

Ivar Brevik

Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten

Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene
1988-2007
- all vekst i endret innretning



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Oppgaveforskyvning
mellom 1. og 2.-
linjetjenesten

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2010:2

**De nye hjemme-
tjenestene
- langt mer enn
eldreomsorg**

Utvikling og status i
yngres bruk av
hjemmebaserte tjenester
1989-2007

NIBR-rapport 2007:15

”Der tida står stille”

Utvikling og status i Oslos
eldreomsorg
En sammenliknende
analyse

NIBR-rapport 2005:17

Slik vil eldre bo

En undersøkelse av
framtidige eldres
boligpreferanser

Rapportene koster
kr 350,-, og kan bestilles
fra NIBR:

Gaustadalléen 21
0349 Oslo

Tlf. 22 95 88 00

Faks 22 60 77 74

E-post til

nibr@nibr.no

Rapportene kan også
skrives ut fra

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til
de oppgitte prisene

Ivar Brevik

Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.- linjetjenesten

Om utviklingen i pleie- og
omsorgstjenestene 1988-2007
- all vekst i endret innretning

NIBR-rapport 2010:1

Tittel: **Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten.**
Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007
- all vekst i endret innretning

Forfatter: Ivar Brevik
NIBR-rapport: 2010:1
ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-838-2
Prosjektnummer: O-2622
Prosjektnavn: Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialhelsetjenesten

Oppdragsgiver: KS
Prosjektleder: Olaf Foss

Referat: Rapporten dokumenterer mulige oppgaveforskyvninger mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene både i forhold til oppgaver som overføres og som overtas av kommunene. Det gjøres også rede for utvikling og fordeling av ressurser og egenskaper ved brukere av heimebaserte tjenester, nye oppgaver og endring i profesjonsgrupper. Mulige pådrivende faktorer i den påviste utviklingen blir drøftet.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: August 2010
Antall sider: 290
Pris: Kr 350,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2010

Forord

Denne rapporten formidler resultater fra arbeidet med utredningsprosjektet ”Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten - økonomiske virkninger og alternative finansieringsordninger”. Prosjektet er finansiert av KS.

Formålet var å utføre ”dokumentasjon og analyse av oppgave- og kostnadsforskyvninger” med sikte på å ”gi en bedre tallmessig dokumentasjon av de endringer som skjer i oppgaveporteføljen på dette området til kommunene og nærmere belyse årsaker og drivere i utviklingen og de ressursmessige konsekvensene for kommunene”. Prosjektet skulle m.a.o. belyse både endringer som skjer mellom 1. og 2. linjetjenesten, de ressursmessige/kostnadsmessige følgene av dette for kommunene, samt faktorer som kan tenkes å påvirke denne utviklingen.

NIBR har gjennom flere år arbeidet med forsknings- og utredningsprosjekter som belyser ulike aspekter ved utviklingen av helse-, pleie- og omsorgstjenestene i Norge. Mange av disse prosjektene er beslektede i den forstand at de bygger på basiskunnskap om de samme samfunnssektorene og politikkområdene, samt at analysene i betydelig grad må hvile på det samme fundamentet av offentlig tilgjengelig statistikk og sentrale datakilder for øvrig (bl.a. spesielt viktige/omfattende surveys utført ved NIBR og andre steder). Arbeidsmåten har vært å utarbeide grunnlags-/dokumentasjonsnotater, som kan utgjøre et felles underlag for mange prosjekter, der innretning og problemstillinger vil variere og eventuelt også kreve nytt tilfang av kunnskap og data.

Analysene og framstillingen i denne rapporten er derfor til dels basert på et mer omfattende underlagsmateriale, som foreligger i form av et antall upubliserte prosjektnotater ved NIBR (jf. oversikt i kapittel 1.3).

Rapporten er skrevet av Ivar Brevik. Dag Juvkam har hatt ansvaret for utarbeidelsen av kapittel 3 og 4 og har deltatt i slutføringen av rapporten.

Oslo, august 2010

Olaf Foss
forskningssjef

Innhold

Forord.....	1
Tabelloversikt	9
Figuroversikt.....	10
Sammenfatning.....	12
Summary.....	43
1 Innledning og leserveiledning	54
1.1 Bakgrunn for og hovedtrekk i opplegget av utredningen.....	54
1.1.1 Om mandatet for utredningen	54
1.1.2 NIBRs utlegning av mandatet	55
1.2 Hovedtrekk i beskrivelser og analyser i kapittel 2 til 8.....	55
1.3 Oversikt over datagrunnlaget og underlagsmateriale	64
2 Hovedtrekk i den generelle utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007.....	69
2.1 Oversikt over utvikling i antall plasser i institusjon og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.....	70
2.2 Boliggjøring av omsorgstjenestene etter 1988.....	72
2.2.1 Vedvarende vekst i den eldre befolkningen – skifte i innretning av tilbud	72
2.2.2 Omstrukturering, profilering og nyskaping i omsorgstjenestene	73
2.2.3 Om utbyggingen av kommunale boliger.....	74
2.2.4 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie- og omsorg.....	75
2.3 Utvikling og status i dekningsgrad i institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+	76
2.3.1 Utvikling i dekningsgrad 1975-2006	76
2.3.2 Dekningsgrad inkludert kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg.	77
2.4 Utvikling mot mer målretta og intensiv bruk av heimebaserte tjenester de 10-15 siste åra	79
3 Om kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og egenskaper ved beboerne.....	81
3.1 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1980-2006 – funksjonell avgrensning og antall enheter.....	81
3.1.1 Innledning.....	81
3.1.2 De ulike boligtypene	82
3.2 Brukere under 67 år av kommunale boliger med pleie- og omsorgstjenester.....	83

3.3	Brukere under 67 år i kommunale boliger - ulike mål for boligenes funksjon	84
3.4	Egenskaper ved beboerne i kommunale boliger.....	84
3.4.1	Brukere under 67 år i kommunale boliger og eldreinstitusjoner - grad av funksjonstap etter hovedårsak til hjelpebehovet i 2003.....	84
3.4.2	Brukere under 67 år av heimebaserte tjenester i kommunale boliger – hjelpebehov målt ved omfang av heimebaserte tjenester i 2003, og bruk sammenliknet med eldre	86
4	Om de heimebaserte tjenestene – utvikling og status	88
4.1	Antall brukere etter alder.....	88
4.1.1	Brukere i ulike aldergrupper.....	88
4.2	Endring i bruk av typer heimebaserte tjenester	89
4.2.1	Hovedbildet for aldersgruppene	89
4.2.2	Brukere under 67 år	91
4.3	Brukere av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet....	91
4.4	Brukere av ulike typer heimebaserte tjenester etter oppholdssted og etter hovedårsak til hjelpebehov	93
5	Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene	96
5.1	Innledning.....	96
5.1.1	Innretning av framstillingen.....	96
5.1.2	Om egenskaper ved årsverksdata.....	97
5.2	Hovedtrekk i utviklingen av arbeidsinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene	98
5.2.1	Perioden 1988-1997– årsverk etter skjema.....	98
5.2.2	Perioden 1998-2002 – årsverk etter register.....	99
5.2.3	Perioden 2003-2007 – årsverk etter register.....	99
5.3	Utviklingen i årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester.....	100
5.3.1	Hovedtrekk i utviklingen i perioden 1980-2007	100
5.3.2	Perioden 1993-2007 – sterk vekst i heimebaserte tjenester.....	102
5.4	Periodevis utvikling i årsverksinnsats 1991-2007.....	103
5.4.1	Om årsverksutvikling 1991 - 1997.....	103
5.4.2	Om utvikling i årsverk i perioden 1998-2007.....	105
5.5	Årsverksutvikling – sammenlikning med 2. linjetjenesten	107
5.6	Fordeling av årsverk i de heimebaserte tjenestene etter alder og type oppholdssted.....	108
5.6.1	Årsverk i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år 1991-2007	108
5.6.2	Årsverk i heimebaserte tjenester i kommunale boliger etter 1995	109
5.7	Endring i årsverksbruk i heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet 1995-2002 og 2002-2007	109
5.7.1	Sterk vekst blant brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser	109
5.7.2	Endring i årsverksbruk i heimebaserte tjenester 1995-2007 etter hovedårsak til hjelpebehovet	111
5.8	Om intensitet – årsverk per bruker i heimebaserte tjenester	112
5.9	Utvikling i årsverk pr plass i eldreinstitusjoner de 20 siste åra etter 1980.....	114
5.10	Om driftskostnader i de heimebaserte tjenestene og vekst 1995-2007.....	115

6	Om oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.....	120
6.1	Generelt om oppgaveforskyvning og mandatet for utredningen.....	120
6.1.1	Bakgrunn.....	120
6.1.2	Mandatet for utredning om Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.....	121
6.1.3	Presisering av mandatet i forhold til oppgaver overført fra 2. linjetjenesten.....	121
6.2	Om utvikling i sykehussektoren.....	123
6.2.1	Generell utvikling i bruk av somatiske sykehus.....	123
6.3	Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.....	125
6.3.1	Om opptrappingsplan for psykisk helse.....	125
6.3.2	Utvikling i antall plasser i psykisk helsevern for voksne 1999-2008.....	126
6.4	Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.....	128
6.4.1	Innledning.....	128
6.4.2	Samhandlingsformer på overordnet nivå.....	129
6.4.3	Tiltak i spesialisthelsetjenesten i forhold til kommunene.....	130
6.4.4	Særskilte tiltak for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.....	131
6.4.5	Avsluttende vurderinger.....	132
6.5	Brukere i pleie- og omsorg med fortid i 2.linjetjenesten.....	134
6.5.1	Innledning.....	134
6.5.2	Andel og antall beboere i eldreinstitusjoner og kommunale boliger som er kommet dit direkte fra spesialisthelsetjenesten, etter alder.....	135
6.5.3	Brukere direkte over fra spesialisthelsetjenesten i absolutte tall.....	136
6.5.4	Oppholdstid og omfang av brukere fra 2. linjetjenesten i løpet av ett år i 2003.....	137
6.5.5	Tidligere oppholdssted etter hovedårsak til hjelpbehovet.....	138
6.5.6	Hjelpbehov blant brukere fra 2. linjetjenesten sammenliknet med de øvrige.....	139
6.6	Generell drøfting av oppgaveforskyvning.....	140
6.6.1	Innledning.....	140
6.6.2	Mulige oppgaveforskyvinger mellom somatiske sykehus og kommunene.....	141
6.6.3	Noen mulige konsekvenser av redusert liggetid i somatiske sykehus....	142
6.6.4	Mangel på empirisk kunnskap om oppgaveforskyvning.....	143
6.6.5	Videre arbeid med spørsmål om oppgaveforskyvning.....	143
6.7	Nye oppgaver i kommunenes helse- og pleietjenester ved bruk av faglig spesialisert hjelp og ny medisinsk teknologi.....	144
6.7.1	En antar tiltakende bruk av faglig spesialisert hjelp og ny medisinsk teknologi i kommunene.....	144
6.7.2	Undersøkelse av faglig spesialisert hjelp og teknisk-medisinske prosedyrer til brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester.....	145
6.7.3	Med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse.....	146
6.7.4	Med teknisk medisinske prosedyrer - respirator-, smerte- eller cellegiftbehandling.....	147
6.7.5	Med kontroll for adferdsavvik.....	147
6.7.6	Oppsummering.....	148

6.8	Mål for ressursbruk i kommunene som følge av utskrivninger fra sykehus	149
6.8.1	Noen prinsipielle trekk i forholdet mellom brukere i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og pasienter i somatiske sykehus.....	149
6.8.2	Generelt om oppgavefordeling mellom somatiske sykehus og kommunene.....	150
6.8.3	Alternativ ressursbruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester knyttet til personer skrevet ut fra somatiske sykehus i 2003.....	152
6.8.4	Mulige økte oppgaver i kommunene p.g.a. redusert liggetid i sykehus .	153
6.8.5	Mulig effekt på fordringen av kommunale tjenester som resultat av redusert liggetid i somatiske sykehus fra 2003 til 2008	154
6.8.6	Effekt av endret liggetid i somatiske sykehus blant pasienter 70 år og eldre 1999-2007 som følge av manglende kapasitet/kompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.....	155
6.9	Mål for omfang av utskrevne brukere fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til kommunal pleie- og omsorg	155
6.9.1	Brukere av pleie og omsorg blant brukere med fortid i den psykiatrisk 2. linjetjenesten i 2003.....	156
6.9.2	Effekt i kommunene av reduserte døgnplasser i psykiatrisk 2.linjetjeneste 1998-2008	157
6.9.3	Økt årsverksinnsats i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten - mulig kompensasjon for redusert antall døgnplasser.....	158
6.9.4	Forhold som sannsynliggjør økt etterspørsel etter tjenester blant personer med psykiske lidelser og økt kommunal innsats ut over øremerkete tilskott.....	159
6.9.5	Samlet økning i kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser 1998-2007.....	162
6.10	Mulige kostnader i kommunene knyttet til ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus	165
6.10.1	Mulige årsaker til ferdigbehandlede, men ikke utskrevne fra sykehus....	165
6.10.2	Mulig omfang av kommunale tjenester til ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus	165
6.11	Ressurs- og kostnadmessige konsekvenser i kommunen av redusert liggetid/ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten	166
6.11.1	Effekt av redusert liggetid i somatiske sykehus 2007/2008.....	167
6.11.2	Ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus 2007	168
6.11.3	Pasienter tatt over fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten	168
6.12	Ressursbruken i kommunene påvirker ikke sykehusbruken	169
6.12.1	Analyse av kommunale ressurser og bruk av somatiske sykehus-tjenester.....	169
6.12.2	Ingen vekst i pleie- og omsorgs i forhold til eldre.....	171
6.13	Prinsipper, forslag til reform og fakta om oppgaveforskyvning.....	172
6.13.1	Prinsipiell drøfting av ansvar ved oppgaveforskyvning.....	172
6.13.2	Samhandlingsreformen og oppgaveforskyvning.....	173
6.13.3	Den faktiske oppgavefordelingen	174
7	Utvikling av nye oppgaver i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.....	176
7.1.1	Innledning.....	176
7.1.2	Nye oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene.....	177

7.1.3	Nye oppgaver innen hjemmesykepleien og helsetjenesten	180
7.1.4	Kommunene har tatt nye oppgaver i stort omfang.....	181
7.2	Endring og vekst i ulike profesjonsgrupper i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1997-2007.	182
7.2.1	Innledning.....	182
7.2.2	Årsverksvekst og endring 1997-2007	183
7.3	Endringer blant hovedprofesjonene i den kommunale helsetjenesten.	187
7.3.1	Årsverk i kommunal lege- og fysioterapitjenester i 1997 og 2007	188
7.3.2	Sammenlikning med årsverksutvikling i en del profesjoner 1997-2007	188
8	Noen mulige pådrivende faktorer i utvikling og endret innretning av kommunale pleie- og omsorgstjenester de siste 20 år	190
8.1	Innledning.....	190
8.2	Statlige reformer og handlingsplaner som pådrivere i utbygging og utvikling av kommunale pleie- og omsorgstjenester	191
8.2.1	HVPU-reformen.....	191
8.2.2	Handlingsplan foreldreomsorgen.....	192
8.2.3	Opptappingsplan for psykisk helse	193
8.2.4	Med de statlige handlingsplanene strømmer unge brukere inn i de heimebaserte tjenestene.....	194
8.3	Kommunenes egendyktiggjøring – kommunene har 'tatt' oppgaver	195
8.3.1	Sterk vekst uten statlige handlingsplaner	195
8.3.2	Kommunenes egendyktiggjøring	196
8.4	Pådriving i innretning og utvikling av kommunale tjenester gjennom samhandling med spesialisthelsetjenesten.....	198
8.4.1	Pådriving gjennom samarbeid om statlige handlingsplaner	198
8.4.2	Pådriving gjennom spesialisert medisinsk faglig aktivitet og profesjonsutvikling.....	199
8.4.3	Læring gjennom samhandling med den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.....	199
8.4.4	Læring og utvikling generelt gjennom samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.....	200
8.4.5	Forholdet til den somatiske spesialisthelsetjenesten - en lite handgripelig pådrivende faktor.....	200
8.5	Noen allmenne drivkrefter bak innstrømming av nye brukere	201
8.5.1	Demografi.....	201
8.5.2	Sykelighet og helse.....	202
8.5.3	Betydningen av tilgang på privat omsorg.....	203
8.5.4	Endret kunnskap og holdninger.....	204
8.6	Samlet oversikt over statlige bidrag til nivåheving i årsverk til heimebaserte tjenester til brukere under 67 år pr 2007.....	204
8.7	Økonomi og omsorgsideologi – underliggende hoveddrivkrefter i utviklingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene	206
8.7.1	Innledning.....	206
8.7.2	Perioder med sterk vekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1991-2007	206
8.7.3	Perioder med svak vekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1991-2007	208

