjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) 67 år+ utgjorde 281 årsverk pr innbygger 80 år +, mot 335 årsverk pr 1000 innb. på landsbasis. Slik sett lå innsatsen i hovedstaden pr eldre 80 år+ 16 pst under landsgjennomsnittet, jfr tabell 5.3.

Forøvrig er den samlet årsverksinnsats i forhold til befolkningen 80 år+ i Oslo vesentlig lavere enn i Bergen som nyttet 364 årsverk til eldre pr 1000 innb 80 år+ til pleie og omsorg i 2009, eller 30 pst over nivået i Oslo. Det burde tyde på at Norges nest største by har etablert en vesentlig mer omfattende innsats i eldreomsorgen enn Oslo, uten at det neppe kan gjøres fradrag for verken mindre familieomsorg eller større aleineboenhet i Bergen.

Her er aleineboenhet og tilgang på privat omsorg holdt utenfor. Med en større andel eldre som bor aleine med tilsvarende svekka muligheter til privat omsorg (ektefelleomsorg) vet vi at dette må kompenseres for gjennom en tilsvarende større tilgjengelighet til offentlige heimebaserte tjenester og et større intensitet (timer pr uke) i disse tjenestene. Våre data viser at på tross av vesentlig større andel aleienboende eldre i Oslo, er både tilgjengeligheten i de heimebaserte tjenestene og samlet omfanget av offentlig hjelp vesentlig lavere i Oslo i 2009, jfr kap 3.

[55] Blant personer 67 år+ i institusjon utgjorde beboere 80 år+ 80,3 pst av alle disse. Og av uketimeverkene i brukerretta aktivitet i de heimebaserte tjenestene til brukere 67 år+ utgjorde timeverkene som falt på brukere 80 år+ 68,7 pst av alle, jfr tabell 5.1v. Vi forutsetter at de bruker tilsvarende andeler av ressursene i respektive institusjon og heimebaserte tjenester. Vår beregning viser da at 77 pst av samlete brutto driftskostnader og årsverk i disse to hovedtjenestene under ett til brukere 67 år+ i 2009 gikk til brukere 80 år +, både på landsbasis og i Oslo. Personer 80 år+ er den dominerende brukergruppen blant eldre 67 år+.

5.7 Dekningsgrad og bruksrater for og årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester etter alder

5.7.1 Dekningsgrad i årsverk til brukere 67 år+ i institusjon og heimebaserte tjenester

Datagrunnlaget for beregningen er gjort rede for i tabell 5.1v og tabell 5.2v. Resultatene er også gjengitt i tabell 5.3v i tabellvedlegg. Vi gjør rede for dekningsgraden for årsverk til brukere 67 år+ (eldre) målt i forhold til befolkningen 80 år + separat for institusjoner og heimebaserte tjenester.

Dekningsgrad i institusjon

I 2009 tilsvarte ressursinnsatsen i Oslo i institusjon til beboere 67 år+ en dekningsgrad på 219 årsverk pr 1000 innb 80 år+. Den var 8 pst under den tilsvarende ressursbruk på landsbasis, jfr tabell 5.4. I Trondheim lå innsatsen nært landsbasis, mens den i Bergen vare 265 årsverk pr innb 80 år+, eller 21 pst høyere enn i Oslo.

Tabell 5.4 *Dekningsgrad i årsverksbruk blant brukere 67 år+ i institusjon og i heimebaserte tjenester pr 1000 innb 80 år+ samt bruksrater for bruk av de samme for brukere 67-79 år og 80 år+ målt ved årsverk pr 1000 innbygger i Oslo, Bergen, Trondheim og riket (hele landet) samt skåre for Oslo i prosent av landsgjennomsnittet.*

	Oslo	Bergen	Tr. heim	Riket	Oslo i % av R
Dekningsgrad i årsverk brukere 67 år+ pr 1000 personer 80 år+					
Årsverk i institusjon (l/B*1000)	219	265	232	236	- 8
Årsverk i heimeb. tjenester (m/B*1000)	63	99	77	96	- 34
Sum rater årsverk brukere 67 år+	**282**	**364**	**309**	**334**	**- 16**
Rater årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester 67 år+ pr 1000 eldre innbyggere					
I Institusjon					
Brukere 67-79 år (o/A*1000)	24	30	26	25	- 4
Brukere 80 år+ (p/B*1000)	180	211	175	191	- 6
I heimebaserte tjenester					
Brukere 67-79 år (q/A*1000)	12	17	13	16	- 25
Brukere 80 år+ (r/B*1000)	43	66	68	66	- 35

Kilde: SSB, Kostra og IPLOS, jfr tabell 5.3v.

Dekningsgrad i heimebaserte tjenester

De *heimebaserte tjenestene* til brukere 67 år+ tilsvarte i Oslo i 2009 63 årsverk pr 1000 innb 80 år+ i Oslo, mot 96 pr 1000 80 år+ på landsbasis. Denne ressursinnsatsen i Oslo lå *34 pst under* tilsvarende innsatsen på landsbasis i 2009. I Bergen lå årsverksinnsatsen i de heimebaserte tjenestene målt som dekningsgrad imidlertid 57 pst over innsatsen i Oslo det året.

Mens Oslo har en samlet ressursinnsats i institusjon litt under landsgjennomsnittet, *er innsatsen i de heimebaserte tjenestene svært lav*. Og det er fortsatt dette som framfor alt kjennetegner innretningene av de kommunale pleie- og omsorgstjenesten i hoved-

staden. Og her får vi igjen bekreftet resultatene for Oslo i 2005/2006 (Brevik 2007d, tabell 7.1).[56]

5.7.2 Årsverksrater i institusjon og heimebaserte tjenester 67 år+ pr 1000 innbyggere 67-79 år og 80 år+

Bruksrater gir imidlertid det mest korrekte målet for bruk av tjenester i det de data som inngår i målet referer seg til samme aldersgruppe både i teller og nevner ved beregningen.

Vi legger her til grunn at årsverkene i institusjon fordeler seg mellom aldersgruppene 67-79 år og 80 år+ analogt til den prosentvise fordelingen av antall beboere i institusjon i de to aldersgruppene som vi her nytter[57], mens årsverkene i de heimebaserte tjenestene forutsettes å fordele seg analogt til fordelingen av brukerratta timeverk mellom de to aldersgruppene. Disse fordelingene går fram av tabell 5.1v (pkt M,N).

Alderspesifikke rater for årsverksbruk i institusjon

I følge SSBs data for 2009 tilsvarer årsverksbruken i institusjon i Oslo blant beboere 67-79 år omtrent den samme som på landsbasis, dvs 24 mot 25 årsverk pr 1000 innb 67-79 år, jfr tabell 5.4. Blant beboere 80 år tilsvarer også den aldersspesifikke årsverksbruken i institusjon i Oslo 180 årsverk pr 1000 innb. 80 år+ eller 6 pst under landsgjennomsnittet. Det er forøvrig på omtrent akkurat samme nivå som vi tidligere fant for årene 2005 og 2006 (jfr Brevik 2007d, tabell 7.1). Bergen plasser seg imidlertid en del høyere.

Tidligere har vi vist rater for tilgjengelighet til sykehjem målt ved antall sykehjemsplasser til beboere 80 år+ pr 100 innb 80 år+ var 17,3 i Oslo mot 14,2, dvs at det var 22 pst flere 80 år+ med plass i sykehjem i Oslo enn på landsbasis, jfr kap 2, figur 2.2. Det må bety at årsverksbruken pr beboer (bemanningen) er vesentlig lavere i Oslo enn på landsbasis. Det kommer vi tilbake til.

Alderspesifikke rater for årsverksbruk i heimebaserte tjenester

Årsverksbruken pr bruker av heimebaserte tjenester i aldersgruppa 67-79 år lå i Oslo i 2009 25 pst under av nivået på landsbasis. Og blant brukere 80 år+ var bruken tilsvarende 35 pst under nivået for landsgjennomsnittet, idet det i Oslo ble utført 43 årsverk i heimebaserte tjenester pr 1000 innb 80 år+ mot tilsvarende 66 årsverk pr 1000 innb 80 år+ for hele landet.

Mens Oslo har en ressursbruk i institusjon for befolkningen 67 år+ som gjennomsnittet for landet, plasser innsatsen i de heimebaserte tjenestene seg vesentlig under landsgjennomsnittet slik vi alt har vist for tilgjengeligheten (andel brukere med heimebaserte tjenester kap 3.3) og for intensiteten (antall timer pr uke pr bruker, kap

[56] Den gangen beregnet vi samlet innsats i heimebaserte tjenester pr 1000 innb 80 år+ inkludert årsverkene til brukere under 67 år. Resultatet ble da en innsats i de heimebaserte tjenestene på 60 pst av landsgjennomsnittet. Sjøl om beregningsmåtene er noe forskjellige, bekrefter funnene hverandre.

[57] Blant beboere i institusjon vil årsverksbruken på bynivå forholde seg til samtlige beboere. Det verken føres eller finnes noen statistikk som viser årsverksbruken for ulike grupper individer i institusjon. Det er derfor egentlig anstaltmakeri å operere med en slik forutsetning.

3.5). De alderspesifikke bruksratene bekrefter forøvrig det bildet som alt er utmålt ved bruk av dekningsgrad.

Sammenfatning av kap 5.7.3 - 5.8.3: Årsverk pr beboer og bruker og brutto driftskostnader pr årsverk og pr plass i institusjon i Oslo i 2009

Årsverk pr beboer i institusjon og bruker 67 år+ av heimebaserte tjenester	Status 2009	Relativt til Riket i 2009 - prosent
Årsverk pr plass i *institusjon,* alle plasser	**1,13**	**- 20**
Årsverk pr bruker 67 år+ i *heimebaserte tjenester*	**0,14**	**- 30**
Brutto driftskostnader pr årsverk i tusen		
Br driftskostnader pr *alle årsverk i plo* i tusen	**748**	**+ 26**
Br driftskostnader pr årsverk i *institusjon*	**771**	**+ 28**
Br driftskostnader pr årsverk i *heimebaserte tjen.*	**715**	**+ 22**
Br driftskostnader pr *plass* i *institusjon*	**872**	**+ 3**

Årsverk pr beboer og bruker. Oslo nyttet i 2009 1,13 årsverk pr plass i *institusjon*, mot 1,41 på landsbasis, eller 20 pst under gjennomsnittlig bemanning på landsbasis. Noe høyere tilgjengelighet (dekningsgrad) i Oslo har sin motsvarighet i mindre innsats pr beboere.

I de heimebaserte tjenestene lå innsatsen pr bruker 67 år+ i Oslo i 2009 30 pst under nivået pr bruker på landsbasis, med 0,14 årsverk pr bruker pr år mot 0,20 på landsbasis. Hovedstaden befinner seg i 2009 der Riket var i 1995.

Driftskostnader pr årsverk. I 2009 lå brutto driftskostnader pr årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo 26 pst over landsgjennomsnittet. I institusjon (sykehjem) lå de i Oslo 28 pst over og beløp seg her 771 tusen, mot 601 tusen pr årsverk på landsbasis.

På landsbasis var det i 2009 liten forskjell i brutto driftskostnader pr årsverk i institusjon og i de heimebaserte tjenestene. Oslo skiller seg imidlertid noe ut, idet disse driftskostnadene pr årsverk i institusjon lå 8 pst over landsgjennomsnittet

Driftskostnader pr plass i institusjon. I 2009 var brutto driftskostnader pr plass i institusjon i Oslo 872 tusen kroner, eller 3 pst over landsgjennomsnittet. Det på tross av vesentlige høyere årsverkskostnader i institusjon. At det er slik, må i nærmest i sin helhet tilskrives den lave bemanningsfaktoren i Oslo. Høye årsverkskostnader liknes nærmest i sin helhet ut av lav bemanning i institusjon og Oslo kommer ut med omtrent samme driftskostnadsnivå pr plass som i landet forøvrig.

5.7.3 Årsverk pr beboer i institusjon og pr brukere av heimebaserte tjenester.

Vi gir her til slutt oversikt over antall årsverk pr alle plasser i institusjon[58] og årsverk pr bruker av heimebaserte tjenester beregnet på grunnlag av data om antall plasser i institusjon inkludert avlastnings- og barneboliger, jfr tabell 5.4av, pkt D, mens årsverksbruken i de heimebaserte tjenestene til brukere 67 år+ er gjengitt i tabell 5.2v, pkt m.

Institusjon

Her går det fram at i Oslo ble det i 2009 samlet nyttet 1,13 årsverk pr plass i institusjon, mot 1,41 på landsbasis, jfr tabell 5.5. Det utgjorde en bemanning pr plass som var 20 pst under den gjennomsnittlig bemanningen på landsbasis i 2009. Bemanningen målt i årsverk pr plass i Trondheim og Bergen var noe lavere, men vesentlig høyere enn i Oslo, jfr tabell 5.5.

Det at Oslo nesten har samme ressursinnsats i institusjon i forhold til befolkningen 80 år+ som på landsbasis, jfr tabell 5.4, skyldes mao ikke bare at omfanget i innsatsen pr bruker er lavere, men også at relativt flere personer har plass, jfr data om tilgjengelighet i kapittel 2.2.

Men samtidig har vi vist at andelen med omfattende funksjonstap i institusjon i Oslo er den samme som for hele landet, dvs 70 pst. jfr kap 1, figur 1.4. Vesentlig lavere pleiefaktor synes nødvendigvis ikke å følge av mindre grad av hjelpebehov hos beboerne. Det kan imidlertid f. eks ha sammenheng med sjølve driftsformen, med lav sirkulasjon og lite hyppig bruk av korttidssenger, dvs mindre bruk av ressurser nyttet i samhandling med de øvrige pleie- og omsorgstjenestene, jfr kap 2.7, om sirkulasjon og liggetid i sykehjem.

Men vi kan på dette analysenivået ikke belyse hvorvidt en så vidt lav bemanningsfaktor i Oslo kan medføre lavere kvalitet i tilbudet. Det som uansett står tilbake er de facto en relativt lav bemanningsfaktor målt i årsverk pr plass sammenliknet med landsgjennomsnittet.

Tabell 5.5 *Årsverk pr alle beboere i institusjon og alle brukere av heimebaserte tjenester 67 år+ i 2009 i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet.* Årsverk, jfr tabell 5.3v

Årsverk pr bruker pr år	**Oslo**	**Bergen**	**Tr. heim**	**Riket**	**Oslo %**
Årsv. pr plass i institusjon (j/D)	**1,13**	**1,25**	**1,34**	**1,41**	**- 20**
Årsv. pr bruker heimebas. tj. (m/K)	**0,14**	**0,20**	**0,19**	**0,20**	**- 30**

Heimebaserte tjenester

I de heimebaserte tjenestene lå innsatsen pr bruker 67 år+ i Oslo i 2009 30 pst under nivået pr bruker på landsbasis, med 0,14 årsverk pr bruker pr år mot 0,20 på landsbasis, jfr tabell 5.5. Vi har i annen sammenheng beregnet at årsverksinnsatsen pr bruker 67 år+ på landsbasis i de heimebaserte tjenestene var 0,13 årsverk pr bruker i

[58] Vi har ved denne beregningen tatt utgangspunkt i plasser i institusjon inkludert barne- og avlastningsboliger korrigert for utleie- KOSTRA nivå 3, jfr tabell 5.1v, pkt D.

1995, dvs 14 år tidligere omtrent den samme som i Oslo i 2009 (Brevik 2010b, kap 7.5, tabell 7.5).

Vi nevner forøvrig at årsverksinnsatsen pr bruker 67 år+ i de heimebaserte tjenestene i Bergen og Trondheim lå rundt gjennomsnittet for riket, jfr tabell 5.5. Lav innsats i de heimebaserte tjenestene synes i vesentlig grad å kjennetegne hovedstaden på tross av relativt høyt innslag av aleineboende eldre. At det er slik kan etter vår vurdering vise tilbake til i manglende forståelse av betydningen av samspill og innretning av tjenestene.

5.8 Brutto driftskostnader pr årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester

Det som er avgjørende for brukerne i hjelpesammenhengen er ressursinnsatsen i form av årsverk. Driftskostnadene må generelt antas å være 'utvendige' i forhold til arbeidsinnsatsen i denne sektoren da det er rimelig å anta at variasjoner i kostnadsnivået pr årsverk nærmest i sin helhet kan tilskrives de lokale generelle prisene på den type arbeidskraft i markedet og dermed at de ulike driftskostnader i seg sjøl har liten sammenheng med ulikheter i kvalitet i de årsverkene som utføres. Det siste kan imidlertid studeres indirekte ved hjelp av f. eks analyse av profesjonssammensetning og ulike utdanningskvalifikasjoner hos dem som representerer denne spesifikke arbeidskrafta i de byene vi sammenlikner landet med. Det har det imidlertid ikke vært rom for i dette oppdraget.

5.8.1 Brutto driftskostnader pr årsverk i alt

Vi har beregnet *brutto driftskostnader pr årsverk i alt* for 2009 på grunnlag av Kostra-data om sum br driftskostnader og årsverk i alt knyttet til institusjon og heimebaserte tjenester for samtlige brukere (sum over og under 67 år), eksklusive aktivitetstiltak (f234), jfr. tabell 5.2v.

I 2009 brutto driftskostnader pr årsverk på landsbasis for hele den kommunale pleie- og omsorgssektoren., eksklusive aktiviseringstiltak, 592.326 kr pr årsverk. I Oslo var imidlertid brutto driftskostnader 747.527 kr, eller 26 pst over landsgjennomsnittet, jfr tabell 5.6. Bergen og Trondheim plassert seg derimot bare litt under gjennomsnittet for hele landet.

I institusjon lå br. driftskostnader pr årsverk i institusjon hele 28 pst over landsgjennomsnittet, dvs 771 tusen kr mot 601 tusen kr pr årsverk i institusjon på landsbasis, jfr. tabell 5.6.

Tabell 5.6 *Brutto driftskostnader pr årsverk i alt og pr årsverk til personer 67 +r+ i institusjon og heimebaserte tjenester og i pleie og omsorg i alt (f254 og f253s+f261) samt pr beboer i institusjon i 2009. Oslo, Bergen, Trondheim og Hele landet samt Oslos andel i pst av landsgjennomsnittet.* Beregninger ved NIBR på grunnlag av refererte data fra SSB, jfr tabell 5.1v-5.3v.

Brutto driftskostnader pr årsverk	Oslo	Bergen	Tr. heim	Riket	Oslo i % av R
Br driftskostnader pr alle årsverk (c/i)	**747.527**	**587.896**	**590.650**	**592.326**	**+ 26**
Kostnader pr årsverk i institusjon (a/j)	**771**	**612**	**603**	**601**	**+ 28**
Kostnad pr årsverk i heimebaserte tj.(b/k)	**715**	**563**	**578**	**584**	**+ 22**
Br driftskost. pr plass i institusjon (a/D)	**872**	**763**	**808**	**847**	**+3**

5.8.2 Brutto driftskostnader pr årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester

På landsbasis var det i 2009 liten forskjell i brutto driftskostnader pr årsverk i institusjon og i de heimebaserte tjenestene, med respektive 601 tusen kr og 584 tusen kr pr. årsverk, jfr tabell 5.6. Det har antakelig betydelig sammenheng med at i begge tjenestene arbeider de samme yrkes- og faggruppene og til dels noe overlappende.

Slik vi allerede har sett for samlete årsverkskostnader, har Oslo årsverkskostnader i respektive institusjon og heimebaserte tjenester som var respektive *28 pst og 22 pst over* landsgjennomsnittet i 2009.

Mens årsverkskostnadene i institusjon Bergen og Trondheim var omtrent på landsgjennomsnittet, kommer Bergen ut med noe lavere kostnader i de heimebaserte tjenestene, jfr tabell 5.6. Oslo killer seg imidlertid noe ut idet kostnadene begge steder plasserer seg vesentlig over landsgjennomsnittet.

5.8.3 Brutto driftskostnader pr plass i institusjon

Vi har også beregnet brutto driftskostnader pr alle plasser i institusjon, jfr tabell 5.4av, pkt D, i forhold til samtlige br driftskostnader i institusjon, jfr 5.2v, pkt a.

I 2009 var br. driftskostnader pr plass i institusjon 847 tusen kr i gjennomsnitt på landsbasis. I Oslo lå disse kostnadene nesten på landsgjennomsnittet (3 pst over), på tross av vesentlige høyere årsverkskostnader. At det blir slik, må i nærmest i sin helhet tilskrives den lave bemanningsfaktoren i Oslo, som i årsverk pr plass lå 20 pst under landsgjennomsnittet, jfr. tabell 5.6. Høye årsverkskostnader liknes nærmest i sin helhet ut av lav bemanningsfaktor og en kommer alt i alt ut med omtrent samme kostnadsnivå pr plass som i landet forøvrig.

Trondheims relative lave innsats i forhold til landsgjennomsnittet kan ikke tilskrives årsverkskostnadene (noe over landsgjennomsnittet, jfr tabell 5.6), men skyldes i sin helhet lav bemanningsfaktor, jfr tabell 5.5.

5.8.4 Brutto driftskostnader. Dekningsgrad i kostnader 67 år+ i forhold til befolkningen 80 år+

Beregningsgrunnlag

Ved beregning av dekningsgrad for ressursbruken blant brukere 67 år+ velger vi fortsatt å relatere denne til befolkningen 80 år+, da disse på landsbasis i 2009 brukte 77 pst av sum ressursene målt i brutto driftskostnader i pleie og omsorg til personer 67 år+, jfr avsnitt 5.5., om beregning av dekningsgrad i forhold til årsverk.

For ***institusjon*** forutsetter vi - som ved beregning av fordelingen av årsverk - at de eldres andel av brutto driftskostnader i institusjon er den samme som den andel personer 67 år+ utgjør av alle beboere i institusjon i 2009, jfr tabell 5.1v.

For ***de heimebaserte tjenestene*** forutsetter vi at fordelingen av brutto driftskostnader mellom brukere under og over 67 år+ følger fordelingen av andel brukerretta timeverk, jfr tabell 5.2v.

Sum brutto driftskostnader i pleie og omsorg

I Oslo utgjorde de samlete brutto driftskostnader i pleie- og omsorgstjenestene (institusjon + heimebaserte tjenester) til brukere 67 år+ 213.335 kr pr innbygger 80 år+ i 2009, mot 198.949 kr på landsbasis, jfr tabell 5.7. I Oslo lå disse kostnadene *7 pst over* landsgjennomsnittet.

I institusjon

Brutto driftskostnader til eldre i institusjon i forhold til befolkningen 80 år+ er størst i Oslo og lå i 2009 18 pst over landsgjennomsnittet, jfr tabell 5.7. De relativt høye kostnadene pr årsverk i Oslo henger bare delvis sammen med noe større tilgjengelighet (dekningsgrad i sykehjem).

I heimebaserte tjenester

I de heimebaserte tjenestene til brukere 67 år+ i Oslo lå brutto årsverkskostnadene til drift målt i forhold til befolkningen 80 år+, 20 pst under landsgjennomsnittet på tross av vesentlige høyere kostnader pr årsverk, jfr tabell 5.6. Det er noe lavere tilgjengelighet i Oslo, men framfor alt et relativt lite omfang i ressursinnsatsen pr bruker som forklarer mesteparten av dette resultatet, jfr tabell 5.5.

Tabell 5.7 *Dekningsgrad brutto driftskostnader. Brutto driftskostnader til beboere 67 år+ beregnet i forhold til antall innbyggere 80 år+*. Kroner i tusen.

Br. driftskost. 67 år+ pr innb 80 år+	**Oslo**	**Bergen**	**Tr. heim**	**Hele landet**	**Relativt til Riket**
Brutto drift til institusjon	168.526	162.267	139.726	142.763	**+ 18**
Brutto drift heimebaserte tjenester	44.809	55.843	44.560	56.186	**- 20**
Sum brutto driftskostnader	**213.335**	**218.110**	**184.286**	**198.949**	**+ 7**

Kilde: SSB Kostra 2009, jfr tabell 5.2v og 5.3v.

Det er således i hovedsak de lokale kostnadene pr årsverk som forklarer noe høyere brutto driftskostnader i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo. Og det må igjen ha vesentlig sammenheng med høyere kostnadsnivå i Oslo i forhold til å lønne arbeids-

krafta i hovedstadsmarkedet. Men en kan ikke på noen måte utlede at Oslo har en bedre eldreomsorg enn resten av landet pga at sum driftskostnader i forhold til befolkningen 80 år+ er 7 pst høyere her enn på landsbasis i 2009.

Del II

Situasjonen til hjemmeboende eldre i Oslo med omfattende bistandsbehov. En analyse basert på IPLOS 2010

Sammendrag – Del II

Det spissformulerte hovedspørsmålet oppdragsgiver – Pensjonistforbundet Oslo - ønsker belyst er i hvilken grad Oslo kommune har tilstrekkelig kapasitet til å imøtekomme befolkningens behov for pleie og omsorg på sykehjemmets nivå. Ved hjelp av IPLOS-data skal vi beskrive situasjonen til hjemmeboende eldre – 67 år og eldre – som per 30.12.2010 hadde omfattende bistandsbehov slik IPLOS definerer dette. Per denne dato hadde Oslo 810 personer som tilfredsstiller disse inklusjonskriteriene.

I kap 2 beskrives sider ved en saksbehandlingsprosess som skal munne ut i vedtak om hvilket behov for tjenester som foreligger. Å vurdere behov for langtidsopphold i sykehjem benyttes som eksempel. Diskusjonen viser at betegnelsen behov for omsorg på sykehjemmets nivå ikke kan forstås eller vurderes på en entydig måte. Behov for langtidsopphold ved sykehjem kan like gjerne forstås som behov for omsorgsbolig med tilknyttet personell hele døgnet. Opplysninger om alle relevante sider ved en søkers livssituasjon skal innhentes, og synspunkter fra søker, eventuelle pårørende og andre (for eksempel helsepersonell) skal telle med i vurderingene. Drøftingen viser begrensningene ved vårt datagrunnlag (IPLOS-registreringer). Samtidig har IPLOS-registreringene vesentlige opplysninger fordi de er vurderinger fra fagpersoner som har avgjørende innflytelse på innholdet i vedtakene om hvilke tjenester som skal tildeles. Konklusjonen er at vi ikke har grunnlag for normative vurderinger. Vi kan kun beskrive de sider ved søkers situasjon som kan beskrives ved hjelp av IPLOS. Den viktigste begrensningen ved vår metode er at vi ikke har synspunkter fra søker, eventuelle pårørende eller andre. Vår tilnærming er langt på vei å anse som et forprosjekt.

I kap 3 beskrives IPLOS – individbasert pleie og omsorgsstatistikk. Det er obligatorisk for kommunene årlig å sende inn disse opplysningene som grunnlag for statistikkutforming på statlig nivå. I kommunene er IPLOS en integrert del av fagsystemet pleie og omsorgstjenestene trenger i sitt daglige arbeid. På statlig nivå er IPLOS vel 50 individuelle, men anonymiserte opplysninger, bl.a. om bistandsbehov og tildeling av tjenester for alle som mottar pleie og omsorgstjenester.

Bistandsbehov beregnes ut fra en 5-delt skala på 15 funksjonsvariabler, og en kommer fram til 5 delmål og ett samlemål. Vi analyserer bistandsbehovene gjennom samlemålet og 2 delmål (kognitiv svikt og egenomsorg). Bistandsbehovet uttrykkes gjennom en skala som varierer fra 1 – 5 der kategoriene for bistandsbehov benevnes som følgende:

- noe/avgrenset bistandsbehov
- middels til stort bistandsbehov

– omfattende bistandsbehov

Målene som viser en persons bistandsbehov er en indikator som kan brukes til å beskrive og analysere store linjer og utviklingstrekk knyttet til grupper av brukere. Målene på bistandsbehov må ikke brukes i individuell saksbehandling. Til det er de for upresise. Målene kan brukes til analyser og planleggingsformål på gruppenivå. I kapitlet redegjøres det for hvorfor målene for bistandsbehov er for upresise på individnivå, men likevel tilstrekkelig presise og utsagnskraftige til å benyttes til analyser og planleggingsformål på gruppenivå.

I kap 4 beskrives de empiriske funnene. Bistandsbehovene i populasjonen hjemmeboende sammenlignes med bistandsbehovene til alle som per 31.12.1010 hadde langtidsopphold ved sykehjem og som var 67 år eller og eldre.

Gjennomsnittlig bistandsbehov etter samlemålet for langtidsbeboerne er 3,80, for hjemmeboende 3,69. Grensen for bistandskategorien omfattende bistandsbehov er 3,00, så begge populasjonene har bistandsbehov som er klart større enn minimumsverdien for denne kategorien. 43,5 prosent av langtidsbeboerne har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt, mot 27 prosent blant hjemmeboende. Blant langtidsbeboere og hjemmeboende har henholdsvis 58,3 prosent og 43,5 prosent omfattende bistandsbehov etter delmålet egenomsorg.