8.7.4	Konklusjon.....	209
	Litteratur.....	211
	Vedlegg til kapittel 6 og 7.....	218
Vedlegg I	Om brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester med fortid i 2. linjetjenesten i 2003 (til kapittel 6).....	219
1.1.1	Begrensninger i forhold til tilskrivingssted.....	219
1.1.2	Om operasjonaliseringer av våre analyser.....	222
1.2	Type tilskrivingssted etter alder og hovedårsak til hjelpebehovet.....	222
1.2.1	Tidligere oppholdssted for beboere i eldreinstusjoner etter alder.....	223
1.2.2	Tidligere oppholdssted for beboere i kommunale boliger etter alder ...	224
1.2.3	Tidligere oppholdssted for beboere i eldreinstusjoner etter hovedårsak til hjelpebehovet.....	226
1.2.4	Tidligere oppholdssted for beboere i <i>kommunale boliger</i> etter hovedårsak til hjelpebehovet.....	227
1.3	Om pleietyngde og hjelpebehov hos beboere fra 2. linjetjenestene.....	230
1.3.1	Om mål av funksjonsnedsettelse og pleiebehov.....	230
1.3.2	Pleietyngde etter hovedårsak til hjelpebehovet.....	230
1.4	Omfang av mottatt praktisk bistand per uke.....	232
1.5	Andel og antall beboere i eldreinstusjoner og kommunale boliger etter hvor en kom fra i 2. linjetjenesten.....	233
1.5.1	Andel og antall kommet fra 2. linjetjenesten.....	233
1.5.2	Fra 2. linjetjenesten etter hovedårsak til hjelpebehovet.....	235
1.6	Tid med opphold i institusjon og kommunal bolig etter hvor en kom inn fra.....	236
1.6.1	Oppholdstid i eldreinstusjoner etter hvor en kom inn fra.....	236
1.6.2	Oppholdstid i kommunal bolig etter hvor en kom inn fra.....	238
1.7	Oppholdstid i institusjon og kommunal bolig etter hvor en kom fra og etter hovedårsak til hjelpebehovet.....	239
Vedlegg II	Nye oppgaver i kommunenes helse- og pleietjenester ved bruk av faglig spesialisert hjelp og medisinsk-teknologiske prosedyrer (til kapittel 6).....	241
1.1	Innledning.....	241
1.2	Analyse av omfattende og faglig spesialisert hjelp.....	241
1.2.1	Om datagrunnlaget i forhold til brukere med faglig spesialiserte hjelp.....	242
1.2.2	Spesialisert behandlingsform etter type oppholdssted.....	243
1.2.3	Behandling for sammensatte sykdommer og kontroll for avvikende adferd etter hovedårsak til hjelpebehovet.....	244
1.2.4	Samlet oversikt over andel og antall personer med omfattende eller faglig spesialisert hjelp.....	245
1.2.5	Pleietyngde og mottatt hjelp hos brukerne.....	250
1.2.6	Mer om faglig spesialisert behandling etter hovedårsak til hjelpebehovet.....	251
Vedlegg III	Bruk av ressurser i kommunal pleie- og omsorg knyttet til personer som kommer fra spesialisthelsetjenestene (til kapittel 6).....	255
1	Ressursbruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester knyttet til personer skrevet ut fra somatiske sykehus.....	259
1.1	Sykehusopphold forstått som avlastning for eldreinstusjoner (sykehjem). Beregninger i tilknytning til kapittel 6.8.3.....	259

1.2.	Mulig effekt på fordringen av kommunale tjenester som resultat av redusert liggetid i somatisk sykehus fra 2003 til 2008. Beregninger i tilknytning til kapittel 6.8.5.....	260
1.3.	Effekt av mer-liggetid i somatiske sykehus blant pasienter 70 år og eldre som følge av manglende kapasitet/kompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Beregninger i tilknytning til kapittel 6.8.6.....	260
2	Mulig omfang av kommunale tjenester til ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus. Beregninger i tilknytning til kapittel 6.10.2.....	263
3	Effekt i kommunene av reduserte døgnplasser i psykiatrisk 2.linjetjeneste 1998-2008.....	265
Vedlegg IV	Endring og vekst i ulike profesjonsgrupper i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1997-2007 (vedlegg til kapittel 7)	267
1.1	Endringer i antall og andel i ulike profesjonsgrupper 1997-2007	268
1.1.1	Relativ endring i ulike profesjonsgrupper 1997-2001	268
1.1.2	Relativ endring i ulike profesjonsgrupper 2003-2007	268
1.2	Om noe av grunnlaget for endringer i innretningen av årsverksbruken	269
1.3	Endringer i relativ fordeling av årsverk mellom profesjonene 1997-2007	270

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år i <u>kommunale boliger</u> etter hovedårsak til hjelpebehovet i tre grupper og alder. Samlet hjelp per uke fra hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt samt andel med lite (< 2 timer per uke) og mye hjelp (22 timer og mer per uke). Timer og prosent.....	86
Tabell 4.1	Hovedårsak til hjelpebehov blant brukere av heimebaserte tjenester etter om en bor i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål eller i privat bolig. Brukere under 67 år fordelt etter antall. Absolutte tall. 2002/2003.....	92
Tabell 5.1	Oversikt over årsverk og endring i årsverk i tre 5-årsperioder i 15-årsperioden 1993-2007. Årsverk etter register. Absolutte tall og gjennomsnitt.....	99
Tabell 5.2	Oversikt over utvikling i antall årsverk i åpen omsorg, institusjon og i alt samt periodevise endringer. 2002-2007.....	105
Tabell 5.3	Årsverk i de heimebaserte tjenestene fordelt mellom brukere over og under 67 år samt brukere under 67 år fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. 2002, 2006 og 2007.....	110
Tabell 6.1	Somatiske sykehus. Antall dagopphold og døgnopphold, antall liggedager ved døgnopphold samt gjennomsnittlig liggetid pr døgnopphold. 2000-2008.	123
Tabell 6.2	Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2008. Antall plasser og prosentvis endring.	127
Tabell 6.3	Andel og antall brukere i institusjon (syke-/aldershjem) og i kommunalt disponerte boliger som er kommet dit fra somatisk sykehus eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. 2003. Prosent og absolutte tall. Alle.	136
Tabell 6.4	Antall personer og årsverk knyttet til brukere med plass i eldreinstitusjoner og kommunale boliger i 2003 og som er kommet dit fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.....	157
Tabell 7.1	Utvikling i sammensetning av personalet etter profesjon og utdanning i pleie- og omsorgssektoren 1997-2007. 1997 omregnet	185
Tabell 8.1	Utvikling i ulike diagnosegrupper blant uførepensjonistene (under 67 år) fra 1995 til 2006.	203
Tabell 8.2	Oversikt over tilførsel av årsverk i aktive perioder 1991-2007 fordelt på årsverk i institusjon og i heimebaserte tjenester. Årsverk omregnet etter register for alle år.	207

Figuroversikt

Figur 2.1	Antall plasser i institusjoner 1966-2006, utvalgte år. Antall beboere i kom boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2006, alle år. Tallangivelser 1966, 1980, 1989, 1994, 1997, 2001, 2003 og 2006. Samt kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg 2005-2006.	70
Figur 2.2	Antall plasser i sykehjem og i aldershjem 1997-2006.	71
Figur 2.3	Antall beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2005. Omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Talloppgaver påført for årene 1994, 1997, 2001 og 2006.	75
Figur 2.4.	Dekningsgrad i institusjoner i alt, i syke- og aldershjem og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til pers 67 år+. Utvalgte år (1975,-80, -89,-95,98,-01 og 2006). Plasser per 1000 pers 80 år+.	77
Figur 2.5	Dekningsgrad i institusjon, kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, slike boliger med heldøgns pleie- og omsorg. Andel plasser og kommunale boliger til personer 67 år+ per 1000 pers 80 år+. Antall. Beregninger ut fra Statistikkbanken, SSB, Oslo hvert år.	78
Figur 3.1	Trygdeboliger 1980-1993, Trygdeboliger og serviceboliger 1986-1993 og Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2001. Utvalgte år. Antall.	82
Figur 3.2	Antall personer under 67 år i syke- og aldershjem og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre og funksjonshemmede. 1994-2006.	83
Figur 3.3	Gjennomsnittlig skåre i Barthels ADL-indeks blant brukere under 67 år. Brukere med psykiske lidelser eller somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet. I ordinær eller i kommunal bolig eller institusjon. 2003.	85
Figur 3.4	Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under og over 67 år i kommunale boliger etter grad av funksjonstap. Somatisk sykdom og psykisk lidelse. Samlet hjelp per uke fra hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt. 2003.	87
Figur 4.1	Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. Absolutte tall og prosent. 1989-2006.	89
Figur 4.2	Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge 1998-2006 etter type tjeneste - bare hjemmesykepleie (rød), bare hjemmehjelp (gul), begge deler (grønn). Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år og eldre.	90
Figur 4.3	Antall brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. 18-49 år. 1996-2006.	91

Figur 4.4	Brukere under 67 år i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet i tre aldersgrupperinger i 2003. Prosent.	93
Figur 4.5	Antall brukere under 67 år i kommunale eller ordinære private boliger etter bruk av type heimebaserte tjenester. 2002. Absolutte tall og prosent.	94
Figur 4.6	Personer under 67 år i kommunale eller ordinære private boliger. Bruk av ulike typer heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet 2003. Absolutte tall og prosent.....	94
Figur 5.1	Årsverk i institusjon og i åpen omsorg i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene 1987-2007. Prosent. Talloppgaver påført for årene 1987, 1993, 1994, 2002, 2003 og 2007.....	101
Figur 5.2	Endring i antall årsverk i pleie- og omsorg i 15-års-perioden 1993-2007, åpen omsorg og institusjon samt sum endring i årsverk i periodene 1993-1997,1998-2002 og 2003-2007.	102
Figur 5.3	Antall årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten 1997-2007. Talloppgaver angitt for 1997, 2001 og 2007. Årsverk i pleie og omsorg etter register.....	107
Figur 5.4	Årsverk i de heimebaserte tjenestene fordelt mellom brukere under 67år/ 67 år og eldre, samt brukere under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet. Utvalgte år. Samt endring 1995-2007 og 2002-2007. Registrerte årsverk.	111
Figur 8.1	Antall årsverk per år i heimebaserte tjenester og i institusjon i gjennomsnitt for ulike valgte perioder i årene 1988-2007. Absolutte tall og intern fordeling i prosent.	209

Sammenfatning

Ivar Brevik

Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten.

Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 - all vekst i endret innretning.

NIBR-rapport 2010:1.

I denne rapporten er sammendraget utformet kapittelvis og etter en systematikk som skal gi leseren en oversiktlig og lett tilgang til utredningens innhold, oppbygging og hovedresultater.

Kapittel 1. Innledning og leserveiledning

I dette kapitlet beskriver vi bakgrunn for utredningen, mandatet og hovedtrekk i opplegget for gjennomføringen. Til veiledning for leseren gjengir vi her også hovedtrekkene i innhold og analyser i de enkelte kapitlene. Derne gir vi oversikt over datagrunnlaget og underlagsmaterialet for utredningen hvor det er lagt til grunn at de ulike problemstillingene belyses ved bruk av eksisterende datakilder og rapporter. På bakgrunn av tilbudsdokumentet (mandatet) gjør vi nedenfor rede for de overordnede problemstillingene for utredningen.

Overordnede problemstillinger i utredningen

De *overordnede* problemstillingene i utredningen er knyttet til ønsket om en bedre dokumentasjon av forskyvninger og *endring i oppgaver* i kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjenester i forhold til spesialisthelsetjenesten. Endringene er presisert til både å gjelde oppgaver som *overføres* og som *overtas* av kommune. Her skilles det mellom brukere som *direkte* overføres fra 2. linjetjenesten og de som *overtas eller tas* av kommunene.

I det første tilfellet f.eks. ved utskriving av pasienter, enten fra somatiske sykehus eller fra psykiatriske sykehjem eller slike avdelinger i sykehus. I det andre tilfellet gjelder det enten brukere som 'overtas' som følge av for eksempel teknologisk utvikling eller ut fra uavtalt glidning i hvem som organiserer og tar ansvar for oppgavene.

Her sikter en etter vår vurdering ikke bare til oppgaver som er overtatt i tilknytning til statlige reformer, men også til de kommunene over tid mer eller mindre har utviklet på egen hand. Vi har her bl.a. vist den sterke veksten og nyorienteringen som har funnet sted, særlig i de sykepleierelaterte delene i forhold til yngre brukere.

Sentralt står problemstillinger knyttet til eventuelle *økonomiske konsekvenser* av endringer i kommunenes oppgaveportefølje og kostnadsforskyvninger mellom stat og kommune, f.eks. viktninger i kommunene av endringer i spesialisthelsetjenestenes utskrivingspraksis.

NIBR-rapport 2010:1

Det siste hovedspørsmålet er hva som har påvirket utviklingen og fungert som *pådrivende* faktorer, f. eks i forhold til at kommunene har økt tilbudet og ressursbruken til personer under 67 år.

Kapittel 2. Hovedtrekk i den generelle utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007

Som bakgrunn for beskrivelsene av utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene over tid gir vi innledningsvis en *landsomfattende historisk oversikt* over i antall plasser i *institusjon*. Vi vier boliggingjøring av omsorgstjenestene de siste 20 åra særskilt oppmerksomhet og viser utviklingen i antall *kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål*. Dernest følger et samlet bilde av utvikling og status i *dekningsgrad* i slike boliger og i institusjoner. Vi avslutter med en kort oversikt over utviklingen i de *heimebaserte tjenestene* de 10-15 åra.

Hovedtrekk

Utviklingen i *eldreomsorgen* de 20 siste åra er kjennetegnet ved en moderat, men jevn vekst i sykehjems plasser og en kraftig reduksjon i aldershjem. Både antall plasser og dekningsgrad i institusjon er blitt svakt redusert. Netto tilvekst i *sykehjemsplasser* sammen med rehabilitering og modernisering av henimot halvparten av disse plassene under *Handlingsplan for eldreomsorgen* har imidlertid gitt samlet økt kvalitet.

Nedbyggingen av *aldershjemmene* de 10-15 siste åra har sitt motstykke i tilvekst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål ('omsorgsboliger'), men uten at hele reduksjonen er blitt kompensert for. I 2006 hadde imidlertid hver fjerde kommunal bolig bebodd av eldre heldøgns pleie- og omsorg. Den faktiske tilgjengeligheten i *enheter med heldøgns pleie- og omsorg*, har således jevnt over vært konstant de 20 siste åra. Sjøl om det kommunale tilbudet i institusjoner og boliger har vært gjennom relativt store omstruktureringer, har de likevel i sum gitt stabil tilgjengelighet.

De *heimebaserte tjenestene* til eldre har vært preget både av stabilitet og endringer. Siden 1992 har det vært en svak reduksjon i antall brukere 67 år+, og hele nettoveksten har siden falt på brukere under 67 år. Det har imidlertid funnet sted en omfordeling blant de eldre, med en viss vekst blant brukere 80 år+ og en større reduksjon i gruppa 67-79 år. Likevel har andelen eldre brukere 67 år+ under ett gradvis avtatt.

Hjemmesykepleien har imidlertid vært involvert i hele veksten, enten som bare hjemmesykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp. Brukere med bare hjemmehjelp er kraftig redusert. Av en brutto økning på vel 15.000 mottakere av heimebaserte tjenester 80 år+ i åra 1998-2006, var 65 prosent brukere av *bare hjemmesykepleie*, mens resten, mottok begge tjenestene.

Leserveiledning for sammenfatning av kapittel 3-8:

Sammenfatningen av kapittel 3-8 er for hvert hovedpunkt i hovedsak bygd opp etter følgende mal: *problemstilling (P)*, *resultat (R)* og *konklusjon (K)*.

Kapittel 3. Om kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og egenskaper ved beboerne

1. Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1980-2006 – type boliger og antall enheter

P: Hva har vært utvikling og status i byggingen av ulike typer kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål?

De kommunale boligene har vært en tiltakende viktig del av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Her gjør vi rede typer slike boliger og utvikling og status i omfang samt noen egenskaper ved beboerne i disse boligene.

De kommunale boligene har hatt en rekke betegnelser, som trygde-, eldre-, service- eller omsorgsboliger og har representert hele skalaen fra rene botilbud til boformer med nokså omfattende tjenester.

R: I 1988 var det 27.600 *trygde- og serviceboliger* mot 22.600 i 2006. Bygging av *omsorgsboliger* med finansiering i Husbanken tok til i 1994. I 1997 var det 4.500 slike boliger mot 26.400 i 2006.

I 1989 var det 4.500 beboere under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål mot 10.500 i 1996, eller 6.000 flere. Utviklingshemmede sto for hele tilveksten. I 2006 var det 17.575 slike boliger til yngre brukere, hvor det meste av økningen må ha gått til personer med *psykiske lidelser og somatiske sykdommer*. I perioden 1996 hadde for øvrig ca. 1.600 under 67 år plass i eldreinstitusjoner, mot 1.900 i 2006.

I 2006 bodde halvparten av beboerne under 67 år i slike boliger med heldøgns pleie og omsorg, hvor en betydelig del var utviklingshemmede. Og 8 av 10 årsverk i de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år gikk til dem i kommunale boliger.

En betydelig, men avgrenset andel til dels sterkt funksjonshemmede har flyttet inn i kommunale boliger. På den andre sida har det vært en sterk innstrømming av yngre brukere av heimebaserte tjenester bosatt i *ordinære private boliger*. Av 25.000 flere brukere i perioden fra 1997 til 2006, var ca. 18.000, eller 7 av 10 bosatt slik i 2006.

K: Det har vært en sterk vekst i omsorgsboligtilbudet de 10 siste åra. Svært mye av omfanget av de heimebaserte tjenestene er knyttet til brukere i kommunale boliger, særlig blant de yngre. *Hjemliggjøringen* og *boliggjøringen* av pleie- og omsorgstjenestene er to fundamentale endringstrekk i kommunenes satsing i omsorgstjenestene de 20 siste åra. Disse har imidlertid vært blandete boformer, fra *rene botilbud* til boliger med *nokså omfattende tjenester* på linje med aldershjem. De kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål spiller en svært sentral rolle i den åpne omsorgen.

2. Egenskaper ved beboerne under 67 år i kommunale boliger

P: Hva er oftest hovedårsaken til hjelpebehovet og hvor omfattende er funksjonsnedsettelsen blant brukere under 67 år i kommunale boliger?

R: Blant de 17.600 beboerne i kommunale boliger i 2006 var halvparten *utviklingshemmede*, 1/4-del hadde *psykiske lidelser* og 1/4-del *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet. Blant de sistnevnte hadde 65 prosent *senfølger av omfattende skade* eller *medfødt annen funksjonshemming* eller *nevrologisk* betingete sykdommer (hjerneslag/MR/-

Parkinson). Av disse under 50 år hadde hele 6 av 10 svært stor grad av funksjonstap. Og disse mottok heimebaserte tjenester tilsvarende godt over *ett årsverk* pr person.

K: Våre data bekrefter positiv sammenheng mellom 'tunge' diagnoser og faktisk ressursbruk. Og de viser at det for en god del er mulig å bo i kommunal bolig med omfattende funksjonstap. Kommunal bolig synes å kunne erstatte eldreinstitution som boform for de fleste, uavhengig av diagnose og grad av funksjonstap.

Kapittel 4. De heimebaserte tjenestene – utvikling og status etter 1988

1. Endring i antall brukere etter alder

P: Hva kjennetegner utviklingen av antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder?

R: Antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år økte fra 20.000 i 1989 til 55.000 i 2006 - en nesten tredobling, mens det var ingen vekst i brukere 67 år+.

I perioden 1998-2006 vokste antall brukere *under 67 år* sterkt med 73 prosent, antall 80 år+ moderat med 15 prosent, mens det ble nesten 25 prosent færre brukere 67-79 år. I 2006 utgjorde de under 67 år 1/3-del av samtlige brukere av heimebaserte tjenester. Tilveksten har vært særlig markant blant personer under 50 år.

K: Vi har vært vitne til en betydelig omlegging av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, med gradvis integrering av nye brukergrupper, særlig yngre brukere. Denne sida ved tilveksten av brukere av heimebaserte tjenester er - ved siden av byggingen av omsorgsboliger – det mest markant hovedtrekk ved utviklingen de seinere åra. Det startet med HVPU-reformen i 1991 og veksten har pågått jevnt fram til i dag – med betydelige løft etter 2001.

2. Endring i bruk av typer heimebaserte tjenester

P: Hvilke typer heimebaserte tjenester har preget endringene i bruken av disse tjenestene?

R: I 2006 var det 40.000 brukere av hjemmesykepleie, mot 13.000 i 1994 - en tredobling på 12 år. Etter 1994 har *hjemmesykepleien* vært involvert i omtrent hele veksten blant brukere av heimebaserte tjenester under 67 år.

I 2006 hadde 73 prosent av de yngre *bare hjemmesykepleie* eller *kombinert med hjemmehjelp*, mens 27 prosent hadde bare hjemmehjelp. Tjenester i regi av hjemmesykepleien var blitt *de dominerende* tjenestene for alle *yngre brukere*, men særlig for dem under 50 år.

Av hele tilveksten fra 1998 til 2006 utgjorde brukere med bare hjemmesykepleie 65 prosent, mens 35 prosent mottok både hjemmesykepleie og hjemmehjelp, både blant dem under 67 år og blant brukere 80 år+.

Og antall brukere av hjemmesykepleie 18-49 år tre-doblet seg fra 1996 til 2006. Disse utgjorde 62 prosent *av hele* økningen i antall bruker under 67 år i løpet av disse åra, og de representerte *alle 4 av 10 av de i alt* 55.000 brukerne i 2006.

Bruk av hjemmesykepleie versus hjemmehjelp er imidlertid betydelig påvirket av hvordan en bor. I *kommunale* boliger hadde 9 av 10 under 67 år enten bare hjemme-

hjelp eller begge tjenestene i 2002. I *ordinære* private boliger mottok imidlertid 8 av 10 *hjemmesykepleie/hjemmehjelp*, oftest bare hjemmesykepleie. Og av *samtlig*e med bare hjemmesykepleie, bodde nærmere ni av ti i ordinære boliger.

K: Det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen i antallet mottakere av bare hjemmehjelp, som samlet kjennetegner de 8-10 siste åra og som startet med *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

Den sterke tilveksten av *brukere av bare hjemmesykepleie under 50 år* er det særs markante kjennetegnet ved utviklingen. Unge menneskers behov og hjemmesykepleievirksomhet synes å ha vært sentrale pådrivere i forvandlingen av tjenestene.

Det at bruken av hjemmesykepleie varierer sterkt etter om en bor i ordinær eller kommunal bolig, viser samtidig at slik bruk ikke bare kan tilskrives sykepleiefaglige behov, men gjenspeiler også *private og pårørendes* bidrag til praktiske gjøremål som vesentlig supplement til behovsdekningen.

3. Brukere av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år etter brukernes hovedårsak til hjelpebehovet

P: **Hvordan har utviklingen i bruken av heimebaserte tjenester artet seg i forhold til hovedårsaker til hjelpebehov hos brukerne?**

R: Det har vært en markant økning av brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Disse er blitt radikalt flere, og vokste med omlag 26.000 personer fra 1995 til 2006. Da var det 43.000 slike brukere, mens de i åra 1989-1995 utgjorde 17.-18.000.

Brukere med *psykiske lidelser* har vokst betydelig på 2000-tallet, og var i 2006 like mange som dem med *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet, respektive ca. 40 prosent i hver gruppe (22.000 og 21.000 pers.). Utviklingshemmedes *andel* har gradvis avtatt, fra 9.000 da HVPU-reformen ble avsluttet i 1995 til 12.000 brukere i 2006. Da var 4 av 5 brukere å finne blant øvrige.

Blant dem under 67 år med hjemmesykepleie, hadde halvparten *somatiske sykdom* som hovedårsak til hjelpebehovet, 36 prosent ulike *psykiske lidelser*, mens 14 prosent var *utviklingshemmet*.

I 2003 bodde 2/3-deler av brukerne under 67 år i ordinære private boliger. Her hadde halvparten *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet, mens 37 prosent hadde psykiske lidelser. Utviklingshemmede var få.

K: Blant personer under 67 år består de store gruppene nå av brukere med *somatiske sykdommer* og *psykiske lidelser*. De bor aller oftest i *private* boliger og har svært ofte hjemmesykepleie. Pasientsammensetningen her gjenspeiler i særlig grad hvem de nye brukerne er. De aller fleste har fått hjelp uten å måtte flytte.

Kapittel 5. Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene.

Innledning

Et vesentlig siktemål med denne rapporten er å få grep om i hvilket omfang kommunene ikke bare eventuelt er blitt *påført oppgaver*, men i hvilken grad de *egenhendig* har

tatt nye oppgaver og tatt ansvar for nye brukere. Da er det ikke nok å kjenne utviklingen i sum årsverk i sektoren, men hvordan disse fordeler seg, først mellom institusjon og heimebaserte tjenester. Dernest mellom eldre og yngre brukere og mellom ulike grupper etter hovedårsak til hjelpebehovet. En slik oversikt har tidligere aldri foreligget.

Bruk av ressurser og hvordan bruken har endret seg og fordeler seg etter sentrale kjennetegn ved brukergruppene, er svært sentral kunnskap, særlig når vi skal bedømme *utviklingen* i tjenestene og på hvilken måte kommunene eventuelt har tatt og fått nye oppgaver gjennom årene.

Vi har etablert *to tidsserier for årsverk* i pleie- og omsorgstjenesten (både etter skjema og register) for perioden 1992-2007, der årsverkene for 1992-2002 er *regna om*. For årene etter 1993 har vi måttet *beregne* fordelingen av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester. Vi har gjort rede for utviklingen i årsverk - samlet og separat - for heimebaserte tjenester og institusjoner etter 1988 og fram til i dag.

1. Endring i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i alt – 1988-2007

P: Hvordan har den samlede utviklingen i årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene vært fra 1988 til 2007 og hva kjennetegner de ulike periodene?

1988-1997 (etter skjema).

I løpet disse 10 åra vokste pleie- og omsorgssektoren med 55 prosent, eller med 28.000 årsverk, til 79.000 i 1997. Av disse kom 15.000 i årene 1991-93, under HVPU-reformen, derav *85 prosent* i heimebaserte tjenester - det aller fleste knyttet til reformen. Og 10.000 årsverk kom under høykonjunkturen i 1996-1997.

1998-2002 (etter register)

Det var en tilvekst på 16.000 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i denne perioden.

2003-2007 (etter register)

Denne siste 5-års-perioden kom dårligst ut etter 1988 med en økning på 12.000 årsverk. Men veksten skjedde svært ujevnt. I de 3 årene 2003-2005 var tilveksten i pleie- og omsorg *samlet* 600 årsverk. Det er den svakeste i omsorgstjenestenes moderne tid, dvs. etter 1970.

Med betydelige statlige bidrag til kommuneøkonomien etter 2005, økte innsatsen med 11.000 årsverk i årene 2006-2007, eller 5.500 pr år - en vekst som i de 20 siste åra så vidt overskrider HVPU-årene 1991-1992.

K: Hele *87 prosent* av den samlede årsverksveksten 10-års-perioden 1988-97, kom i løpet av de 5 åra 1991-93 og 1996-97. Og i 10-års-perioden 1998-2007 kom *90 prosent* av veksten i de 6 åra 1998-2001 og 2006-2007. Det understreker betydningen av statlige overføringer og økonomiske konjunkturer.

2. Utvikling i årsverk fordelt mellom institusjon og heimebaserte tjenester

Fordelingen av årsverk mellom institusjoner og heimebaserte tjenester var nokså konstant i 1980-åra. Siden er det bare vært økning i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år. Skal vi kunne vurdere utvikling og fordeling av ressurser i

forhold til brukere under 67 år, må vi imidlertid kjenne fordelingen i årsverkene. Også fordi de yngre nesten bare bruker heimebaserte tjenester.

P: Hva har vært utviklingen i fordeling av årsverk i pleie- og omsorg mellom eldreinstitusjoner og heimebaserte tjenester etter 1993 og hva er status i dag?

R: I tidsrommet 1993-2007 kom det til 43.000 nye årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, hvor 3 av 4 gikk til de *heimebaserte tjenestene* - flest til yngre brukere.

I åra 1993-2002 falt 71 prosent av den samlede tilveksten på heimebaserte tjenester, og i åra 2003-2007 91 prosent.

I hver av de tre fem-års-5-årsperiodene - 1993-97, 1998-2002 og 2003-2007 - vokste disse tjenestene *kontinuerlig og jevnt* med ca. 11.000 årsverk i hver periode.

De *heimebaserte tjenestenes andel* av totalt antall årsverk i sektoren, vokste gradvis ut gjennom 1990-åra - også under *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE). I 2002 gikk 50 prosent av årsverkene til disse tjenestene, og i 2007 54 prosent - mot 33 prosent i 1987, året før kommunene overtok sykehjemmene.

Økningen i *institusjonsomsorgen* med 10.000 årsverk i perioden 1993-2007, kom mest i åra 1995-2000, dvs. under HPE. I åra 2003-2007 fikk institusjonssektoren tilført 1.100 nye årsverk. Siden det ikke var noen vekst i de *heimebaserte* tjenestene for eldre i denne perioden, har det nærmest stillstand i 'eldreomsorgen' i åra etter HPE.

K: Det har vært en kontinuering og tilnærmet lineær vekst i den andel de heimebaserte tjenester har utgjort av samlet årsverksinnsats i de kommunale pleie og omsorgstjenestene etter 1990, dvs. en markant utvikling som startet med HVPU-reformen. I åra etter reformen var mye av det politiske fokuset rettet mot sykehjem, mens fagfolkene i kommunene bygde ut de heimebaserte tjenestene.

På 20 år (1987-2007) *falt* eldreinstitusjonenes andel av samlet årsverksinnsats i pleie- og omsorgstjenestene med 21 prosentpoeng. Det er et svært konkret bevis for radikal endret *innretning* av tjenestene og dermed ressursfordelingen i samme periode.

Utviklingen i de heimebaserte tjenestene har vært *entydig preget av svært jevn vekst over lang tid*, både betydelig påskyndet av, men samtidig på sett og vis dels uavhengig av konjunkturer og statlige overføringer. Det fordi veksten har vært knyttet opp mot en strukturell og gjennomgripende forvandling i innretningen av pleie- og omsorgssektoren. Og mye av den har kommunene stått for.

3. Periodevis utvikling i årsverksinnsats 1991-2007 med vekt på heimebaserte tjenester

Vi har vist at det har vært en betydelig vekst i de heimebaserte tjenesten etter 1990 samtidig som den samlede veksten har vært nokså ujevn over tid.

P: Hvordan har veksten i de heimebaserte tjenestene artet seg i de periodene som karakteriserer tidsrommet 1991-2007 og hva har statlige føringer betydd?

R: 1991-97

I åra 1991-1993 var det sterk vekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med 5.000 årsverk pr år, og nesten hele veksten var knyttet til HVPU-reformen. I 1994-1995 var det igjen nesten ingen vekst. I 1996-1997 vokste sektoren igjen sterkt med

4.800 årsverk pr år, hvorav 7 av 10 kom i de heimebaserte tjenestene og i betydelig grad knyttet opp mot sterk innstrømmingen av yngre brukere. I løpet av de 7 åra 1991-1997 vokst pleie- og omsorgstjenestene med 25.000 årsverk, hvorav 8 av 10 kom i de heimebaserte tjenestene.

R: 1998-2007

Åra 1998-2001 var perioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*, hvor det ble gitt statsstøtte til drift av 12.000 årsverk. Omlag 2 av 3 av disse årsverkene kom i de heimebaserte tjenestene, hvor 4 av 10 gikk til brukere under 67 år. I årene 2002-2005 var vi tilbake til svak vekst på linje med årene 1988-1990, med 675 årsverk pr år, men hvor den lille tilveksten nesten i sin helhet gikk til heimebaserte tjenester. I 2006 slår det om. Pleie- og omsorgstjenestene fikk i 2006-2007 den sterkeste veksten de 20 siste åra, med 5.600 årsverk i gjennomsnitt pr år - og fortsatt mesteparten i de heimebaserte tjenestene.

I løpet av de 6 åra som fulgte HPE - 2002-2007- kom det til 14.000 årsverk, hvor bare 1.700 gikk til institusjonene. Nærmere 90 prosent gikk til de heimebaserte tjenestene.

K: De heimebaserte tjenestene har vokst tvers gjennom alle disse etappene og veksten har forsterket seg. Hele tidsrommet 1991-2007 er kjennetegnet ved sterk vekst i disse tjenestene som igjen i vesentlig grad er knyttet til innstrømmingen av brukere under 67 år. Det er et svært markant utfall som understreker at en ved *innretningen* av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har hatt *fokus på de heimebaserte*, samtidig som dette i sin helhet har vært knyttet til *innstrømmingen av yngre brukere* og deres bruk.

4. Fordeling av årsverk i de heimebaserte tjenestene etter alder og type oppholdssted

Vi har vist at veksten i antall brukere av heimebaserte tjenester har vært størst blant personer under 67 år, særlig når de bor i ordinære boliger.

P: Hva kjennetegner utviklingen i de heimebaserte tjenestene i forhold til andelen årsverk som har gått til brukere under 67 år og til brukere i kommunale boliger i perioden 1991-2007?

R: De yngre brukernes *majoritetsposisjon* ble til i særlig to omganger. Hele årsverkstilveksten 1990-95 og i åra etter 2001 gikk til personer under 67 år. I 1989 sto de for 25 prosent av årsverkene i de heimebaserte tjenestene, mot 54 prosent i 1995 og 60 prosent i 2007.