Ut fra IPLOS-registreringene av bistandsbehov er det ikke mulig å avgjøre på en presis måte hvorvidt langtidsbeboere ved sykehjem og hjemmeboende med omfattende bistandsbehov er forskjellige. Som gruppe er langtidsbeboernes gjennomsnittlige bistandsbehov etter samlemålet bare litt større enn hjemmeboende (3,8 versus 3,69).

Det er avgjørende å huske at hjemmeboende i denne sammenheng er en utvalgt populasjon i den forstand at det er hjemmeboende 67 år eller eldre og som har omfattende bistandsbehov. Denne populasjonen utgjør bare ca 5 prosent av alle (uansett alder) i Oslo som mottar hjemmebaserte tjenester.

Halvparten bor alene, 35 prosent bor sammen med noen, som regel ektefelle, og 15 prosent bor i bolig med tilknyttet personell. 1 av 4 som bor alene har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt. 8 av 10 har tilgang på privat ubetalt hjelp (fra nærmiljøet). De som ikke mottar privat hjelp, bor som regel alene. Aleneboende som mottar privat hjelp, mottar som regel mindre hjelp fra private enn de som bor sammen med noen.

Praktisk bistand (hjemmehjelp) og hjemmesykepleie benevner vi samlet som tradisjonelle hjemmetjenester. I tillegg tildeles brukerstyrt personlig assistanse, støttekontakt, omsorgslønn og dagsenter også gjennom timer. Inkludert de tradisjonelle hjemmetjenestene benevnes alle disse tjenestene timetildelte tjenester.

Tradisjonelle hjemmetjenester. I gjennomsnitt mottar populasjonen 11 timer tradisjonelle hjemmetjenester per uke. Spredningen er betydelig, slik at gjennomsnittet sier lite om hovedtendensene i materialet. 25 prosent av populasjonen (ca 200 personer) mottar 4,2 eller færre timer per uke. 25 prosent mottar 12.8 eller flere timer per uke. Det tildeles langt flere timer hjemmesykepleie enn privat bistand. For praktisk bistand er medianen 1,5 timer per uke, noe som å betyr at halvparten (ca 400 personer) mottar 1,5 timer praktisk bistand eller mindre per uke, og den andre halvparten mottar 1,5

eller flere timer per uke. Det er også noen som mottar relativt få timer hjemmesykepleie. 25 prosent av populasjonen mottar 1 time eller mindre hjemmesykepleie per uke.

Det er dokumentert at Oslo, sammenlignet med landsgjennomsnittet, i liten grad har prioritert utbygging av tradisjonelle hjemmetjenester (se Brevik i del 1 av denne rapporten). Hjemmeboende som i følge IPLOS har omfattende bistandsbehov mottar på landsbasis i gjennomsnitt 15 timer tradisjonelle hjemmetjenester per uke. I Oslo mottar tilsvarende populasjon 11 timer i gjennomsnitt. 11 timer tilsvarer 73 prosent av landsgjennomsnittet.

De som bor sammen med noen mottar færre timer enn de som bor alene. De som bor alene og som samtidig har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt, får tildelt flest timer.

Øvrige hjemmebaserte tjenester. Med ett unntak, tildeles øvrige timetildelte tjenester bare til et lite fåtall personer. Unntaket er opphold i dagsenter som tildeles en tredel av populasjonen. Når vi summerer timer tildelt gjennom tradisjonelle hjemmetjenester og øvrige timetildelte tjenester, kan vi i hovedsak gå ut i fra at økningen kommer gjennom dagopphold.

I gjennomsnitt mottar populasjonen 17 timer per uke i timetildelte tjenester. Når vi inkluderer alle timetildelte tjenester øker altså populasjonens gjennomsnittlige timetall med 6 timer per uke (en økning som grovt tilsvarer for eksempel ett dagopphold per uke). Når vi deler populasjonen inn i grupper, ser vi samme tendensene som for de tradisjonelle hjemmetjenestene. De som bor alene har som gruppe flere timer enn de som bor sammen med noen, aleneboende med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt har flest timer.

Omfanget av hjemmebaserte tjenester på sykehjemsnivå. Basert på tall fra hele riket, er det gjennom 2 alternative modeller beregnet at det per plass i sykehjem settes inn 24 eller 29 personaltimer per uke. Litt usikkert beregnet er det knappe fjerdedelen av populasjonen som mottar så mange timer at det tilsvarer antall timer per sykehjemsplass (billigste alternativ). 25 prosent av populasjonen har 23,1 timer eller mer per i uke timetildelte tjenester. Medianen for alle timetildelte tjenester er 12,6 timer, noe som betyr at halvparten av populasjonen mottar 12,6 eller færre timer per uke, mens den andre halvparten mottar 12,6 eller flere timer. 25 prosent av populasjonen mottar 6,8 eller færre timer per uke i timetildelte tjenester samlet. Denne fjerdedelen mottar i snitt mindre enn gjennomsnittlig 1 time per dag i timetildelte tjenester samlet, selv om de altså har et bistandsbehov som tilsvarer bistandsbehovene hos langtidsbeboere på sykehjem.

I kap 5 drøftes de empiriske funn som er presentert. Vi starter med spørsmålet om vi kan stole på IPLOS-data. Selv om det er åpenbare feil-registreringer i det materialet som presenteres, konkluderes det at på gruppenivå kan en med grunnlag i IPLOS-data, stille begrunnete spørsmål. Det vises også til vedleggskapitlet som sammenligner IPLOS-data i Oslo med tilsvarende data for landet. Ut fra to forhold antydes at kvaliteten på IPLOS-data i Oslo er minst like god som i riket: For det første i hvilken grad data som skal registreres er registrert og ikke er oppført som ubesvart. Her er Oslo litt bedre enn riket. For det andre i hvilken grad veiledningen for registrering er forstått riktig og at skjønnsutøvelsen er rimelig. Her har vi selvsagt

ingen direkte holdepunkter, men gruppene som mottar hjemmetjenester kan i hovedsak beskrives på samme måten i Oslo som i landet for øvrig. "De store talls lov" antyder altså at skjønnsutøvelsen ved IPLOS-registreringene i Oslo og landet er noenlunde sammenfallende.

Nyanseforskjellene i bistandsbehov mellom hjemmeboende og langtidsbeboerne er så vidt små at det er grunnlag for å konkludere med følgende: De hjemmeboende har om lag samme bistandsbehov som langtidsbeboere på sykehjem. Hvis behovet for langtidsopphold i sykehjem ensidig skulle defineres ut fra bistandsbehovet til langtidsbeboerne har samtlige i populasjonen hjemmeboende med omfattende bistandsbehov behov for langtidsopphold i sykehjem.

Sett i forhold til den kommunale hjelpen, er den private hjelpen betydelig. I snitt mottar populasjonen 11 timer tradisjonelle hjemmetjenester per uke. Nesten 1 av 5 mottar mer en 9 timer privat hjelp per uke. Medianen for praktisk bistand fra kommunen er 1,5 timer per uke. Ca 80 prosent av populasjonen mottar hjelp inntil 3 timer per uke. Med unntak av deler av hjemmeboende, lever den store majoriteten fra populasjonen i et forpliktende sosialt nettverk hvor de ukentlig mottar privat hjelp.

112 personer bor i bolig med fast tilknyttet personell, der 82 av disse (10 prosent av populasjonen) bor i bolig med personell hele døgnet. 1 av 4 med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt bor alene i den ordinære boligmassen. Dette kan tyde på at særlig sårbare grupper blant de hjemmeboende i liten grad er prioritert til bolig med tilknyttet personell. Årsaken til at aleneboende med omfatende kognitiv svikt tilsynelatende ikke er prioritert til boliger med personell kan være at Oslo i liten grad har prioritert utbygging av slike boliger. Landsgjennomsnittets prosentandel av befolkningen 80 år og over som bor i bolig med tilknyttet personell hele døgnet er 3,7 ganger større enn Oslos prosentandel. Hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov har i hovedsak to alternativ: enten å fortsette å bo hjemme, eller å flytte til langtidsopphold ved sykehjem. Å flytte til bolig med tilknyttet personell framstår i liten grad som et alternativ.

Av timetildelte tjenester i tillegg til tradisjonelle hjemmetjenester, er det i hovedsak dagopphold som tildeles. Timetildelingen av alle timetildelte tjenester i Oslo varierer slik vi ut fra generell kunnskap bør forvente at en "god og funksjonell" omsorgstjeneste varierer timetildelingen: de som bor alene tildeles flere timer enn de som bor sammen med noen. De som bor alene med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt har flest timer. Selv om vi selvsagt ikke har grunnlag for normativt å vurdere hvordan spredningen bør være, kan det konstateres at spredningen i tildelte timer er betydelig. Dette antyder at saksbehandlingen er individuell og at det tildeles tjenester ut fra enkeltindividers særegne situasjon. De sammenhenger som her beskrives er samtidig en indikasjon på rimelig god datakvalitet.

Vi avslutter kap 5 ved å begrunne 3 overordnete spørsmål. For det første hvorfor det bare er et mindretall som tildeles hjemmetjenester i et timevolum som tilsvarer personalinnsatsen per sykehjemsplass når bistandsbehovet er om lag som bistandsbehovet hos langtidsbeboere på sykehjem. Vår hypotese er at dette har sammenheng med at ressurstilgangen til hjemmetjenestene i Oslo er så knapp at tjenestene i noen grad balanserer rundt det minimumsnivået som trengs for å etablere

faglig forsvarlighet. Videre begrunnes to spørsmål, for det første om differensieringen av tildelt timevolum mellom ulike grupper og for det andre om avklaringen av funksjonen til boliger med tilknyttet personell.

6 Om oppdraget og denne delrapporten

Oppdragsgiver er Pensjonistforbundet Oslo. Hovedspørsmålet som ønskes belyst er om eller i hvilken grad Oslo kommune imøtekommer befolkningens behov for pleie og omsorg på sykehjemmets nivå. Bakgrunnen er enkeltoppslag i media og også flere henvendelser fra forbundets enkeltmedlemmer der det stilles spørsmål ved om hjelpetrengende med omfattende behov for bistand i Oslo blir tildelt pleie og omsorg i tilstrekkelig grad.

Grunnlaget for å kunne ta stilling til om et behov for omsorg på sykehjemmets nivå er til stede, er en faglig basert saksbehandling der fakta og synspunkter fra en rekke hold klarstilles og vurderes. Det er saksbehandlerne i Oslo kommunes pleie og omsorgstjenester som foretar en slik saksbehandling. Vårt oppdrag er ikke å gjennomføre en tilsvarende saksbehandling, der siktemålet er å komme fram til en normativ konklusjon om og eventuelt i hvilken grad udekkete behov for omsorg på sykehjemsnivå er til stede. Vårt oppdrag er å arbeide fram et grunnlag for å vurdere sider av pleie og omsorgstjenestene i Oslo.

Det spissformulerte hovedspørsmål – om Oslo har tilstrekkelig omsorgskapasitet på sykehjemmets nivå – har oppdragsgiver derfor reformulert til følgende praktiske oppgave: Beskriv sider av situasjonen til hjemmeboende eldre i Oslo med omfattende bistandsbehov slik dette lar seg gjøre gjennom IPLOS – den obligatoriske individbaserte pleie og omsorgsstatistikken som kommunene er pliktig å rapportere inn til statlig nivå.

I samarbeid med oppdragsgiver er oppdraget avklart gjennom følgende avgrensning: Gjennom IPLOS kan vi anonymisert identifisere hjemmeboende mottakere av pleie og omsorgstjenester som har "omfattende bistandsbehov". Vi skal beskrive denne gruppens funksjonstap, sider ved den sosiale situasjonen og volum på tildelte tjenester slik disse opplysningene er tilgjengelig i IPLOS. Gruppen hjemmeboende med omfattende bistandsbehov er videre avgrenset til eldre – her definert som personer som er 67 år eller eldre per 31.12.2010.

Per denne datoen var det 810 hjemmeboende personer i Oslo som var 67 år eller eldre og som i følge IPLOS hadde omfattende bistandsbehov. Det er denne gruppens situasjon som skal beskrives. Denne gruppens bistandsbehov, slik dette registreres gjennom IPLOS, skal videre sammenlignes med bistandsbehovene til langtidsbeboere ved sykehjemmene.

7 Om saksbehandlingsprosessen for å vurdere behov

Det er umulig å fastsette behov for pleie og omsorgstjenester på en entydig eller endimensjonal måte. Om et behov er til stede eller ikke er avhengig av en kompleks saksbehandling der svært ulike forhold må tas i betraktning. Vi skal i det følgende diskutere de sammensatte og komplekse forhold som må tas i betraktning når behov for hjelp og bistand skal vurderes, eksemplifisert ved vurdering av behov for sykehjemsplass.

7.1 Sykehjemmets ulike funksjoner

Lov om helsetjenesten i kommunene pålegger kommunen å sørge for nødvendig helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. For å ivareta dette ansvaret skal kommunene bl.a. etablere sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie med organiserte tjenester, blant andre fra sykepleier, lege og fysioterapeut.

Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene er hjemlet i kommunehelseloven og i Lov om sosiale tjenester. Forskriften skal sikre at alle som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Forskrift om sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie krever at sykehjem og disse boformene skal ivareta flere funksjoner. Ved å liste opp disse funksjonene, ser vi at begrepet behov for sykehjemsplass kan forstås med ulike nyanser. Loven krever at sykehjem skal være slik innrettet at en eller flere av følgende funksjoner blir ivaretatt:

- medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet (korttidsopphold)
- avlasting (korttidsopphold der tiltakene som gis gjennom oppholdet kan ha mål både overfor den hjelpetrengende og/eller pårørende)
- utredning – kortidsopphold for å vurdere hvilke tiltak som er mest formålstjenlig
- yte pleie og omsorg gjennom langtids- eller permanente opphold
- skjermet enhet for senil demente (langtidsopphold)
- terminalpleie - korttidsopphold, enheter med lindrende eller palliative funksjoner særlig innrettet overfor alvorlig syke eller døende pasienter

- medisinsk behandling – kortidsopphold for å gjennomføre medisinsk overvåking eller behandling ved tilstander som ikke trenger innleggelse i sykehus. Dette er en funksjon som er særlig aktuelt i forbindelse med samhandlingsreformen, se St. meld 47: 2008/09).
- dagopphold og/eller nattopphold.

Oslo kommune har i tillegg særlig tilrettelagte sykehjemsfunksjoner for brukere med ukontrollert eller utagerende atferd på grunn av demens eller psykiatriske lidelser. Oslo har også sykehjemstilbud med spesialfunksjoner for å håndtere infeksjoner (multiresistente stafylokokker), sykehjemstilbud spesielt tilrettelagt for døve og spesialtilbud for yngre personer med demenslidelser (demenslidelse som bryter ut i 60 års alderen).

7.2 Langtidsopphold – øverste trinn i omsorgstrappa

Felles for samtlige av disse sykehjemsfunksjoner er at brukeren (den hjelpetrengende) har somatiske eller psykiske funksjonstap eller lidelser som gjør brukeren avhengig av medisinsk oppfølging, pleie og omsorg. Langtidsopphold i sykehjem er å anse som tilbud til de som har mest omfattende behov for medisinsk pleie og omsorg.

Før søknad om plass for langtidsopphold i sykehjem kan innvilges, skal øvrige tiltak i "omsorgstrappa" være utredet, vurdert og/eller prøvd ut (det vil si hjelpe- og støttetiltak i hjemmet inkludert praktisk hjelp og hjemmesyklepleie, tilrettelegging av bolig, medisinsk utredning og behandling). (Oslo kommune 2010 a).

Ulike former for kortidsopphold (eller også dagopphold) ved sykehjem har blant annet som mål å utrede og planlegge hvordan den enkeltes behov kan imøtekommes. Midlertidig opphold i institusjon skal være utprøvd og/eller vurdert før langtidsopphold kan tildeles.

Ut fra inntakskriterier og formelle krav til saksbehandlingen kan vi si at i Oslo (slik som i svært mange andre norske kommuner) framstår det i formell forstand ikke noe behov for langtids sykehjemsopphold før andre tiltak er vurdert.

7.3 Behov for sykehjemsplass eller behov for heldøgns omsorg i bolig?

I følge Lov om kommunehelsetjenesten skal kommunene sørge "for sykehjem eller bolig med heldøgns pleie og omsorg"

Sykehjem og boform med heldøgns omsorg har i hovedsak identiske funksjoner, i den forstand at de begge er definert som *medisinske institusjoner* eller ofte også omtalt som *lovregulerte boliger*. Det betyr at regelverket for egenbetaling i hovedsak skal saksbehandles etter den såkalte vederlagsforskriften, og som på avgjørende punkter er prinsipielt forskjellig fra regler for egenbetaling for hjemmetjenester. Som medisinsk institusjon eller lovregulert bolig følger også at det settes bestemte krav til hvordan de medisinske tjenestene skal *organiseres*. Blant annet er det bestemte krav om

hvordan tjenester fra sykepleier og lege skal organiseres ved sykehjem og andre lovregulerte boliger.

Som en del av den hjemmebaserte omsorgen, tilbyr kommunene også *omsorgsboliger med heldøgns bemanning.*[59] Fordi omsorgsboliger med heldøgns bemanning ikke er en lovregulert (medisinsk) boform, er det opp til kommunen selv å bestemme hvordan en skal *organisere* de medisinske og andre tjenestene knyttet til disse boligene. Til forskjell fra de lovregulerte boformene (sykehjem og boform med heldøgns pleie og omsorg), er egenbetalingen for *tjenester* ytt i omsorgsboliger styrt av regelverket for brukerbetaling for hjemmehjelp og hjemmesykepleie (og andre offentlige tjenester mottatt i eget hjem), mens rettigheter og kostnader knyttet til selve *boligfunksjonen* i omsorgsboliger blant annet er regulert av Husleieloven og regelverket knyttet til statlig bostøtte.

Formelt sett er både beboere i sykehjem (og andre lovregulerte boliger) og beboere i omsorgsboliger med heldøgns bemanning sikret *likeverdige* medisinske og andre tjenester i den forstand at lov om kommunehelsetjenester og lov om sosiale tjenester pålegger kommunen å gi *nødvendig medisinsk og annen praktisk hjelp* til alle som bor i kommunen uavhengig av boform. *Praktisk* er det imidlertid vesentlige forskjeller mellom tjenestene som gis i sykehjem (og annen lovregulert bolig) og det å bo i omsorgsbolig med heldøgns bemanning. De vesentligste forskjellene for brukerne er knyttet til egenbetalingen og organiseringen av de medisinske tjenestene.

Lovmessig er altså beboere i sykehjem og beboere i omsorgsbolig med heldøgns bemanning like godt sikret tilgang på nødvendige tjenester med tilstrekkelig kvalitet. Et praktisk uttrykk for dette er at enkelte norske kommuner bare bruker sykehjemsplassene kommunen disponerer til korttidsopphold, mens personer som har behov for langtidsopphold får dette i omsorgsboliger med heldøgns bemanning.

I *praktisk* forstand er sykehjem (og andre lovregulerte boliger) og omsorgsboliger med heldøgns bemanning to forskjellige tilbud. For det første fordi så godt som alle funksjoner som blir ivaretatt gjennom *korttidsopphold* legges til sykehjem. For det andre fordi det særlig er eldre som får langtidsopphold i sykehjem, mens det særlig er yngre som får langtidsopphold i omsorgsboliger. Både yngre og eldre har langtidstilbud i sykehjem og i omsorgsboliger, men det er en tydelig tendens til at sykehjem brukes av eldre, mens omsorgsboliger brukes av yngre. En undersøkelse av (de ca 10 000 – 12 000) hjemmeboende som i volum mottar hjemmetjenester i et omfang som tilsvarer personellinnsatsen for en sykehjemsplass, viser at ca 80 prosent av disse hjemmeboende er yngre under 67 år. Bare ca 20 prosent er eldre på 67 år eller mer (Otnes, 2010). Aldersfordelingen blant de som bor på sykehjem er derimot den omvendte: av de (ca 40 000 på landsbasis) som bor i sykehjem, er i underkant av 10 prosent under 67 år. Den store majoriteten av de resterende 90 prosent som bor på langtidsopphold i sykehjem er 80 år eller eldre.

[59] Til forskjell fra begrepet "boform med heldøgns pleie og omsorg" er begrepet "omsorgsbolig med heldøgns bemanning" ikke noe formelt, juridisk begrep. Skal en kommune oppnå statlig tilskudd til bygging av omsorgsboliger, settes det bestemte krav til leilighetens størrelse og utforming. I denne forstand kan omsorgsboliger både være med og uten tilknyttet (heldøgns) bemanning. Statistisk sentralbyrå opererer med begrepet "boliger til pleie og omsorgsformål", og også boliger til pleie og omsorgsformål med heldøgns bemanning.

Denne drøftingen viser tydelig at det ikke er noe skarpt skille mellom det å ha omfattende behov for pleie og omsorgstjenester i form av langtidsopphold i sykehjem eller langtidsopphold i bolig med heldøgns bemanning. *I lovens forstand kan behov for langtidsopphold i sykehjem like gjerne forstås som behov for døgntjenester i omsorgsbolig med heldøgns bemanning – eller vise versa.*[60]

Den "generelle folkemeninga" er imidlertid på kollisjonskurs med denne *formelle* forståelsen som loven og tilhørende forskrifter legger til grunn. Folkemeninga og også i stor grad det retoriske politiske fokus formidler at det i hovedsak er sykehjem som på en stringent og profesjonell måte er best egnet til å ivareta døgnkontinuerlig oppfølging og trygghet. Det formidles at den oppfølging og trygghet som tilbys ved sykehjem er langt sikrere og mer kontinuerlig, og derfor ikke kan sammenlignes med utryggheten som gjerne oppstår mellom "de sporadiske besøkene" fra hjemmetjenestene i en bolig med heldøgns omsorg.[61] "Den generelle folkemeninga" skiller i liten grad mellom sykehjemmets funksjoner lagt til korttids- og langtidsopphold, og også i liten grad mellom det praktiske faktum at yngre oftere enn eldre tilbys døgntjenester i omsorgsboliger og ikke i sykehjem.

7.4 Faglig skjønn

Ved vurdering av behovet for sykehjemsplass skal det utøves faglig skjønn. I inntakskriteriene til Oslo kommune heter det at kriteriene må anses som retningsgivende og at det i tillegg må utøves faglig skjønn fordi "..søker kan ha sammensatte og lite entydige behov." Det understrekes at saksbehandler må gjøre seg kjent med den enkelte søkers situasjon og sikre at det foreligger "… flest mulige opplysninger som kan bidra til å underbygge skjønnsutøvelsen" (Oslo kommune, 2010 a).

Skjønnsutøvelse er viktig for å sikre fleksible og "skreddersydde" løsninger som er godt tilpasset den enkelte søkers situasjon. Samtidig vet vi at ulike fagpersoner utøver sitt faglige skjønn på ulike måter. Uansett utdannelse, trening eller andre program for å etablere mest mulig likeartet skjønnsutøvelse, kan vi ved enhver skjønnsbasert avgjørelse forvente at behovet i noen grad forstås ulikt fra saksbehandler til saksbehandler eller fra enhet (bydel) til enhet (bydel).

Videre heter det at " det er viktig å legge vekt på søkers medbestemmelsesrett, samt ta hensyn til innspill fra eventuelle pårørende og andre tjenesteytere" (Oslo kommune, 2010 a). Ut fra erfaring og også forskning vet vi at behovet for

---

[60] Loven krever og sikrer at en hjelpetrengende person skal ha forsvarlige og nødvendige tjenester uavhengig av om vedkommende bor i sykehjem, i omsorgsbolig eller i ordinær, egen bolig. Imidlertid er det ytterst få som bor i egen ordinær, opprinnelig bolig og i volum mottar tjenester tilsvarende på sykehjemmets nivå. I den refererte undersøkelsen (Otnes, 2010) er det bare ca 2 prosent av de hjemmeboende med tjenester på sykehjems nivå som bor i opprinnelig bolig. Så godt som samtlige av disse hjemmeboende bor i omsorgsbolig med heldøgns bemanning.

[61] Det er ikke bare det vi upresist kaller "den generelle folkemeninga" som anser at et opphold i sykehjem er langt tryggere og mer kontinuerlig enn tilbud en får i omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Fylkesmannen i Hordaland, formidlet at personer med tilbud i sykehjem hadde et sikrere lovvern enn personer i boliger. I følge departementet er dette feil forståelse. Som tilsvar til fylkesmannen i Hordaland konkluderer departementet følgende: "Departementet kan vanskelig se at brukere av omsorgsboliger har noe svakere rettsvern enn beboere i sykehjem i forhold til tjenestetilbudet etter helse- og sosiallovgivningen." (Helse og omsorgsdepartementet, 2007)

sykehjemsplass ofte vurderes ulikt mellom disse 3 "instansene". Undersøkelser har vist at pårørende har en tendens til å konkludere med at et behov for sykehjemsplass er til stede raskere og ved mindre funksjonstap enn søker selv (Gjevjon et al 2010). Behov for sykehjemsplass kan altså vurderes vesentlig forskjellig, avhengig av om vurderingen gjøres ut fra pårørendes eller søkers ståsted. Eldre ønsker generelt ikke å flytte til sykehjem – bare 6 prosent av eldre 65 år og over ser på sykehjem som et aktuelt alternativ (Brevik et al 2005). Blant personer 65 år og over anses sykehjem som "absolutt siste utveg", og som er aktuelt bare hvis døgnbasert trygghet ikke kan gis på annen måte i egen bolig. På landsbasis har 40 - 70 prosent av eldre som bor på sykehjem kognitive funksjonstap, noe som gjør at søker kan ha begrenset innsikt i egen situasjon.[62] Søkers evne til innsikt i egen livssituasjon må altså også vurderes.

Ulike personer – søkere og eventuelle pårørende – reagerer og forstår sin situasjon ut fra individuelt ståsted og livserfaring. En søker (og eventuelt pårørende) kan ha et meget sterkt ønske om å bo hjemme, og møter hverdagene med robust mestringsevne og –vilje. En annen søker (og eventuelle pårørende) kan oppleve selv mindre funksjonstap som skremmende og ønsker sterkt å bli ivaretatt gjennom sykehjemmets døgnkontinuerlige trygghet og tilgang på personell.

Oslo har fritt sykehjemsvalg, og til enhver tid står det noen søkere på "ønskeliste" for å få oppfylt sitt førstevalg. Disse får andre tilbud i ventetiden på et annet sykehjem eller tilbud i hjemmet. Dette viser at noen få som er innvilget plass, og dermed av Oslo kommune er vurdert å ha behov for langtidsopphold, likevel ønsker å vente i eget hjem inntil en kan flytte direkte til sykehjemmet som er førstevalget (Oslo kommune, 2010 b). Selv om det gjennom bestillerkontorets vedtak formelt er konkludert med at behov for sykehjemsplass er til stede, kan altså søker likevel konkludere med at behovet ikke skal komme til praktisk anvendelse før det er ledig plass ved det sykehjemmet som er førstevalget.

Sammenlignet med søkere og pårørende, har tjenesteutøvere en tendens til å legge større vekt på profesjonelle, medisinske (behandlings)prosedyrer når behovet for sykehjemsplass blir vurdert (Sletvold et al 1999).

Vurdering av behov for sykehjemsplass er også avhengig av hvilke tilbud som er tilgjengelig og som en kjenner til. Søker og pårørende kan primært søke om sykehjemsplass fordi de kjenner og har tillit til den døgnbaserte tryggheten og oppfølgingen en får ved et sykehjem, der de i liten grad vet om eller mangler tillit til alternative tilbud. [63] Det kan hevdes at selve måten omsorgstjenestene diskuteres på i media øker behovet for sykehjemsplasser fordi media og til dels den politiske retorikken særlig fokuserer på ventelister til og mangel på sykehjemsplasser, og

[62] Det er noe usikkert hvor stor andel av sykehjemsbeboerne på landsbasis som har kognitiv svekkelser. I vår kartlegging som vi redegjør for i kap 4, har 75 prosent av langtidsbeboere i sykehjem kognitiv svikt. En drøfting av utbredelsen av kognitiv svikt blant sykehjemsbeboere gis i Daatland, 2006.

[63] I en rapport om et utviklingsprosjekt i Oslo (Moland 2011) "Praksis ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo" framgår det at kunnskap om hvilke tilbud som finnes i omsorgstrappa er mangelfull både blant søkere, pårørende og medisinsk personell. (fastleger). Det er derfor ganske utbredt at det søkes om (eller det sendes henvendelser om) sykehjemsplass fordi det er dette tilbudet som er kjent.

gjennom dette i liten grad skaper oppmerksomhet om og tillit til andre tilbud (Huseby et al, 2009).

Også ansatte i kommunen kan vurdere behovet for sykehjemsplass, til dels ut fra tilgangen på alternative tilbud, til dels ut fra kunnskap om sykehjemsplass er ledig. Således blir det hevdet at behovet for sykehjemsplasser i Oslo i noen grad er underrapportert fordi ansatte "overtaler" søker om å trekke søknaden om sykehjemsplass, ikke fordi vedkommende ikke er vurdert å ha behov for plass, men ut fra kunnskap om at sykehjemsplass likevel ikke er tilgjengelig (Gjevjon et al 2010). I nevnte rapport (Moland 2011) framgår det at Oslo har uklare retningslinjer for hvordan en eksempelvis formelt bør registrere søknader som åpenbart er feil når det for eksempel viser seg at søker ønsker andre løsninger når søker får kunnskap om hvilke andre løsninger som kan tilbys.