I 2002 ble 54 prosent av årsverkene i heimebaserte tjenester ytt i *kommunale boliger*. Det gjaldt respektive 7 og 4 av 10 årsverkene blant brukere under 67 år og over 67 år. Og av alle årsverk i heimebaserte tjenester ytt i kommunale boliger, gikk den gang 2 av 3 til brukere under 67 år.

Av hele årsverksøkningen fra 1996 til 2002, gikk imidlertid vel 7 av 10 årsverk til brukere bosatt i *ordinære private boliger*. Og fra 2002-2006 kom $\frac{3}{4}$ -deler av veksten i antallet brukere under 67 år blant brukere bosatte slik. Den *relative andelen* årsverk i de heimebaserte tjenestene i kommunale boliger har *avtatt* etter HVPU-reformen.

K: Fra for 20 år sida å være dominert av eldre, er de heimebaserte tjenestene etter hvert også blitt et vesentlig tilbud til yngre brukere. Endringen har vært radikal over relativt kort tid.

Det synes å ha funnet sted to parallelle løp. Ett betydelig - men med mindre voksende bruk av heimebaserte tjenester i *kommunale boliger* - og ett annet sterkt preget av pleie og omsorg i *ordinære private boliger*. De heimebaserte tjenestene har ekspandert sterkere enn det som er fanget opp i tilveksten av kommunale omsorgsboliger.

5. Endring og status i årsverksbruk i de heimebaserte tjenestene fordelt etter alder og hovedårsak til hjelpebehovet

Utvikling og status i ressursbruken i de heimebaserte tjenestene fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet og hvordan dette har endret seg, er viktig kunnskap, særlig når vi skal bedømme utviklingen i innretningen av tjenestene. I hvor stort omfang kommunene *egenhendig har tatt ansvar for nye brukere og utvidet tilbudet for etablerte grupper*, er en svært sentral dimensjon ved utredningen.

P: Hva har vært utviklingen etter 1995 i fordeling i årsverk i de heimebaserte tjenestene etter alder og mellom sentrale brukergrupper som utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser eller somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, og hva er status i dag?

R:- Fordeling i 2007

I 2007 ble det utført 64.000 årsverk i kommunale heimebaserte tjenester. Av disse gikk 38.000, eller 60 prosent til brukere under 67 år, mens 40 prosent tilfalt brukere 67 år+.

Det året gikk 18.000 slike årsverk til *utviklingshemmede*, mens 20.000 årsverk falt på brukere med *somatiske sykdommer* og *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Av disse gikk 12.000 årsverk, eller 60 prosent, til personer med somatiske sykdommer, mens resten, eller vel 8.000 årsverk, gikk til brukere med psykiske lidelser.

R:- Endring 1995-2007

I perioden 1996-2007, dvs. etter at HVPU-reformen var gjennomført, tilførte kommunene den åpne omsorgen vel 29.000 årsverk. Av disse gikk 19.500, eller 2/3-deler, til brukere under 67 år, hvorav igjen 9 av 10 gikk til brukere med *somatiske sykdommer* og *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Antall årsverk til disse økte med 17.250 årsverk, fra ca. 3.000 i 1995 til 20.300 i 2007. Det var en 7-dobling på 12 år.

Også blant brukere 67 år+ var det en betydelig økning perioden sett under ett, med 9.600 årsverk. Men samtlige av disse kom i årene før 2002, dvs. i det alt vesentlige i tilknytning til Handlingsplan for eldreomsorgen.

R:- Endring 2002-2007

I løpet av de 5 årene 2002-2007 førte kommunene netto 10.600 årsverk inn i de heimebaserte tjenestene. Mer enn *samlige* gikk til brukere under 67 år siden bruken blant personer 67 år+ ble litt redusert. Innsatsen for de yngre økte med 11.500, fra 26.500 i 2002 til 38.000 årsverk i 2007, eller med 43 prosent på 5 år. Det er svært mye og på høyde med det som fant sted som følge av HVPU-reformen i perioden 1990-95.

Mesteparten av denne *tilveksten* gikk til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser*, med omlag 5.000 årsverk til hver gruppe. Og mens ressursinnsatsen til brukere med *somatiske sykdommer* vokste med 75 prosent i løpet av disse 5 åra, ble innsatsen for brukere med *psykiske lidelser* mer enn fordoblet, fra 3.700 årsverk i 2002 til 8.200 i 2007. Omlag 1.700 av denne veksten på 4.500 årsverk ble finansiert gjennom *Opptrappingsplan for psykisk helse* i åra 2002-2007.

K: Årsverksveksten etter 1995 har ikke bare vært stor, men utmerker seg ved at to tredjedeler falt på brukere under 67 år. Og blant disse igjen har *nærmere det hele* gått til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser*. På samme måte som HVPU-reformen løftet mesteparten av utviklingshemmede inn i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, er det disse to gruppernes sterke inntog som framfor alt kjennetegner utviklingen i perioden 1996-2007.

Personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer er blitt sentrale brukere og sto i 2007 for 1/3-del av samlet antall årsverk i de heimebaserte tjenestene. Kommunene har *på egen hand* tilført betydelig ressurser til disse gruppene, og langt ut over statens bidrag i *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Hovedtyngden har imidlertid falt på brukere med *somatiske sykdommer*. Og disse har *aldri* vært gjort til gjenstand for statlige handlingsplaner eller særskilte statlige satsinger.

Årsverkene i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år i 2007 tilsvarte forøvrig 40 prosent av årsverksinnsatsen i *spesialisthelsetjenesten* samme år. Det demonstrerer hvor *omfattende* kommunene nå arbeider i forhold til yngre brukere.

6. Endret intensitet i heimebaserte tjenester og i institusjon – årsverk pr bruker 1995-2006

Bruken av pleie- og omsorgstjenestene målt ved omfang pr bruker, eller intensitet, er både mål for behov og behovsdekning. Kunnskapen om dette har imidlertid vært svært sparsom, særlig i forhold til ulike brukergrupper.

P: Hvordan har intensiteten bruken av pleie- og omsorgstjenestene utvikla seg etter 1995 blant de sentrale brukergruppene?

R: Årsverksinnsatsen pr bruker under 67 år med psykiske lidelser og somatiske sykdommer økte under ett fra 0,18 årsverk i 1995 til 0,39 årsverk pr bruker i 2006, dvs. en fordobling. Og disse brukte respektive 0,31 og 0,47 årsverk pr bruker i 2006.

Tidligere synes en jevnt over bare å ha ytt litt til alle brukere, unntatt utviklingshemmede. Doblingen i antall årsverk pr bruker etter 1995, er imidlertid konkret uttrykk for at enten er tunge brukere etter hvert trukket inn eller at de samme brukerne får mer pr capita. Mest sannsynlig er det nok ofte begge deler som har skjedd.

Innsatsen per bruker 67 år+ økte fra 0,13 årsverk i 1995 til 0,22 årsverk i 2006, eller med 70 prosent. Tjenestene er generelt blitt betydelig *intensivert* også for eldre i denne perioden. Siden det faktisk har vært en liten reduksjon i eldre brukere fra 1992 til 2006, er all vekst blant disse tatt ut ved økt intensitet.

I eldreinstitusjoner økte også antall årsverk pr plass fra 0,97 årsverk i 1992 til 1,32 årsverk i 2007, eller med 25 prosent på 15 år.

K: Blant yngre brukere av heimebaserte tjenester med *psykiske lidelser og somatiske sykdommer* har det funnet sted en ekspansjon i bruken, både i bredden og dybden. Det synes å ha vært en nokså jevn vekst i *intensitet* i hjelpa, og faktisk i takt med at det har blitt flere brukere.

Denne utviklingen er sjølve beviset - *nyprioriteringene* kan direkte avledes av empirien - for at kommunene etter hvert har gått inn og tatt mer ansvar for yngre brukere, andre enn utviklingshemmede. Kommunene har m.a.o. fulgt opp innstrømming av nye brukere, ikke med mindre hjelp, men med *mer* hjelp. Det kan m.a.o. synes som at personer med mer omfattende hjelpebehov har vært 'pådriverne'. Det tyder igjen på at *kvalitative forhold og innsikter* også må ha ligget til grunn for nyorienteringen. Synet på hva som er 'nødvendig' og hva som er verdig omsorg, har endret seg.

7. Om vekst i driftskostnader i de heimebaserte tjenestene 1995-2007

Så langt har vi målt ressursbruken ved hjelp av årsverk. Vi har vist fordelingen av disse i de heimebaserte tjenestene etter hovedårsak til hjelpebehovet uten å knytte kostnader til veksten. Men de kostnadmessige konsekvensene forbundet med de oppgaver som kommunene etter hvert har tatt, er sentrale i denne utredningen.

P: Hva er så kostnadene på årsbasis i 2007 knyttet til nivåhevingen i de heimebaserte tjenestene etter 1995 for hovedbrukergruppene under 67 år?

R: I 2007 var brutto driftskostnader til heimebaserte tjenester for brukere under 67 år *19.1 milliarder* kroner beregnet under våre gitte forutsetninger. Derav gikk 10.2 milliarder, eller 54 prosent til brukere under 67 år med *somatiske sykdommer eller psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet.

I perioden 1995-2007 løftet kommunene nivået til drift av heimebaserte tjenester for brukere under 67 år, tilsvarende **9,8 milliarder** kroner på årsbasis i 2007, hvorav om lag 8.7 milliarder var knyttet til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet.

K: Nivåhevinga er *omfattende*, uansett hva en velger som målestokk for sammenlikning, f. eks ressursutviklingen i 2. linjetjenesten for tilsvarende målgrupper. Og dette er størrelsesordener på et helt annet nivå enn f. eks kostnader knyttet til *ferdigbehandlet pasienter i den somatiske 2. linjetjenesten*.

Denne nivåhevingen har imidlertid ikke fått oppmerksomhet fordi vi så langt ikke har hatt statistikk der årsverkene i pleie- og omsorg har vært splittet på heimebaserte tjenester versus eldreinstitusjoner eller fordelt mellom ulike brukergrupper.

Kapittel 6. Om oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Kapittel 6 er et hovedkapittel i utredningen. Innledningsvis er det her gjort rede for mandatet for utredningen, bakgrunnen for det samt presisering av mandatet i forhold til spørsmålet om oppgaveforskyvning.

1. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Innledningsvis tar vi for oss tre former eller mål for *samhandling* mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten:

– **Mulig kontaktflata mellom somatiske sykehus og til de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene (1)**

Vi har gjort rede for generelle hovedtrekk ved utviklingen i de *somatiske* sykehusene og i den *psykiatriske* spesialisthelsetjenesten.

P: Har veksten i antall innleggelser i sykehus, redusert liggetid, flere dagbehandling og polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus de seinere åra økt kontaktflata til de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene?

R: Fra 2000 til 2008 økte antall innlagte i somatiske sykehus med 11 prosent og antall *dagopphold* med 82 prosent. Men samtidig ble antall liggedager redusert med 2 prosent, noe som i sin helhet skyldtes *redusert liggetid* med 0,9 døgn pr opphold - fra 5,6 døgn i 2000 til 4,7 i 2008. Pleiedelen er sannsynligvis blitt redusert.

Antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne ble i 10-års-perioden 1999-2008 redusert med en fjerdedel, mens antall behandlede i døgnplasser økte med 68 prosent.

K: Flere innlagte, kortere liggetid, redusert antall liggedager i *somatiske sykehus* samt sterk økning i dagopphold og poliklinisk virksomhet, sannsynliggjør forskyvning av oppaver til kommunene og må innebære et antatt generelt økt press på de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene.

Færre plasser, flere brukere, kortere oppholdstid og redusert antall døgnopphold i den *psykiatriske spesialisthelsetjenesten* sammen med sterk vekst i poliklinisk virksomhet tilsier at flere over lengre tid er blitt avhengig av kommunale tilbud og dermed at kontaktflata til kommunene må ha blitt større.

De sentrale trekkene i utviklingen i spesialisthelsetjenesten må innebære et generelt potensial for *økt bredde i kontaktflata* til kommunale helse-, pleie-, og omsorgstjenester.

– **Generell samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (2)**

Vi har gitt oversikt over ulike former for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på overordnet nivå, tiltak i spesialisthelsetjenesten ovenfor til kommunene samt ulike særskilte samhandlingstiltak med 2. linja.

P: Har ulike former for samhandling i forhold til spesialisthelsetjenesten ført til at kommunene i større grad har tatt på seg nye oppgaver som tidligere aller oftest ble utført i spesialisthelsetjenestene?

R: Omtale av ulike samhandlingsformer og -tiltak i offentlige dokumenter eller rapporter er ofte preget av å være vage og lite presise i forhold til omfang. Det vises til en rekke tiltak uten at de er *kvantifisert* i årsverk eller at det empirisk er gjort rede for *utbredelse* på landsbasis. Det gjør det vanskelig å trekke reelle slutninger.

K: De ulike formene for samhandling har *antakelig* medført at kommunene i noen grad har tatt på seg oppgaver som tidligere oftest ble utført i spesialisthelsetjenestene. Sjøl om ulike typer samhandling kan ha ført til en viss kompetanseheving i kommunene, er vår hypotese at disse neppe har ført til oppgaveforskyvninger av vesentlig betydning eller omfang. Utgangspunktet for og intensjonene i *Samhandlingsreformen* gir støtte til en slik antakelse.

– **Samhandling gjennom brukere som er skrevet ut fra somatiske sykehus og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (3)**

Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenester er i følge mandatet for prosjektet en sentral problemstilling.

P: Hva er omfanget av og kjennetegn ved de pasienter som har vært til behandling i 2. linjetjenesten og som deretter er blitt brukere av kommunale tjenester?

R: Det foreligger få empiriske data om dette samspillet. Det eneste analyserbare inntaket til kunnskap om fortid i 2. linjetjenesten, er Helsetilsynets undersøkelse i 2003.

Den viste at 17 prosent av alle beboerne i *eldreinstitutioner* var kommet dit direkte fra i 2. linjetjenesten. Det samme gjaldt imidlertid 4 av 10 av beboerne under 67 år. Og 8 av 10 kom fra somatiske sykehus. I *kommunale boliger* var 6 prosent av beboerne kommet dit direkte fra 2. linjetjenesten, hvorav 7 av 10 fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten - i stor grad yngre brukere.

Av i alt 10.000 personer med fortid i 2. linjetjenesten og med plass i eldreinstitutioner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i 2003, var respektive 2/3 og 1/3 kommet fra somatiske sykehus og fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Og ca. 3.000 beboere var utskrevet dit fra sistnevnte.

Nærmere 8 av 10 som kom fra 2. linjetjenesten, var personer 67 år og eldre. Spesialisthelsetjenestenes kontaktflate til kommunene er framfor alt knyttet til *eldre og sykehjem* og i mindre grad kommunale boliger - hvor det imidlertid oftest dreier seg om yngre brukere fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

K: De kommunale eldreinstitutionene og boligene synes å ha en viss, men begrenset samhandling med de somatiske sykehusene. Samhandlingen med den psykiatriske spesialisthelsetjenesten har imidlertid vært større og gjaldt i 2003 3.100 årsverk knyttet til brukere i institusjoner/ boliger med fortid i psykiatriske døgninstitutioner.

Undersøkelsen tyder på at det så langt alt i alt var en relativt begrenset kontaktflate mot kommunale omsorgsregimer som sykehjem og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.

2. Oppgaveforskyvning i forhold til spesialisthelsetjenesten

– **Nye oppgaver i kommunenes helse- og pleietjenester ved bruk av faglig spesialisert hjelp og ny medisinsk teknologi (1)**

Det er blitt hevdet at de kommunale helse- og pleietjenestene har tatt opp i seg endringer i forhold til medisinsk teknologisk utvikling.

P: Er det slik at kommunene i betydelig grad har utviklet faglig spesialisert tilbud ved sammensatte sykdommer og anvender teknisk-medisinske prosedyrer i sitt arbeid?

R: Omfang og endringer i kommunenes innsats i forhold til medisinsk tekniske prosedyrer og faglig spesialisert hjelp er lite dokumentert. Helsetilsynets undersøkelse omhandler imidlertid tiltak som faglig spesialisert hjelp til behandling for *flere aktive, sammensatte sykdommer, teknisk spesialiserte medisinske prosedyrer og kontroll for adferdsavvik.*

Den viser at i 2003 mottok 9 prosent av alle med plass i institusjon og heimebaserte tjenester *omfattende og/eller faglig spesialisert behandling*. Brukere med *flere sammensatte sykdommer* utgjorde 5 prosent av alle, mens 3 prosent ble kontrollert for *adferdsavvik*. Det siste gjaldt hver sjettede utviklingshemmede og hver tolvte blant personer med psykiske lidelser eller alderdemens som hovedårsak til hjelpebehovet. Bare 4 av 1000 fikk behandling gjennom *teknisk-medisinske prosedyrer* (respirator, smertebehandling o.l.).

Det var således den gangen i alt omlag *18.000 personer omfattende og/eller spesialisert faglig behandling* av de typene som her er nevnt. Størsteparten oppholdt seg i institusjon og minst i ordinære boliger. De fleste tilfellene befant seg m.a.o. innenfor en godt etablert kommunal organisering av tjenestene.

K: Personer med slike tiltak var få i forhold til antall brukere i pleie- og omsorgssektoren. Og siden bare 5 prosent fikk faglig spesialisert hjelp for sammensatte sykdommer, vil disse måtte utgjøre relativt marginale størrelser målt i årsverk sett i forhold til den samlede årsverksbruken i disse tjenestene.

Teknisk medisinsk behandling var så langt en svært beskjeden foreteelse med et langt mindre omfang enn tillagt i forhold til antakelsene i et spesialisthelsetjenesteperspektiv. Konklusjonen er at det i liten grad har skjedd en forskyvning av faglig spesialiserte hjelp eller avanserte medisinske tekniske prosedyrer fra sykehus til kommunale omsorgstjenester. Det er imidlertid blitt pekt på at utfordringene heller befinner seg i kompetanse og oppgavemengden knyttet til pasienter med psykiske problemer, rusmisbrukere og tildels demente.

Nå, 6 år seinere, kan bildet anno 2003 være endret, særlig på bakgrunn av fortsatt redusert liggetid i somatiske sykehus. Det foreligger imidlertid ikke empiriske belegg som kan underbygge endringer som eventuelt måtte ha funnet sted.

– **Alternative mål for bruk av ressurser i kommunene som følge av endret utskrivingspraksis/reduisert liggetid i somatiske sykehus (2)**

Det har blitt hevdet at oppgavemengden i kommunene har økt og at dette delvis kan knyttes til at sykehusene i langt sterkere grad rendyrker sin rolle som behandlingsinstitusjon og at siste behandlingsfase og rekreasjonsfasen tas i kommunene.

Andre begrensninger spørsmålet til at økt antall innleggelser og redusert liggetid kan ha gitt flere pleiefaglige oppgaver eller medisinsk oppfølging som ligger innenfor kommunenes pleie- og helsetjenesters alminnelige kompetanseområde.

På den andre sida er det blitt antatt at raskere utskrivninger fra sykehus har medført skjerpete krav til bredere kompetanse i kommunene for å sikre den medisinske og behandlingmessige oppfølgingen.

P: Er det slik at kommunene pga. endret utskrivingspraksis ved sykehusene har overtatt behandling og pleie som tidligere var å betrakte som oppgaver forbeholdt spesialisthelsetjenesten og i hvilket omfang har det skjedd?

R: Det foreligger ikke empiri som kan gjøre rede for bevegelsene mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene innen et enkelt år eller de endringer som måtte ha funnet sted over tid i grensdragningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester. Det samme hefter ved omfanget av oppgaveoverføring til kommunene ved reduser liggetid.

Vi er derfor henvist til å svare på spørsmålet ved hjelp av noen generelle regneeksempler der vi regner om omfanget i redusert liggetid til tilsvarende omfang i opphold ved kommunale sykehjem/kommunale boliger. Her forutsetter vi teoretisk at redusert liggetid i sykehus representerer oppgaveforskyvning fra sykehusene til kommunene. Hensikten med eksemplene er å etablere *alternative mål* for betydningen av f. eks. *nedsatt* liggetid. Vi gjengir tre ulike *illustrerende eksempler* på slike beregninger (a-c).

– **Ressursbruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester knyttet til personer skrevet ut av somatisk sykehus i 2003 - sykehusopphold forstått som avlastning av sykehjem (a)**

P: For personer med plass i sykehjem i 2003, hva utgjorde summen av alle liggedøgn i sykehus for dem som hadde hatt slikt opphold i løpet av siste året, regnet om til liggedøgn i sykehjem?

R: For alle med fortid i somatisk sykehus siste år tilsvarte samtlige liggedøgn i sykehus 80 årsverk regnet om til opphold i kommunale sykehjem, eller 0,15 prosent av samtlige årsverk nyttet i kommunale eldreinstitusjoner det året.

K: Utskrivninger fra somatiske sykehus som etterfølges av opphold i sykehjem, er nærmest uten betydning i forhold til samlet ressursbruk i sykehjem. Omfanget av substituerbarhet er m.a.o. svært lite.

Dette regneeksempel kan stå som en målestokk på eventuelt 'mellomværendet' mellom sykehus og sykehjem i 2003. I 2008 var det ca. 4 prosent flere 70 år+ skrevet ut fra sykehus enn i 2003. Det sannsynliggjør at endringene i forhold til sykehjem siden har vært små.

– **Mulig effekt på fordringen av kommunale tjenester som resultat av redusert liggetid i somatiske sykehus fra 2003 til 2008 (b)**

Redusert liggetid i somatiske sykehus kan medføre at *noen av* de utskrevne pasientene overtas *tidligere* i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Vi anlegger imidlertid det teoretiske resonnementet at hele omfanget av redusert liggetid i somatiske sykehus fra et tidspunkt til et annet, dvs. de innsparte liggedagene, er realisert gjennom tilsvarende tid med opphold i kommunale sykehjem.

P: Hva er ressurseffekten i sykehjem av at redusert liggetid ved heldøgnsopphold i sykehus fra 2003 til 2008 erstattes ved opphold i kommunale sykehjem?

R: Når vi ser bort fra økning i antall døgnopphold samt forutsetter at reduksjonen i liggetid i somatiske sykehus fra 2003 til 2008 (0,9 døgn), i sin helhet ble dekket inn ved opphold i kommunale sykehjem, tilsvarer dette 1.600 sykehjemsplasser/ 2.150 årsverk på årsbasis. Dette utgjorde 3,9 prosent av årsverkene i eldreinstitusjoner i 2008.

K: Eksempel representer et *teoretisk absolutt maksimumsanslag* for hva denne reduserte liggetida kan representere på høyeste kostnadsnivå i kommunal pleie- og omsorg. Her vil imidlertid komme til fratrukk: utskrevne som ikke ble brukere av sykehjem etter sykehusoppholdet, eller som bare ble brukere av heimebaserte tjenester eller som ikke var brukere i det hele tatt, samt den delen av redusert liggetid som kan tilskrives bedre medisinsk behandling i sykehus. Den faktiske forskyvning av oppgaver

til kommunale tjenester vil være langt mindre, jf. omfanget av utskrevne til sykehjem i 2003.

- **Effekt av endret liggetid i somatiske sykehus blant pasienter 70 år og eldre 1999-2007 som følge av manglende kapasitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (c)**

Her tar vi utgangspunkt i endret liggetid ved døgnopphold i somatisk sykehus for pasienter 70 år+ som ble redusert med 1,7 døgn fra 1998 til 2007.

P: Hva er ressurseffekten i sykehjem av at redusert liggetid ved heldøgnsopphold i sykehus blant pasienter 70 år + fra 1998 til 2007 erstattes ved opphold i kommunale sykehjem?

R: Hvis denne reduksjonen i sin helhet ble realisert ved forbedret kapasitet og evne i kommunene til å ta imot pasienter fra sykehus i perioden, ville en med *det samme antall utskrivninger* i 2007 som i 1999 - men med liggetid som i 2007- kunne ha redusert oppholdene i somatiske sykehus med 355.000 liggedøgn i 2007 i forhold til 1999. Omregnet til opphold i sykehjem representerte dette 970 plasser/1.150 årsverk i 2007.

K: Men sjøl om vi 'laster ned' hele reduksjonen på manglende kommunale pleie- og omsorgstjenester, representerte dette 2,25 prosent av samtlige plasser/årsverk i eldreinstitusjoner eller 2,2 sykehjems plasser pr kommune i 2007.

I virkeligheten vil bare en mindre del av denne reduksjonen kunne tilskrives bedret kapasitet og kompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Den generelle liggetidsreduksjonen vil imidlertid sannsynligvis mest skyldes en rekke endringer og tiltak internt i sykehusene, hvor en vesentlig del mest sannsynlig kan føres tilbake til medisinske og teknologiske framskritt og bedre behandlingsmetoder.

Det foreligger som nevnt ikke data som viser de faktiske og samlede kjedene for overgang i behandling fra sykehus til kommunal pleie- og omsorg og vice versa, d.v.s. hvem og hvor mange av dem som skrives ut fra somatiske sykehus som var eller blir brukere av ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Det refereres bare til erfaringer, sannsynliggjøring, antakelser og resonnementer som peker mot forskyvning av oppgaver. Det foreligger imidlertid få studier her til lands som på *systematisk empirisk grunnlag* belyser hvordan forholdet i oppgavefordelingen mellom sykehusene og kommunene har endret seg over tid.

Men det er også mulig å anlegge og begrunne et resonnement om at det samtidig foregår en oppgaveforskyvning den andre veien. I St.meld. nr. 47 (2008-2009) hevder en bl.a. at pasienter *hanner unødig på sykehus* selv med enklere medisinske tilstander fordi det *ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har*. Hvis det er slik, tyder det på lav kompetanse og kapasitet i de kommunale helse- og pleietjenestene.

3. Personer skrevet ut av den psykiatriske spesialisthelsetjenestens – omregnet til ressursbruk i kommunal pleie og omsorg

Her viser vi beregnet ressursbruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester knyttet til brukere med fortid i den *psykiatriske spesialisthelsetjenesten*. Dette ut fra: antall brukere i eldreinstitusjoner og kommunale boliger i 2003 med fortid i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (a), reduksjon i antall døgnplasser i den psykiatriske 2. linjetjenesten

i løpet av perioden 1998-2008 (b) og den kommunale egenfinansiering av tilbud i det psykiske helsevernet for voksne (c).

– **Brukere av pleie og omsorg blant brukere med fortid i psykiatrisk 2. linjetjeneste i 2003 (a)**

P: Hvor mange årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene var i 2003 knyttet til brukere skrevet ut av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten?

R: I 2003 ble det gitt tilbud i institusjon og i kommunale boliger til 3.550 personer som var kommet dit direkte fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i årene før, tilsvarende i alt 3.100 årsverk til drift på årsbasis i 2003.

– **Effekt i kommunene av reduserte døgnplasser i psykiatrisk 2.linjetjeneste 1998-2008 (b)**

P: Hva vart effekten målt i årsverk i kommunene av reduserte døgnplasser i psykiatrisk 2. linjetjeneste under Opptrappingsplanen for psykisk helse, fra 1998-2008 ?

R: Reduksjon på 1.400 heldøgns plasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten 1998-2008 representerte en antatt årlig nivåøkning på 1.400 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i 2008.

– **Økning i kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser innen helsevernet for voksne 1998-2007 (c)**

P: Hvilket omfang representerte kommunenes egenfinansiert tilbud i det psykiske helsevernet for voksne fram til 2007?

R: En betydelig økning i behandlede personer i det kommunale psykiske helsevernet for voksne og sterk vekst i *poliklinisk virksomhet* har ført til at kontaktflata til de kommunale tjenestene må ha økt betraktelig. I 2007 ble det utført ca. 7.500 årsverk i heimebaserte eller liknende tjenester i psykisk helsearbeidet for voksne. Kommunene har egenhending tilført omlag 3.000 årsverk, omtrent like mange er kommet til finansiert gjennom statlige tilskudd.

K: Vi antar at en god del – men ukjent i omfang - er blitt skrevet ut fra døgnplasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til ordinær privat bolig og mottar sine tjenester der. Med dette i mente og med de gitte resultatene fra våre beregninger her, synes kommunene å ha tatt brukere fra de psykiatriske døgninstitusjonene i *betydelig omfang* i de seinere åra.

I tillegg har kommunene tilført egenfinansierte årsverk i det psykiske helsearbeidet for voksne nesten i samme omfang som har vært finansiert gjennom *Opptrappingsplanen*. Dette er samtidig en klar parallell til HVPU-reformen, hvor kommunene etter hvert ga tjenester til nesten like mange som dem som kom fra HVPU-institusjonene.

4. Mulige kostnader knyttet til ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus

Det er reist spørsmålet om det er riktig anvendelse av ressurser i sykehus å ta hand om behandling og pleie som kunne ha vært utført i kommunene.

P: Under forutsetningen om at samtlige liggedøgn knyttet til ferdigbehandlede pasienter i sykehus helt ut skyldtes manglende tilbud i den kommunale pleie-

og omsorgstjenesten, hvor mange årsverk ville da gå med til å dekke disse døgnene ved opphold i sykehjem?

R: I 2007 var 145.000 liggedøgn knyttet til ferdigbehandlede pasienter som ikke var friske nok til å reise hjem, men som ikke hadde noe tilbud utenfor sykehus. Disse døgnene dekket inn ved opphold i sykehjem ville der ha tilsvart 400 plasser/525 årsverk. Dette representerte 1 prosent av årsverksinnsatsen i eldreinstitusjonene samme år.

K: Utskrivningsklare pasienter i sykehus har hatt sterkt fokus og blitt utlagt som et problem av vesentlig betydning. Omregnet i opphold i sykehjem, representerer disse imidlertid igjen nokså marginale størrelser og ville i 2007 maksimalt ha dreid seg om 1 sykehjemsplass pr kommune! Det demonstrerer samtidig påtattheten og betydningen av ståsted og definisjonsmakt i denne typen framlegg.

5. Mulige kostnadmessige konsekvenser i kommunene av redusert liggetid, utskrivninger og ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten

Et sentralt anliggende i utredningen har vært endringer i kommunenes oppgaveportefølje og de økonomiske konsekvensene og kostnader knyttet til oppgaver som kommunen eventuelt har overtatt som resultat av oppgaveforskyvning mellom stat og kommune.

P: Hva har vært de mulige kostnadmessige konsekvensene i kommunene som følge av redusert liggetid, endret utskrivningspraksis og ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten?

Her følger en samlet oversikt over mulig innsats i kommunene som følger av de ulike tilnærmingene og eksemplene på oppgaveforskyvning som er presentert foran, fortrinnsvis regnet om til kostnader i kommunale sykehjem.

– Effekt av redusert liggetid/ferdigbehandlede i somatiske sykehus 2007/2008 (1)

R: Effekten av *redusert liggetid i somatiske sykehus* i perioden 2003-2008 for hele befolkningen og redusert liggetid 1999-2007 for pasienter 70 år+, regnet om til opphold i sykehjem, utgjorde i følge de to regneeksemplene 1-2 prosent av samlede brutto kostnader til drift av eldreinstitusjoner i årene 2008/2007.

Alle liggedøgn knyttet til *ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus i 2007*, regnet om til opphold i sykehjem, tilsvarte brutto driftskostnader i størrelsesorden 300 millioner, eller ca. 0,5 prosent av samlede driftskostnadene i den nasjonale pleie- og omsorgssektoren i 2007. Dette under den urealistiske forutsetning om at samtlige døgn skyldtes manglende kapasitet og kompetanse i kommunene.

K: Kommunal innsats som genereres ved disse ulike tilnærmingene dreier seg om små kostnader. Det både i forhold til bruk av ressurser i institusjoner og enda mindre i forhold til i den samlede kommunale pleie- og omsorgssektoren.

– Pasienter tatt over fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (2)

R:

a. Brukere fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten bosatt i kommunale boliger og i eldreinstitusjoner, benyttet kommunale tjenester som i følge våre beregninger beløp seg til ca. 1,4 milliarder i brutto driftskostnader på årsbasis i 2003.

b. I perioden 1998-2008 overtok kommunen pasienter fra spesialisthelsetjenestens døgnplasser, tilsvarende 700 millioner i brutto driftskostnader i 2008.

c. Kommunene hadde etter 1998 egenfinansiert heimebaserte tjenester i det psykiske helsevernet for voksne med omlag 3.000 årsverk i tillegg til det som ble finansiert gjennom Opptrappingsplanen. Som nivåhøyning representerte dette på årsbasis brutto driftskostnader tilsvarende 1,5 milliarder i 2007.

K: Samlet synes kommunene egenhendig å ha tatt oppgaver i det psykiske helsevernet for voksne etter 1998 som anslagsvis representerte en nivåheving i størrelsesorden minst 2 - 2.5 milliarder kroner på årsbasis i 2007, oftest i de heimebaserte tjenestene. I tillegg kommer kostnadene knyttet til dem som var kommet fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til sykehjem (ca. 1 milliard på årsbasis i 2003). Dette gir i sum 3.-3.5 milliarder på årsbasis.

Det er betydelig, og vesentlig mer enn det som måtte ha funnet sted i forhold til de somatiske sykehusene. Det fører seg således til det mønster vi bl. a. har vist for brukere av heimebaserte tjenester under 67 år med somatiske sykdommer.