Så langt tilbake som på 1980-tallet, dokumenterte Brevik at forbruk av sykehjem var større fra enpersonshushold enn fra flerpersonshushold, og også at forbruket i noen grad var avhengig av boligens beskaffenhet (Brevik, 1984).

7.5 Avslutning

Drøftingen ovenfor viser at begrepet behov langt fra kan bestemmes på en endimensjonal eller entydig måte. Som det konkrete eksemplet behov for plass i sykehjem viser, skal sykehjem ivareta ulike funksjoner gjennom både kortidsopphold, langtidsopphold og dagopphold. Ut fra de rettslige krav til helse- og sosialtjenester som følger av en brukers helsemessige funksjonstap, kan behovet for sykehjemsplass også forstås som behov for pleie og omsorg i omsorgsbolig med heldøgns bemanning – og vise versa. Når behovet for sykehjemsplass skal vurderes, skal behovet vurderes ut fra veiledende inntakskriterier og faglig skjønn, der synspunktene til 3 instanser skal vektlegges: søkeren selv, eventuelle pårørende og fagpersoner i tjenesteapparatet.

Selv om det altså er mange og ulike skjønnsmessige forhold som må vurderes for å komme fram til en konklusjon om en person har behov for sykehjemsplass eller ikke, er det de *medisinsk betingede funksjonstap* som veier absolutt tyngst i vektskålen. Og trolig har funksjonstapene blitt stadig mer avgjørende i løpet av de siste årene av to årsaker: før det første har sykehjemmet fått flere og ulike funksjoner, og det er derfor viktig at bestemte funksjonstap blir henvist til den spesialiserte – den "riktige" – enheten. For det andre har terskelen for å få tildelt sykehjemsplass blitt høyere, og den sannsynlige sammenhengen er at desto høyere terskelen er, desto større betydning har funksjonstapene og desto mindre betydning har øvrige skjønnsmessige forhold. Som nevnt fant Brevik på 80 tallet en klar sammenheng mellom enpersons-hushold og tildeling av sykehjemsplass. Den gangen var dekningsgraden av sykehjem større enn i dag, mens hjemmetjenestene var langt mindre utbygd. (Brevik, 2007). Hjemmetjenestene er utbygd betydelig både ved at flere typer tjenester er tilgjengelig[64] og ved at intensiteten har økt, det vil si at hver enkelt hjelpemottaker i

[64] Går vi bare 30 år tilbake i tid, var følgende tjenester fraværende eller i liten grad utbygd: døgnbaserte hjemmetjenester, trygghetsalarm, matombringing, korttidsopphold, dagtilbud (ved institusjoner eller eldresentra).

dag får *mer* hjelp fra hjemmetjenestene. Terskelen for sykehjemsplass er blitt høyere også fordi hjemmetjenestene i dag kan tilby et kvalitativt bedre tilbud overfor hjelpetrengende som tidligere ble vurdert som å ha behov for institusjonsopphold. I dag er en person som blir vurdert å ha behov for langtidsopphold i sykehjem som regel allerede godt kjent av personell fra den kommunale omsorgstjenesten fordi vedkommende over tid har mottatt hjemmebaserte tjenester. Vår hypotese er at fordi dekningsgraden er mindre og terskelen er blitt høyere, er sammenhengen mellom sosiale forhold (husholdstype for eksempel) og tildeling av sykehjemsplass langt svakere i dag enn tidligere.

8 Datagrunnlaget. Om IPLOS

8.1 Hvilke grupper skal vi analysere

I kapitel 2 konkluderes det med at de medisinsk betingede funksjonstapene tillegges størst vekt når behov for omsorg på sykehjemmets nivå blir vurdert, og at utviklingen de siste årene trolig har vært at funksjonstapene har fått større betydning, mens sosiale og andre forhold har fått mindre betydning.

Diskusjonen har vist at det ikke er et entydig avgrenset funksjonstap eller en entydig definert livssituasjon som "skaper" et behov for en bestemt tjeneste. Vi må med andre ord forvente *glidende overganger*. Fordi vi kan forvente glidende overganger mellom todelingen "behov – ikke behov", skal vi *beskrive og sammenligne funksjonstap for 2 grupper av personer:*

- hjemmeboende 67 år eller eldre som i følge IPLOS har omfattende bistandsbehov og
- langtidsbeboere på sykehjem

Eksemplet behov for sykehjemsplass viser videre at et tiltak kan ha ulike funksjoner. Når vi skal sammenligne bistandsbehovene hos sykehjemsbeboere med vår populasjon av hjemmeboende er det kun de som bor på sykehjem i form av et langtidsopphold som blir inkludert. Beboere som for eksempel har korttidsopphold, har trolig andre mål med oppholdet og har trolig også andre bistandsbehov enn langtidsbeboerne.

Oslo kommune har også ulike tilbud om langtidsopphold – jamfør langtidsopphold særlig tilrettelagt for personer med psykiske lidelser, forsterkede langtidstilbud for personer med utagerende atferd, og så videre. Vi vil ikke skille ut de ulike langtids-opphold som egne grupper.

Når hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og langtidsbeboere sammen-lignes, gjelder dette bare bistandsbehovene. Øvrige opplysninger som registreres i IPLOS sammenlignes ikke.

Vi ønsket også å analysere og å sammenligne hjemmeboende med omfattende bistandsbehov med søkere som har søkt om langtidsopphold og som har fått avslag. Datakvaliteten gjorde at dette ikke lot seg gjennomføre.[65]

8.2 Om IPLOS

Våre data er altså avgrenset til data tilgjengelig i IPLOS. IPLOS inneholder data om enkeltpersoner.[66]

IPLOS er et nasjonalt register som beskriver ressurser, bistandsbehov og tildelte tjenester til personer som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og sosialtjenester. Registeret er hjemlet i Lov om helseregister med tilhørende forskrift om "pseudonymt register for individbasert pleie og omsorgsstatistikk" (IPLOS-forskriften).

Innsending av slik statistikk er obligatorisk. IPLOS i kommunene og IPLOS på statlig nivå er ikke nøyaktig det samme. I *kommunene* er IPLOS-registreringene en integrert del av kommunens fag- eller dokumentasjonssystem for den daglige utøvelsen av pleie og omsorgstjenester. Når data sendes til *statlig nivå* (det vil si Statistisk Sentralbyrå), er den enkeltes identitet erstattet med et tilfeldig løpenummer. Opplysningene er altså individbasert, uten at enkeltpersoners identitet røpes.[67]

IPLOs på statlig nivå består til sammen av 52 variabler (opplysninger) om personer som har søkt om eller får tildelt tjenester fra kommunens omsorgstjenester, det vil si bakgrunnsopplysninger, husholds- og boforhold, tilgang på privat hjelp, bistands-behov eller funksjonstap, søknad om tjenester og søknadsresultat (om det ble avslag eller hvilke tjenester vedkommende ble tildelt). Ved endringer i helsetilstand eller tjenestetildeling, blir opplysningene fortløpende oppdatert i kommunens fag- og dokumentasjonssystem.

Det er med andre ord mulig å analysere forløpsdata. For vårt formål er det tilstrekkelig å gi et inntrykk av situasjonen til en gruppe hjemmeboende på et bestemt tidspunkt. Vårt mål er ikke å beskrive hvordan situasjonen til hjemmeboende endrer seg over tid. *Når vi analyserer innsendte data, er det situasjonen slik den er registrert per 31.12 2010 som blir analysert.*

Innsending av IPLOS-data ble obligatorisk i alle landets kommuner 01.03.2006. Generelt kan vi si at datakvaliteten på innsendt statistikk er i utvikling etter hvert som rutinene blir mer erfaringsbasert.

---

[65] Moland (2011) forklarer hvorfor datakvaliteten på dette punktet er dårlig. Det skyldes uklarheter ved hvordan administrasjonen skal forstå og registrere søknader, henvendelser, endrete "søknader" og ønsker når søker får informasjon om alternative tilbud, osv.

[66] IPLOS står for individbasert pleie og omsorgsstatistikk i KOSTRA, der KOSTRA er betegnelsen for den statistikk over kommunal virksomhet som den enkelte kommune obligatorisk må rapportere årlig til statlig nivå.

[67] For mer detaljert beskrivelse, se IPLOS-veilederen for personell i kommunal helse- og sosialtjeneste. Veilederen oppdateres årlig eller ved behov. I veilederen listes også opp hvilke opplysninger som er obligatoriske og hvilke helse og sosialtjenester som ikke skal rapporteres.

Det hersker generell enighet om at den kommunale omsorgstjenesten i sitt daglige arbeid er avhengig av et fag- eller dokumentasjonssystem som oppdateres kontinuerlig. Diskusjonen knyttet til IPLOS har i hovedsak dreid seg om hvilke opplysninger som obligatorisk skal rapporteres til statlig nivå, og særlig om bistandsbehov eller funksjonstap i det hele tatt bør registreres, og eventuelt hvordan registreringene skal brukes eller tolkes.

Funksjonstapene eller bistandsbehovene registreres gjennom 15 variabler på en skala fra 1-5 (der 1 betyr ingen hjelpebehov og 5 betyr at en må ha bistand fra hjelpepersonell til alle oppgaver knyttet til aktuell funksjon).[68] Når data skal analyseres, deles de 15 enkeltvariablene inn i 5 grupper (sosial fungering, ivaretakelse av egen helse, husholdsfunksjoner, egenomsorg og kognitiv svikt). På basis av disse 5 gruppene har Helsedirektoratet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå avklart prosedyre for hvordan en kan fastsette samlemål for bistandsbehov i 3 kategorier. Kategoriene benevnes a) "noe eller avgrenset bistandsbehov", b) "middels til stort bistandsbehov" og c) "omfattende bistandsbehov".

I vår sammenheng fører det for langt å redegjøre for begrunnelsene for det tekniske og metodiske grunnlaget for denne anbefalingen (Om analysene av funksjonstapene, se særlig Helsedirektoratet 2005 og 2010, Statistisk Sentralbyrå 2008).

Begrunnelsen for å registrere bistandsbehov og utvikle samlemål, er å utarbeide statistikk som skal tjene planleggings- og styringsformål på overordnet statlig og kommunalt nivå. *Samlemålet som viser en persons bistandsbehov er en indikator som kan brukes til å beskrive og analysere store linjer og utviklingstrekk. Registreringene av funksjonstap og utvikling av samlemål for bistandsbehov er ikke tilstrekkelig presise til å kunne benyttes som opplysninger i saksbehandlingen fram til enkeltvedtak om eventuell ressurstildeling til enkeltpersoner*. Samlemålet som viser en persons bistandsbehov er slik sett unødvendige registreringer eller opplysninger for individuell saksbehandling i et funksjonelt informasjons- og dokumentasjonssystem som omsorgstjenestene trenger i sitt daglige arbeid. Vurdering av behov for og tildeling av tjenester skal skje på grunnlag av en helhetlig saksbehandling og forståelse av den enkeltes livssituasjon (Helsedirektoratet 2010, Oslo kommune 2010 a), der IPLOS-resultatet av de tekniske beregningene av en persons samlete bistandsbehov ikke skal tillegges vekt.

Om dette 3-delte samlemålet for bistandsbehov sier Statistisk Sentralbyrå bl.a. følgende: "Samlemålet er basert på 17 bistandsvariablene i IPLOS som er ulike mål på tjenestemottakerens behov for personbistand til ulike aktiviteter i dagliglivet. Samlemålet skal ikke benyttes på enkeltpersoner…IPLOS er et minstedatasett og dekker ikke alle forhold som har betydning for bistandsbehovet. Ved å standardisere bistandsvariablene…,kan de brukes til statistiske formål og vise bistandsbehovet for grupper av tjenestemottakere (dvs. statistiske robuste grupper). Samlemålet benyttes for å framstille bistandsbehovet til tjenestemottakerne i et fugleperspektiv og er ikke et milimetermål. Det understrekes at selv om tjenestemottakeren kommer i den

[68] Funksjonsvariablene er: utføre alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, personlig hygiene, på og avkledning, toalett, lage mat, spise, sosial deltakelse, bevege seg innendørs, bevege seg utendørs, ivareta egen helse, hukommelse, kommunikasjon, beslutninger i dagliglivet, styre egen atferd. Det er disse 15 variablene som inngår i samlemålet for bistandsbehov. Også syn og hørsel blir registrert, slik at det totalt blir 17 funksjonsvariabler som registreres. Men syn og hørsel inngår ikke i samlemålet av bistandsbehov.

”letteste” kategorien, kan noen ha store behov tilknyttet enkeltområder/variabler. Det er årsaken til at benevnelsen ”avgrenset bistandsbehov” inngår i kategorinavnet. Det behøver derfor ikke være unormalt eller feil at brukere som er registrert med ”noe/avgrenset bistandsbehov” mottar omfattende timebistand fra hjemmetjenesten eller har opphold i institusjon.” (SSB, 2010 side 13).

Men skal det beregnete samlemålet kunne tjene en *analytisk* funksjon for *overordnet* planlegging og styring, må det være en viss sammenheng mellom bistandsbehov målt gjennom IPLOS-registreringene og bistandsbehov slik behovet kommer til uttrykk gjennom kommunal saksbehandling og enkeltvedtak som utmåler tjenester til den enkelte. Hvis ikke bistandsbehovene slik de blir *registrert* gjennom IPLOS, også i noen grad gjenspeiler bistandsbehovene slik de *vurderes i en reell saksbehandling*, er registreringene lite tjenlig også til statistikk og overordnet planlegging.

Analyser viser at det er slik sammenheng. På *gruppenivå* er det en klar sammenheng mellom registrete bistandsbehov og antall tildelte timer fra hjemmetjenestene. Jo større funksjonstap, desto flere timer blir i gjennomsnitt tildelt fra hjemmetjenestene. *Registrert* bistandsbehov kan altså i noen grad forutsi hvor mange timer som blir tildelt fra hjemmetjenestene. Men sammenhengen er langt fra perfekt. Det er også mange andre forhold enn registret bistandsbehov som forklarer variasjonen i tildelte timer.[69]

På gruppenivå kan vi altså legge til grunn at det er en klar sammenheng mellom det IPLOS-registrerte samlemålet for bistandsbehov og bistandsbehov målt gjennom enkeltvedtak om tildelte timer fra de kommunale omsorgstjenestene. Men fordi det også er flere andre forhold som har betydning for tildeling av antall timer, kan vi ikke stole på at denne sammenhengen er til stede på individnivå.

8.3 Vår konkrete metodiske tilnærming

Tilnærming 1 Sammenligning av bistandsbehov. Vi skal sammenligne bistandsbehovene til langtidsbeboere på sykehjem med bistandsbehovene hos vår populasjon hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov.

Tilnærming 2. Analyse av situasjonen til de hjemmeboende med omfattende bistandsbehov. I tillegg til de 15 funksjonsvariablene beskrives situasjonen til de hjemmeboende med 3 opplysninger om den sosiale situasjonen og hvilke tjenester som tildeles i hvilket volum, slik disse opplysningene er tilgjengelig i IPLOS.

Tilnærming 3. Sammenligning av situasjonen til de som bor alene med situasjonen til hele populasjonen. Hele populasjonen ”hjemmeboende med omfattende bistandsbehov” er i en ”sårbar” situasjon nettopp fordi de er avhengig av omfattende bistand. En gruppe som er i en særlig sårbar situasjon er de som bor alene. Vi skal sammenligne bistands-

[69] I rapport IS 1831 fra Helsedirektoratet (2010) diskuteres samlemålets validitet og reliabilitet, og viser også samlemålets evne til å predikere antall tildelte timer i hjemmetjenestene for ulike grupper. Avhengig av hvilke grupper som analyseres (yngre, eldre, psykisk utviklingshemmede osv.) varierer korrelasjonen mellom samlemål for bistandsbehov og tildelte timetall grovt sett rundt 0,5

behov og volum på tildelte tjenester for hele populasjonen med bistandsbehov og volum på tildelte tjenester hos de som bor alene.[70]

Gjennom de skisserte tilnærmingene skal vi beskrive bistandsbehov, sosiale forhold og tildeling av kommunale omsorgstjenester til alle i Oslo som per 31.12.2010 bodde hjemme og som i følge IPLOS hadde omfattende bistandsbehov. Så langt gjelder bistandsbehov skal disse hjemmeboende sammenlignes med langtidsbeboere i sykehjem.

8.4 Praktisk opplegg

Vi benytter såkalte ureviderte IPLOS-data for 2010. Per 15. mars påfølgende år publiserer SSB KOSTRA-statistikken for foregående år. Den reviderte statistikken publiseres i juni. Oppdragsgiver ønsket at arbeidet skulle utføres senest i løpet av sommeren 2011. Ut fra denne fristen hadde vi to alternativer: enten å benytte de ureviderte tallene for 2010 publisert i mars eller å benytte den reviderte statistikken for 2009. I samråd med representant fra SSB, ble det valgt å benytte ureviderte data for 2010. Fordelen med å benytte nyeste data når dette er mulig oppveier ulempen med å benytte ureviderte data, fordi eventuelle forskjeller mellom reviderte og ureviderte IPLOS-data er høyst minimale.

De individuelle opplysningene som er tilgjengelig i IPLOS er anonymisert. Som ekstra sikkerhet for vern av personopplysninger er ikke de anonymiserte IPLOS-filene tilgjengelig for forskning. Den tekniske databehandlingen er derfor utført av SSB, ved prosjektleder Bjørn Gabrielsen, seksjon for helsestatistikk.

8.5 Metodekritikk – begrensninger ved vår tilnærming

Å sende inn IPLOS-registreringer ble obligatorisk i 2006. Datakvaliteten er i klar utvikling, men er ennå ikke tilfredsstillende (Helsedirektoratet 2010). I et tilleggs-kapittel sammenligner vi datakvaliteten i Oslo med datakvaliteten på landsbasis. Vi vil ellers kommentere datakvaliteten når aktuelle data presenteres.

Registrering av bistandsbehov er avhengig av kommunale medarbeideres skjønns-messige vurderinger av den hjelpertrengendes funksjonstap. Ut fra generell kunnskap vet vi at vurderinger basert på skjønn aldri vil bli fullt ut entydige. Og vi mangler

[70] Det er særlig reist tvil om hvilken tillit vi kan ha til IPLOS-registreringene av kognitiv svikt. Det er særlig personer som har alvorlig kognitiv svikt som likevel kan komme i den "letteste" behovskategorien ut fra IPLOS sitt samlemål for bistandsbehov. I en undersøkelse ble IPLOS-registreringer sammenlignet med resultatene fra en omfattende klinisk utredning av kognitiv svikt. Hjemmeboende personer som hadde omsorgstjenester og var registrert gjennom IPLOS ble altså medisinsk utredet på forekomst av demens og nevropsykiatriske symptomer. Undersøkelsen viser at hvis en person har kognitiv svikt og ikke har øvrige funksjonstap, er det lite samsvar mellom resultatene fra den kliniske utredningen og IPLOS sitt samlemål for bistandsbehov. Det betyr at personer som har omfattende kognitiv svikt og *ikke har øvrige funksjonstap i tillegg*, ofte kan komme i den "letteste" bistandskategorien ut fra samlemålet i IPLOS. Hvis vi derimot ser bort fra IPLOS sitt samlemål for bistandsbehov og *bare* ser på *IPLOS-registrering av delmålet " kognitiv svikt"*, er det relativt høyt samsvar mellom IPLOS-registrering av kognitiv svikt og resultatene fra den kliniske utredningen (korrelasjonskoeffisienter fra 0.53 til 0,65). Dette er en av begrunnelsene for at vi i tillegg til samlemålet for bistandsbehov også vil analysere bistandsbehovet ut fra delmålet kognitiv svikt (Selbæk og Høgset, 2010)

undersøkelser som dokumenterer i hvilken grad ulike medarbeidere skjønnsmessig vurderer samme funksjonstap på samme eller ulike måter (vi mangler dokumentasjon av intersubjektiv enighet).

Til tross for dette, må opplysningene likevel vurderes som vesentlige fordi opplysningene gis av fagpersoner som kjenner den enkelte hjelpetrengende. Disse fagpersonenes skjønn som gjenspeiles i IPLOS, er samtidig det skjønnet som har avgjørende innflytelse på innholdet i enkeltvedtakene som tildeler tjenester til den enkelte.

Den største metodiske begrensningen ved vårt opplegg, er at vi kun bygger på de tekniske registreringene som gjøres i IPLOS, og ikke benytter andre metoder der vi kan supplere disse registreringene med skjønnsmessige vurderinger og annen kunnskap. I tillegg til kunnskap om vurderingene den hjelpetrengende selv og eventuelle pårørende gjør seg, er det særlig skjønnsforståelsen fra saksbehandlerne ved bestillerenhetene og koordinerende fagperson ved de utøvende omsorgstjenestene vi mangler opplysninger fra. Også andre – for eksempel den hjelpetrengendes fastlege[71] – kan gi supplerende vurderinger som er vesentlig for å forstå den enkeltes behovssituasjon.

Når vi kun benytter de avgrensete og tekniske registreringene tilgjengelig gjennom IPLOS, uten å supplere med opplysninger om hvordan involverte personer *forstår og vurderer* den enkeltes situasjon, sier det seg selv at vårt empiriske grunnlag er avgrenset.

Ut fra erkjennelsen av begrensningene ved det metodiske opplegget, betrakter vår oppdragsgiver foreliggende tilnærming som et forprosjekt i forhold til hovedspørsmålene som ønskes belyst.

[71] Moland (2011) viser at fastleger i stor grad har mangelfull kjennskap til tjenestetilbudene i bydelene og derfor mangler forutsetninger for å vurdere hvilke tilbud som er best egnet for den enkelte.

9 Analyse av IPLOS-data

9.1 Alder og kjønn

Tabell 9.1 *Fordeling av alder og kjønn blant hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og langtidsbeboere ved sykehjem i prosent av N.*

	Andel menn/kvinner	67-79 år	80 – 89 år	90 åt og eldre
	Hjemmeboende N = 810 fordelt på 292 menn og 518 kvinner			
Menn	36,0	15,6	15,7	4,8
Kvinner	64,0	18,3	28,3	17,4
	Langtidsbeboere sykehjem N = 4064 fordelt på 994 menn og 3090 kvinner			
Menn	24,3	6,7	12,3	5,3
Kvinner	75,5	9,6	34,7	31,3

Opplysningen i Tabell 9.1 prosentueres ut fra det antall personer hvor vi har opplysninger om alder og kjønn.

Vi minner om at data i Tabell 9.1 og øvrige analyser som følger i kap 4 bygger på analyser av IPLOS-data, hvis ikke annen referanse eksplisitt er nevnt. Alle analysene gjelder situasjonen per 31.12. 2010 der inklusjonskriteriet er personer som på denne datoen er 67 år eller eldre. Gruppen som her omtales som hjemmeboende er de 810 personene som denne datoen var hjemmeboende med kommunale omsorgstjenester og som i følge IPLOS hadde omfattende bistandsbehov.[72]

Generelt vet vi at kvinner lever lenger enn menn, og at (eldre) kvinner oftere har funksjonstap enn (eldre) menn.

Tabell 9.1 synes å reflektere denne generelle kunnskapen. Både blant hjemmeboende og blant langtidsbeboerne er kvinnene i flertall. Blant de hjemmeboende (over 67 år og med omfattende bistandsbehov) er om lag 2 av 3 kvinner (64 prosent), 1 av 3 er menn. Blant langtidsbeboerne er kvinneoverskuddet større i det 3 av 4 langtidsbeboere er kvinner (75,5 prosent).

[72] En person som på denne datoen var på sykehjemmet på avlastnings- eller annet korttidsopphold vil ut fra disse kriteriene ikke inngå i gruppen hjemmeboende.

I den yngste aldersklassen (67-79 år) er kvinneoverskuddet bare svakt større, men det er prosentvis noen flere kvinner enn menn også i denne aldersklassen både blant hjemmeboende og langtidsbeboere. Kvinneoverskuddet øker med økende alder, og i den eldste aldersgruppa er kvinneandelen svært mye større. 20 prosent av de hjemmeboende er 90 år eller mer, blant langtidsbeboerne i underkant av 40 prosent. I denne eldste aldersgruppa utgjør menn bare 1 av 20 blant de hjemmeboende.

Ved å sammenligne de hjemmeboende og langtidsbeboerne, ser vi for det første at den eldste aldergruppa (de over 90 år) utgjør en større andel blant langtidsbeboerne. Blant langtidsbeboerne utgjør den eldste aldersgruppa 37 prosent av populasjonen, blant hjemmeboende 22 prosent. For det andre er andelen menn noe større blant de hjemmeboende enn blant langtidsbeboerne.

Ut fra opplysningene i Tabell 9.1 ser vi at en hjemmeboende over 67 år med omfattende bistandsbehov sannsynligvis er en kvinne.

Oppsummert. Blant langtidsbeboerne er det færre menn og flere i høy alder sammenlignet med de hjemmeboende. Blant de hjemmeboende er det flere menn og færre svært gamle sammenlignet med langtidsbeboere i sykehjem.

9.2 Bistandsbehov hos hjemmeboende og beboere på langtidsopphold ved sykehjem - en sammenligning.

I analysene av bistandsbehov benytter vi 3 mål fra IPLOS: 1) samlemålet (Tabell 9.2 nedenfor), 2) delmålet for egenomsorg og 3) delmålet for kognitiv svikt (Tabell 9.3 nedenfor).

Samlemål: Samlemålet er et uttrykk for samlet bistandsbehov basert på 15 funksjonsvariabler. Vi viser til Helsedirektoratet (2011) for en detaljert gjennomgang av hvordan en teknisk kommer fram til ett samlemål på basis av 15 variabler. En persons bistandsbehov uttrykt gjennom samlemålet kan variere mellom verdiene 1 og 5 og har følgende benevnelser:

Noe eller avgrenset bistandsbehov: Verdiene mer enn 1 og lik eller mindre enn 2,00.

Middels til stort bistandsbehov: Verdiene mer enn 2,00 og lik eller mindre enn 3,00

Omfattende bistandsbehov: Verdiene mer enn 3,00.

Tabell 9.2 *Kategori bistandsbehov basert på samlemålet, i prosent av N, verdi gjennomsnittlig bistandsbehov og standardavvik, fordelt på hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og langtidsbeboere i sykehjem.*

	Noe/ avgrenset bistandsbehov	Middels/stort bistands-behov	Omfattende bistandsbehov	Gjennom-snitt bistands-behov	Standard-avvik
Hjemmeboende (N= 810)			100	3,69	039
Langtidsbeboere (N=3972	-	18,8	81,2	3,80	0,67

Tabellen over prosentueres ut fra de personer hvor opplysninger om bistandsbehovet er tilgjengelig. For 112 personer i sykehjem (2,8 prosent) mangler opplysninger om bistandsbehovet. Antall personer 67 år eller eldre som per 31.12.2010 hadde langtidsopphold på sykehjem i Oslo er følgelig 4084.

Opprinnelig kom 92 langtidsbeboere i den "letteste" bistandskategorien - noe/avgrenset bistandsbehov. I det vi viser til diskusjonen av IPLOS i kapittel 3, trenger det ikke å være noe galt i at personer som bare har noe/avgrenset bistandsbehov likevel er tildelt omfattende bistand i antall timer eller tiltak (eksempelvis langtidsopphold i sykehjem). Men ut blant annet fra arbeidet til Selbæk et al (2010) skulle vi forvente at de fleste av disse 92 personene hadde omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt uten registrerte funksjonstap på øvrige funksjonsvariabler. Det viser seg imidlertid at disse 92 personene er uten registrerte funksjonstap – de har ikke registrerte bistandsbehov. Det er med andre ord åpenbart at det foreligger feil registreringer av bistandsbehovene. Disse 92 personene er derfor omkodet til "uten opplysninger om bistandsbehovet" og holdt utenfor i beregningene. Uten denne omkodingen ville 2,3 prosent av langtidsbeboerne ha kommet i den "letteste" bistandskategorien.

Av de 3972 personer 67 år og eldre som ved utgangen av 2010 hadde langtids-opphold i sykehjem i Oslo og hvor vi samtidig har opplysninger om bistandsbehov, hadde vel 8 av 10 omfattende bistandsbehov (81,2 prosent). 2 av 10 har middels/ stort bistandsbehov.

Ut fra inklusjonskriteriet følger at samtlige hjemmeboende har omfattende hjelpebehov.

Det gjennomsnittlige bistandsbehovet til langtidsbeboerne ut fra definisjonene lagt i IPLOS, tilsvarer verdien 3,80. Det gjennomsnittlige bistandsbehovet for hjemme-boende er 3,69. Ut fra gjennomsnittet har begge populasjonene klart større bistandsbehov enn minimumsverdien for kategorien omfattende bistandsbehov (mer enn 3,00), men likevel slik at bistandsbehovene til langtidsbeboerne jamt over er litt større enn blant de hjemmeboende.