6. Om generell sammenheng mellom kommunale ressurser i pleie- og omsorg og bruk av somatiske sykehus

– Omfang av kommunale ressurser i pleie og omsorg og bruk av somatiske sykehus (1)

Hvis det har funnet sted vesentlig oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenestene til kommunene - f. eks *gjennom redusert liggetid* i sykehus - er det rimelig å vente at det ville gjenspeile seg i form av økt ressursbruk i kommunene. Hvis noen kommuner i stor grad har avlastet sykehusene, må de samtidig ha brukt flere ressurser enn dem som i mindre grad har gjort det.

P: Er det slik at kommuner med lav kapasitet i sine helse- og omsorgstjenester, har et høyere bruk av spesialisthelsetjenester enn kommuner med høy ressursinnsats, når det er kontrollert for ulikheter i behov? Foreligger det m.a.o. substitusjon mellom nivået på helse- og pleietjenestene i kommunene og bruken av sykehus?

Ved SINTEF og ved Universitet i Oslo (Hero) er det gjennomført analyser av hvordan ulik ressursbruk i kommunal pleie- og omsorg i 2008 eventuelt påvirker bruken av somatiske sykehustjenester.

R:

a. Det entydige resultatet fra analysen ved SINTEF i 2009 av bruk av sykehus for hele befolkningen, var at ulik ressursinnsats i de kommunale pleie- og omsorgstjenesten hadde liten sjølstendig effekt på det samlede sykehusforbruket, når det tas hensyn til variasjoner i behov.

b. I en tilsvarende analyse av somatiske sykehus ved HERO, UiO i 2009, av det samlede forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester, finner en ingen effekt av de variablene som beskriver det kommunale tilbudet.

Det synes bare å foreligge begrenset *substitusjon* mellom kommunehelsetjenesten og somatisk spesialisthelsetjeneste på relativt *begrensete områder*, f. eks for personer 80 år+

akutt innlagt ved medisinske avdelinger. Hovedkonklusjonen her er at variasjonen i det kommunale tilbudet av lege-, pleie- og omsorgstjenester *ikke har generell effekt i forhold til bruken av spesialisthelsetjenester.*

K: Begge disse analysene kommer på noenlunde samme vis ut med i hovedsak det samme resultatet. Det er ingen signifikant sammenheng mellom ressursbruk i de kommunale tjenestene og samlet forbruk av somatiske sykehustjenester. Det er imidlertid noen negative sammenhenger i forhold til deler av sykehusbruken i den eldste delen av befolkningen, men ikke markant.

Hvis det var slik at det hadde funnet sted vesentlig oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenestene til kommunene *gjennom redusert liggetid* i sykehus, ville det være rimelig å vente å gjenfinne dette i form av økt ressursbruk i kommunene. Hvis kommuner i stor grad har avlastet sykehusene, må de samtidig ha brukt flere ressurser enn dersom de i mindre grad har gjort det. De nevnte analysene finner ikke slike sammenhenger.

– **Liten eller ingen vekst i kommunal pleie- og omsorg i forhold til eldre i de seinere åra (2)**

P: Hvis det hadde vært slik at kommunenes ressursinnsats som følge av redusert liggetid og utskrivninger av pasienter fra somatiske sykehus, hadde hatt et vesentlig omfang, ville det være rimelig å vente å kunne spore den i årsverksvekst i de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenesten i de seinere åra, særlig for de eldre ?

Hvis det hadde funnet sted en betydelig oppgaveoverføring fra sykehusene i forhold til de eldste, burde dette i noen grad ha gitt seg utslag i økt lege- og fysioterapiinnsats for eldre i kommunene.

R: I femårsperioden 2003-2007 økte institusjonsomsorgen årlig i gjennomsnitt med 215 årsverk, eller omlag 1000 i alt. I de heimebaserte tjenestene *reduseres* imidlertid innsatsen til brukere 67 år+ med 860 årsverk i samme periode. Samlet sett var det altså *ingen vekst* i eldreomsorgen etter 2002.

Overlappet mellom kommunehelsetjenesten og de kommunale omsorgstjenestene er beskjedent. Den representerte 670 årsverk i fysioterapi- og legetjenester i 2007, med halvparten på hver. Veksten her har vært liten i de seinere åra. Heller ikke på det punktet kan det påvises noen 'oppgaveoverføringseffekt'.

K: Svak generell årsverksvekst i eldreomsorgen og svak vekst i de sentrale kommunehelsetjenestene til eldre tyder på at det ikke kan ha vært knyttet vesentlig kommunal innsats verken til redusert liggetid i sykehus eller ferdigbehandlede eldre der. Det synes på alle måter ikke å foreligge *empiriske belegg* for at antatt oppgaveforskyvning fra de somatiske sykehusene kan knyttes opp mot faktisk økt ressursbruk i kommunene.

Den sterke veksten i kommunale pleie- og omsorgstjenester - med nærmere 40.000 årsverk etter 1995 - synes i liten grad å kunne føres tilbake til direkte overføringer av brukere og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Den kan imidlertid særlig knyttes til at *kommunene har påtatt seg nye oppgaver for nye brukere* og dyktiggjort seg til å løse dem - framfor alt gjennom endra innretning av tjenestene. Og halvparten av årsverksveksten i perioden gikk til heimebaserte tjenester for brukere under 67 år, tilsvarende ca.

10 milliarder kr målt i brutto driftskostnader i 2007. Det er på den måten at *de store oppgaveforskyvningene* framfor alt har funnet sted.

Til forskjell fra vår tilnærming, reiser en i St.meld. nr. 47 (2008-2009), *Samhandlings-reformen*, spørsmål om hvorvidt kommunene i større grad enn i dag kan ta ansvar for pasientbehandling, pleie, rehabilitering og forebygging. En legger til grunn at det fins en betydelig unødig bruk av spesialisthelsetjenester. Det må bety at det er for lav kompetanse og kapasitet i kommunene; d.v.s. at 2. linja i dag utfører oppgaver som under andre omstendigheter kunne vært løst i kommunene. I det perspektivet er spørsmålet om oppgaveoverføring fra 2. linjen *til* kommunene ikke aktuell problemstilling. Det er heller ikke tema i meldinga.

7. Utvikling av nye oppgaver i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

1. Nye oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene

Sentralt i denne utredningen står oppgaver/pasientgrupper som enten *overføres* til eller *overtas* av de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene. Oppgavene favner mao. også de som kommunene over tid mer eller mindre har utviklet *på egen hand*. Med 'nye' oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene, er det nærliggende å tenke på ulike *spesifikke* tiltak og enkeltoppgaver. Langt mer fruktbart er det etter vår vurdering å se på dette i betydning av *endret innretning*, f.eks. mot nye brukergrupper med fornyete kombinasjoner av tjenester og tiltak og med endret intensitet, grad av individualisering og fleksibilitet og intensitet.

P: Hvordan har de kommunale pleie- og omsorgstjenestene endret innretning over tid?

R: De fleste kommuner har gradvis etablert et bredt tilbud i pleie- og omsorgstjenestene. Stikkord er bl.a økt fleksibilitet og mangfold, økt intensitet, individuell tilpassning og medikalisering av tjenestene, særskilte trekk ved endringer i heldøgnsomsorgen og videreutviklingen av overordnede mål.

Vi har gitt *summariske karakteristikk* av sentrale kjennetegn ved utviklingen av oppgaver og tiltak i, framfor alt preget av *endret innretningen* av tjenestene. Og særlig har de heimebaserte i stor grad endret *innhold, form og funksjon*.

K: Pleie- og omsorgstjenestene har både endret seg og vokst i omfang, kompetanse og type tiltak. Ikke fordi en direkte har fått overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten - slik det ofte hevdes - men fordi forståelsen av hva de kommunale tjenestene skal være, har endret seg.

Det er tatt viktige skritt i retning av *normalisering* av folks liv på tross av skrøpelighet. Kommunene har i større grad realisert *hovedmålsettingen* i omsorgsarbeidet, om at den enkelte skal kunne bli boende i egen bolig så lenge som mulig. Kommunene har mao. *dyktiggjort seg sjøl*, slik at de *mer* er blitt i stand til å realisere omsorgstjenestenes økende og endrede oppgaver i tråd med nyvunne innsikter, prinsipper og mål.

Den kommunale pleie- og omsorgssektoren har vært gjennom en så omfattende utvikling at den langt på vei står fram som en sterkt *fornyet* sektor. Og den er i dag i

stand til å ta på seg oppgaver som tidligere i langt større grad lå til spesialisthelsetjenesten. I denne forstand kan vi si at kommune har fått nye oppgaver.

2. Endring og vekst i ulike profesjonsgrupper i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1997-2007 som indirekte mål for nye oppgaver

Hvis det har funnet sted betydelige omlegginger i innholdet og profesjonaliteten i de oppgaver pleie- og omsorgstjenestene utfører, må det til en viss grad kunne reflekteres og spores i endret sammensetning av de ulike yrkesgruppene. Vi legger til grunn at hvis enkelte profesjoner har vunnet fram i forhold til andre, kan det tolkes som tegn på endret innretning av tjenestene. Hvis ikke, har veksten mest sannsynlig skjedd uten vesentlig endring i slik innretning eller i oppgaver.

P: Hvilke endringer har funnet sted i sammensetningen av profesjonene i pleie- og omsorgstjenestene målt i årsverk i perioden 1997-2007?

R: Av en samlet vekst på nærmere 28.000 årsverk i perioden 1997-2007, kom 37 prosent blant høgscoleutdannet og 40 prosent blant personell med videregående utdanning, mens resten falt på pleieassistenter og ytere av praktisk bistand.

De tre store profesjonsgruppene - *sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter/ytere av praktisk bistand* - sto i 2007 for $\frac{3}{4}$ -deler av årsverkene i kommunal pleie- og omsorg. Relativt sett ble imidlertid antall årsverk for disse gruppene litt redusert i løpet av tiåret, og som i sin helhet var knyttet til hjelpepleiere. Det synes å ha vært et generasjonskifte, der eldre hjelpepleiere ofte er blitt erstattet av yngre omsorgsarbeidere.

I tillegg til vernepleiere, var det *relativt* stor vekst blant *sosionomer, barnevernspedagoger*, og særlig *miljøterapeuter* - med omlag 2.900 årsverk i perioden - antakelig særlig knyttet til sterke vekst i antall yngre brukere.

I perioden 1997-2007 var det en svak vekst i antall *fysioterapi- og legeårsverk* og i kommunehelsetjenesten, med hhv 11 prosent og 24 prosent. På landsbasis var det i 2007 samlet knyttet 670 slike årsverk direkte knyttet til institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Det *direkte* overlappet mellom kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene er m.a.o. svært lite.

K: Det har vært sterkt fokus på antatt nye medisinske oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene. Endringer i profesjonssammensetning i dem tyder imidlertid ikke på at det er realisert i særlig grad.

Det er veksten knyttet til *klassisk pleie- og omsorgsarbeid* som utgjør den vesentlige delen av tilveksten 1997-2007, idet $\frac{2}{3}$ av denne årsverkstilveksten var knyttet til *omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, pleieassistenter og ytere av praktisk bistand*. Og det er disse som nødvendigvis må ha stått for det meste av økningen på vel 17.000 årsverkene til brukere *under 67 år med heimebaserte tjenester* i perioden 1997-2007.

I 2007 var det samlet ca. 7.900 lege- og fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten. Til sammenlikning utgjorde på den andre sida aleine *økningen* for de fire profesjonene *sykepleiere, vernepleiere, miljøterapeuter og sosionomer*, 9.700 årsverk fra 1997-2007. Både i pleie- og omsorgssammenheng og i økonomisk sammenheng *strømmer de aller største ressursene gjennom pleie- og omsorg*.

I *det vesentlige* som har skjedd i utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de 10 siste åra - inkludert forholdet til 2. linjetjenesten - er det viktig å ikke miste av syne de dominerende og sentrale trekkene. De har framfor alt vært knyttet til *tradisjonell pleie- og omsorg* i stort omfang - også for *nyankomne brukere*.

Kapittel 8. Pådrivende faktorer i utvikling og endret innretning av kommunale pleie- og omsorgstjenester de 20 siste åra.

Denne utredningen omhandler både oppgaver og pasientgrupper som *overføres* til eller *overtas* av de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene, dvs. ikke bare dem som er kommet fra 2.linjetjenesten eller som er overtatt gjennom statlige reformer, men også dem som kommunene over tid har utviklet tiltak for på egen hand. Utvikling og endret innretning av tjenestene her er framfor alt knyttet til tilveksten av brukere under 67 år.

Med det utgangspunktet gjør vi rede for noen viktige drivkrefter bak sentrale endringer i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de siste 20 åra.

1. Statlige reformer og handlingsplaner som pådrivere i utbyggingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

P: Hvilken rolle har de ulike statlige handlingsplaner og reformer spilt, særlig som pådrivere for innstrømmingen av yngre brukere i de heimebaserte tjenestene?

HVPU-reformen (a)

- ***HVPU-reformen* (1991-1995) tok særlig sikte på å avvikle institusjonsomsorgen og å bygge ut alternative tilbud for utviklingshemmede slik at det kunne bli mulig å bo selvstendig. Reformen ble drevet fram av målsettingen om å normalisere levekårene. Det var det første større statlige pådrivende tiltaket for vekst og endret innretning av pleie- og omsorgstjenestene etter at kommunene overtok ansvaret for sykehjemmene i 1988.**

R: All vekst i de heimebaserte tjenestene i perioden 1991-95 gikk til utviklingshemmede, med omlag 13.000 årsverk. HVPU-reformen omfattet også heimeboende utviklingshemmede. Kommunen bygde ut både tjenester og boliger i nokså stort omfang. De statlige økonomiske tilskuddene var imidlertid omfattende og gjorde reformen realiserbar på relativt kort tid.

Handlingsplan for eldreomsorgen (b)

Handlingsplan for eldreomsorgen (1998-2001) var en større statlig satsing for å bedre kapasitet og kvalitet i kommunenes omsorgstjenester. Den omfattet styrking av hjemmetjenestene, flere plasser i heldøgns pleie- og omsorg, flere omsorgsboliger, fornyelse og modernisering av eldre institusjonsbygg og ensengsrom i sykehjem. Dette var den andre store satsingen fra statens side på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

R: Staten la opp til å bevilge ca. 10 milliarder til drift av omlag 12.000 årsverk i perioden 1998-2001, hvorav 11.585 ble realisert. Av disse kom 9.700 årsverk eller nærm-

ere 80 prosent i de heimebaserte tjenestene, hvorav igjen 4 av 10 gikk til brukere under 67 år.

Opptrappingsplan for psykisk helse (c)

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) forutsatte både en styrking av tjenestetilbudet i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, og det ble lagt vekt på både distriktpspsykiatriske sentre og polikliniske tjenester og et større kommunalt ansvar.

R: Måltallet for psykisk helsevern for voksne i kommunene var 3.760 årsverk i 2008. Dette måltallet ble nådd, idet 3.858 årsverk var tilført ved statlig finansiering ved utgangen av 2007.

I 2007 ble det utført i alt 9.000 årsverk i det kommunale psykiske helsevernet for voksne, hvor om lag halvparten falt på tjenester finansiert ved statstilskott og halvparten på tjenester og tiltak i regi av kommunene.

Her synes staten og kommunene parallelt å ha løftet ut omtrent like mye. Opptrappingsplanen har m.a.o. fungert som pådriver ut over eget bidrag, analogt til hva som skjedde under HVPU-reformen.

R a-c: HVPU-reformen innevarsler noe nytt med en påfølgende omfattende tilvekst av yngre brukere andre enn utviklingshemmede i de heimebaserte tjenestene. Denne utviklingen og forvandlingen skjøt på nytt fart i årene 1996-97, og fortsatte under *Handlingsplan for eldreomsorgen* og *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Den holdt seg gjennom svekket kommuneøkonomi i årene 2002-2005, for igjen å akselerere i årene 2006-2007, med styrket kommuneøkonomi. Og de heimebaserte tjenestene har vokst gjennom alle disse tidsrommene. Men framfor alt har de unge brukerne strømmet inn. Satsingen på disse i de heimebaserte tjenestene etter 1995 er således ikke særskilt knyttet til enkeltperioder og enkeltgrupper. Veksten har vært jevn og nærmest uavbrutt helt fram til i dag.

Bevegelsen mot i tiltakende grad å innrette pleie- og omsorgstjenestene mot de bolig- og heimebaserte, synes også å ha skjedd dels uavhengig av konjunktorene og statlige satsinger. Men en underliggende viktig forutsetning for denne bevegelsen, har vært den omfattende byggingen av omsorgsboliger fra 1994 og utover gjennom *statlige* tilskotts- og låneordningene i Husbanken. Dette var dog også delvis en videreføring av den kommunale boligbyggingen for utviklingshemmede. Finansieringsordningene i Husbanken synes imidlertid å ha hatt en betydelig *sjølstendig påvirkende kraft* og har bidratt til det sentrale boligbyggingsaspektet ved den nye innretningen av pleie- og omsorgstjenestene.