Medianen[73] for hjemmeboende er et bistandsbehov tilsvarende 3,6, og for langtidsbeboerne et bistandsbehov som tilsvarer 3,9.

Spredningen i materialet uttrykt gjennom standardavviket,[74] er betydelig større for langtidsbeboerne enn for de hjemmeboende. Årsaken til dette skal kommenteres i neste avsnitt.

Tabell 9.3 *Kategori bistandsbehov etter delmålene "egenomsorg" og "kognitiv svikt", i prosent av N, verdi gjennomsnittlig bistandsbehov og standardavvik, fordelt på hjemmeboende og langtidsbeboere i sykehjem.*

	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels/stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Gjennom -snitt	Standard-avvik
	Hjemmeboende N = 810				
Egenomsorg	13,3	43,2	43,5	2,97	0,87
Kognitiv svikt	24,4	48,5	27,0	2,75	0,85
	Langtidsbeboere N = 3972				
Egenomsorg	12,4	29,2	58,3	3,25	1,03
Kognitiv svikt	23,4	33,1	43,5	3,01	1,05

I tillegg til samlemålet, vist i Tabell 9.2 velger vi å dokumentere bistandsbehovet gjennom 2 delmål:

Delmål egenomsorg måles gjennom følgende 5 funksjonsvariabler: personlig hygiene, på- og avkledning, spise, toalett, bevege seg innendørs og bevege seg utendørs. Delmålets verdi er det aritmetiske gjennomsnitt av disse 5 variablene. Verdiene for inndeling i kategori bistandsbehov er tilsvarende som for samlemålet.

Delmål kognitiv svikt måles gjennom følgende 2 funksjonsvariabler: hukommelse og evne til kommunikasjon. Delmålets verdi er det aritmetiske gjennomsnittet for disse 2 variablene. Verdiene for inndeling i kategori bistandsbehov er tilsvarende som for samlemålet.

Begrunnelsen for at vi i tillegg til samlemålet kun redegjør for 2 av de 5 delmålene er at de to delmålene egenomsorg og kognitiv svikt til tross for kun å måle avgrensete funksjoner, likevel intuitivt forteller noe svært sentralt og avgjørende om en persons evne til å mestre hverdagen.[75]

Egenomsorg. Den tydeligste forskjellen mellom hjemmeboende og langtidsbeboere er at prosentvis noen flere langtidsbeboere har omfattende bistandsbehov, mens det prosentvis er noen flere blant hjemmeboende som kommer i mellomkategorien middels/stort bistandsbehov. Denne forskjellen kommer også til syne gjennom

[73] Forklaring av begrepet median, se tabell 4.10.

[74] Standardavviket er et statistisk uttrykk for spredningen rundt gjennomsnittet. Jo mindre standardavviket er, desto mindre er spredningen, og desto mer utsagnskraftig for totaltendensen i materialet er gjennomsnittsverdien. Jo større standardavviket er, desto større er spredningen og desto mindre utsagnskraftig for totaltendensen er gjennomsnittsverdien. .

[75] I tillegg har forskning altså vist at delmålet kognitiv svikt i enkelte tilfeller er mer valid som uttrykk for kognitivsvekkelse enn samlemålet. Se fotnote 12.

gjennomsnittsverdiene (2,97 som gjennomsnitt for hjemmeboende, 3,25 som gjennomsnitt for langtidsbeboerne). Men likevel er det altså vel 4 av 10 hjemmeboende (43,5 prosent) som har omfattende bistandsbehov ut fra delmålet egenomsorg.

Kognitiv svikt. Av Tabell 9.3 får vi bekreftet at majoriteten av langtidsbeboerne på sykehjem har kognitiv svikt. 3 av 4 (76,6 prosent) har middels/stort eller omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt. Nesten halvparten av langtidsbeboerne (43,5 prosent) har *omfattende* kognitiv svikt.

Et stort mindretall blant langtidsbeboerne, 1 av 4 eller 25,4 prosent, har ingen eller kun avgrenset kognitiv svikt.

Fordelingen mellom de 3 behovskategoriene som følge av kognitiv svikt er om lag den samme blant hjemmeboende som blant langtidsbeboerne. Også blant hjemmeboende har majoriteten middels/stort eller omfattende bistandsbehov (3 av 4 eller 75,6 prosent). Forskjellen mellom hjemmeboende og langtidsbeboerne er at det blant hjemmeboende er noen flere som kommer i mellomkategorien middels/stort bistandsbehov. Men også blant hjemmeboende er det 1 av 4 eller 27 prosent som har omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt.

Tendensen til at hjemmeboende noe oftere kommer i den midterste bistandskategorien kommer også til syne i gjennomsnittsverdiene. Sett ut fra gjennomsnittsverdien har hjemmeboende, sammenlignet med langtidsbeboerne, noe mindre kognitiv svikt (gjennomsnittsverdien for hjemmeboende er 2,75 og for langtidsbeboerne 3,01).

Spredningen. Spredningen i materialet er systematisk mindre blant hjemmeboende. Årsaken til dette er å finne i inklusjonskriteriet. For hjemmeboende medfører inklusjonskriteriet at det kun er personer som har omfattende hjelpebehov som tas med i analysene. Blant langtidsbeboerne er det også noen (ca 1/5) som kommer i den "midterste" bistandskategorien (middels/stort bistandsbehov). Inklusjonskriteriet betyr at *samtlige* hjemmeboende har omfattende funksjonstap ut fra samlemålet. I analysen av langtidsbeboere er derimot *alle* langidsbeboere inkludert uansett bistandskategori.

Oppsummering: Selv om tendensen er at langtidsbeboerne jamt over har litt større bistandsbehov enn hjemmeboende, er det likevel bare mindre nyanseforskjeller mellom vår populasjon av hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og langtidsbeboerne ved sykehjem. Uttrykt gjennom IPLOS sine mål for bistandsbehov, har vår populasjon av hjemmeboende om lag de samme bistandsbehov som langtidsbeboerne på sykehjem. Det er med andre ord ikke mulig på en presis måte å skille mellom vår populasjon av hjemmeboende og langtidsbeboere på sykehjem ut fra bistandsbehov.

Når vi kan konkludere med at hjemmeboende og langtidsbeboere langt på vei har samme bistandsbehov, er det avgjørende viktig å ha i minne at vår populasjon av hjemmeboende på 810 personer, *er en utvalgt populasjon i den forstand at de alle har omfattende hjelpebehov* slik IPOLOS definerer dette. Vår populasjon hjemmeboende er bevisst valgt ut fra et kriterium som sannsynliggjør at vi i denne populasjonen finner

hjemmeboende som har eller kan ha behov for pleie og omsorg på sykehjemmets nivå.

Populasjonen hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov utgjør bare om lag 5 prosent av de vel 15 000 (uansett alder) i Oslo som mottar hjemmebaserte tjenester.

Ut fra IPLOS-registreringene av bistandsbehov er altså hovedkonklusjonen at sett ut fra bistandsbehovene, er det ikke mulig på en presis måte å skille mellom hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og langtidsbeboere på sykehjem. Denne hovedkonklusjonen bør nyansere noe i den forstand at langtidsbeboerne som gruppe har større bistandsbehov enn de hjemmeboende. Langtidsbeboerne har litt større bistandsbehov både uttrykt gjennom samlemålet og gjennom delmålene egenomsorg og kognitiv svikt. Og særlig gjør dette seg gjeldende for kognitiv svikt. Av langtidsbeboerne på sykehjem har 43,5 prosent omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt, mot 27 prosent blant de hjemmeboende.

Om lag 3 av 4 langtidsbeboere i sykehjem har kognitiv svikt – enten middels/stor eller omfattende bistandsbehov ut fra delmålet. Målgruppa for langtidsopphold ved sykehjem i Oslo er i svært stor grad (eldre) personer med kognitiv svikt. Men et stort mindretall (1 av 4) blant langtidsbeboerne har ingen/avgrenset kognitiv svikt. Generelt bekrefter dette sykehjemmenes doble målsetting: *både* å tilrettelegge et tilbud for personer med kognitiv svekkelse *og samtidig*, ofte på samme avdeling, å utvikle tilbud til en betydelig minoritet blant langtidsbeboerne som ikke er mentalt svekket.

Også majoriteten blant vår populasjon hjemmeboende har kognitiv svikt (3 av 4 blant har enten middels/stor eller omfattende kognitiv svikt). Vi skal senere analysere nærmere situasjonen til denne gruppen

9.3 Trekk ved sosiale livssituasjon hos hjemmeboende

Sosiale aspekter som registreres gjennom IPLOS, er husstand, boligens egnethet og tilgang på privat hjelp.

9.3.1 Husstand

Tabell 9.4 *Husstand til hjemmeboende med omfattende hjelpebehov, i prosent av N*

Antall med opplysninger om husstand	Bor alene	Bor sammen med andre	Bor i bolig med tilknyttet personell
N=763	49,7	35,6	14,7

IPLOS har ulike registreringskategorier for (omsorgs)bolig med fast tilknyttet personell. Det defineres to kategorier ut fra egenskaper ved selve boligen: for det første "omsorgsbolig" som er bygget i samsvar med kravspesifikasjonene for å få tilskudd (eventuelt oppstartings- eller investeringstilskudd) fra Husbanken. For det andre "annen bolig som kommunen disponerer for helse og sosialformål som ikke er

institusjon eller omsorgsbolig" (sitat fra IPLOS-veilederen for personell i kommunene). Hver av disse 2 kategoriene har igjen 3 IPLOS-definisjoner ut fra kriterier som har å gjøre med personell- eller tjenestetilgangen i boligene: for det første boliger uten fast tilknyttet personell, for det andre fast tilknyttet personell *deler av døgnet* og for det tredje fast tilknyttet personell *hele døgnet* (oftest med personellbase i boligene).

Enkelte av de som bor i bolig med fast tilknyttet personell bor sammen med noen, andre som bor i slik bolig med fast personell bor alene. Å bo alene i leilighet i bolig med fast tilknyttet personell anser vi å være på et "høyere" trygghetsnivå sammenlignet med det å bo alene i en leilighet hvor det ikke er tilknyttet fast personell. De som bor i bolig med heldøgns omsorg (fast tilknyttet personell tilgjengelig hele døgnet) er igjen på et "høyere" trygghetsnivå enn de som bor i bolig med fast tilknyttet personell bare deler av døgnet. På denne måten kan en si at de som bor alene i leilighet i bolig med fast tilknyttet personell "i mindre grad" bor alene enn de som bor alene i bolig uten fast tilknyttet personell.

Antall personer i hver gruppe blir for få til meningsfylte analyser dersom vi skal analysere situasjonen for alle mulige kombinasjoner (bor alene i ordinær boligmasse, bor alene i bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet, bor i bolig med heldøgns omsorg og med tilsvarende analyseenheter for de som bor sammen med noen). Ut fra resonnementet om at det å bo i bolig med fast tilknyttet personell representerer er et "høyere" trygghetsnivå enn det å bo alene i den ordinære boligmassen uten fast tilknyttet personell, vil vi i langt de fleste analysene omkode de som bor alene i bolig med tilknyttet personell til at en bor sammen med noen. Vi vil for hver analyse eksplisitt forklare hvordan aleneboende i boliger med tilknyttet personell blir behandlet.

I Tabell 9.4 ovenfor er både boliger med heldøgns omsorg og boliger med fast tilknyttet personell bare deler av døgnet slått sammen i en kategori – bor i bolig med fast tilknyttet personell.

IPLOS mangler opplysninger om husstand for 47 av de 810 hjemmeboende med omfattende bistandsbehov – dette tilsvarer 5,8 prosent av populasjonen. I tabell 3 foretas prosentueringen ut fra antall personer med opplysninger om husstand (763 personer = 100 prosent). Personer som i tabell 4 er registrert å bo alene eller å bo sammen med noen har alle sin bolig i den ordinære boligmassen.

Temmelig nøyaktig halvparten av de hjemmeboende med omfattende bistandsbehov bor alene i den ordinære boligmassen (49,7 prosent), mens ca 1 av 3 bor sammen med andre (35,6 prosent).

Å bo sammen med andre vil i hovedsak si at en bor sammen med ektefelle.[76]

14,7 prosent (tilsvarer 112 personer) av populasjonen – bor i bolig med tilknyttet personell.

[76] Hvem en bor sammen med framgår ikke av IPLOS. Også ektefelle eller den vedkommende bor sammen med kan være hjelpetrengende. Det er derfor mulig at det å bo sammen med noen kan representere et særlig press hvis vedkommende en bor sammen med har store hjelpebehov. I all diskusjon i vår rapport forutsetter vi imidlertid at det å bo sammen med noen alltid representerer en positiv trygghetsdimensjon sammenlignet med å bo alene.

Av de 112 som bor i bolig med fast tilknyttet personell, bor de fleste – 82 personer - i bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. Følgelig er det 30 som bor i bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet.

Langt de fleste av de som bor i bolig med tilknyttet personell bor alene - 91 av de 112 som bor i bolig med fast tilknyttet personell bor alene. Med henvisning til begrunnelsen ovenfor, vil disse 91 personene som altså bor alene i bolig med fast tilknyttet personell i de fleste analysene bli behandlet som å bo sammen med andre.

Tabell 9.5 *Bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt fordelt på husstand, i prosent av N.*

	Bor alene	Bor sammen med noen	Bor i bolig med personell
Noe/avgrenset bistandsbehov	25,1	23,7	26,8
Middels/stort bistandsbehov	51,7	47,8	44,6
Omfattende bistandsbehov	23,2	28,5	28,6
N = antall personer i kategorien med aktuelle opplysninger	379	274	112

De som i Tabell 9.5 er registrert å bo alene/bo sammen med noen bor alle i den vanlige boligmassen.

Blant de som bor alene i den ordinære boligmassen har 1 av 4 omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt. Tar vi også med bistandskategorien middels til stort bistandsbehov, har 3 av 4 som bor alene kognitiv svikt.

Fordelingen av bistandsbehovet etter delmålet kognitiv svikt er om lag den samme uavhengig av husstandskategori.

Ut fra Tabell 9.5 er det ikke mulig å lese at boliger med fast tilknyttet personell i særlig grad tildeles personer som har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt.

Tabell 9.6 *Sammenhengen mellom bistandsbehov ut fra delmålene kognitiv svikt og egenomsorg blant dem som bor alene, i prosent av N (379 personer) og i absolutte tall i parentes.*

Egenomsorg / Kognitiv svikt	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels/stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov
Noe/avgrenset bistandsbehov	:	6,3 (24)	18,5 (70)
Middels/stort bistandsbehov	6,9 (26)	28,8 (109)	16,1 (61)
Omfattende bistandsbehov	5,6 (21)	10,6 (40)	7,1 (27)

Tegnet : betyr at antall personer er 5 eller mindre. Hvis antall personer i en celle er lik eller mindre enn 5, skal antallet ut fra personvernhensyn ikke oppgis.

Tabell 9.6 bygger altså på opplysninger bare fra de som bor alene i den ordinære boligmassen og hvor vi har alle relevante opplysninger (378 personer eller temmelig nøyaktig halvparten av populasjonen).

Når vi fokuserer kun på 2 av de 5 delmålene for bistandsbehov i IPLOS, er det grunn til å minne om at hele populasjonen er en utvalgt gruppe der *samtlige* har omfattende bistandsbehov etter samlemålet. Tabell 9.6 viser at det store flertallet av de som bor alene har betydelig behov for bistand ut fra de 2 delmålene kognitiv svikt og egenomsorg. Så godt som ingen kommer i den letteste bistandskategorien på disse delmålene. Et flertall av de som bor alene har middels/stort og/eller omfattende bistandsbehov *på begge* delmålene – dette gjelder 237 eller 63 prosent av de 378 hjemmeboende som bor alene i den ordinære boligmassen.

7 prosent (27 personer) av de som bor alene, har omfattende bistandsbehov etter *begge* delmålene.

Blant de som bor alene, har 4 av 10 omfattende bistandsbehov ut fra delmålet egenomsorg (185 personer eller 41,8 prosent). 108 av disse som har omfattende bistandsbehov ut fra delmålet egenomsorg har også middels/stort eller omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt.

Oppsummering. Hvilke hjelpetiltak i hvilket volum som settes inn overfor personer med ulike bistandsbehov i ulike husstander skal analyseres senere.

Ut fraTabell 9.4 kan det konstateres at hjemmeboende med omfattende hjelpebehov i Oslo i hovedsak bor i den ordinære boligmassen. Bare 15 prosent av denne populasjonen bor i bolig med tilknyttet personell.

Å administrere egen hverdag krever kognitive ferdigheter. Når kognitive ferdigheter svekkes, kan det oppstå situasjoner hvor den hjelpetrengende kommer inn i farlige eller uverdige situasjoner fordi vedkommende ikke evner å forstå sin situasjon eller å vurdere konsekvensene av egen atferd.

Å bo alene med kognitiv svikt er derfor en boform med særlige risikofylte utfordringer. Risikoen reduseres i den grad den hjelpetrengende deler hushold med noen eller har fast tilgang på personell fra hjemmetjenestene.

Hvis en person har middels/stort eller omfattende bistandsbehov ut fra delmålet egenomsorg, kan det legges til grunn at vedkommende person i liten grad selv evner å utføre noen av dagliglivets funksjoner (toalett, spise, forflytte seg innendørs, på- og avklening osv.). Vi kan ut fra dette legge til grunn at vedkommende er avhengig av hjelp flere ganger i løpet av et døgn, enten fra private eller fra hjemmetjenestene. Ikke sjelden må en person med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet egenomsorg ha *rask* tilgang på hjelp for å unngå at vedkommende kommer opp i uverdige situasjoner.

Det sier seg selv at det er langt enklere å føre tilsyn med eller også å veilede en person med kognitiv svekkelse eller raskt å yte bistand ved dagliglivets funksjoner

hvis vedkommende bor sammen med noen.[77] Ut fra Tabell 9.6 synes vi å kunne fastslå følgende:

Halvparten av hjemmeboende med omfattende bistandsbehov bor alene. Bistandsbehovet hos de som bor alene, de som bor sammen med noen og de som bor i bolig med fast tilknyttet personell, fordeler seg om lag på samme måten når vi legger delmålene kognitiv svikt og egenomsorg til grunn.

En majoritet av de som bor alene har middels/stort og/eller omfattende bistandsbehov på *begge* delmålene kognitiv svikt og egenomsorg. Dette gjelder 62,7 prosent av de aleneboende.

9.3.2 Boligens egnethet for tjenestemottaker

Tabell 9.7 *Boligen egnet for tjenestemottaker – i prosent av N.*

Antall personer med opplysninger om boligen	Boligen er egnet	Boligen er ikke egnet
N = 760	53,7	46,3

Opplysninger om boligen mangler for 50 personer, det vil si 6,2 prosent av populasjonen. Prosentueringen er foretatt på basis av antall personer med opplysninger om boligen. I IPLOS-veiledningen om registrering av boligens egnethet står det at "Det skal gjøres en individuell vurdering. Boligen anses egnet dersom boligen fungerer for søker/tjenestemottaker. Planløsning og tekniske innretninger er hensiktsmessig i forhold til hans/hennes behov for å ivareta dagliglivets aktiviteter."

Så langt gjelder vurdering av boligens egnethet, todeles hjemmeboende med omfattende bistandsbehov: halve populasjonen vurderes å ha egnet bolig, mens (en knapp) halvdel vurderes å ha utfordringer eller mangler ved boligen de bor i.

9.3.3 Tilgang på privat, ikke betalt hjelp

Tabell 9.8 *Tilgang på privat, ikke betalt hjelp, i prosent av N.*

	Ingen privat hjelp	Ja, ukjent omfang	Inntil 3 t/uke	3-9 t/uke	9-15 t/uke	Mer enn 15 t/uke
N = 756	19,8	13,9	33,9	14,9	6,5	11,0

Opplysninger om tilgangen på privat, ubetalt hjelp mangler for 54 personer – 6,7 prosent av populasjonen. Prosentueringen i Tabell 9.8 er foretatt på basis av antall personer med opplysning om privat hjelp. I IPLOS-veilederen står det at denne registreringen "Gjelder nødvendig hjelp i dagliglivet som gis av familie/venner/ personer i nærmiljøet."

[77] Også vedkommende som den hjelpetrengende bor sammen med kan trenge hjelp. Vi har ikke opplysninger om eventuelle hjelpebehov hos personen den hjelpetrengende bor sammen med.

Det store flertallet av hjemmeboende med omfattende bistandsbehov synes å leve i et så vidt tett og forpliktende sosialt nettverk at de ukentlig mottar privat, ubetalt hjelp. 8 av 10 mottar slik hjelp ukentlig.

Volumet på den private hjelpen varierer. 1 av 3 mottar inntil 3 timer per uke. 1 av 10 mottar mer enn 15 timer per uke.

Tabell 9.9 *Tilgang på privat, ikke betalt hjelp fordelt mellom de som bor alene og de som bor sammen med noen. I prosent av N i hver husstandskategori.*

	Bor alene	Bor sammen med noen
Mottar ikke privat hjelp	22,2 (83)	:
Mottar noe privat hjelp	71,1(266)	66,0 (208)
Mottar mye privat hjelp	6,7 (25)	34,0(107)
N. Antall personer i husstandskategorien	374	315

Vi minner om at tegnet : betyr at antall personer er 5 eller mindre.

I Tabell 9.9 ovenfor er populasjonen fordelt i husstandskategori uavhengig av om en bor i ordinær boligmasse eller i bolig med fast tilknyttet personell. Vi mangler opplysninger om privat hjelp fra 6,7 prosent av populasjonen, og det er særlig fra de som bor sammen med noen hvor disse opplysningene mangler. Umiddelbart er det forståelig at det særlig er hos personer som bor sammen med noen hvor det er vanskelig å vurdere omfanget av den private hjelpen. I IPLOS-veilederen understrekes at den hjelpen som skal registreres skal komme fra familie/venner/personer *i nærmiljøet*. Hvis eksempelvis et ektepar bor sammen kan begge trenge hjelp og det kan være vanskelig for saksbehandler å vurdere hvor mye hjelp den enkelte får når hjelpen gis til begge. Trolig ville det ha vært like korrekt å omkode de ubesvarte opplysninger om privat hjelp til "mottar privat hjelp, men med ukjent omfang". Men i Tabell 9.9 ovenfor forholder vi oss til opplysningene slik de foreligger i IPLOS.

I Tabell 9.9 har vi slått sammen opplysninger på følgende måte:

- "mottar noe privat hjelp" betyr inntil 9 timer per uke, eventuelt at en ikke har opplysninger om volumet på den private hjelpa
- "mottar mye privat hjelp" betyr at en mottar 9 timer eller mer per uke

Tabell 9.9 viser at det er de som bor alene som ikke mottar privat hjelp. Så godt som samtlige av de som bor sammen med noen mottar privat hjelp (det er 5 eller mindre av de som bor sammen med noen som er uten privat hjelp).

Videre ser vi en klar tendens til at blant de som mottar privat hjelp er det de aleneboende som mottar minst. 6,7 prosent av de aleneboende mottar "mye" hjelp, der tilsvarende tall for de som bor sammen med noen er 34 prosent.

Avsnitt 9.4.1 nedenfor viser at det "vanligste" bildet er at en hjemmeboende person som tilhører vår populasjon mottar 8 timer praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie per uke (medianen er 8 timer per uke). Nesten 20 prosent av

populasjonen mottar mer enn 9 timer privat hjelp per uke. I tillegg har vel 60 prosent inntil 9 timer per uke eller omfanget av privat hjelp er ukjent. Dette peker på at den private, ubetalte hjelpen i volum er et betydelig supplement til de kommunale omsorgstjenestene

9.4 Tildeling av tjenester

9.4.1 Praktisk bistand og hjemmesykepleie – tildelt volum

I begrepet praktisk bistand slår vi sammen to tjenestetyper: det er opplæring etter sosialtjenesteloven (med mål å lære en person å kunne mestre hverdagen i egen bolig) og det er praktisk bistand til husholdsoppgaver (det vil si det som oftest går under begrepet «hjemmehjelp).[78]

Tabell 9.10 *Tildelte timer per uke til hjemmeboende med omfattende bistandsbehov fordelt på praktisk bistand, hjemmesykepleie og tradisjonelle hjemmetjenester samlet[79], antall timer per uke uttrykt som gjennomsnitt, standardavvik og median.*

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Praktisk bistand	4,8	13,1	1,5
Hjemmesykepleie	8,1	7,2	6,7
Samlet bistand og hj,sykepleie	11,0	12,6	8,1

Medianen er den verdien som todeler et materialet. Medianen er altså det tallet som angir at like mange individer i et statistisk materiale har verdier over som under medianen. Når medianen for timetildeling til "tradisjonelle hjemmetjenester samlet" (praktisk bistand og hjemmesykepleie) er 8,1 timer, betyr dette at det er like mange blant de 810 hjemmeboende som har mindre enn 8,1 timer per uke som det er hjemmeboende som har mer enn 8,1 timer.

Praktisk bistand: De 810 personene i populasjonen hjemmeboende med omfattende bistandsbehov 67 år og over i Oslo, mottar i gjennomsnitt 4,8 timer praktisk bistand ("hjemmehjelp") per uke. Dette gjennomsnittet sier imidlertid lite, fordi spredningen er svært stor: standardavviket er på hele 13,2. Dette betyr at noen får tildelt relativt få timer, mens andre får tildelt relativt mange timer per uke. Det "vanligste" er at en hjemmeboende med omfattende bistandsbehov mottar om lag 1,5 timer hjemmehjelp per uke – jamfør at medianen er 1,5 timer noe som betyr at halvparten av de 810 hjemmeboende mottar mindre enn 1,5 timer per uke, den andre halvparten mottar mer enn 1,5 timer per uke.

I vanlig tildelingspraksis, betyr dette følgende: Som regel blir ikke praktisk bistand tildelt i timer per uke. Et vanlig enkeltvedtak er at det tildeles rundt 3 timer

[78] I IPLOS består praktisk bistand av en tredje tjeneste i tillegg, nemlig brukerstyrt personlig assistanse (BPA). BPA skal vi inkludere i timetallet under kap. 4.4.3 der vi skal beskrive den totale timeinnsatsen som tildeles populasjonen.

[79] Om begrepet tradisjonelle hjemmetjenester, se fotnote 22

”husarbeid” per 14 dag – noe som tilsvarer 1,5 timer per uke (d.v.s medianen). Fordi gjennomsnittet i tildelte timer er nesten 5, og spredningen samtidig er svært stor, betyr dette at mange blant den halvparten som mottar mer enn 1,5 timer (det vil si mer enn medianen), mottar betydelig flere timer enn gjennomsnittet.

Hjemmesykepleie. I gjennomsnitt mottar populasjonen 8,1 timer hjemmesykepleie per uke. Gjennomsnittet sier imidlertid lite fordi spredningen også er stor for denne tjenesten (standardavviket tilsvarer 7,2 timer). Spredningen i tildelte timer hjemmesykepleie er likevel betydelig mindre enn variasjonen i tildelte timer ”hjemmehjelp”. Det ”vanligste” er at vår populasjon av hjemmeboende mottar litt mer enn 6,7 timer hjemmesykepleie per uke – jamfør medianen som er 6,7 timer per uke.

Samlet timetildeling av ”tradisjonelle hjemmetjenester”. I gjennomsnitt mottar populasjonen 11 timer ”tradisjonelle hjemmetjenester”. (Med 2 desimaler er gjennomsnittet 10,95 timer per uke). Spredningen er fremdeles betydelig – jamfør at standardavviket er større enn gjennomsnittet. Det ”vanligste” er at hjemmeboende med omfattende bistandsbehov blir tildelt ca 8 timer tradisjonelle hjemmetjenester per uke – jamfør medianen på 8,1 timer per uke, noe som altså betyr at om lag 405 personer i populasjonen mottar mindre enn 8,1 timer hjemmetjenester per uke, og 405 mottar mer enn 8,1 timer.

Det ”vanligste” bildet er med andre ord at de som tilhører vår populasjon i gjennomsnitt får tildelt litt mer enn 1 time hjemmetjenester *per dag*. Men som sagt er spredningen – variasjonen i timevolumet – betydelig. Og særlig stor er variasjonen i tildelt volum til praktisk bistand.

Tabell 9.11 *Antall timer tildelt gjennom praktisk bistand, hjemmesykepleie og ”tradisjonelle hjemmetjenester samlet beskrevet gjennom grenseverdier for 3 kvarttiler.*

	Nedre kvartil	Median	Øvre kvartil
Praktisk bistand	1,0	1,5	3,0
Hjemmesykepleie	1,0	6,7	10,6
Trad. hj.tjenester samlet	4,2	8,1	12,8

En måte å beskrive et materiale på, er å dele det inn i fire deler, der vi i tillegg til medianen også definerer grenseverdiene for henholdsvis nedre og øvre kvartil.