K: *HVPU-reformen* var det mest profilerte leddet i avinstitusjonaliseringen av pleie og omsorg på 1990-tallet sammen med ned-institusjonaliseringen i tilbudet til personer med psykiske lidelser og stagnasjonen i institusjonstilbudet for eldre. Reformen plasserer seg sentralt i en større generell bevegelse mot *boliggjøring, individretting og normalisering* av omsorgstjenestene. *Handlingsplan for eldreomsorgen* - med sterk utbygging av omsorgsboliger - representerer fortsettelsen av denne bevegelsen sammen med fortsatt omsorgsboligbygging og styrkingen av de heimebaserte tjenestene i det psykiske helsevernet under *Opptrappingsplan for psykisk helse*.

2. Kommunenes egendyktiggjøring – kommunene har tatt nye oppaver

Men vel så pådrivende viktig som statlige handlingsplaner, har vært *kommunenes evne til å ta nye oppgaver og særlig å utvide dem innen flere brukergrupper*, særlig under 67 år. Vi gjør først rede for den sterke veksten, særlig i de heimebaserte tjenestene til disse brukergruppene.

– Sterk vekst uten statlige handlingsplaner

Pleie- omsorgssektoren har fra slutten av 1980-åra vært gjennom en så omfattende utvikling at den langt på vei står fram som en fornyet sektor. Økningen i ressurser, bredde og mangfold, veksten i profesjonsgruppene og mangfoldet i boliger og institusjoner, har gjort kommunene i stand til å ta et langt bredere ansvar enn tidligere. Veksten har vært stor.

P: Har veksten i de kommunale pleie- og omsorgstjenesten vært så sterk at den sannsynliggjør at den er blitt formet av andre krefter enn økonomiske konjunkturer og statlige handlingsplaner?

R: I perioden 1996-2007 vokste de heimebaserte tjenestene med 29.000 årsverk, hvor 2/3-deler gikk til brukere under 67 år. Omlag 10.000 årsverk av denne økningen er tilført av kommunene uavhengig av nivåheving gjennom statlige handlingsplaner. Det aller meste har gått til brukere med *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet uten at disse har vært gjenstand for statlige handlingsplaner.

K: Kommunene har etter 1995 *på eget initiativ* hevet nivået i de heimebaserte tjenestene i betydelig grad og i et omfang som tilsvarer hele det statlige driftsbidraget under Handlingsplan for eldreomsorgen.

Alt dette har vært knyttet til at kommunene har *videreført og utvidet* etablerte oppgaver samtidig som de dels på eget initiativ har utviklet *nye tiltak*. Det meste av veksten skyldes likevel at en har gitt hjelp til flere *allerede etablerte yngre brukergrupper* og gradvis ytt *mer hjelp per person*.

Kommunenes egendyktiggjøring

– Kommunenes egendyktiggjøring gjennom læring og realisering av statlig ideologi

P: Har det vært slik at den omfattende og raske gjennomføringen av HVPU-reformen har bydd på erfaringer og lærdom som kommunene tok med seg over i åra som fulgte?

R: Halvparten av de utviklingshemmede brukerne av heimebaserte tjenester i 1995 var kommet fra andre steder enn HVPU-institusjoner. I tillegg til å gjennomføre statlige pålegg, *genererte* kommunene tilsvarende tiltak for andre brukere i omtrent like stort omfang.

Det samme skjedde i tilknytning til *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Kommunene etablerte omlag like mange egenfinansierte som statlig finansierte årsverk i heimebaserte tjenester i det psykiske helsearbeidet for voksne.

K: Kommunene synes å ha tatt vesentlig lærdom av arbeidet med de statlige reformene og utvidet sitt ansvarsområde til andre som antakelig har vært i like stor bero for offentlig hjelp og bistand.

De statlige handlingsplanene synes også å ha virket som *pådrivere* i kommunenes dyktiggjøring og har generert utvikling og læring. Slik sett kan det hevdes at kommunene mer enn realiserer statlige målsettinger.

– **Hvor de nye yngre brukerne kom fra - oppgaveforskyvning fra familien til kommunen**

Både under HVPU-reformen og under Opptrappingsplan for psykisk helse, kom det som nevnt like mange eller flere brukere fra egne heimer/familiene enn fra institusjonene. Majoriteten av brukerne med somatiske sykdommer/fysisk funksjonshemming kan heller ikke ha kommet fra institusjonene, siden de relativt få institusjonsplassene for disse (f.eks. vanføreheimmene) var avviklet før 1995.

P: Fra hvor har den vesentlige delen av nye yngre brukerne av pleie- og omsorgstjenester kommet?

R: Blant brukere under 67 år i kommunale boliger i 2003 var 7 av 10 kommet dit heimefra eller fra annen kommunal bolig. Og av 25.000 nye brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i perioden 1997-2006, var 7 av 10 bosatt i ordinære private boliger. Det enkle svaret på hvor alle de nye yngre brukerne kommer fra, er oftest fra egne heimer/foreldreheimer. Likevel er det blitt reist undrende spørsmål om hvor disse brukerne egentlig kommer fra.

K: Den sterkt økende innsatsen for ulike grupper yngre funksjonshemmede som jevnt over bor i ordinære private heimer, underbygger at kommunene gradvis har *tatt på seg oppgaver* som tidligere ble ivaretatt av familien eller ikke var skjøttet på god nok måte.

Det tiltakende innslaget av tungt fysisk funksjonshemmede i kommunale boliger er et annet uttrykk for at kommunene har tatt ansvar for langt flere slike enn tidligere. Likevel har majoriteten av nye yngre brukere fått hjelpa der de bor i private boliger. Hjelpa er oftest kommet til dem uten flytting.

Underliggende drivkrefter i HVPU-reformens kjølevann har vært en omforent forståelse i familiene av at det er mulig å få kommunal hjelp, kommunenes aksept av rimeligheten i dette og ikke minst, den praktiske oppfølgingen i kommunene. Samtidig har antakelig også familiene tatt lærdom fra HVPU-reformen og stilt høyere krav til kommunene.

– **Fagfolkene i kommunene som pådrivere**

Økningen i antallet unge brukere i de heimebaserte tjenestene følger mest av en omlegging i samfunnets innsats for grupper og problemer som har vært der tidligere.

P: Hvem i kommunene har særlig stått for omlegging av pleie- og omsorgstjenestene rettet mot flere yngre brukere?

R: Det er vår hypotese at det er *fagpersonalet* i kommunene som har stått for denne utviklingen og at *endret innretning* av tjenestene er en følge av økte faglige ambisjoner hos de ansatte. Slik sett kan det hevdes at kommunene ikke har fått nye oppgaver, men har tatt oppgaver og er derfor i dag bedre i stand til å realisere helse-, pleie- og omsorgstjenestenes mål. Det kan imidlertid være et problem at en betydelig prioritering av de samlede ressursene er forårsaket av fagmiljøene og har funnet sted uten politiske debatt.

K: Vesentlige deler av den tunge og fornyende innsatsen i pleie- og omsorgstjenestene, særlig for brukere med somatiske sykdommer, synes å ha blitt til uten vesentlig styring på statelig nivå.

3. Pådriving i innretning og utvikling av kommunale tjenester gjennom samhandling med spesialisthelsetjenesten

Det er allmenn enighet om at betydelige brukergrupper i kommunene er avhengige av at de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene samhandler med spesialisthelsetjenesten slik at tilbudene blir sammenhengende og så helhetlige som mulig.

I kapittel 6 drøftet vi hvorvidt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har økt kontaktflata mellom dem samt hvorvidt de ulike samhandlingsformene og -arenaene i forhold til spesialisthelsetjenesten har ført til at kommunene har tatt på seg nye oppgaver.

I denne sammenhengen tar vi i imidlertid for oss samarbeid og oppgaveforskyvning som formende og *pådrivende* faktorer i forhold til utvikling og innretning av de kommunale tjenestene.

- **Pådriving ved samhandling gjennom statlige handlingsplaner og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten**

P: Vi reiser spørsmål om i hvilken grad det har funnet sted pådriving og læring gjennom:

- **(a) samarbeid om statlige handlingsplaner?**
- **(b) samhandling med den psykiatriske spesialisthelsetjenesten?**

R: Arbeidet med de ulike statlige handlingsplanene i kommunene har sannsynligvis med stor sikkerhet hatt betydelig innvirkning på utforming og innretning av de kommunale tjenestene.

Også i de psykiatriske spesialisthelsetjenestene har det sannsynligvis funnet sted en økt samhandling med kommunene, kanskje særlig gjennom etablering av flere døgnplasser i DPS'er og større aktivitet overfor disse brukergruppene i sin alminnelighet i kommunene.

En betydelig økning i antall behandlede i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og økning i poliklinisk virksomhet må samtidig bety at *kontaktflata* til og samhandlingen med de kommunale tjenestene, og samhandlingen økt betraktelig.

K: Det er sannsynlig at samhandlingen gjennom arbeid med handlingsplaner og særlig gjennom Opptappingsplanen over 10 år, har fungert som en betydelig pådriver i utvikling og innretning av de kommunale tjenestene. Det bekreftes f. eks av det betydelige antall årsverk som kommunene har tilført arbeidet i det psykiske helsevernet i kommunen.

- **Pådriving, læring og utvikling i kommunene gjennom medisinsk faglig aktivitet, generell samhandling og oppgaveoverføring i forhold til spesialisthelsetjenesten**

P: Vi reiser videre spørsmål om i hvilken grad det har funnet sted pådriving, læring og utvikling gjennom:

- (c) spesialisert medisinsk faglig aktivitet og profesjonsutvikling
- (d) den generelle samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten
- (e) den somatiske spesialisthelsetjenesten gjennom oppgaveoverføring knyttet til redusert liggetid og økt aktivitet ved somatiske sykehus (dagbehandling, poliklinisk virksomhet)

R (c): Det finnes så langt ikke empirisk belegg for at det har skjedd en betydelig forskyvning av faglig spesialiserte tjenester til kommunene, sjøl om slike oppgaver utvilsomt har vært i vekst. Vi antar derfor at dette i liten grad har fungert pådrivende i utviklingen av de kommunale tjenestene. Små endringer i sammensetningen av profesjonsgruppene i pleie- og omsorg de 10 siste åra, tyder heller ikke på vesentlig pådriv gjennom profesjonsendring.

R (d): Ulike former for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har *antakelig* i noen grad har ført til at kommunene har tatt på seg oppgaver som tidligere som oftest ble utført i spesialisthelsetjenesten.

De mange samhandlingstiltakene er imidlertid lite *kvantifisert* i årsverk samtidig som *utbredelsen* er uklar. Det gjør det vanskelig å vurdere i hvilken grad slike samhandlingsformer har virket pådrivende i utvikling og innretning av de kommunale tjenestene.

R (e): Antall innlagte, dagopphold og polikliniske behandlinger i/ved sykehus har økt samtidig som og liggetida er redusert. Disse utviklingstrekkene må innebære et potensial for *økt bredde i kontaktflata til kommunale helse-, pleie-, og omsorgstjenester*.

Vi mangler imidlertid empiri for å kunne vurdere i hvilken grad denne utviklingen har fungert som *pådriver* i innretningen av de kommunale tjenestene, ut over antatt økt omfang av *allmenne* pleie- og omsorgsfaglige oppgaver og *generelle* antakelser om positiv utvikling i medisinsk retning.

K: Nokså motstridende antakelser, føringer og data gjør det etter vår vurdering vanskelig å ta stilling til hvorvidt utviklingen så langt i vesentlig grad har dyktiggjort kommunene i deres arbeid i forhold til den somatiske spesialisthelsetjenesten.

I stortingsmeldinga om Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) hevdes det imidlertid at pasienter havner unødige på sykehus selv med enklere medisinske tilstander, fordi det ikke finnes et tilbud i kommunene som er tilpasset det behovet de har. Hvis det er tilfellet, svekker det antakelsen om at samhandling mellom 1. og 2. linjetjenestene og forbedret medisinsk kompetanse i kommunene, har fungert som vesentlige pådrivere i utviklingen av de kommunale helse- og pleietjenestene.

4. Noen allmenne drivkrefter bak innstrømming av nye brukere

P: Hvilken rolle kan allmenne faktorer - som demografiske endringer, utvikling i sykkelighet og helse, endringer i tilgang på privat omsorg samt endringer i etterspørsel som følge av endringer i kunnskap, holdninger og forventninger - eventuelt ha spilt som pådrivere, særlig i forhold til nye og yngre brukere?

R: Endringer i demografi og helse synes å ha vært av liten betydning. Utvikling i særskilte lidelser - som f. eks *senskader etter trafikkuulykker*, kan imidlertid være en mindre årsak til økt etterspørsel etter kommunale tjenester.

Det foreligger ikke grunnlag for å kunne vurdere om endret tilgang på *privat omsorg* har påvirket utviklingen av omsorgstjenestene, utover at kommunene har overtatt oppgaver for *sterkt hjelpetrequende*, som tidligere lå til familiene.

Det er vanskelig å kvantifisere endringer i *holdninger, forventninger og kunnskap*. Likevel er det liten tvil om at endringer her har bidratt til økt etterspørsel. Samtidig er grensene for hva som er 'nødvendige' og verdige tilbud blitt flyttet, særlig av tilbyderne.

K: Sjøl om en del av disse faktorene er vanskelig å måle, har de nok samlet sett til en viss grad representert betydelige *underliggende* pådrivende krefter i etterspørselen etter kommunale pleie og omsorgstjenester. Og konkrete enkeltfaktorer som senskader etter ulykker, har hatt en klar, men dog begrenset effekt.

5. Samlet oversikt over statlige bidrag til nivåheving i årsverk til heimebaserte tjenester til brukere under 67 år per 2007

P: Hvor stor del av den samlede nivåhevingen i årsverk i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år per 2007 er blitt finansiert gjennom spesifikke statlige tilskudd?

R: I perioden 1996-2007 vokste de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år med ca. 19.500 årsverk. En del av disse er blitt finansiert gjennom ulike statlige tilskudd. De bør komme til *fratrekk* ved beregningen av hvor mye av nivåhevingen som er dekket av kommunene.

Statlige driftstilskudd til det psykiske helsevernet i kommunene under Opptrappingsplan for psykisk helse, toppfinansieringsordningen for særskilte ressurskrevende brukere samt vertskommunetilskuddet for utviklingshemmede, finansierte i 2007/2008 omlag 10.000 av disse årsverkene.

K: Kommunene har dekket omlag halvparten av nivåhevingen for disse brukerne etter 1995. De har egenhendig tatt betydelige oppgaver for nye brukere. Og brukere under 67 år med *somatiske sykdommer* - som i 2007 nyttet ca. 12.000 årsverk i de kommunale heimebaserte tjenestene - har aldri vært gjenstand for noen statlig handlingsplan.

6. Økonomi og omsorgsideologi – underliggende hoveddrivkrefter i utviklingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

Det har vært en til dels sterk og nokså jevn vekst i årsverk i de kommunal pleie- og omsorgstjenestene de 25 siste åra, sjøl om dette over kortere tidsrom har artet seg noe forskjellig.

P: Hvordan har veksten i pleie- og omsorgstjenestene vært knyttet opp mot økonomiske konjunkturer, statlig økonomisk politikk og særskilte økonomiske føringer ovenfor sektoren samt den omsorgsideologi som har ligget til grunn for slike føringer?

R: 1991-93 – 1997-97

I åra 1991-1993 var det sterk vekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, med 5.000 årsverk per år - nesten alt i de heimebaserte knyttet til HVPU-reformen. Det var fortsatt lavkonjunktur, men store statlige overføringer til reformen.

I åra 1996-1997 - under full høykonjunktur - var det igjen sterk vekst. I løpet av de 5 åra 1991-93 og 1996-97 hadde halvparten av veksten i pleie og omsorgstjenestene i perioden 1991-2007 funnet sted, både samlet og i de heimebaserte. Nærmere 8 av 10 årsverk kom i de sistnevnte – der de aller fleste gikk til brukere under 67 år.

Det som skjedde under HVPU-reformen var epokegjørende. Ikke bare fordi *en tredjedel av økningen i årsverksinnsatsen i åra 1991-2007* kom i løpet av disse tre åra, men også fordi arbeidet med reformen antakelig la mye av *grunnlaget* for utviklingen av kommunale boliger og tjenester for andre yngre brukergrupper i alle åra som fulgte.

R: 1998-01 – 2006-07

I tillegg til gode konjunkturer forsterkes kommunenes økonomiske grunnlag gjennom *Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001*, med statlige midler både til *drift* og til *bygging*. Majoriteten av årsverkene kom i de heimebaserte tjenestene, hvor 4 av 10 gikk til brukere under 67 år. Og gjennom statens fokus på omsorgsboliger ble det *omsorgsideologiske* momentet gitt det økonomiske grunnlaget som var nødvendig for realiseringen.

I tilknytning til *HVPU-reformen* i 1991-93 og *Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001*, genererte statlige bidrag *to tredjedeler* av en samlet vekst på 43.000 årsverk i 10-års-perioden 1991-2001. De statlige føringene ved bruk av handlingsplaner fungerte som *hovedpådrivere* og ga sterke bidrag til veksten i norsk kommunal pleie- og omsorg i 1990-åra.