Medianen er forklart tidligere: det er det timetallet som deler populasjonen i to halvdeler, slik at 50 prosent av populasjonen har færre timer enn medianen og 50 prosent har flere timer enn medianen. Medianen kan ut fra dette også kalles midtre kvartil (eller 50 prosentskvartilen).

I tabellen ser vi at grenseverdien for nedre kvartil for praktisk bistand er 1 time per uke. Det betyr at 25 prosent eller ca 200 personer av populasjonen på 810 mottar 1 time eller mindre per uke. Følgelig er det 75 prosent eller ca 600 personer av populasjonen som mottar mer enn 1 time praktisk bistand per uke. Grenseverdien for øvre kvartil er 3 timer praktisk hjelp per uke. Det betyr at 25 prosent av populasjonen (ca 200 personer) mottar 3 timer eller mer bistand per uke. Følgelig er det 75 prosent av populasjonen (ca 600 personer) som mottar mindre enn 3 timer praktisk bistand per uke.

For hjemmesykepleie er situasjonen som følger: Grenseverdien for nedre kvartil er 1 time per uke. Det betyr at 25 prosent av populasjonen (ca 200 personer) mottar mindre enn 1 time hjemmesykepleie per uke. Medianen er 6,7 timer per uke, noe som altså betyr at 50 prosent (ca 405 personer) mottar mindre enn 6,7 timer per uke, mens den øvrige halvparten mottar mer enn 6,7 timer hjemmesykepleie per uke. Grenseverdien for øvre kvartil er 10,6. Med andre ord er det 25 prosent av populasjonen (ca 200 personer) som mottar 10,6 eller flere timer hjemmesykepleie per uke. Følgelig er det 75 prosent eller ca 600 personer som mottar mindre enn 10,6 timer hjemmesykepleie per uke.

Siste rad i Tabell 9.11 viser samlet antall timer "tradisjonelle hjemmetjenester" per uke (både praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie samlet). 25 prosent av populasjonen (ca 200 personer) mottar mindre enn 4,2 timer tradisjonelle hjemmetjenester per uke.[80] Medianen er som før nevnt 8,1 timer. Grenseverdien for øvre kvartil er 12, 8 timer, noe som altså betyr at 25 prosent eller ca 200 personer mottar mer enn 12,8 timer hjemmetjenester per uke. Følgelig mottar 75 prosent eller ca 600 personer mindre enn 12,8 timer per uke.

Oppsummering. Tabell 9.10 viser at det særlig er antall timer hjemmesykepleie som øker når det tildelte timetallet øker.

Videre viser Tabell 9.10 en ganske jevn stiging fra nedre til øvre kvartil. Dette er med å understreke at den svært store spredningen (standardavviket) skyldes at det er noen få personer som får svært mange timer. Det store flertallet mottar et timetall slik tabell 10 beskriver, mens det altså er noen få personer som bryter dette bildet. Den personen som mottar flest timer tradisjonelle hjemmetjenester samlet, mottar 92,4 timer per uke. Grenseverdien for øvre kvartil er 12,8 timer – noe som altså betyr at 25 prosent av populasjonen (ca 200 personer) mottar 12,8 timer eller mer. Spranget fra 12,8 timer til maksimalt 92,4 timer per uke er svært stort.

[80] Hjemmetjenestene omfatter langt mer enn praktisk bistand og hjemmesykepleie. For å "økonomisere" med de verbale uttrykkene vil begrepet "tradisjonelle hjemmetjenester " bety summen av tildelte timer praktisk bistand og hjemmesykepleie. I tillegg til praktisk bistand og hjemmesykepleie omfatter hjemmetjenestene også, brukerstyrt personlig assistanse, dagsenter osv. Se kap 4.4.2 nedenfor for en fullstendig gjennomgang Med begrepet "timetildelte tjenester" menes alle hjemmetjenester som tildeles gjennom timer. Det vi kaller "tradisjonelle hjemmetjenester" inngår i "timetildelte hjemmetjenester"

Tabell 9.12 *Antall timer tildelt til "tradisjonelle hjemmetjenester" beskrevet gjennom gjennomsnitt, standardavvik og grenseverdiene for 3 kvarttiler (inkludert median) fordelt på hele populasjonen, hjemmeboende som bor alene hjemmeboende som bor sammen med noen og hjemmeboende som bor alene og har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svik.*

Antall	Gjennomsnitt	Standardavvik	Nedre kvartil	Median (50 prosent)	Øvre kvartil
Hele populasjonen N=789	11,0	12,0	4,2	8,1	12,8
Bor sammen med noen (N=375)	10,4	13,8	2,5	6,6	12,2
Bor alene N=371	11,8	12,1	6,1	9,2	13,7
Bor alene om fat.kog svikt¤ N=85	11,8	14,0	5,9	11,2	14,5

¤ Bor alene og har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt.

Opplysningene om hele populasjonen er delvis et sammendrag av opplysninger gitt i Tabell 9.9 og Tabell 9.10. Opplysningene i Tabell 9.12 er gitt på basis av det antall personer der vi har opplysninger om alle relevante forhold. Bor alene her betyr at en bor alene i den vanlige boligmassen. De som bor alene med omfatende kognitiv svikt inngår også gruppen som bor alene.

Hele populasjonen har omfattende bistandsbehov og kan i den forstand karakteriseres som en sårbar gruppe hvor alle er avhengig av trygg tilgang på hjelp og bistand. Gruppen som bor alene og som samtidig har omfattende kognitiv svikt kan trolig sies å være en særlig sårbar gruppe fordi de ikke bare bor alene, men samtidig i stor grad mangler mentale eller kognitive forutsetninger for å forstå og vurdere egen situasjon og egen atferd.

Som gruppe er det de som bor sammen med noen som jamt over får minst hjelp. Alle grenseverdiene (inkludert gjennomsnittet) er systematisk lavere for denne gruppen sammenlignet både med populasjonen samlet og de øvrige gruppene. De som bor alene får jamt over flere timer hjelp.

Tabell 9.12 viser at sammenlignet med hele populasjonen er det aleneboende med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt som tildeles flest timer.

I gjennomsnitt får hele populasjonen 11 timer tradisjonelle hjemmetjenester per uke, gruppa som bor alene med omfattende kognitiv svikt får 11,8 timer per uke i gjennomsnitt. 25 prosent av populasjonen (ca 200 personer) har mindre enn 4,2 timer per uke, for aleneboende med omfattende kognitiv svikt er tilsvarende grenseverdi 5,9 timer. 25 prosent av populasjonen har 12,8 timer eller mer (øvre kvartil), tilsvarende grenseverdi for aleneboende med omfattende kognitiv svikt er 14,5.

Oppsummering. Selv om hele populasjonen har omfattende bistandsbehov og trenger hjelp og bistand, legger vi til grunn at de som bor alene og har omfattende kognitiv svikt er i en særlig sårbar situasjon. Og denne gruppen av aleneboende blir i noen grad prioritert med mer hjelp enn det som ellers er vanlig for populasjonen. De som bor sammen med noen får som gruppe tildelt færrest timer.

Selv om grenseverdiene i Tabell 9.12 systematisk viser at de som bor sammen med noen får færrest timer mens den antatt mest sårbare gruppen – aleneboende med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt – får tildelt flest timer, kan forskjellene likevel kanskje betegnes som relativt små. Nedre kvartil for de som bor sammen med noen er 2,5 timer, for aleneboende med omfattende kognitiv svikt er tilsvarende grenseverdi 5,9. Øvre kvartil er for gruppen samboende er 12,2 timer, for aleneboende med kognitiv svikt 14,5 timer.

Samtidig er spredningen stor – gjennomgående er standardavviket større enn gjennomsnittet. Spredningen er størst for gruppen aleneboende med omfattende kognitiv svikt. Som vi skal komme tilbake til i drøftingen kan stor spredning tolkes som at tjenestetildelingen er individuelt tilpasset.

9.4.2 Tildeling av øvrige hjemmetjenester

Tabell 9.13 *Mottakere av øvrige hjemmetjenester, i prosent av N (N=810 dvs hele populasjonen) og absolutte tall.*

Type tjeneste	Prosent	Antall
Brukerstyrt personlig assistanse	0,6	5
Støttekontakt	2,5	20
Omsorgslønn	5,9	48
Dagopphold i institusjon	0,9	7
Dagsenter/dagtilbud	33,6	272
Matombringing	5,4	44
Trygghetsalarm	64,4	522

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA), støttekontakt og omsorgslønn er hjemmebaserte tiltak som i hovedsak tilbys yngre brukere eller pårørende til yngre brukere. Dette bekreftes indirekte av resultatene i Tabell 9.13. Det er kun et svært lite mindretall blant hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov som mottar disse tjenestene – 5 av de 810 hjemmeboende med omfattende bistandsbehov mottar BPA (per 31.12.2010), 20 mottar støttekontakt og 48 mottar omsorgslønn.[81]

[81] DPA-ordningen tilsier at for eksempel tjenestemottaker eller pårørende kan være arbeidsleder. Omsorgslønn utbetales til pårørende. Når vi skriver at ulike hjemmebaserte tiltak tildeles tjenestemottaker er dette språklig forenklinger som i strengt formell forstand blir upresist.

Også dagopphold i institusjon tilbys i liten grad – 7 personer har dagopphold i institusjon. Dagtilbud gjennom dagsentra er derimot et vanlig tilbud. 1 av 3 mottar dagtilbud ved et dagsenter.

Det er også bare et mindretall – 44 personer eller vel 5 prosent av populasjonen – som har matombringing.

Majoriteten – vel 6 av 10 eller 522 av populasjonen på 810 personer - har trygghets-alarm.

Oppsummering Umiddelbart er det overraskende få som mottar matombringing: bare 44 personer eller vel 5 prosent deltar i ordningen med matombringing. Halvparten av populasjonen bor alene og vel 4 av 10 har omfattende bistandsbehov etter delmålet egenomsorg. En skulle tro at et flertall blant disse to gruppene ville kunne ha glede av matombringing. Det er så vidt få som har matombringing at en kan stille spørsmål om det er feilregistrering: kanskje har flere matombringing enn det som er registrert i IPLOS.

De fleste eller vel 6 av 10 (522 personer) har trygghetsalarm. Det kreves kognitiv ferdigheter for å kunne betjene en trygghetsalarm på en formålstjenlig måte. Ut fra det faktum at vel 1 av 4 har omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt og at ytterligere nesten halvparten har middels til stort bistandsbehov etter samme delmålet, må det forventes at ganske mange mangler kognitive ressurser til å betjene en trygghetsalarm.

4.4.3 Samlet timetildeling fra hjemmetjenestene

Kap 4.4.1 beskriver timetildeling av praktisk bistand (inkludert opplæring) og hjemmesykepleie – hver for seg og samlet, det vil si det vi benevner som ”tradisjonelle hjemmetjenester”.

Det er imidlertid langt flere hjemmetjenester som tildeles gjennom timer og der samlet volum på alle timetildelte tjenester kan beregnes. I tilegg til praktisk bistand og hjemmesykepleie er dette følgende tjenester: brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, avlastning utenfor institusjon, dagsenter og/eller støttekontakt.

Også tidsbegrensete opphold i institusjon registreres i timer (eller dager). Tidsbe-grensete opphold i institusjon kan også ses på som tiltak i hjemmetjenestene – avlastingsopphold for eksempel. Dette tiltaket tas imidlertid ikke med, jamfør vårt inklusjonskriterium som er *hjemmeboende* per 31.12.2010 (som er 67 år eller over og i følge IPLOS har omfatende bistandsbehov).

I Tabell 9.14 nedenfor beskrives samlet antall timer som tildeles fra disse tjenestene – det vi betegner som ”timetildelte hjemmetjenester samlet”.

Tabell 9.14 *Samlet antall timer tildelt per uke fra alle timetildelte hjemmetjenester beskrevet gjennom gjennomsnitt, standardavvik og 3 kvartiler (inkludert median)*

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Nedre kvartil	Median	Øvre kvartil
Hele populasjonen (N=789)	17,0	16,2	6,8	12,6	23,1
Bor sammen med noen N=375	16,1	17,3	6,1	11,8	21,0
Bor alene N= 371	18,5	15,4	8,0	14,2	26,5
Bor alene omfattende behov etter kognitiv svikt N=85	21,0	14,7	10,0	17,6	30,7

Som forventet øker antall tildelte timer når vi sammenligner totalt antall timer tildelt fra timetildelte hjemmetjenester med de "tradisjonelle" hjemmetjenestene. I gjennomsnitt mottar populasjonen 17 timer per uke i timetildelte hjemmetjenester. Gjennomsnittlig antall timer tildelt i tradisjonelle hjemmetjenester er 11 timer per uke. Når vi inkluderer alle timetildelte tjenester øker altså populasjonens gjennomsnittlige timetall med 6 timer per uke. Økning fra tradisjonelle til alle timetildelte hjemmetjenester finner sted for samtlige grenseverdier: grenseverdien for nedre kvartil øker fra 4,2 timer for tradisjonelle hjemmetjenester til 6,8 timer timetildelte tjenester. Tilsvarende økninger for medianen er fra 8,1 til 12,6 timer, og for øvre kvartil er økningen fra 12,8 til 23,1 timer.

Når vi deler populasjonen inn i grupper, kan vi lese samme tendensene ut fra Tabell 9.14 som vi gjorde for de tradisjonelle hjemmetjenestene: Som gruppe er det de som bor sammen med noen som får tildelt færrest timer. De som bor alene har som gruppe flere timer enn gruppen som bor sammen med noen, og særlig er det aleneboende med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt som har flest tildelte timer. Disse tendensene gjelder for samtlige grenseverdier som presenteres i Tabell 9.14.

Tabell 9.15 nedenfor viser hvordan grenseverdiene for tildelte timer per uke øker fra de tradisjonelle hjemmetjenestene til å summere alle timetildelte tjenester..

Tabell 9.15 *Økning i antall tildelte timer fra tildelte timer tradisjonelle hjemmetjenester til tildelte timer for alle timetildelte hjemmetjenester uttrykt som gjennomsnitt og grenseverdier for 3 kvartiler fordelt på hele populasjonen, aleneboende og aleneboende med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt.*

	Gjennom-Snitt	Nedre kvartil	Median	Øvre Kvartil
Hele populasjonen	6,0 timer	2,6 timer	4,5 timer	10,3 timer
Bor alene	6,7 timer	3,6 timer	5.0 timer	12,8 timer
Aleneboende, omfatt. Kognitiv svikt	9,2 timer	4,1 timer	6,4 timer	16,2 timer

Det presiseres at det er selve **økningen** som presenteres i Tabell 9.15 – eller forskjellen i antall timer mellom tradisjonelle og timetildelte tjenester.

Tabell 9.15 viser for det første at økningen er generell (for hele populasjonen), men at økningen er størst for gruppen aleneboende med kognitiv svikt[82]. Når alle timetildelte tjenester tas med øker gjennomsnittet med 6 tildelte timer for populasjonen, mot 6,7 timet for alle aleneboende og 9,2 timer for aleneboende med kognitiv svikt. Grenseverdiene for kvartilene øker også mest for de aleneboende med kognitiv svikt. Grenseverdien for den nedre kvartilen øker med 2,6 timer for hele populasjonen, 3,6 timer for alle aleneboende og 4,1 timer for aleneboende med kognitiv svikt. For den øvre kvartilen er økningen henholdsvis 10,3 timer for hele populasjonen, 12,8 for alle aleneboende og 16,2 timer for aleneboende med kognitiv svikt.

Tabell 9.15 viser videre at økningen i grenseverdiene for antall tildelte timer systematisk blir større fra nedre til øvre kvartil. Dette gjelder både når vi ser på hele populasjonen og når vi ser på de to gruppene av aleneboende. *Økningen* i grenseverdien for nedre kvartil fra tradisjonelle hjemmetjenester til alle timetildelte tjenester er henholdsvis 2,6 timer for populasjonen, 3,6 for alle aleneboende og 4,1 timer for aleneboende med omfattende kognitiv svik.

Volumøkningen fra tradisjonelle hjemmetjenester til alle timetildelte hjemmetjenester er størst for øvre kvartil. Grenseverdiens økning fra tradisjonelle hjemmetjenester til alle timetildelte tjenester for øvre kvartil er 10,3 timer for populasjonen, 12,8 for alle aleneboende og 16,2 timer for aleneboende med omfattende kognitiv svikt.

Sammenhengene synes med andre ord å være følgende: Som forventet får alle tildelt flere timer hjelp når vi ser på alle timetildelte hjelpetiltak samlet sammenlignet med tradisjonelle hjemmetjenester (praktisk bistand og hjemmesykepleie). Men økningen er størst for de som har flest timer tradisjonelle hjemmetjenester. Økningen er minst for de som har færrest timer tradisjonelle hjemmetjenester. Få timer tradisjonelle hjemmetjenester har altså sammenheng med en relativt sett liten økning i øvrige timetildelte tjenester, mens relativt sett mange timer tradisjonelle hjemmetjenester har sammenheng med en stor økning i øvrige timetildelte tjenester.

[82] Når vi i dette kapittelet skriver "aleneboende med kognitiv svikt" er dette en forkortelse for det formelt riktige uttrykket "aleneboende med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt"

Sammenholder vi data i Tabell 9.14 og Tabell 9.15 med opplysninger om hvilke timetildelte tjenester som tildeles i tillegg til de tradisjonelle tjenestene vist i Tabell 9.13 ser vi at det særlig er "Dagsenter/dagopphold" som er den timetildelte tjenesten som tildeles i et slikt omfang at økningen i antall timer fra tradisjonelle til alle timetildelte tjenester kan forklares. De øvrige tjenestene er enten ikke timetildelte (matombringing og trygghetsalarm) eller så er det bare et fåtall som tildeles slike tjenester. Dagsenter er imidlertid tildelt til 1/3 av populasjonen.

Vi har derfor grunnlag for å konkludere at økningen i tildelte timer fra tradisjonelle hjemmetjenester til alle timetildelte tjenester i hovedsak kan forklares med at det er dagopphold som tildeles i tillegg.

10 Drøfting

10.1 Kan vi stole på IPLOS-data?

Vi kan med sikkerhet si at det finnes feil i IPLOS-registreringene. 92 langtidsbeboere er registrert uten bistandsbehov, noe vi tolker som feilregistreringer og som vi har omkodet til "mangler opplysninger om bistandsbehovet". Vi stiller spørsmål ved om det kan være riktig når bare 44 i vår populasjon har matombringing. Rapporteringen presentert over sidene foran har flere eksempler på svakheter i datagrunnlaget.

I omsorgsorganisasjonen i Oslo blir det stilt spørsmål om en i det hele tatt kan stole på IPLOS-registrerinegene, eller hvilken relevans IPLOS-registreringer har for den praktisk utøvende tjenesten. Samtidig kommer det klart til uttrykk at datakvaliteten er i utvikling og at den er langt bedre i dag enn for eksempel i oppstartsårene.[83]

I vedlegg 1 sammenligner vi IPLOS-registreringer i Oslo med tilsvarende registreringer i landet. Konklusjonen her er at datakvaliteten i Oslo synes å være minst like god som i landet for øvrig. Konklusjonen hviler på to forutsetninger:

For det første at opplysninger som skal registreres er registrert og ikke står oppført som "ubesvart". Dette kan vi kontrollere direkte, og i forhold til dette kriteriet er Oslos datakvalitet svakt bedre enn i landet for øvrig.

For det andre at grunnlaget for registreringene er riktig forstått og at skjønns-utøvelsen hos saksbehandlerne er rimelig og skjer innen de rammer det er forventet at skjønnet skal utøves. Vi har ikke grunnlag for direkte å vurdere datakvaliteten ut fra dette kriteriet. Men indirekte synes dataregistreringene i Oslo og landet for øvrig å skje ut fra noenlunde samme forståelse og skjønnsutøvelse, fordi gruppen som mottar pleie- og omsorgstjenester i hovedsak kan beskrives på samme måten i Oslo som i landet for øvrig. "De store talls lov" synes med andre ord å komme til anvendelse: selv om en kan finne "gal" forståelse av definisjoner eller ulik skjønns-utøvelse på individnivå, kan en feste lit til resultatene på gruppenivå.

Vesentlig er også hvilke spørsmål en forventer at IPLOS skal gi svar på. I det vi viser til diskusjonen i kap 2, er IPLOS-registreringer av funksjonsevne og beregninger av

[83] Leif Molands rapport (2011) om utviklingsprosjektet i Oslo som omhandler bydelenes praksis ved tildeling av sykehjemsplasser, beskriver organisasjonens syn på IPLOS. Vedlegg 5 i samme rapport kan samtidig benyttes som indirekte eksempel på at datakvaliteten bedres. I bydelene i 2007 varierte andel langtidsbeboere med omfattende bistandsbehov etter IPLOS sitt samlemål fra 48,3 prosent til 74,3 prosent med et gjennomsnitt på 63,3 prosent. I 2009 var variasjonen redusert: fra 63,1 til 79,7 prosent.

bistandsbehov gjennom samlemål eller delmål ikke ment å benyttes på individnivå. IPLOS-registreringene skal benyttes til planleggingsformål på gruppenivå.

IPLOS-registreringene gir et godt grunnlag for å stille begrunnete spørsmål. Vi bruker grenseverdien for nedre kvartil for aleneboende med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt som eksempel. Denne verdien er 10 timer bistand per uke samlet for alle timetildelte hjemmetjenester. Det betyr altså at 25 prosent (ca 20 personer) aleneboende med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt har 10 eller færre timer hjelp fra timetildelte tiltak per uke. Umiddelbart synes dette å være lite. Dette er hjemmeboende som bor alene og som mangler mentale ressurser for å forstå egen situasjon eller å vurdere konsekvenser av egne handlinger. De har bistand 10 timer eller mindre per uke (ca 1,5 timer eller mindre per dag). Vi har ikke grunnlag for normative utsagn – eksempelvis at dette er *for lite* hjelp. Fagpersoner fra kommunen har individuelt vurdert situasjon til samtlige. En gruppe på ca 20 personer er så liten at en må være svært forsiktig med å konkludere selv på gruppenivå. Disse ca 20 personene som kommer i nedre kvartil kan motta mye privat hjelp, selv om det er lite sannsynlig.[84] Analysene viser at det særlig er de som bor sammen med noen som mottar privat hjelp. Og endelig kan resultatet skyldes registreringsfeil (at de mottar mer hjelp enn det som er registrert, at de ikke har funksjonssvikt på delmålet kognitiv svikt, eller kanskje at de reelt sett ikke bor alene).

Det er imidlertid legitimt å etterlyse nærmere begrunnelser for og konsekvenser av at 20 personer (25 prosent av aleneboende med omfattende kognitiv svikt) har 10 timer eller mindre hjelp per uke.

Vi kan gå ut i fra at kvaliteten på IPLOS-registreringene er tilstrekkelig til å stille grunngitte spørsmål om funksjonelle sider ved omsorgstjenestene på gruppenivå. I alle fall er IPLOS de eneste registerdata norske kommuner har tilgang til og som viser situasjonen på utøvende nivå basert på individuelle opplysninger om den enkelte mottaker av omsorgstjenester. Eventuelt å avvise spørsmål formulert med bakgrunn i IPLOS ut fra en generell begrunnelse om manglende datakvalitet *uten konkret å dokumentere hva som eventuelt er feil,* blir langt på vei det samme som å avvise kunnskap og tilbakemeldinger om situasjonen til mottakerne av omsorgstjenestene.

10.2 Om bistandsbehovene

Slik funksjonstap måles gjennom IPLOS, er det ikke mulig på en meningsfylt måte å skille mellom langtidsbeboere ved sykehjem og hjemmeboende med omfattende bistandsbehov. De to gruppene har om lag samme bistandsbehov. I den grad det er forskjeller mellom de to gruppene, er dette nyanseforskjeller, ved at de hjemmeboende på delmålene noe oftere kommer i den midterste bistandskategorien, og at for eksempel gjennomsnittsverdiene for bistandsbehovet er litt mindre for de hjemmeboende. Gjennomsnittlig bistandsbehov etter samlemålet er 3,69 for hjemmeboende, 3,80 for langtidsbeboerne. Men samtidig kommer 2 av 10

[84] IPLOS har data slik at vi kunne ha analysert dette, men vi har ikke gjort det, mellom annet fordi gruppene blir små. At aleneboende mottar mye privat hjelp er dessuten mindre sannsynlig fordi det er de som bor sammen med noen som oftest og i størst volum mottar privat hjelp.

langtidsbeboere i den midterste behovskategorien etter samlemålet, mens altså samtlige hjemmeboende har omfattende bistandsbehov.

Samlemålet for bistandsbehov består av 5 delmål og vi har valgt 2 delmål for nærmere analyser: kognitiv svikt og egenomsorg (begrunnelse, se avsnitt nedenfor). Også når vi ser på delmålene for bistandsbehov, finner vi bare mindre nyanse-forskjeller mellom hjemmeboende og langtidsbeboere. Eksempelvis har om lag 3 av 4 middels/stort eller omfattende bistandsbehov ut fra kognitiv svikt både blant hjemmeboende og blant langtidsbeboerne. Noen flere blant de hjemmeboende kommer i den midterste behovskategorien etter dette delmålet.. Men samtidig er det vel 1 av 5 (22 prosent) av de hjemmeboende som har *omfattende* bistandsbehov ut fra kognitiv svikt. 65 prosent av de hjemmeboende har middels/stort eller omfattende bistandsbehov ut fra *begge* delmålene kognitiv svikt og egenomsorg

Nyanseforskjellene mellom hjemmeboende og langtidsbeboere er så vidt små at vi har grunnlag for å konkludere med følgende: det er ikke mulig å skille mellom hjemmeboende og langtidsbeboere på en presis og meningsfylt måte gjennom en beskrivelse av bistandsbehov. Deler av vår populasjon av hjemmeboende har større bistandsbehov enn den gruppen av langtidsbeboere som har minst bistandsbehov. Hvis behovet for langtidsopphold i sykehjem ensidig skulle defineres ut fra bistandsbehovet til langtidsbeboerne, har samtlige hjemmeboende behov for langtidsopphold i sykehjem.

10.3 Hushold, privat hjelp og bistandsbehov

IPLOS har 3 opplysninger om den sosiale situasjon: det er vurdering av boligens egnethet, husholdstype og mottak av privat, ubetalt hjelp.

Fordi det er noe uklart hva en får svar på ved vurdering av boligens egnethet, kommenteres bare husholdstype og tilgang på privat hjelp.

Temmelig nøyaktig halvparten av populasjonen bor alene. 1 av 6 (15 prosent) bor i bolig med fast tilknyttet personell. Vel 1 av 3 bor sammen med noen i den ordinære boligmassen. Uten at det er opplyst i IPLOS, kan vi gå ut fra at samboer som regel er ektefelle.

4 av 5 mottar privat hjelp ukentlig. Det er særlig de som bor alene som ikke mottar privat hjelp. Og når aleneboende mottar hjelp, er volumet de mottar jamt over mindre enn de som deler hushold med noen..

Sett i forhold til den kommunale hjelpen, er volumet på den private hjelpen betydelig. I gjennomsnitt mottar populasjonen 11 timer tradisjonelle hjemme-tjenester[85] per uke fra kommunen. Nesten 1 av 5 mottar mer enn 9 timer privat hjelp per uke. Medianen for praktisk bistand fra kommunen er 1,5 timer per uke. Ca 80 prosent av populasjonen mottar hjelp inntil 3 timer ukentlig.

[85] Begrepet "tradisjonelle hjemmetjenester" benyttes for praktisk bistand og hjemmesykepleie samlet. "Timetildelte hjemmetjenester" benyttes som samlebegrep for alle hjemmetjenester som utmåles gjennom timer. De tradisjonelle hjemmetjenestene inngår i de timetildelte tjenestene.

Den store majoriteten av hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov lever i et forpliktende sosialt nettverk hvor de ukentlig mottar privat hjelp.

Vår populasjon er særlig utvalgt fordi samtlige har omfattende bistandsbehov etter samlemålet i IPLOS. Hele populasjonen kan derfor sies å være i en sårbar situasjon i den forstand at alle er avhengig av bistand. De som bor alene med omfattende kognitiv svikt er særlig sårbar fordi de ikke har mentale forutsetninger for å forstå egen situasjon. De som bor alene og har omfattende bistandsbehov fordi de ikke makter å spise eller å bevege seg innendørs uten bistand, er også ekstra sårbar fordi de trenger bistand flere ganger daglig, og også ofte rask hjelp for å unngå å komme i uverdige situasjoner. Vi har derfor særlig sett på bistandsbehovene ut fra delmålene for kognitiv svikt og egenomsorg hos aleneboende.

Blant de som bor alene har nesten 1 av 4 (23,5 prosent) omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt. 3 av 4 aleneboende har enten middels til stort eller omfattende bistandsbehov ut fra dette delmålet.

Blant de som bor alene har 4 av 10 (41,7 prosent) omfattende bistandsbehov ut fra delmålet egenomsorg.

Halvparten eller 48,5 prosent av Oslos samlede befolkning 67 år og over bor i enpersonshushold (SSB, 2011).[86] Samme prosentandel (49,7 prosent) hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov bor alene. Dette er kanskje litt overraskende. Å bo alene er en ekstra sårbarhetsdimensjon når hjelpebehov inntrer, og en hypotese kunne være at ulike seleksjonsmekanismer fører til at aleneboende med omfattende hjelpebehov blir prioritert ved tildeling av institusjonsomsorg eller boliger med tilknyttet personell, med det resultat at aleneboende blir underrepresentert i vår populasjon sammenlignet med befolkningen generelt i samme aldersklasse.

Men slik er det altså ikke. Andelen 67 år og over som bor alene er den samme både i befolkningen og blant hjemmeboende med omfattende bistandsbehov. Samtidige viser analysene av bistandsbehovene etter delmålene kognitiv svikt og egenomsorg at en prosentvis betydelig andel av de som bor alene har bistandsbehov hvor det å bo alene representerer en særlig utfordring.

10.4 Bolig med og uten fast personell

Av vår populasjon bor 112 personer (15 prosent) i bolig med fast tilknyttet personell fordelt med 82 som bor i bolig med fast personell hele døgnet og 30 som bor i bolig med personell deler av døgnet. De 82 som bor i bolig med tilknyttet personell hele døgnet utgjør ca 10 prosent av vår populasjon.

Oslo hadde ved utgangen av 2010 319 boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet bebodd av personer 67 år og over.[87] 82 boliger eller 25 prosent av boligene

[86] Personer 67 år og over i private hushold. Mottatt fra SSB i egen elektronisk sending.

[87] KOSTRA 2010, bearbeidet av Ivar Brevik. Det kan diskuteres i hvilken grad Oslos boliger med tilknyttet personell tilfredsstiller de statistiske kriteriene for (omsorgs)bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. Jeg viser her til diskusjonen i Breviks del av denne rapporten.

med tilknyttet personell hele døgnet og hvor det samtidig bor personer som er 67 år eller over kommer altså fra vår populasjon. Når grensen settes ved 67 år, benytter 10 prosent fra vår populasjon altså 25 prosent av Oslos boliger med tilknyttet personell. Imidlertid har 1 av 4 aleneboende omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt (se Tabell 9.5). Når så mange med omfattende kognitiv svikt bor alene i den ordinære boligmassen, gis det kanskje argumenter som tilsier at vår populasjon ikke er prioritert ved tildeling av slike boliger.

Men årsaken til at aleneboende med omfattende kognitiv svikt kanskje ikke er prioritert ved tildeling av bolig med tilknyttet personell kan være at Oslo i liten grad har satset på denne delen av omsorgstrappa. Sammenlignet med øvrige norske kommuner har Oslo i mindre grad prioritert utbygging av boliger med heldøgns omsorg. I følge KOSTRA 2010 bor 0,9 prosent av Oslos befolkning 80 år og over i bolig med tilknyttet personell hele døgnet. I Norge bor 3,3 prosent av befolkningen 80 år og over i slike boliger. Landsgjennomsnittets prosentandel i denne aldersgruppa som bor i bolig med heldøgns omsorg er altså 3,7 ganger større enn Oslos prosentandel. Sentrale fagpersoner i Oslos omsorgstjenester mener at et betydelig press på langtidsplasser ved sykehjemmene bør forstås som et press som skyldes mangel på boliger med tilknyttet personell (Moland 2011).

15 prosent av populasjonen bor altså i bolig med tilknyttet personell enten hele eller deler av døgnet. Det betyr at 85 prosent bor i den vanlige boligmassen. Ut fra disse tallene har vi dekning for følgende konklusjon: Hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov har i hovedsak to alternativ: enten å fortsette å bo hjemme eller å søke om (flytte til) langtidsopphold i sykehjem. Å flytte til bolig med tilknyttet personell framstår i liten grad som et alternativ fordi slike boliger i liten grad er tilgjengelig..

10.5 Tildeling av tradisjonelle hjemmetjenester

Medianen for praktisk bistand er 1,5 timer per uke. Det betyr at 50 prosent (ca 400 personer) har 1,5 timer eller mindre per uke og 50 prosent har 1,5 timer eller mer per uke. Grenseverdien for øvre kvartil er 3 timer, noe som altså betyr at 75 prosent (ca 600 personer) har 3 timer eller mindre per uke, mens 25 prosent (ca 200 personer) har 3 timer eller mer per uke. Forskjellen i grenseverdier mellom nedre og øvre kvartil er minimal – forskjellen er 1,5 timer. Langt de fleste personene i populasjonen blir altså tildelt bare et fåtall hjemmehjelpstimer per uke – majoriteten (75 prosent) har 3 timer eller mindre. Imidlertid er spredningen svært stor (jamfør et gjennomsnitt på 4,8 timer mens standardavviket er 13,1). Det betyr at noen få personer blir tildelt svært mange hjemmehjelpstimer per uke.

Det blir tildelt betraktelig flere timer hjemmesykepleie. Her er medianen 6,7 timer og grenseverdien for øvre kvartil er 10,6 timer – grenseverdiene for hjemmesykepleie er om lag 4,5 ganger større enn for praktisk bistand. Men samtidig får et mindretall tildelt svært få timer. Ca 200 personer blir tildelt 1 time eller mindre hjemmesykepleie per uke (se grenseverdien for nedre kvartil). Spredningen også for hjemmesykepleien er betydelig (standardavvik på 7,2 timer og gjennomsnitt på 8,1 timer), Noen personer blir altså tildelt svært mange timer hjemmesykepleie.

Ser vi på tildeling av tradisjonelle hjemmetjenester samlet, er medianen 8,1 timer, noe som altså betyr at halvparten (ca 400 personer) har 8,1 timer eller mindre per uke mens den andre halvparten har 8,1 timer eller mer per uke.

I gjennomsnitt blir hjemmeboende tildelt 11 timer tradisjonelle hjemmetjenester per uke. Spredningen er fremdeles svært stor (standardavvik på 12,6 timer), noe som betyr at gjennomsnittet i liten grad gir en presis beskrivelse av samlet timetildeling.

Sammenlignet med landet for øvrig, prioriterer Oslo i liten grad de tradisjonelle hjemmebaserte tjenestene. Oslos nivå på tradisjonelle hjemmetjenester ligger bare på rundt 70 prosent av landsgjennomsnittet (Brevik 2007). På grunnlag av tall fra SSB (Gabrielsen et al 2010) blir hjemmeboende i Norge 67 år og over med omfattende bistandsbehov etter samlemålet i IPLOS i gjennomsnitt tildelt 15 timer tradisjonelle hjemmetjenester per uke. Samme populasjon i Oslo blir i gjennomsnitt tildelt 11 timer per uke. Oslos gjennomsnitt tilsvarer 73 prosent av landsgjennomsnittet. Grenseverdien for øvre kvartil i Oslo – altså grenseverdien for de 25 prosent som mottar flest timer – er 12,8 timer i Oslo. Grenseverdien for den fjerdedelen som mottar flest timer i Oslo ligger altså *under* landsgjennomsnittet.

De som bor alene blir tildelt noen flere timer enn de som bor sammen med noen. Aleneboende med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt blir tildelt flest timer. Disse og andre forhold skal vi komme tilbake til når vi ser på samlet tildelt volum for alle tjenester.

Det som kanskje er vanskeligst å finne en forklaring på så langt gjelder de tradisjonelle hjemmetjenestene er det som kan karakteriseres som det "minimale" timetallet som tildeles til den gruppen som mottar færrest timer. 25 prosent (ca 200 personer) tildeles 4,2 timer eller mindre per uke. Dette blir i gjennomsnitt litt i overkant av en halv time per dag. Tatt i betraktning at samtlige av disse har omfattende bistandsbehov, er det holdepunkter for å karakterisere ca en halv time per dag i tradisjonelle hjemmetjenester som "minimalt".

Nå kan vi legge til grunn at langt de fleste av de som mottar minst tradisjonelle hjemmetjenester bor sammen med noen. Tabell 9.12 viser at den nedre kvartilen for de som bor alene er 6,1 timer per uke, mens den nedre kvartilen for de som bor sammen med noen er 2,5 timer. Men en slik forskjell mellom aleneboende og samboende gir ikke svar på spørsmålene om hvorfor en del av populasjonen blir tildelt få timer tradisjonelle hjemmetjenester. Selv om den fjerdedelen som mottar 2,5 timer eller mindre per uke bor sammen med noen, har *samtlige* fremdeles *omfattende* bistandsbehov etter IPLOS sitt samlemål.

Slik vi ser det er det vesentlig å få fram kunnskap om hvorfor en del av populasjonen tildeles få timer tradisjonelle hjemmetjenester – om dette er uttrykk for feilregistreringer eller hvordan en slik tildelingspraksis begrunnes.

10.6 Samlet volum på timetildelte tjenester

I tillegg til tradisjonelle hjemmetjenester (praktisk bistand og hjemmesykepleie) viser Tabell 9.13 hvilke øvrige tjenester som tildeles på timebasis. Av tjenestene i Tabell 9.13, er det bare matombringing og trygghetsalarm som ikke utmåles i timer. Tabell

9.14 beskriver volumet på tjenestene som tildeles populasjonen når alle timetildelte tjenester summeres (altså også inkludert hjemmehjelp og hjemmesykepleie).

I hovedsak opphold i dagsenter i tillegg til tradisjonelle hjemmetjenester. Tabell 9.13 viser at i tillegg til de tradisjonelle hjemmetjenestene som utmåles i timer er det i hovedsak opphold ved dagsenter som tildeles hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov. 1/3 benytter dagsentertilbud. Øvrige timetildelte tjenestene tildeles bare noen få personer. Vi kan derfor gå ut i fra at volumøkningen i antall timer per uke fra de tradisjonelle tjenestene til alle timetildelte tjenester i hovedsak er timer som kommer fra opphold ved dagsenter.[88]

Timetildelingen i Oslo varierer slik vi ut fra generell kunnskap bør forvente at en "god og funksjonell" omsorgstjeneste varier timetildelingen. Saksbehandling ved tildeling av omsorgstjenester skal være individuell, der enkeltindividets særegne ønsker, behov og livssituasjon skal være styrende for hvilke tjenester i hvilket volum som skal tildeles. Dette er ett av flere grunnleggende forvaltningsprinsipper. Ut fra generell kunnskap om hvordan behovssituasjonen til ulike grupper varierer, har vi vist flere eksempler på at variasjonen i timetildelingen er slik vi kan forvente: De som bor alene blir tildelt flere timer enn de som bor sammen med noen, og de som bor alene med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt blir som gruppe tildelt flest timer av alle. I tillegg har vi generelt sett at spredningen i utmålte timer er betydelig: noen blir tildelt svært mange timer, andre blir tildelt et mindre volum. Vi har selvsagt ikke grunnlag for normative vurderingen om hvordan spredningen bør være. Imidlertid er det nettopp spredning vi bør forvente som resultat fra en saksbehandling som er individuell og som tildeler tjenester ut fra enkeltindividers særegne situasjon.

Det faktum at analyser av IPLOS-registreringene viser de sammenhenger vi her har pekt på, er samtidig en indikasjon på rimelig god datakvalitet.

De som antas å ha størst behov prioriteres ved å bli tildelt flest timer – "prioriteres" også de som mottar færrest antall timer? Tildelingen av antall timer øker betydelig fra de tradisjonelle tjenestene til alle timetildelte tjenester. Gjennomsnittet for hele populasjonen er 11 timer tradisjonelle hjemmetjenester. For alle timetildelte tjenester er gjennomsnittet 17 timer – altså en økning på 6 timer i gjennomsnitt. Og som vi har sett (Tabell 9.13) kan vi legge til grunn at økningen i hovedsak kommer fra opphold ved dagsenter. Med tradisjonelle hjemmetjenester som utgangspunkt kan vi med et svært grovt bilde si at samlet volum på timetildelte tjenester i gjennomsnitt øker tilsvarende et opphold ved dagsenter 1 dag per uke.

Økningen er generell for alle grenseverdiene som presenteres (se Tabell 9.15). Men økningen i antall timer fra tradisjonelle til alle timetildelte tjenester viser to øvrige systematiske sammenhenger: Sammenlignet med populasjonen (de som bor sammen med noen har lavere verdier enn populasjonen) er økningen størst for de vi antar tilhører den mest sårbare gruppen – aleneboende med omfattende bistandsbehov ut

[88] 20 personer (2,5 prosent) har støttekontakt, 48 personer (5,9 prosent) har omsorgslønn. Volumøkningen i timetildelingen som disse tjenestene representerer er selvsagt viktig for personene som har disse tjenestene. Opphold ved dagsenter benyttes imidlertid av 272 personer (33,6 prosent). På gruppenivå kan vi derfor gå ut i fra at volumøkningen fra tradisjonelle til alle timetildelte tjenester i hovedsak kommer fra opphold ved sagsenter.

fra kognitiv svikt. Denne sammenhengen er systematisk for alle verdiene som presenteres Tabell 9.15.

For det andre øker økningen systematisk fra den nedre kvartilen til den øvre kvartilen, der medianen inntar en mellomstilling. Denne sammenhengen gjelder for alle 3 gruppene (hele populasjonen, alle aleneboende og aleneboende med omfattende kognitiv svikt) og alle grenseverdiene som vises i Tabell 9.15. Dette betyr at den fjerdedelen som mottar minst tradisjonelle hjemmetjenester har minst økning fra øvrige timetildelte tjenester. Og tilsvarende har de som har flest timer tradisjonelle hjemmetjenester størst økning i timetildelte tjenester.[89]

Vi kjenner ikke forklaringene til disse sammenhengene. Den mest nærliggende forklaring er kort og godt at det er de som har størst behov som blir tildelt flest timer – det vil si at de som mottar flest timer tradisjonelle hjemmetjenester samtidig er i en slik livssituasjon at de også har behov for flest timer av øvrige timetildelte tjenester.

På samme måten som for de tradisjonelle tjenestene, er trolig det mest presserende spørsmålet hvordan situasjonen er til de som mottar minst hjelp. Den nedre kvartilen for de som bor sammen med noen er 6,1 timer timetildelte tjenester per uke. De kan motta matombringing og trygghetsalarm i tillegg. De kan også motta offentlige tjenester som ikke er registrert i IPLOS (fysioterapitjenester for eksempel). En person som er registrert som hjemmeboende per 31.12.2010, kan være hjemme bare en kort stund og ellers ha tilbud om institusjonsopphold. Men utgangspunktet for den fjerdedelen av de som bor sammen med noen er at *samtlige* har omfattende bistandsbehov slik dette registreres i IPLOS. Disse ca 90 personene mottar altså 6,1 timer eller mindre timetildelte tjenester per uke. 6,1 timer fortoner seg umiddelbart å være beskjedent. 6,1 timer rekker til knapt 1 time tradisjonell hjemmetjeneste per dag eller totalt ca 1 dagopphold per uke. Det er av vesentlig interesse å få kjennskap til de faglige begrunnelsene for tildelingen til disse ca 90 personene. De som bor sammen med noen mottar i størst grad privat hjelp. Enkelte kan kanskje ønske å være uavhengig av offentlig bistand og vil klare seg selv med den private hjelpen en mottar med minst mulig tilgang fra det offentlige.

På tilsvarende måte framstår *alle* grenseverdiene for nedre kvartil som beskjeden. Den fjerdedelen (ca 90 personer) som bor alene og som mottar minst hjelp, mottar 8 timer eller færre timetildelt bistand per uke. Den fjerdedelen aleneboende med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt (ca 20 personer) mottar 10 timer eller mindre timetildelte tjenester per uke. Grovt anslått rekker 10 timer for

[89] Vi må ta et forbehold her for vi har ikke testet denne sammenhengen gjennom egne analyser. Det finnes en alternativ mulighet, nemlig at de som for tradisjonelle hjemmetjenester tilhører den nedre kvartil, får så stor økning i øvrige timetildelte tjenester at de "skifter kvartil", og tilsvarende at alle som for tradisjonelle hjemmetjenester tilhører den øvre kvartil har så liten økning i timetildelte tjenester at de "skifter kvartil" og tilhører den nedre kvartilen når vi ser på alle timetildelte tjenester. I praksis vil dette bety at de som tilhører den øvre kvartil for tradisjonelle tjenester bare mottar tradisjonelle tjenester så godt som uten øvrige timetildelte tjenester. Det kan tenkes at noen enkeltindivider "skifter" kvartil avhengig av om vi bare ser på tradisjonelle tjenester eller vi ser på alle timetildelte tjenester . Men at en slik sammenheng er til stede for større grupper vurderes som mindre sannsynlig.

eksempel til ett dagopphold per uke og ett besøk fra de tradisjonelle tjenestene på knappe halvtimen per dag.[90]

I tillegg til å forstå situasjonen til og begrunnelsene for vedtakene om tildeling av tjenester til de i populasjonen som mottar færrest timer, reiser dette også helt avgjørende spørsmål om hvilke premisser som legges for planleggingen av omsorgstjenestene i Oslo. Både når vi legger medianen til grunn (12,6 timetildelte tjenester per uke for hele populasjonen) og særlig når vi legger grenseverdien for nedre kvartil til grunn (6,8 timer for hele populasjonen) har Oslo mange timer timetildelte hjemmetjenester å gå på før nivået til heldøgns omsorg i sykehjem blir nådd (se nedenfor). Sentrale fagpersoner i omsorgstjenestene i Oslo mener at et større, ikke kvantifiserbart press om langtidsopphold ved sykehjem, bedre for den enkelte bistandssøkende og bedre for den funksjonelle ballansen i den kommunale omsorgstjenesten er å forstå som manglende ressurser i hjemmetjenestene, heri inkludert omsorgsboliger med heldøgns omsorg (Moland,2011). Et avgjørende planspørsmål er i hvilken grad presset på langtidsopphold bør forstås som et press for å øke den dokumentert svake utbyggingen av hjemmetjenestene generelt, heri også inkludert boliger med tilknyttet personell hele døgnet.

Hjemmetjenester på sykehjemsnivå. SSB har ved hjelp av nasjonale IPLOS-tall beregnet hvor mange hjemmeboende som mottar hjemmetjenester på sykehjemmets nivå (Otnes 2010) (se også vår diskusjon i kap 2 av hvordan en skal forstå et behov for langtidsplass i sykehjem). Med hjemmetjenester på sykehjemmets nivå menes "…at mottakeren er tildelt så mange timer med hjemmetjenester per uke at det tilsvarer ressursinnsatsen forbundet med drift av en plass i sykehjem" (Otnes 2010, side 4). Uten i denne sammenhengen å redegjøre for detaljene, beregnet Otnes gjennom to alternative modeller at drift av en sykehjemsplass tilsvarer 29 alternativt 24 timer timetildelte timer fra hjemmetjenestene.

Tabell 9.14 viser at grenseverdiene for øvre kvartil er ganske nær det antall timer som tilsvarer antall personaltimer som settes inn ved en sykehjemsplass – i alle fall når vi legger den "billigste" modellen for å beregne personellinnsatsen til grunn (24 timer personellinnsats per uke per sykehjemsplass). Grenseverdien for øvre kvartil er 23,1 timer. Noen blant denne fjerdedelen mottar mellom 21,3 og 24 timer per uke, andre vil motta mer enn 24 timer per uke. Uten å beregne samlet timetildeling til denne fjerdedelen som mottar flest timer hjemmetjenester, har vi på gruppenivå grunnlag for å anslå følgende: Den fjerdedelen blant hjemmeboende som mottar flest timer mottar hjemmetjenester som i personellinnsats tilsvarer timeinnsatsen ved en sykehjemsplass (billigste modell)

Legger vi den "dyreste" modellen for å beregne personellinnsatsen ved en sykehjemsplass til grunn (1 sykehjemsplass tilsvarer 29 timer i personellinnsats per uke) ser vi at øvre kvartils grenseverdi for aleneboende med omfattende

[90] !0 timer bistand per uke fra det offentlige til personer som bor alene med omfattende bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt trenger ikke å være uforsvarlig, men det ville være svært verdifullt å få vurderingene eksempelvis fra fagpersoner som tildeler tjenester og som har inngående kunnskap om situasjonen til disse personene. Uten at vi kjenner situasjonen til noen av disse personene, kan det eksempelvis tenkes at enkelte som tilhører denne gruppen klarer seg selv alene hjemme med den bistanden de mottar nettopp fordi de bor hjemme i med kjente omgivelser og har faste rutiner..

bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt (30,7 timer) ligger litt over timeinnsatsen ved en sykehjemsplass.

Hvis vi altså legger Otnes sine beregninger til grunn av hvor mange persontimer per uke som settes inn for å drive en sykehjemsplass, har det store flertallet hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov i Oslo mange timer å gå på før denne gruppens tildeling av timetildelte hjemmetjenester tilsvarer timetallet ved en sykehjemsplass.[91] Grovt kan vi anslå at i underkant av en fjerdedel av populasjonen hjemmeboende med omfattende bistandsbehov mottar hjemmetjenester i et så vidt stort omfang at det tilsvarer personellinnsatsen ved en sykehjemsplass. Det betyr at majoriteten av hjemmeboende med omfattende bistandsbehov – om lag ¾ - mottar mindre timer enn den timeinnsatsen norske kommuner setter inn per sykehjemsplass. Noen hjemmeboende mottar svært få timer sammenlignet med timeinnsatsen per sykehjemsplass. Grenseverdien for den nedre kvartilen viser at den fjerdedelen av populasjonen som mottar færrest antall timer bare mottar 28 prosent eller mindre av den personalinnsatsen som settes inn for å drifte en sykehjemsplass (”billigste” modell. Ved å benytte ”dyreste” modell tilsvarer grenseverdien fore nedre kvartil bare 24 prosent av personellinnsatsen for drift av en sykehjemsplass).

10.7 Avslutning – noen sentrale spørsmål

Hvorfor er tildelingen av timetildelte tjenester (langt) under sykehjemmets nivå når bistandsbehovene er på dette nivået? Ett av hovedfunnene i denne IPLOS-analysen er at hjemmeboende med omfattende bistandsbehov i hovedsak har tilsvarende bistandsbehov som langtidsbeboere på sykehjem. Selv ov enn den delen av langtidsbeboere som har minst bistandsbehov. Selv om bistandsbehovets gjennomsnitt og median er mindre blant hjemmeboende, tilsier bla.a spredningen i bistandsbehov både etter samlemålet og to delmål at noen hjemmeboende har større bistandsbehov enn deler av langtidsbeboerne.

Norske kommuner setter i gjennomsnitt inn 24 (alternativt 29) personaltimer per uke per sykehjemsplass (Otnes 2010). Hvis vi legger den modellen som opererer med færrest personaltimer per uke til grunn (24 personaltimer per uke), er det bare ca ¼ av populasjonen hjemmeboende som er tildelt et antall personaltimer som tilsvarer personaltimene som settes inn for en sykehjemsplass.

I Oslo kan altså timevolumet fra hjemmetjenester økes betydelig før timetallet tilsvarer antall timer som settes inn per sykehjemsplass.

Og for en betydelig del av populasjonen hjemmeboende er det svært stor avstand mellom timevolumet som tildeles fra hjemmetjenestene og det antall personaltimer som settes inn per sykehjemsplass. Medianen for populasjonen hjemmeboende er 12,6 timer timetildelte tjenester per uke. For minst halvparten av populasjonen kan altså timetildelingen fordobles før hjemmetjenestene i timevolum tilsvarer antall personaltimer som settes inn per sykehjemsplass. Grenseverdien for nedre kvartil er

[91] Når vi foretar denne jamføringen, må vi huske at Otnes benytter nasjonale data både for å beregne kostnader for en sykehjemsplass og nasjonale IPLOS-registreringer for å beregne antall timer hjemmetjenester. vesentlige:

6,8 timetildelte timer per uke. For minst ¼ av populasjonen kan altså timetildelingen økes 3,5 ganger før hjemmetjenestene i timevolum tilsvarer antall personaltimer som settes inn per sykehjemsplass.

Det enkle, men likevel helt sentrale spørsmålet blir: Populasjonen hjemmeboende har bistandsbehov på sykehjemmets nivå. Hvorfor er det da bare et mindretall (om lag ¼) som tildeles hjemmetjenester i et timevolum som tilsvarer personalinnsatsen per sykehjemsplass?

- *Årsaken kan være feil ved IPLOS-registreringene,* eksempelvis at de hjemmeboende har mindre bistandsbehov enn det som er registrert eller at det tildeles flere timer enn det som oppgis. Vi skal ikke i denne sammenhengen gjenta de ulike forhold som tilsier at selv om det er svakheter ved datakvaliteten, gir IPLOS-registreringene likevel et tilstrekkelig grunnlag for å stille grunngitte spørsmål på gruppenivå. Spørsmålet kan ikke avvises uten at type og omfang av eventuelle feilregistreringer dokumenteres. En slik dokumentasjon krever en (ny) gjennomgang av IPLOS-registreringene for populasjonen (eventuelt et utvalg) sammenholdt med de faktiske forhold, slik at eventuelt avvik og samsvar kan dokumenteres.

- *Årsaken kan være at timetildelingen som beskrives er tilstrekkelig i den forstand at situasjonen for hver enkelt i populasjonen vurderes å være faglig forsvarlig.* I det vi viser til drøftingene i kap 1 (saksbehandling for å vurdere behov) og 2 (om vårt datagrunnlag) har vi bare de tekniske og avgrensete registreringene tilgjengelig i IPLOS å holde oss til. Saksbehandlerne som er på hjemmebesøk og innhenter et vidt spekter av opplysninger og vurderinger, har selvsagt et langt bredere og mer fullstendig grunnlag for å vurdere situasjonen. Begrensningene ved vårt datagrunnlag er særlig at vi ikke har kunnskap om de faglige vurderingene fra aktuelle saksbehandlere.

  Så langt vi vet, foretar saksbehandlerne grundige faglige vurderinger og at fattes enkeltvedtak om tjenestetildelinger slik at situasjonen vurderes som faglig forsvarlig – jamfør Molands rapport om tildelingspraksis av sykehjemsplasser i Oslo (Moland 2011). Men det er av avgjørende offentlig interesse å få (systematisk) kunnskap om vurderingsgrunnlaget som saksbehandlerne bygger på. Særlig vesentlig ville det være å få kunnskap om de faglige vurderingene som ligger til grunn til de som blir tildelt minst hjelp, - eksempelvis hvordan den fjerdedelen av populasjonen som mottar 6,8 eller færre timer timetildelte hjemmetjenester per uke.

- *Årsaken kan være at Oslo i sin tjenestetildeling er så knapp at tjenestene balanserer rundt det minimumsnivået som trengs for å etablere en faglig forsvarlig tjeneste.* Brevik har i del 1 av denne rapporten dokumentert at Oslos ressursinnsats i hjemmetjenestene er betydelig mindre enn landsgjennomsnittet. Knappe rammer er en av flere faktorer som kan påvirke saksbehandlernes vurdering av hva som vurderes som nødvendig helsehjelp.

  Det er saksbehandlerne som er tillagt myndighet å avgjøre hvilke tjenester som må tildeles for at situasjonen til tjenestemottakerne kan vurderes som faglig forsvarlig. Tjenester som må tildeles for å oppnå faglig forsvarlighet er i lovens forstand å anse som *nødvendig helsehjelp*, og nødvendig helsehjelp er

kommunene pliktig å yte. Hva som er nødvendig helsehjelp bestemmes ut fra skjønnsmessige vurderinger – det er altså saksbehandlers sonderinger og faglige skjønn som avgjør hvilken hjelp som i streng forstand er nødvendig hjelp og som må tildeles for å oppfylle lovens minimumskrav, hvilken hjelp som faglig er ønskelig, men altså strengt tatt ikke nødvendig (ulike typer forebyggende hjelp for eksempel), og hvilken hjelp som "bare" er ønskelig og følgelig ikke lovpålagt. Denne skjønnsutøvelsen er avhengig av flere faktorer (jamfør kap 1), og en av faktorene er saksbehandlers kunnskap om hvilke tjenester som er tilgjengelig – og hvordan kryssspresset håndteres mellom krav om budsjettdisiplin og kostnadsdrivende tjenestetildelinger.

Er det slik at Oslo balanserer på grensen av et tjenestenivå som er faglig forsvarlig, eller er denne grensen ivaretatt med god margin? Det er saksbehandlerne, brukerne selv, pårørende og andre nærpersoner[92] som står nærmest for å gi svar på dette sentrale spørsmålet. Hvis en ikke kan innhente denne typen informasjonen for hele populasjonen, er vårt forslag i så fall å prioritere innhenting av slik informasjon fra de deler av populasjonen som mottar minst hjelp (se også nedenfor).

Vår hypotese er at ressurssituasjonen til hjemmetjenestene i Oslo er så knapp at tjenestene i stor grad balanserer rundt det minimumsnivået som trengs for å etablere faglig forsvarlighet. Begrunnelsen for vår hypotese er i hovedsak at ressursinnsatsen i Oslo kan karakteriseres som liten sett i forhold til landsgjennomsnittet.

Hvorfor er, slik vi ser det, differensieringen i tjenestetildelingen mellom ulike grupper svak og utydelig? De som bor sammen med noen mottar minst hjelp. De som bor alene og som samtidig har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt blir tildelt mest hjelp. Dette er forventede sammenhenger, og samtidig indikasjoner på at tjenestetildelingen bygger på individuell saksbehandling der de som har størst behov også mottar mest tjenester.

Retningen på forskjellene er altså som forventet – det vil si at de som vi antar er i den mest sårbare situasjonen får mer hjelp enn de som vi antar er i en mindre sårbar situasjon (se eksempelvis Tabell 9.14). Men forskjellene i kommunalt tildelte timer er så vidt små at forskjellene knapt kompenserer for den private hjelpen som blir gitt og som i all hovedsak blir gitt til de som deler hushold med noen. Hvis vi også tar i betraktning den private hjelpen som ytes (se 9.3.3 og Tabell 9.8 og Tabell 9.9), og legger sammen kommunal og offentlig hjelp, kan det på gruppenivå se ut som om de som bor sammen med noen og aleneboende med kognitiv svikt mottar om lag samme hjelpevolum – det vil si at det ikke er noen differensiering mellom de to gruppene.

Samtidig er spredningen betydelig – jamfør de betydelige standardavvikene som er presentert. Dette betyr at noen blir tildelt svært mange timer, mens andre blir tildelt få timer. Som tidligere nevnt, kan spredningen tolkes som en indikasjon på at saksbehandlingen er individuell. Men samtidig er det store deler av populasjonen som mottar relativt få timer – jamfør grenseverdiene for median og nedre kvartil som presenteres. Samtidig synes sammenhengen å være at den delen av populasjonen som

[92] Trolig er ikke alle i populasjonen i stand til å vurdere egen situasjon fullt ut, jamfør at 1 av 4 i populasjonen har omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt.

mottar færrest timer tradisjonelle hjemmetjenester også mottar færrest timer av øvrige timetildelte tjenester. Økningen i øvrige timetildelte tjenester er størst for de deler av populasjonen som har flest timer tradisjonelle tjenester. Også de som mottar færrest timer tradisjonelle hjemmetjenester mottar noen øvrige timetildelte tjenester, men for disse synes økningen å være minst.

En rimelig tolkning av ***retningen*** *på differensieringen er at den er i samsvar med en forventning om at de som lever i den mest sårbare situasjonen blir tildelt også blir tildelt flest timer. Vårt inntrykk er altså i tillegg at* ***størrelsen*** *på differensieringen mellom ulike grupper synes å være svak og noe utydelig.*

Er det tilstrekkelig avklart hvilke funksjoner som skal legges til boliger med fast tilknyttet personell? Vi viser til del 1 av denne rapporten hvor Brevik redegjør for vedtatt tildelingsgrunnlag og funksjoner for boliger med fast tilknyttet personell. Når vi til tross for disse vedtakene stiller spørsmål om funksjonen til boliger med fast tilknyttet personell er tilstrekkelig avklart, henger dette bla.a sammen med analyse av bistandsbehov.

Det følger av inklusjonskriteriet at alle i populasjonen har om lag samme bistandsbehov uavhengig av om den som trenger bistand bor i den ordinære boligmassen eller om vedkommende bor i bolig med fast tilknyttet personell: alle har omfattende bistandsbehov. Men når vi analyserer bistandsbehov ut fra delmålet kognitiv svikt hadde vi forventet å finne at personer med omfattende bistandsbehov ut fra dette delmålet oftere bodde i bolig med tilknyttet personell enn i den ordinære boligmassen.

Denne forventningen har samme begrunnelse som vi har pekt på i flere sammenhenger: å bo alene med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt må være vanskeligere og langt mer usikker i den ordinære boligmassen enn i en bolig med fast tilknyttet personell[93]. Men boliger med tilknyttet personell synes ikke å bli benyttet slik vi hadde forventet. Tabell 9.5 viser at fordelingen av bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt er den samme uavhengig av hvor en bor.

I forhold til SSBs definisjoner av ulike boligkategorier, er det uklart hvordan Oslos såkalte omsorgsboliger + skal forstås (se diskusjonen i del 1). I følge Moland forstår sentralt fagpersonell i Oslo etterspørselen etter sykehjem i noen grad som et spørsmål om boliger med tilknyttet personell. Vi stiller spørsmål ved om hjemmetjenestene i Oslo i tilstrekkelig grad tilfører boliger med tilknyttet personell tilstrekkelig ressurser slik at disse boligene reelt kan fylle det øverste trinnet i den hjemmebaserte omsorgstrappa.

[93] Vi tar ikke med dette stilling til om det er bolig med tilknyttet personell eller sykehjem som er mest formålstjenlig for målgruppen personer med omfattende bistandsbehov etter delmålet kognitiv svikt. Vårt utgangspunkt er at et betydelig antall personer bor alene i den ordinære boligmassen og samtidig har omfattende bistandsbehov etter dette delmålet.

Litteratur

Brevik, I. (1984): *Manglende private omsorgsressurser som storbyfaktor: kostnadsmessige konsekvenser*. NIBR-notat for Oslo kommune, Oslo 1984

Brevik I. (2003a): *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer.* NIBR-rapport 2003:17, Oslo

Brevik I. (2003b): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Kommunenes vurdering av planen som redskap i utbyggingen av omsorgstjenestene. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse.* NIBR-notat 2003:114, Oslo

Brevik, I og Schmidt, L. (2005): *Framtidige eldres boligpreferanser*. NIBR-rapport 2005: 17

Brevik I. (2007a): *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk*, NIBR-notat 2007:102, Oslo

Brevik I. (2007b): *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003*. NIBR-notat 2007:111, Oslo

Brevik I. og Høyland K. (2007c): *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen*, Rapport NIBR/SINTEF, NIBR, Oslo

Brevik I. (2007d): *'Der tida står stille'. Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg.* NIBR-rapport 2007:115, Oslo

Brevik I. (2010a): *Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 - all vekst i endret innretning*. NIBR-rapport 2010:1, Oslo

Brevik I. (2010b): *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1989-2007*. NIBR prosjektrapport 2009/-NIBR-rapport 2010:2, Oslo

Døhl Ø. (2011): i *Flere sykehjemsplasser løser ikke eldrekrisen*, Mandag Morgen nr 14, 11. april 2011, Oslo

Daatland S. O. (1997 red): *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*, Rapport 22/97, NOVA, Oslo

Daatland, S. O, (2006): *Hva vet vi om våre pleietrengende?,* Aldring og livsløp nr 1,2006, Oslo

Gabrielsen B. et al. *(2010): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009*, Notat 50/2010, SSB, Oslo

Gjevjon, E, R og Romøren T, I. (2010): *Vedtak om sykehjemsplass – hvor høy er terskelen?* Rapport nr 10, Høgskolen i Gjøvik, 2010, Gjøvik

Helse og sosialdepartementet (18.07.2007): *Kommunenes adgang til å endre tjenestetilbudet*, Oslo

Helsedirektoratet (2005): *Rapport fra prosjekt Samlemål for funksjonsvariablene i IPLOS. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av IPLOS-prosjektet*, Sosial- og helsedirektoratet. Februar 2005, Oslo

Helsedirektoratet (2009): *Veileder for personell i kommunale helse og sosiale tjenester*, Oslo

Helsedirektoratet (2010): *Anbefaling fra arbeidsgruppe revidering av IPLOS. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet.* Rapport IS1831, Oslo

Helsedirektoratet (årlig oppdatering): *IPLOS. Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester*, Oslo

Huseby, B.M. og Paulsen, B, (2009): *Eldreomsorg i Norge. Helt utilstrekkelig eller best i verden?* Rapport fra SINTEF helsetjenesteforskning, mai 2009, Trondheim

Moland. L (2011): *Praksis ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo*, FAFO-rapport nr 17 2011, Oslo

Oslo kommune (2009): *Sykehjemsbehovsplan*, Byrådssak 184/09 og vedlegg 1 til denne.

Oslo kommune (mai 2010 a): *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i sykehjem i Oslo*

Oslo kommune (2010 b): *Mål strategi og handlingsplan for sykehjemsetaten 2008 – 2011*

Oslo kommune (2010): Byrådssak 409/2010, *Omsorg+ - innhold og organisering* (Byrådssak 243/09), Sak 410/2010, *Forskrift om tildeling av bolig i Omsorg+ i Oslo kommune* og Sak 411/2010, *Prinsipper for utgiftsdeling og kompensasjon for Omsorg+*

Otnes, Berit (2010): *Hjemmetjenestetilbud på sykehjemsnivå. Beregninger på grunnlag av statistikk om pleie- og omsorgstjenestene 2008* (IPLOS- og KOSTRA-data), Notat nr 13, Statistisk Sentralbyrå, 2010, Oslo

Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007): *Sykehjemsdriften i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet?* Aldring og livsløp nr 1 2007, NOVA, Oslo 2007

Otterstad H.K. og Tønseth H. (2009a): *Eldromsorg i krise? Hva er problemet, hvor er løsningene?*, Aldring og Eldre nr 3-4, 2009, Fagbokforlaget, Oslo

Romøren T.I. (2006): *Omsorgsboliger. Bruk og utviklingstendenser,* Aldring og livsløp, nr. 1, NOVA, Oslo

Selbæk, Geir og Høgset, Lisbeth Dyrendal (2010): *IPLOS og kartlegging av tjenestebehov hos hjemmeboende med kognitiv svikt.* Alderspsykiatrisk senter, Sykehuset Innlandet, rapport, april 2010

Sletvold, O, Solbu, H og Hofstad, T. (1999): *Kvalitet i sykehjem. En kartlegging av kvaliteten på heldøgns omsorgstilbud i Trondheim kommune.* Rapport nr 2, 1999, Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, Bergen, 1999

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

St meld nr 28 (1999-2000), *Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene*

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

St.meld. nr 47: 2008/2009 *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Statistisk sentralbyrå (2006):*Veiledning til utfylling av skjema, Rapportering av kommunale tjeneste- produksjonsdata i Kostra,* Oslo

Statistisk sentralbyrå (2008): *Individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater for arbeidet med IPLOS-data for 2007).* Rapport 2008/42 fra Statistisk sentralbyrå, Oslo

Statistisk Sentralbyrå (2010): *Individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009.* Rapport 50/2010, Oslo

Statistisk sentralbyrå (-2010): *KOSTRA, grunnlagsdata, detaljerte nøkkeltall og utvalgte nøkkeltall,* 2003 - 2007, Oslo

Statistisk sentralbyrå: *Pleie- og omsorgsstatistikk/ ulike data fra IPLOS,* Statistikkbanken, hvert år, Oslo

Vedlegg 1

Tabeller i vedlegg

Tabell 3.1v. Antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2002-2009 samt endring i antall mottakere 2002-2006 og 2007-2009. Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk, hvert år

	2001	2006	2007	2009	E 2001-06	E 2007-09
Under 67 år						
Oslo	2953	4434	**4526**	**5604**	1481	**1078**
Bergen	2047	2591	**2661**	**2814**	544	**153**
Trondheim	817	1327	**1270**	**1652**	510	**382**
Hele landet	**39.788**	**55.039**	**54.924**	**65.824**	*15251*	*10900*
67-79 år						
Oslo	4948	3408	**2744**	**3061**	-1540	**317**
Bergen	2199	1805	**1729**	**1660**	- 394	**- 69**
Trondheim	942	986	**689**	**786**	44	**97**
Hele landet	**43.931**	**36.039**	**31.376**	**32.925**	*- 7892*	*1549*
80 år+						
Oslo	8946	8157	**8009**	**7615**	- 789	**-394**
Bergen	3772	4105	**3831**	**4018**	333	**187**
Trondheim	1716	2070	**1904**	**1852**	354	**-52**
Hele landet	**77.450**	**80.178**	**75.510**	**75.526**	*2728*	*16*
ALLE						
Oslo	**16847**	**15999**	**15279**	**16280**	-848	1001
Bergen	**8078**	**8501**	**8221**	**8497**	424	226
Trondheim	**3475**	**4383**	**3863**	**4290**	908	427
Hele landet	**161.169**	**171.226**	**161.810**	**174.275**	10057	12465

Kilde: Ny kildeangivelse her: Kostra. Pleie og omsorg, nivå 3 (grunnlagsdata), SSB 2010)

Tabell 3.2v. Den eldre befolkningen i to aldersgrupper i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet 2001-2009 samt endring i antall personer 2001-2009*)

	2001	2006		2007	2009	E 2001-09 Pstpoeng	E 2001-09 Ant. innb.
67-79 år							
Oslo	41.464				36.729	- 11,4	-4.735
Bergen	20.621				20.353	- 1,3	-268
Trondheim	12.587				12.061	- 4,2	-526
Hele landet	**408.148**				**405.121**	**- 0,7**	***-3.027***
80 år+							
Oslo	24.437				23.073	- 5,6	- 1.364
Bergen	10.269				11.267	+ 9,7	+ 998
Trondheim	5.759				6.533	+ 13,4	+ 774
Hele landet	**201.459**				**220.022**	**+ 9,2**	***+18.563***

*)Befolkningen pr 1.1. i det påfølgende år

Tabell 3.3v Antall brukere av heimebaserte tjenester i Oslo, Bergen, Trondheim og hele landet etter alder samt prosentvis fordeling etter alder 2001- 2006. Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk, hvert år.

	Absolutte tall				Prosent			
	2001	2006	2007	2009	2001	2006	2007	2009
Oslo								
Under 67 år	2953	4434	4526	5664	18	28	30	34
67-79 år	4948	3408	2764	3061	29	21	18	19
80 år+	8946	8157	8009	7615	53	51	52	47
I alt	16847	15999	15279	16280	100	100	100	100
Bergen								
Under 67 år	2047	2591	2661	2814	26	30	32	33
67-79 år	2199	1805	1729	1660	27	22	21	20
80 år+	3772	4105	3831	4018	47	48	47	47
I alt	8078	8501	8221	8497	100	100	100	100
Trondheim								
Under 67 år	817	1327	1270	1652	24	31	33	39
67-79 år	942	986	689	786	27	22	18	18
80 år+	1716	2070	1904	1852	49	47	49	43
I alt	3475	4383	3863	4290	100	100	100	100
Hele landet								
Under 67 år	39.788	55.039	54.924	65.824	25	32	34	38
67-79 år	43.931	36.039	31.376	32.925	28	21	19	19
80 år+	77.450	80.178	75.510	75.526	47	47	47	43
I alt	161169	171226	161810	174275	100	100	100	100

Tabell.3.4v Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge etter type tjeneste. Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+, samt endring i antall brukere i alt i samme aldersgrupper. 1998-2006 og 2007-2009. Prosent og absolutte tall.

	Fordeling av endring mellom type tjenester 1998-2006				Fordeling av endring mellom type tjenester 2007-2009			
	< 67	67-79	80 +	Alle	< 67	67-79	80 +	Alle
Begge	**37** (6826)	**- 18** (-1584)	**60** (5320)	**56 (10.562)**	**28** (3015)	**37** (580)	1203	**38** (4796)
Bare hsp	**68** (12625)	**40** (3437)	**114** (10059)	**140 (26.121)**	**56** (6149)	**84** (1296)	1018	**69** (8550)
Bare hhj	**-5** (-893)	**-122**(-10552)	**- 74**(-6539)	**-96 (-17.984)**	**16** (1736)	**- 21**(-327)	-2205	**-7** (-797)
Alle	**100**	**- 100**	**100**	**100**	100	100		100
Sum E (n)	**18. 558**	-8699	8840	**18.699**	10900	1549	16	12458
Alle b 98/07 (n)	**34.208**	**46.756**	**71.832**	**152.796**	**54924**	**31.376**	**75510**	**161.817**
Alle b 06/09	**54724**	**36166**	**80607**	**171.497**	65824	32.925	75526	174.275
Eb 98-06/ 07-09	**54 pst**	**- 19 pst**	**12 pst**	**12 pst**	**20 pst**	**5 pst**	**0 pst**	**8 pst**

Tabell 3.5v Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Oslo etter type tjeneste. Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+, samt endring i antall brukere i alt i samme aldersgrupper. 1998-2006 og 2007-2009. Prosent.

	Under 67 år		67-79 år		80 år+		Alle	
	98-06	07-09	98-06	07-09	98-06	07-09	98-06	07-09
Begge	**785**	316	**-215**	164	**-233**	128	**337**	608
Bare hsp	**718**	418	**235**	51	**1008**	-236	**1961**	233
Bare hhj	**-22**	344	**-2264**	102	**-1765**	-286	**- 4051**	160
Alle								
Sum E (n)	**1481**	1078	**-2244**	317	**-990**	-394	**-1753**	1001
Alle b 98/07 (n)	**2953**	**4526**	**5652**	**2744**	**9147**	**8009**	**17.752**	**15279**
Alle b 06/09	**4434**	5604	**3408**	3061	**8157**	7615	**15.999**	16280
Eb 98-06/ 07-09	**50 pst**	**24 pst**	**- 40 pst**	**11 pst**	**- 11 pst**	**- 5 pst**	**-10 pst**	**6 pst**

Tabell 3.6v Endring i andel brukere av typer heimebaserte tjenester 1998-2009 i Oslo, Bergen og Norge. Relativ andel brukere i 1998 og 2009 etter type tjenester for alle brukere. Prosent.

	1998			2009		
	Oslo	**Bergen**	**Norge**	**Oslo**	**Bergen**	**Norge**
Begge	**29**	**40**	**36**	**33**	**41**	**36**
Bare hsp	**12**	**17**	**18**	**27**	**29**	**38**
Bare hhj	**59**	**43**	**46**	**40**	**30**	**26**
Sum	100	100	100	100	100	100

Tabell 5.1v. Oversikt over befolkning, brukere og bruk 2009. Oslo, Bergen, Trondheim og Bergen samt hele landet. Sentrale variabler

Data for året 2009 – KOSTRA	Oslo	Bergen	Tr. heim	Riket
Befolkning pr 1.1. 2010				
A. 67-79 år	36.729	20.353	12.061	405.121
B. 80 år+	23.073	11.267	6.533	220.022
C. 67 år+	59.802	31.620	18.597	625.143
D. Plasser i institusjon*)	5.098	2.627	1.307	42.470
Beboere i institusjon				
E. Antall beboere i institusjon i alt 2009	5.667	2.505	1.756	44.408
F. Antall beboere i institusjon 67 år+	4958	2284	1518	39.862
G. Beboere i institusjon 67-79 år	880	467	317	7837
H. Beboere i institusjon 80 år+	4078	1817	1201	32025
Beboere 67 år+ fordelt etter alder (pst)				
I. Beboere 67-79 år, andel	17,7	20,4	20,9	19,7
J. Beboere 80 år+, andel	82,3	79,6	79,1	80,3
K. Ant. brukere heimebaserte tjen. 67 år+	10.676	5.678	2.638	108.451
Bruk av heimebaserte tjenester				
L. Uketimeverk brukere 67 år +	34455	19491	10770	463271
M. Uketimeverk brukere 67-79 år	10714	6142	3458	144870
N. Uketimeverk brukere 80 år+	23741	13349	7312	318401
Uketimeverk 67 år+ etter alder – prosent				
O. Brukere 67-79 år	31,1	31,5	32,1	31,3
P. Brukere 80 år+	68,9	68,5	67,9	68,7
Q. Brukerretta t pr uke i heimeb.tjenester	97.867	55.569	35.443	1.302.596
Andel beboere/bruk 67 år+				
R. Andel 67 år+ av alle i institusjon	87,5	91,2	86,4	87,3
S. Andel timev. I heimebaserte tjen. 67 år+	35,2	35,1	30,4	35,6

*) I oppgavene for antall plasser i institusjon er her inkludert barne- og avlastningsboliger, mens vi tidligere i rapporten har holdt oss til institusjonsplasser i betydningen sum plasser i ordinære syke- og aldershjem, jfr kap 2.

Tabell 5.2v. Oversikt over ressursbruk i brutto driftskostnader og årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester etter alder. Sentrale variabler

Data for året 2009 - KOSTRA	**Oslo**	**Bergen**	**Tr. heim**	**Riket**
Brutto driftskostnader				
Brutto driftskostnader i alt plo				
a. Bruto drift til institusjon (f253+f261)	4.443.897	2.004.672	1.056516	35.980.526
b. Brutto drift heimebaserte tjenester (f254)	2.937.180	1.792548	957.603	34.725.421
c. Sum f253, f261 og f254 (a+b)	7.381077	3.797.220	2.014.119	70.705.947
d. Brutto drift plo i alt, inkl. aktiviser. (f234)	7.829.739	4.068.812	2.191.491	74.780.807
Beregnede br. driftskostnader 67 år+				
e. Br. drift til institusjon pers 67 år+ (a*R)	3.888.401	1.828.261	912.830	31.410.999
f. Br. drift heimebas. tjen. pers 67 år+ (b*S)	1.033.887	629.184	291.111	12.362.249
g. Sum brutto driftskostnader 67 år+ (e+f)	4.922.288	2.457.455	1.203.941	43.773.248
h. Andel brutto driftkostnader til brukere 67 år+, eksklusive f234 (g/c*100)	**66,7 %**	**64,7 %**	**54,9 %**	**61,9 %**
Årsverk drift pleie og omsorg				
i. **Sum årsverk institit.+heimebaserte tjenester (f254+ f253+f261), ekskl. f234)**	9.874	6.459	3.410	119.370
j. I Institusjon	5.767	3.274	1.752	59.890
k. I heimebaserte tjenester	4107	3.185	1.658	59.480
Andre beregnede størrelser				
Andel årsverk 67 år+ lik andel av pl. I institusjon og andel av timeverk i hbt.				
l. Årsverk i institusjon (j*R/100)	5.046	2.986	1.514	52.284
m. Årsverk i heimebasert (k*S/100)	1.446	1.118	504	21.175
n. **Sum årsverk 67 år+**	**6.492**	**4.104**	**2.018**	**73.759**
Årsverk institusjon etter alder				
o. Brukere 67-79 år (l/F*G)	896	611	316	10.279
p. Brukere 80 år+ (l/F*H)	4.150	2.375	1.198	42.005
Årsverk heimebasert etter alder				
q. Brukere 67-79 år (m/L*M)	450	352	162	6.628
r. Brukere 80 år+ (m/L*N)	996	766	342	14.547

Tabell 5.3v. Oversikt over resultater. Dekningsgrad og bruksrater for br. drifts-kostnader og årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester etter alder.

Data for året 2009 - KOSTRA	Oslo	Bergen	Trond-heim	Hele landet	Oslo i % av riket
Dekningsgrad i årsverk i alt til brukere 67 år+					
Årsverk i alt pr 1000 innb 80 år+ (n/B*1000)	281	364	309	335	84
Årsverk i alt pr 1000 innb 67 år+ (n/C*1000)	109	130	109	118	92
Dekningsgrad i institusjon og heimebas. tj.					
Årsverk i institusjon pr 1000 80 år+ (l/B*1000)	219	265	232	238	92
Årsverk i heimebas. pr 1000 80 år+(m/B*1000)	63	99	77	96	66
Sum	**282**	**364**	**309**	**334**	**84**
Rater – årsverk pr bruker etter alder					
Rater – årsverk i institusjon pr 1000					
Brukere 67-79 år (o/A*1000)	24	30	26	25	96
Brukere 80 år+ (p/B*1000)	180	211	183	191	94
Rater – årsv. i heimebasert pr 1000					
Brukere 67-79 år (q/A*1000)	12	17	13	16	75
Brukere 80 år+ (r/B*1000)	43	66	68	66	65
Årsverk pr beboer/bruker					
Årsverk pr plass i institusjon (j/D)	**1,13**	**1,25**	**1,34**	**1,41**	**80**
Årsv. pr bruker 67 år+ heimeb. tjen.(m/K)	**0,14**	**0,20**	**0,19**	**0,20**	**70**
Brutto driftskostnader i pleie og omsorg					
Brutto driftkostnader 67 år+ pr innb 80 år+					
Brutto driftskostnader til institusjon (e/B)	168.526	162.267	139.726	142.763	118
Brutto drift heimebaserte tjenester (f/B)	44.809	55.843	44.560	56.186	80
Sum brutto driftskostnader	**213.335**	**218.110**	**184.286**	**198.949**	**107**
Brutto driftskost. 67år+ pr innb 67 år+					
Brutto drift til institusjon (e/C)	65.021	57.820	49.085	50.246	129
Brutto drift heimebaserte tjenester (f/C)	17.289	19.898	15.654	19.775	87
Sum brutto driftskostnader	82.310	77.718	64.739	70.021	118
Brutto driftskostnader pr årsverk					
Kostnad pr årsverk i institusjon (a/j)	**771**	612	603	**601**	128
Kostnad pr årsv. i heimebaserte tjenester (b/k)	**715**	563	578	**584**	122
Brutto driftskostnader pr alle årsverk (c/i)	**747.527**	**587.896**	**590.650**	**592.326**	**126**
Brutto driftskost. pr plass i institusjon (a/D)	**872**	763	808	**847**	103

Vedlegg 2

Endringer i de heimebaserte tjenestenes profil – sammensetningen av brukerne etter type tjenester 1998-2009

For oversikt over tabeller som er nevnt i teksten som følger, men som ikke er innlemmet i denne her, se tabellvedlegget i Vedlegg I.

I tråd med vår tidligere rapportering (NIBR-rapport 2007:15, kap 5) går vi her tilbake til året 1998, det første året under Handlingsplan for eldreomsorgen.

Her vil vi vise hvordan netto endring i antall brukere av heimebaserte tjenester *fordeler seg relativt etter type tjeneste*, dvs mellom brukere av bare hjemmesykepleie, bare hjemmehjelp eller begge tjenestene. Fokuset settes på endringer i tjenesteprofil. Vi sammenlikner utviklingen i Oslo med tilsvarende på landsbasis.

1. Utviklingen i hele landet 1998-2009

1.1 Utviklingen i hele landet 1998-2006

Det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som nokså reindyrket kjennetegner både 8-årsperioden fra 1998 til 2006 og årene 2007-2009.

Generell endring – alle brukere

I perioden 1998-2006 ble det i alt netto 18.700 nye brukere av heimebaserte tjenester. Disse fordelte seg slik at de aller fleste som kom til, var brukere av bare hjemmesykepleie eller hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Andelen brukere med *bare* hjemmehjelp ble redusert med 96 pst i forhold til samlet netto tilvekst, jfr tabell 3.7v, dvs de utgjorde nesten like mange som nettotilveksten av brukere av bare hjemmesykepleie/-hjemmesykepleie + hjemmehjelp.

I absolutte tall kom det i perioden 1998-2006 til ca 26.000 nye brukere av bare hjemmesykepleie samt netto 10.500 nye brukere av begge tjenestene, mens det ble 18.000 færre bruker av bare hjemmehjelp, jfr tabell 3.4v. Og av disse var nesten samtlige 67 år+, særlig personer 67-79 år, men også 80 år+. Den klassiske bruken av heimebaserte tjenester med bare hjemmehjelp, ble betydelig redusert på disse 8 åra.

Bruttoøkningen (omlag 36.000 brukere, jfr tabell 3.4v) fordelte seg således med 71 pst på brukere med bare hjemmesykepleie og 29 pst på brukere av begge tjenestene Hjemmesykepleien var således involvert i hele tilveksten. Klarere kan ikke framveksten av den medisinske delen av pleie- og omsorgstjenestene finne uttrykk.

Tabell. 3.7v. Fordeling av e*ndring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge etter type tjeneste. Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+, samt endring i antall brukere i alt i samme aldersgrupper. 1998-2006*) og 2007-2009. Prosent.* Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB, hvert år.

	Under 67 år		67-79 år		80 år+		Alle	
	98-06	07-09	98-06	07-09	98-06	07-09	98-06	07-09
Begge	37	28	- 18	37	60	54	56	38
Bare hsp	68	56	40	84	114	46	140	69
Bare hhj	-5	16	-122	- 21	- 74	- 100	-96	-7
Alle	100	100	- 100	100	100		100	100
Sum E (n)	18. 558	10900	-8699	1549	8840	16	18.699	12.458
Alle b 98/07 (n)	34.208	54.924	46.756	31.376	71.832	75.510	152.796	161.817
Netto endring 98-06/07-09	54 pst	20 pst	- 19 pst	5 pst	12 pst	0 pst	12 pst	8 pst

*) Vi har justert for 2.436 ubesvarte i variabelen type tjeneste i 1998 og fordelt disse ved interpolering i hht fordelingen på type tjeneste mellom de øvrige brukerne. Men dette vil nødvendigvis ikke stemme med den statistiske sluttsummen etter alder for alle brukere slik disse går fram av aldersvariabelen. Avvikene er imidlertid ikke av betydning for hovedresultatet slik det går fram av tabellen.

Endring i type tjenester etter alder

Slik det går fram av tabell 3.8v, utgjorde tilveksten av brukere av *bare hjemmesykepleie* relativt størst andel blant brukere 80 år+ (114 pst), dernest blant brukere under 67 år (68 pst). Sjøl om antallet brukere 67-79 år ble redusert betydelig, økte også antallet brukere med bare hjemmesykepleie en god del også blant disse.

Netto endring innebar at det ble færre brukere av *bare hjemmehjelp* i alle de tre aldersgrupperingen, men mest markant i aldersgruppa 67-79 år der mer enn hele reduksjonen (122 pst) må tilskrives færre slike brukere.

Det som kjennetegner denne perioden er den sterke veksten i bruken av *bare hjemmesykepleie*, både blant de eldste og de yngste brukerne Disse sto for nesten hele økningen i denne typen medisinsk tjeneste. Videre har det vært en ikke ubetydelig tilvekst av brukere av *begge tjenester*, både under 67 år og 80 år+.

1.2 Utviklingen i hele landet 2007-2009

I løpet av årene 2007-2009 forsetter økningen i antall nye brukere mest å falle på dem med bare hjemmesykepleie, idet 69 pst av nettoøkningen går til slike brukere. Resten går til brukere av begge tjenestene. Mønsteret fra de forgående åra holder seg. Forskjellen er imidlertid at reduksjonen i brukere av bare hjemmehjelp er blitt vesentlig mindre, jfr tabell 3.7v.

Endring etter alder

Relativt sett er veksten i bruk av bare hjemmesykepleie størst i aldersgruppa 67-79 år. I denne gruppa samt blant brukere 80 år+ må hele netto endring tilskrives brukere av hjemmesykepleie eller brukere av begge tjenestene, dvs at hjemmesykepleien fortsatt er involvert i hele veksten.

Det samme gjelder også i stor grad brukere under 67 år, men blant disse er det samtidig en liten økning i antall brukere med bare hjemmehjelp, jfr tabell 3.7v. Reduksjonen i brukere av bare hjemmehjelp i aldersgruppa 67-79 år er langt mindre enn i de foregående åra. Reduksjonen i brukere 80 år+ med bare hjemmehjelp er imidlertid fortsatt så stor at vi samlet sett ikke får noen netto endring i antall brukere av heimebaserte tjenester 80 år+ fra 2007 til 2009. Det tyder på at den pleiemessige strategien for eldre i de heimebaserte tjenestene holder fram og kanskje forsterker seg.

2. Utviklingen i Oslo 1998-2009

2.1 Utviklingen i Oslo 1998-2006

Mens hele landet hadde 12 pst vekst i antall brukere av heimebaserte tjenester i perioden 1998-2006 (tabell 3.7v), ble antall brukere i Oslo redusert med 10 pst. Brukere av bare hjemmehjelp sto for hele reduksjonen, jfr tabell 3.8v. Denne reduksjonen på 4051 brukerne med bare hjemmehjelp fra 1998 til 2006, jfr tabell 3.5v, utgjorde forøvrige 23 pst av samlet antall brukere i 1998. Den relative reduksjonen av slike brukere var således mer omfattende en den tilsvarende reduksjonen på landsbasis, jfr tabell 3.7v. Og som på landsbasis besto disse av brukere 67 år+ og særlig mange var i aldersgruppa 67-79 år, jfr tabell 3.5v.

Likevel var det en tilvekst av brukere av hjemmesykepleie og hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp, jfr tabell 3.8v, men vesentlig svakere (omlag halvparten så stor) enn på landsbasis. Denne bruttoøkningen fordelte seg med 85 pst på brukere av bare hjemmesykepleie og 15 pst på brukere av begge tjenestene (går ikke dirkete fram av tabell 3.8v). Det var imidlertid bare personer under 67 år som fikk flere brukere av begge tjenestene i perioden. Til forskjell fra utviklingen på landsbasis ble det noen færre brukere 80 år+ i Oslo med begge tjenestene i perioden, jfr tabell 3.8v. Men stort sett følger Oslo trenden på landsbasis.

Tabell 3.8v. Fordeling av e*ndring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Oslo etter type tjeneste. Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år+, samt endring i antall brukere i alt i samme aldersgrupper. 1998-2006 og 2007-2009. Prosent*

	Under 67 år		67-79 år		80 år+		Alle	
	98-06	07-09	98-06	07-09	98-06	07-09	98-06	07-09
Begge	53	29	-10	52	-24	32	19	61
Bare hsp	49	39	10	16	102	-60	112	23
Bare hhj	-2	32	-100	102	-178	-72	- 231	16
Alle	100	100	-100	100	-100	-100	-100	100
Sum E (n)	1481	1078	-2244	32	-990	-394	-1753	100
Alle b 98/07 (n)	**2.953**	**4.526**	**5.652**	**2.744**	**9.147**	**8.009**	**17.752**	**15.279**
Eb 98-06/ 07-09	50 pst	24 pst	- 40 pst	11 pst	- 11 pst	- 5 pst	-10 pst	6 pst

Endring etter alder

Slik det går fram av tabell 3.8v, utgjorde tilveksten av brukere av *bare hjemmesykepleie* relativt størst andel av *netto tilvekst* blant brukere 80 år+ (102 pst), dernest blant brukere under 67 år (49 pst). Sjøl om antallet brukere 67-79 år ble sterkt redusert samlet sett, økte også antallet brukere med bare hjemmesykepleie litt også blant disse, jfr

tabell 3.8v. Retningen på endringene i Oslo når det gjelder brukere av bare hjemmesykepleie følger imidlertid utviklingen på landsbasis.

Mønsteret i utviklingen i Oslo følger for øvrig stort sett hovedtrekkene i den nasjonale trenden. Det ble således 50 pst eller ca 1.500 flere brukere under 67 år. jfr tabell 3.5v. Økningen faller her både på personer med bare hjemmesykepleie og personer som kombinerer disse tjenestene.

Det ble 1.000 færre brukere av heimebaserte tjenester 80 år +, mens personer 80 år+ med bare hjemmesykepleie samtidig økte med 1000 personer i Oslo. Reduksjonen i brukere med bare hjemmehjelp var imidlertid mye større. Og den samlete reduksjonen i antallet brukere 67-79 år med 40 pst må nærmest i sin helhet tilskrives brukere av bare hjemmehjelp. Det var relativt sett omlag det samme som på landsbasis.

2.2 Utviklingen i Oslo 2007-2009

Utviklingen i Oslo er i disse åra noe annerledes enn i de foregående og noe forskjellig fra utviklingen på landsbasis. Nå vokser antall brukere av heimebaserte tjenester *i alt* for alle typer heimebaserte tjenester og med 6 pst eller med 1000 brukere.

Brukere av både hjemmesykepleie og hjemmehjelp og bare hjemmesykepleie stor for 84 pst av samlet økning i antall brukere, hvor 61 pst faller på brukere av begge tjenester, jfr tabell 3.7v. Både blant brukere under 67 år og i alderen 67-79 år utgjør brukere med enten bare hjemmesykepleie eller hjemmesykepleie pluss hjemmehjelp 2/3-deler (68 pst) av tilveksten. Mønsteret for yngre eldre brukere synes å være på vei mot det som kjennetegner brukere under 67 år.

Blant brukere 80 år + ble det i disse åra særlig færre med bare hjemmesykepleie og bare hjemmehjelp. Det er bare brukere 80 år+ med begge tjenestene som vokser litt. Dette utviklingsmønsteret kan tyde på rasjonering i den forstand at hjelpa forbeholdes de mest hjelpetrengende.

Brukere med bare hjemmehjelp blir flere både blant brukere under 67 år og brukere 67-79 år. Men ikke flere enn at veksten her utliknes ved reduksjonen i antall brukere med bare hjemmehjelp blant eldre 80 år+, jfr tabell 3.5v.

3 Relativ endring i sammensetningen av brukere av heimebaserte tjenester 1998-2009

3.1 Relativ endring i sammensetning av brukerne - utviklingen i hele landet

De betydelige endringene i bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie og kombinasjonen av disse to, har i stor grad endret *det samlete bildet* av hvordan brukere av ulike typer tjenester *fordelte* seg i 2006 sammenliknet med situasjonen i 1998. Det gjelder på landsbasis og i Oslo.

Brukere med *bare hjemmesykepleie har vokst radikalt,* og ble på landsbasis nesten fordoblet i alle aldersgrupperinger i perioden 1998-2006, jfr tabell 3.9v. For *samtlige* brukere under ett økte andelen med *bare hjemmesykepleie* fra 18 pst i 1998 til 33 pst i 2006. Legger vi til dem som mottar begge tjenestene var vi oppe i 72 pst det året.

Andelen brukere med *bare hjemmehjelp*, ble redusert i alle tre aldersgrupperingene, samlet fra 46 pst av alle i 1998 til 28 pst i 2006. I 2006 var andelen slike brukere i

underkant av 30 pst i alle aldere. Etter tjenestetypene har majoritetsgruppa blitt minoritetsgruppe på historisk svært kort tid.

Tabell 3.9v. *Relativ andel brukere av heimebaserte tjenester i 1998, 2006 og 2009 etter type tjenester for aldersgruppene under 67 år, 67-79 år og 80 år+ samt for alle brukere. Prosent.*

	1998		2006		2009		Endring 1998-2009	
	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge
Alle								
Begge	29	36	34	39	33	36	+4	0
Bare hsp	12	18	26	33	27	38	+15	+20
Bare hhj	59	46	40	28	40	26	-19	-20
Sum	100	100	100	100	100	100	0	0
Under 67 år								
Begge	21	28	32	31	24	25	+3	-3
Bare hsp	20	26	29	42	43	50	+23	+24
Bare hhj	59	46	39	27	33	25	- 26	- 21
Sum	100	100	100	100	100	100	0	0
67-79 år								
Begge	24	32	34	36	32	34	+8	+2
Bare hsp	12	18	27	34	23	38	+11	+20
Bare hhj	64	49	39	30	45	28	- 19	-21
Sum	100	99	100	100	100	100	0	0
80 år+								
Begge	34	43	35	45	41	45	+7	+2
Bare hsp	10	14	24	26	16	29	+6	+15
Bare hhj	56	43	41	28	43	26	-13	-17
Sum	100	100	100	99	100	100	0	0

Slik det også går fram av tabell 3.9v, tiltok andelen av mottakerne med *begge tjenestene*, men bare svakt i de tre aldersgrupperingene (i gj. sn. fra 36 pst til 39 pst) fra 1998-2006.

I årene etter 2006 og fram til 2009 har andelen med bare hjemmesykepleie fortsatt å vokse på landsbasis, mens andelen med bare hjemmehjelp har avtatt noe. Andelen med begge tjenestene har også avtatt og var i 2009 på samme nivå som i 1998. Det har således funnet sted et ensidig skifte ved en reduksjon av brukere med bare hjemmehjelp og en tilsvarende vekst i brukere med bare hjemmesykepleie tilsvarende 20 prosentpoeng, jfr tabell 3.9v.

De heimebaserte tjenestene har radikalt skiftet karakter på relativ få år. *Handlingsplan for eldreomsorgen* resulterte ikke i eldreomsorg, men forsterket denne omsorgens påbegynte forvandling. En fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid, viser at den medisinske pleie etter hvert har inntatt en sentral plass. Det er derfor etter hvert nokså feilaktig å forstå pleie- og omsorgstjenestene som eldreomsorg i klassiske forstand.

3.2 Utviklingen i Oslo 1998-2009

I Oslo økt andelen brukere av bare hjemmesykepleie med 15 prosentpoeng, fra 12 pst av alle brukere i 1998 til 27 pst i 2009. Men dette er en vesentlig lavere andel enn på landsbasis, hvor 38 pst av alle var brukere av bare hjemmesykepleie i 2009. Legger

vi til dem som har både hjemmesykepleie og hjemmehjelp, var 60 pst av brukerne av heimebaserte tjenester med hjemmesykepleie i 2009, mot 74 pst på landsbasis.

Modernisering har bare delvis funnet sted. Det gjenspeiles særlig i at det sammenliknet med landsgjennomsnittet fortsatt var 40 pst har brukerne av heimebaserte tjernester i Oslo som mottar bare hjemmehjelp, mot 26 pst på landsbasis i 2009. At tilbudet arter seg vesentlig annerledes i Oslo går også fram når vi sammenlikner med utviklingen i Bergen. Allerede i 1998 var det 43 pst av brukerne i Bergen som bare hadde hjemmehjelp, mens denne andelen var gått ned til 30 pst i 2009, eller litt over landsgjennomsnittet, jfr tabell 60.6v. På den andre sida var 70 pst mottakere av bare hjemmesykepleie eller begge tjenestene i Bergen. Det siste gjaldt 41 pst i Bergen mot 33 pst i Oslo, jfr tabell 3.6v. Det vil også måtte gjenspeiles seg i intensiteten i disse tjenestene, dvs ant timer hjelp pr bruker pr uke.

De sterke nasjonale utviklingstrekkene har således på langt nær gjort seg så sterkt gjeldende i Oslo. Det synes bl.a å måtte ha sammenheng med en slags 'historisk arv'. Så sent som i 1998 hadde 6 av 10 brukere av heimebaserte tjenester i Oslo bare hjemmehjelp. Andelen var i 2009 redusert til 4 av 10, som likevel er betydelig over landsgjennomsnittet (26 pst). Bergen synes imidlertid å ha fanget opp den nasjonale trenden tidligere og har lenge hatt en andel som kombinerer begge tjenestene på landsgjennomsnittet (41 pst i 2009), jfr tabell 3.9v.

Oslo har imidlertid fulgt opp den nasjonale trenden med bare bruk av hjemmesykepleie, idet andelen med bare slik hjelp ble mer enn doblet i perioden, og gjaldt 27 pst av brukene i 2009. Oslo plasserer seg imidlertid fortsatt noe under landsgjennomsnitt, hvor hver tredje bruker har bare hjemmesykepleie.

Disse resultatene synes som nevnt å underbygge vår hypotese om at Oslo har en *mindre intensiv bruk av hjemmetjenestene* enn gjennomsnittet for landet.

3.3 Endring i andeler med ulike type tjenester etter alder 1998-2009

67-79 år

Blant eldre 67-79 år på landsbasis fordoblet andelen med bare hjemmesykepleie seg fra 1998 til 2009, fra 18 pst av alle til 38 pst, eller med 20 prosentpoeng, jfr tabell 3.12v. Andelen med hjemmehjelp ble redusert omtrent tilsvarende. Andelen med begge tjenester forble imidlertid den samme, jfr tabell 3.9v.

Også i Oslo fordoblet andelen med bare hjemmesykepleie seg i disse åra i denne aldersgruppa og økte med 11 prosentpoeng, jfr tabell 3.9v. Andelen med bare hjemmehjelp ble imidlertid betydelig redusert, fra 64 pst av alle i 1998 til 45 pst i 2009. Det gjorde at andelen med begge tjenester relativt sett steg mer i Oslo enn i resten av landet, slik at Oslo i 2009 hadde nesten samme andel som i hele landet av brukere som kombinerte begge tjenestene, jfr tabell 3.9v.

I denne gruppa var det på landsbasis i 2009 *72 pst* som bare hadde hjemmesykepleie eller det i kombinasjon med hjemmehjelp, mot 50 pst i 1998. De tilsvarende andelene i Oslo var i 1998 og 2009 respektive 36 pst og 55 pst, jfr tabell 3.9v. I Oslo har en hatt en utvikling som i betydelig grad har beveget seg mot profilen på landsbasis, men ligger likevel relativt sett like mye etter som i 1998.

80 år+

Blant eldre 80 år+ ble andelen med bare hjemmesykepleie på landsbasis også fordoblet, fra 14 pst i 1998 til 29 pst i 2009, eller med 15 prosentpoeng, jfr tabell 3.9v. Andelen med hjemmehjelp ble også blant de eldste redusert omtrent tilsvarende. Andelen med begge tjenester forble imidlertid omtrent den samme, jfr tabell 3.9v.

I Oslo vokste andelen 80 år+ med bare hjemmesykepleie svakt med 6 prosentpoeng til 16 pst av alle i 2009. Andelen med bare hjemmehjelp ble imidlertid betydelig redusert (med -13 prosentpoeng) i samme tidsrom). Andelen som mottok begge tjenestene steg imidlertid til 41 pst, eller bare noe under landsgjennomsnittet.

Av eldre 80 mår+ hadde i 2009 *74 pst* bare hjemmesykepleie eller det i kombinasjon med hjemmehjelp, mot 57 pst i 1998. De tilsvarende andelene i Oslo var i 1998 og 2009 respektive 44 pst og 57 pst, jfr tabell 3.9v. Sjøl om profilen i tilbudet med økt bruk av hjemmesykepleie til brukere 80 år+ i Oslo har beveget seg i samme retning som på landsbasis, var det *relativt sett* betydelig færre med denne typen tjenester i forhold til hele landet i 2009 enn i 1998 (forskjellen utgjorde respektive 13 og 17 prosentpoeng). Utvikling og situasjon er omtrent den samme som for yngre eldre på det punktet.

Under 67 år

Blant bruker under 67 år ble andelen med bare hjemmesykepleie omtrent fordoblet fra 1998 til 2009, fra 26 pst til 50 pst av alle, eller med 24 prosentpoeng, jfr tabell 3.9v. Andelen med bare hjemmehjelp ble også for de yngste redusert omtrent tilsvarende (med 21 prosentpoeng). Andelen med begge tjenester ble imidlertid svakt redusert, jfr tabell 3.9v.

Også i Oslo ble det dobbelt så mange yngre brukere med bare hjemmesykepleie, og andelen slike brukere økte med 23 prosentpoeng, jfr tabell 3.9v, til 43 pst av alle i 2009. Det hadde sin motsvarighet i at andelen med bare hjemmehjelp ble redusert radikalt, og ble halvert, fra 59 pst av alle i 1998 til 33 pst i 2009. Det er likevel noe mer enn landsgjennomsnittet på 25 pst, jfr tabell 3.9v. Andelen med begge tjenester økte bare litt. Endringen i innretningen av profilen i tjenestene for yngre brukere i Oslo har vært mer radikal enn for de eldre.

For brukere under 67 år synes Oslo i stor grad fått til endringer på linje med hele landet og faktisk noe mer siden hovedstaden her i utgangspunktet (i 1998) var i en betydelig annen situasjon enn det som jevnt over var tilfellet i andre kommuner.

I gruppa brukere under 67 år i 2009 hadde *75 pst* bare hjemmesykepleie eller det i kombinasjon med hjemmehjelp, mot 54 pst i 1998. De tilsvarende andelene i Oslo var i 1998 og 2009 respektive 41 pst og 67 pst, jfr tabell 3.9v. I Oslo har en også for de yngre brukerne hatt en utvikling som i stor grad har beveget seg mot - og mer enn for de eldre - profilen på landsbasis. Og *relativt sett* var det flere med bare hjemmesykepleie eller begge tjenestene *i forhold til* hele landet i 2009 enn i 1998 (forskjellen utgjorde respektive 8 og 13 prosentpoeng).

Oppsummering

I alle aldersgrupper er det slik at økte andeler med hjemmesykepleie pluss andeler med begge tjenester i sin helhet har sin motsvarighet i en tilsvarende andel av brukere

med bare hjemmehjelp. Og endringene eller skiftene dreier seg jevnt over om ca 20 prosentpoeng. Majoritetsgruppa er blitt minoritetsgruppe blant tjenestetypene på historisk relativt kort tid.

I 2009 var rundt ¼-del brukere av bare hjemmehjelp på landsbasis, mot 40 pst i gjennomsnitt i Oslo Det er hovedbildet i utviklingen i årene 1998-2009.

I alle disse tre aldersgrupperingene var hjemmesykepleien involvert i alt i 72-75 pst av tilfellene i på landsbasis i n2009. Hjemmesykepleien har etter hvert blitt en sentral aktør i de heimebaserte tjenestene nærmest uavhengig av brukernes alder.

Vedlegg 3

Bistandsbehov i Oslo og landet – en sammenligning

I dette kapitlet skal vi sammenligne noen få IPLOS-opplysninger om bistandsbehov blant de som mottar ulike omsorgstjenester i Oslo og landet.

Data som gjelder Oslo har vi analysert med basis i registrerte KOSTRA-data. Data som gjelder landet er hentet fra SSBs rapport 50/2010. Alle data er fra 2009.[94]

Begrunnelsen for at vi i denne sammenhengen kun benytter opplysninger om bistandsbehovet, er at denne variabelen særlig er avhengig av skjønn, samtidig som denne variabelen er det avgjørende inklusjonskriteriet for den befolkningsgruppen som inngår i hovedanalysen (hjemmeboende med omfattende bistandsbehov). Målet er å få en indikasjon på datakvaliteten i Oslo sammenholdt med datakvaliteten i landet.

Vedleggstabell 1 *Bistandsbehov fordelt på alder i Oslo og landet. I prosent av alle innen ulike aldersgrupper som mottar hjemmetjenester. Uoppgitte holdt utenfor.*

	Noe/avgrenset bistandsbehov		Middels/stort bistandsbehov		Omfattende bistandsbehov		Antall personer (N)	
	Oslo	Landet	Oslo	Landet	Oslo	Landet	Oslo	Landet
0-66 år	51,2	46,1	35,5	36,1	13,3	17,8	5.254	56.105
67-79 år	58,6	54,3	33,2	34,8	8,3	10,9	1.380	30.292
80-89 år	59,6	54,3	32,9	36,2	7,4	9,6	2.917	54.81
90 år/over	53,0	44,2	38,9	42,1	8,1	13,7	1.790	16.184

Som eksempel skal tabellen altså leses på følgende måte: Når vi holder utenfor mottakere hvor vi mangler opplysninger om bistandsbehovet, er det 5.254 personer i aldersgruppa under 67 år i Oslo som mottar hjemmetjenester. 51,2 prosent av disse har noe/avgrenset bistandsbehov, 35,5 prosent har middels/stort bistandsbehov og 13,3 prosent har omfattende bistandsbehov.

[94] I sin rapport benytter SSB prosenttall uten desimaler. Vi benytter tallene SSB oppgir som gjeldende på landsbasis for å få sammenlignbare tall med vår KOSTRA-analyse for Oslo. Når vi beregner antall personer i absolutte tall ut fra SSBs rapporterte prosenter uten desimaler, vil vårt *beregnete* antall personer på landsbasis, slik dette antallet framstilles i de følgende tabeller, svakt avvike fra det *registrerte* antallet. Avviket skyldes regler om forhøyning til hele tall.

Hovedinntrykket er at fordelingen av bistandsbehov blant mottakere av hjemmetjenester er om lag det samme i Oslo som for landet. Vel halvparten av mottakerne har avgrenset bistandsbehov uansett aldersgruppe i Oslo. Dette er også hovedbildet for landet, da med den forskjell at blant de yngste og eldste i landet er det rundt 45 prosent av mottakerne som har avgrenset bistandsbehov.

Vel 1/3 av mottakerne i alle aldersgruppene både i Oslo og landet har middels bistandsbehov, mens rundt eller litt mer enn 1/10 har omfattende hjelpebehov. Imidlertid er det en svak tendens til at en litt større prosentandel har omfattende hjelpebehov i landet, sammenlignet med Oslo.

Vedleggstabell 2. *Fordeling av bistandsbehov blant mottakere av ulike tjenester i Oslo og landet, i prosent av antall mottakere av en del utvalgte tjenester. Uoppgitte holdt utenfor.*

	Avgrenset bistandsbehov.		Middels/stort bistandsbehov.		Omfattende bistandsbehov.		Antall personer (N)	
	Oslo	Landet	Oslo	Landet	Oslo	Landet	Oslo	Landet
Bare praktisk hjelp	76,6	71.9	16,9	18,1	6,5	9,9	6.184	40.582
Bare hjemmesykepleie	55,2	55,3	37,6	36,5	7,2	8,2	3.924	56.863
Både praktisk bistand og hjemmesykepleie	33.8	31,4	52,6	47,8	13,6	20,7	5.375	60.417
Langtidsopphold i sykehjem	3,0	3,1	21,9	19,4	75,1	77,4	4.522	33.756

Som eksempel skal tabellen altså leses på følgende måte: Når vi holder utenfor tjenestemottakere hvor vi mangler opplysninger om bistandsbehov, er det i Oslo 6.184 personer som mottar bare praktisk bistand. Av disse er det 76,6 prosent som har noe/avgrenset bistandsbehov, 16,9 prosent har middels/stort behov og 6,5 prosent har omfattende bistandsbehov.

Av tabellen framgår det at om lag ¾ av de som mottar bare praktisk bistand, har noe/avgrenset bistandsbehov, og at andelen som har dette "letteste" bistandsbehovet systematisk minsker når vi ser på de ulike tjenestene i følgende rekkefølge: bare hjemmesykepleie, både praktisk bistand og hjemmesykepleie og langtidsopphold ved sykehjem. Av de som har langtidsopphold i sykehjem har ca ¾ omfattende bistandsbehov. 3 prosent av langtidsbeboerne har det "letteste" bistandsbehovet.

Ellers ser vi av tabell 2 at fordelingen av bistandsbehovene i hovedsak er sammenfallende for Oslo og landet uansett hvilken av de 4 utvalgte tjenestene vi ser på.

Vedleggstabell 3. *Antall mottakere av hjemmetjenester hvor det mangler opplysninger om bistandsbehov, i absolutte tall og i prosent av mottakere av hjemmetjenester i Oslo og landet i ulike aldersgrupper.*

	Uoppgitt. I prosent av alle mottakere av hjemmetjenester		Uoppgitt. Absolutte tall	
	Oslo	Landet	Oslo	Landet
0-66 år	6,2	14,3	350	9.459
67-79 år	2,4	9,0	144	2.964
80-89 år	4,4	6,0	252	3.509
90 år og over	2,8	4,0	51	682

Prosentandelen hvor IPLOS mangler opplysninger om bistandsbehov, er i alle aldersgruppene om lag den samme både for Oslo og for landet. I størst grad mangler IPLOS opplysninger om bistandsbehovet i de yngste aldersgruppene. Prosentandelen uten opplysninger om bistandsbehov synker med stigende alder på samme måten både i Oslo og landet.[95]

Tabell 3 viser videre at prosentandelen hvor det i IPLOS mangler opplysninger om bistandsbehovet som tendens er svakt mindre for Oslo enn for landet. Dette gjelder samtlige aldersgrupper.

Umiddelbart høres det mye ut at vi for eksempel mangler opplysninger om bistandsbehov for 252 personer i aldersgruppen 80–89 år i Oslo. Imidlertid er det nesten 5.800 personer i denne aldersgruppa som mottar hjemmetjenester i Oslo, slik at prosentandelen tilsvarer 4,4.

Oppsummert

Ovenfor har vi altså sammenlignet hvordan opplysninger om bistandsbehovet i Oslo og landet varierer blant mottakere av ulike omsorgstjenester og i ulike aldersgrupper.

Hovedresultatet av sammenligningen er at bistandsbehovene fordeler seg på samme måten i Oslo og landet. Uansett om vi ser på bistandsbehovene i ulike aldersgrupper eller for mottakere av ulike tjenestetyper, fordeler bistandsbehovene seg på en sammenfallende måte. Også antall personer hvor IPLOS mangler opplysninger om bistandsbehov varierer på samme måten og med om lag samme prosentstørrelser både i Oslo og landet.

I del 1 av dette prosjektet for Pensjonistforbund Oslo beskriver Brevik omsorgstjenestene i et sammenlignende perspektiv i Oslo, Bergen, Trondheim og0 landet gjennom en rekke parameter. Konklusjonen fra denne sammenligningen er at omfang og innretning av tjenestene til eldre varierer betydelig. Det er altså tjenestenes omfang og innretning som synes å variere, mens den relative fordelingen av bistandsbehov er den samme.

[95] Hadde vi operert med mer detaljert aldersinndeling ville vi ha sett at denne systematikken blir opprettholdt også for øvrige aldersgrupper. Den største prosentvise andel uoppgitte er i aldersgruppen 0-17 år.

Datakvalitet ved IPLOS kan beskrives gjennom to ulike dimensjoner: For det første er det en indikasjon på god datakvalitet i den grad alle opplysninger som skal registreres er registrert og følgelig er tilgjengelig. For det andre er god datakvalitet at opplysningene som registreres er "riktige" opplysninger – det vil si at veilederen for IPLOS-registreringer er forstått presist og entydig, og at skjønnet utøves rundt om i bydelene og landet om lag på samme måte.

Når det gjelder den første dimensjonen – om opplysninger mangler – antyder vår sammenligning at datakvaliteten er den samme i Oslo og i landet. I den grad det er forskjell, er datakvaliteten i følge denne dimensjonen svakt bedre i Oslo enn i landet.

Når det gjelder den andre dimensjonen – om opplysningene som registreres er riktige opplysninger - gir vår sammenligning ingen direkte holdepunkter. Men sammenligningen viser at på aggregert nivå – det vil si når vi analyserer på gruppenivå hvor et større antall personer inngår – synes vurderingene av bistandsbehovet i hovedsak å komme ut på samme måten både for Oslo og for landet.

Fra departementet og SSBs side er det advart mot å bruke IPLOS-registreringer i forhold til mindre grupper. Registreringene er ikke egnet til saksbehandling på individnivå "… og gir ikke grunnlag for å gjøre slutninger om enkeltmottakere av tjenester og må aldri brukes slik" (Helse og omsorgsdepartmentet, 2011, side 24).