I løpet av årene 2006-2007 skjøt veksten igjen fart, nå knyttet til sentralpolitisk vilje til å bedre kommuneøkonomien. Og kommunene fortsetter i stor grad å kanalisere ressursene inn i de heimebaserte tjenestene, med ytterligere *forsterket vekt på yngre brukere*. De støvner som de har gjort, både *med og mot* konjunktorene.

I de fire periodene 1991-93, 1996-97, 1998-01 og 2006-07 - som utgjør 11 av de 17 åra etter 1990 og fram til 2007 - fant 95 prosent av veksten i pleie og omsorgssektoren sted. Og *all* vekst i *institusjonsomsorgen* skjedde i disse fire periodene.

K: De *underliggende* hoveddrivkreftene bak vekst og utvikling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har særlig vært *den generelle økonomiske situasjonen* i landet til enhver tid.

Dernest har veksten vært knyttet opp mot utviklingen av en statlig *omsorgsideologi* med *avinstitusjonalisering, boliggjøring og hjemliggjøring av omsorgstjenestene* som sentrale mål og som har vært fulgt opp gjennom romslige statlige tilskudd, f. eks fra *Husbanken* til bygging av omsorgsboliger etter 1994.

Den tredje krafta har vært de *direkte* statelig økonomiske bidragene for å styrke feltet gjennom overføringer i tilknytning til f.eks. *HVPU-reformen*, samt føringer mot bygging av omsorgsboliger i tilknytning til *Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse*.

Et eksempel på statlige føringer med motsatt fortegn, var svekkelsen av kommuneøkonomien i perioden 2002-2005, sjøl om deler også kunne tilskrives lavkonjunktoren 2001-2002.

Like viktig i dette bildet har imidlertid vært kommunenes sterke og kontinuerlige *evne og vilje* til å *forme og innrette* tjenestene etter den nevnte omsorgsidelogien. Kommunene har sjølstendig drevet fram endringene i *innretningen* av tjenestene etter at HVPU-reformen var avsluttet i 1995. De har nyttet det økonomiske handlingsrommet til å satse på *heimebaserte tjenester* og framfor alt å gi et tilbud til titusener av nye yngre brukere. I valg av *innretning* av tjenestetilbudet har kommunene langt på vei vært hoveddrivkrafta.

Summary

Ivar Brevik

Transfer of tasks between specialist health services and primary health and care services in Norway

Patterns of growth and direction of development in health and care services 1988-2007

NIBR Report 2010:1

We present first of all the background to the study, its mandate and the main features of its prosecution. We review the main contents and analyses in the different chapters.

We outline the data and records on which the study is based. We were required to use available data and reports.

The study's central questions

The *central questions* posed by the study relate to the migration of and *changes to tasks* in the health, nursing and care services in the municipalities in relation to the specialist health service. The changes are specified as tasks or responsibilities that are *transferred* and *taken over* by the municipality. A distinction is drawn between clients that are transferred directly from the specialist health service and clients that are *taken over or taken* by the municipalities.

Of central importance are questions relating to possible economic consequences of the changes in the municipalities' portfolio of responsibilities and relocation of costs between state and municipality, such as, for instance, impact on the municipalities of changes in the specialist health services' discharge procedures. Another issue of concern was to identify change facilitators and *instigating* factors.

Chapter 2. Nursing and care services 1988–2007 – Breakdown of main features

As a background to the account of the nursing and care services, we provide a *historical* breakdown of the total number of beds *in institutions nationally* over the years. We address in particular the deinstitutionalisation of the past two decades and changes in the number of *municipal residential care units*. Past and current status in supply and demand for these *residential care units* and of beds in institutions is delineated. We conclude by outlining the recent history of the *domiciliary nursing services*, i.e. over the past ten to fifteen years.

Reader's guide for condensation of chapters 3–8:

Each main point of the synopsis of chapters 3–8 is based by and large on the following template: Question (Q) and Conclusion (C). We do not reproduce the actual findings in the English edition.

Chapter 3. On municipal housing for care and nursing purposes and characteristics of the residents

Q1: *What describes past and present status of different types of municipal housing for people in need of nursing and care?*

Q2: *What is the most frequent (medical) reason assistance is required, and how severely disabled are clients under 67 in residential care units?*

C1: There has been rapid expansion in the availability of sheltered housing or residential care units over the past decade. A large percentage of the domiciliary nursing service is aligned to the needs of such residents, especially younger residents. *Independent living* and *deinstitutionalisation* of the nursing and care services are the two main historical features of the changes to the municipalities' approach to care service delivery over the past twenty years. The provision of housing, however, has tended to take different forms, such as *accommodation pure and simple* to housing with *relatively generous service provision* similar to what is provided in retirement homes. Municipal residential care units for people in need of nursing and care play an extremely central role in non-institutional care.

C2: Our data confirm a positive correlation between “serious” diagnoses and resource use. And they show that for very many seriously disabled people living in a residential care unit is absolutely feasible. Municipal housing can successfully replace a bed in an institution for the elderly as a feasible alternative for most clients, irrespective of diagnosis and disability level.

Chapter 4. Domiciliary nursing services – from 1988 to today

Q1: *What characterises the provision of domiciliary nursing services by number and age of clients over time?*

Q2: *What types of domiciliary nursing services have left their mark on changes in the use of these services?*

Q3: *What describes the relationship between the use of domiciliary nursing services and the main reasons clients why require assistance?*

C1: We have been witness to a major reorganisation of municipal nursing and care services, with a gradual integration of new client categories, especially young clients. This aspect of the growth in the number of clients of domiciliary nursing care is – alongside the building of residential care housing – the most prominent feature of the changes in recent years. It began with the 1991 Norwegian Deinstitutionalisation Reform and has grown consistently until the present – with a sharp spike after 2001.

C2: Developments over the past eight to ten years are characterised by three factors: the rise in the number of young clients; the rise in the frequency of domiciliary nursing care as the only service; and the fall in the number of clients in receipt of domiciliary nursing as the only service. All this began with the implementation of *Action Plan for the Care of the Elderly*. The rapid rise in the number of *clients under the age of 50 in receipt of domiciliary nursing as the only service* is the outstanding feature of these developments. Young people's needs and domiciliary nursing delivery appear to have been key driving forces behind the transformation of the services.

C3: The main categories of clients in the under 67 age-group today are those with *physical health* conditions and those with *mental health* conditions. Both groups are highly likely to live in *private* housing and receive domiciliary nursing. The composition of the groups says much about who these new clients actually are. Assistance has been provided for the great majority without them having to move.

Chapter 5. Resource use – person/years in the nursing and care services

Q1: *What describes developments overall in terms of person/years in the delivery of municipal nursing and care between 1988 and 2007, and characterises the different periods?*

Q2: *What describes changes in the distribution of person/years in nursing and care provision between institutions for the elderly and domiciliary services respectively after 1993, and what is the current state of play?*

Q3: *What describes the growth in domiciliary services in the periods characterising the years 1991–2007, and what has been the impact of central government guidelines and constraints?*

Q4: *What describes developments in domiciliary services as a proportion of person/years delivered to clients under the age of 67 and to clients in municipal residential care housing in the period 1991–2007?*

Q5: *What describes developments after 1995 in the distribution of domiciliary services by age and across key client groups such as the disabled, people with mental health conditions or somatic conditions as the main underlying reason for needing assistance, and what is status today?*

Q6: *What describes changes in the intensity of nursing and care delivery after 1995 among the key client categories?*

Q7: *What then was the annual cost in 2007 of expanding domiciliary services after 1995 for the main client categories under 67?*

C1: A noteworthy 87 per cent of total annual growth in the decade 1988–97 occurred in the space of five years, 1991–93 and 1996–97. And in the decade 1998–2007, a remarkable 90 per cent of the growth occurred in six years: 1998–2001 and 2006–07. This emphasises the influence of central government transfers and economic cycles.

C2: The percentage comprised by domiciliary services of total output in the municipal nursing and care services after 1990 in terms of person/years has risen in virtually linear fashion and been sustained. It is, in other words, a noticeable development which started with the Deinstitutionalisation Reform. In the years following the reform, the state of the nursing home sector was a major preoccupation in political

circles. At the same time, municipal experts were expanding capacity in the domiciliary services.

Over a twenty-year period (1987–2007), the percentage of total output in the nursing and care services in terms of person/years devoted to institutions for the elderly *fell* by 21 percentage points. This is palpable evidence of a radically different *organisation/structuring* of the services and, consequently, redistribution of resources in the same period.

The domiciliary services have *grown consistently over a very long period*, facilitated by, but also partly independent of, economic cycles and state transfers. This is because growth has correlated with a structural and penetrating transformation of the organisation of the nursing and care sector. And much of this has been carried out by the municipalities.

C3: Domiciliary services expanded across all of these stages and growth has accelerated. The entire period between 1991 and 2007 is characterised by rapid growth in these services which again is significantly connected to the influx of clients under 67. It is a highly remarkable outcome which serves to emphasise the *focus on domiciliary services* in the *organisation* of municipal nursing and care services while at the same time being limited in its entirety to the *influx of younger clients* and their service consumption patterns.

C4: From a service designed mainly to cater to elderly clients twenty years ago, domiciliary services are increasingly aligned to the needs of younger clients. The change has been radical and has taken place over a relatively short period. And there appear to have been two parallel developments. One is significant: the delivery of domiciliary services to *municipal residential care housing*, though expansion here has been slower. The other is the delivery of nursing and care to people in *their own homes*. Domiciliary services have grown faster than the rise in residential care housing has managed to absorb.

C5: Growth measured in person/years after 1995 was not only considerable, it was remarkable insofar as two thirds concerned clients under the age of 67. And of these again, *almost all* had *somatic and mental health conditions*. Just as the Deinstitutionalisation Reform transferred most of the intellectually disabled to the municipal nursing and care services, it is the influx of the other two groups that has characterised developments overall in the period 1996–2007.

Municipalities have *single-handedly* diverted a significant raft of resources to these groups, the better part of which has gone to clients with *somatic conditions*. And these have *never* been the subject of national action plans or special state programmes from central government.

C6: The delivery of domiciliary services to clients with *mental health conditions and somatic conditions* has been expanding both in breadth and depth. Growth appears to have been relatively consistent in terms of intensity of delivery, and, in fact, it has occurred in step with the increasing number of clients. The municipalities, in other words, responded to the influx of new clients not by cutting services, but by *stepping up* delivery. Perceptions of what constitutes ‘necessary’ and dignified care have changed.

C7: In the period 1995–2007, municipalities increased capacity of domiciliary services for clients under 67 by a figure corresponding to 10 billion kroner per year in 2007, of which about 90 per cent was channelled to clients with *somatic conditions and mental health conditions* as the underlying reason for providing assistance. Capacity grew significantly and represents a completely different order of magnitude than, for instance, spending on *post-treatment patients in the somatic secondary healthcare providers*.

Chapter 6. On the relocation of tasks between specialist health service and municipalities

Chapter 6 constitutes one of the main chapters of the report. We explore three forms or purposes of the interaction between the municipalities and specialist health service.

1. Interaction between specialist health service and municipalities

Q1: *Has the growth in number of admissions to hospitals, shorter stays, higher day treatment frequency and more out-patient consultations at somatic hospitals in recent years enhanced contact with the municipal health, nursing and care services?*

Q2: *Have different ways of interacting with the specialist health service led municipalities to take on responsibilities which used to be the province of the specialist health service?*

Q3: *What is the prevalence and characteristics of patients treated by the secondary healthcare providers who later become recipients of municipal services?*

C1: More admissions, shorter stays, fewer bed-days at somatic hospitals and a rapid rise in day treatments and out-patient activity, suggest a movement of responsibilities to the municipalities and increased pressure generally, one assumes, on municipal health, nursing and care services.

Fewer places, more patients/clients, shorter stays and fewer bed-days in the *psychiatric specialist health service* together with rapid growth in out-patient services suggest persistent growth over time in the number of people relying on municipal services. Contact with the municipalities has consequently also grown.

C2: Interaction in its different ways has probably encouraged the municipalities to take on responsibilities which used to belong to the specialist health services. Interaction with the psychiatric specialist health service has been greater, however, and accounted in 2003 for 3,100 person/years in connection with clients in institutions, accommodation with a history of admissions to psychiatric institutions. By and large, contact with municipal care services such as nursing homes, residential care housing, had so far been relatively limited.

2. Migration of responsibilities in relation to the specialist health service

Q1: *Have municipalities built up a professional specialist service for people with complex aetiologies and have they made use of technical-medical procedures in their work?*

Q2: *Have municipalities assumed the treatment and care of patients who used to be cared for by the specialist health service in response to different discharge procedures in the hospitals, and if so, to what degree?*

Q3: *What was the total number of hospital bed-days over the past year of patients in nursing homes in the year 2003, converted into nursing home bed-days?*

Q4: *What is the resource impact on municipal nursing homes of taking the brunt of shorter hospital stays in hospitals 2003–2008?*

Q5: *What is the resource impact on municipal nursing homes of taking the brunt of shorter hospital stays 1998–2007 of patients aged 70 and over?*

C1: The number of persons with complex aetiologies was small relative to the number of patients/clients in the nursing and care sector. They will necessarily represent relatively marginal person/year costs in relation to overall output in these services.

Technical-medical treatment was so far a very limited occurrence, with a much lower prevalence than expected from a specialist health service perspective. The conclusion is that professional specialist assistance or advanced medical-technical procedures have not migrated to any great extent from hospitals to municipal care services.

C2: There is no empirical data to explain migration between the specialist health services and municipal services. We must therefore rely on some general estimates where we convert the sum of the reduction in bed-days into a corresponding sum of bed-days at the municipal nursing home/residential care housing unit.

C3: The number of patients discharged from a somatic hospital and admitted to a nursing home leaves hardly any imprint at all on overall nursing home expenditure. In 2008, about 4 per cent more patients aged 70 and over were discharged from hospitals than in 2003. Changes affecting nursing homes have in all probability been limited since then.

C4: If we assume that shorter stays in somatic hospitals from 2003 to 2008 (0.9 days) are offset entirely by bed-days at municipal nursing homes, the additional burden on nursing homes would account for 4 per cent of the person/years expended in institutions for the elderly in 2008. The example represents a theoretical absolute maximum estimate of what shorter hospital stays could represent at the highest cost level in municipal nursing and care. The actual increase in responsibilities in the municipal services will be far lower.

C5: But even if we “download” the whole reduction onto the shortfall in municipal nursing and care service delivery, it represents 2 per cent of all beds/person/years in institutions for the elderly in 2007. In reality, we can only ascribe a fraction of this reduction to higher capacity in the municipal nursing and care services.

There are no data on the migration pathways of treatment from hospital to municipal nursing and care and vice versa. It is simply that experience, probabilities, assumptions and logic suggest a realignment of responsibilities.

3. Patients discharged from the psychiatric specialist health service – converted into resource expenditure in municipal nursing and care

Q1: *How many person/years in the municipal nursing and care services were tied in 2003 to clients discharged from the psychiatric specialist health service?*

Q2: *What was the effect in person/years of the reduction in bed-days in secondary psychiatric health sector under the National Competence Building Plan for Mental Health (Opptrappingsplan for psykisk helse), 1998–2008?*

Q3: *What was the scale of the municipalities' self-financed spending on mental health for adults up until 2007?*

C1-3: We assume that a large – but unknown – number of patients discharged from the psychiatric specialist service return to ordinary, private homes, and receive services there. Our estimates, however, suggest that the municipalities have taken on *a large number* of clients from the psychiatric institutions in recent years. In addition, the municipalities have funded as many person/years in the adult mental health sector as under the National Competence Building Plan for Mental Health.

4. Likely expenditure related to post-treatment patients in somatic hospitals

Q1: *Assuming all stays by post-treatment patients in hospitals are caused entirely by the shortfall in bed in the municipal nursing and care sector, how many person/years would need to be allotted to enable nursing homes to cope with the extra burden?*

C1: Hospital patients ready for discharge have attracted a great deal of attention and been defined as a serious problem. Converted into bed-days at nursing homes, they represent again rather marginal quantities and would in 2007 have translated at the most into one nursing home bed per municipality! The demonstrates at the same time the presumptive nature of these types of allegations, the importance of vantage point and of power to define the premises.

5. Likely impact on expenditure in the municipalities of shorter stays, different discharge procedures and post-treatment patients in the specialist health service

Q1: *What is the likely impact in the municipalities of shorter stays, different discharge procedures and post-treatment patients in the specialist health service?*

C1: Municipal output resulting from these different approaches amounts to minor expenditure in somatic hospitals. In the adult mental health sector the municipalities appear to have assumed responsibilities after 1998 to the sum of at least 3–3.5 billion kroner on a yearly basis in 2007, mostly in the domiciliary services. This is not a paltry amount, and considerably more than what must have been the case in relation to the somatic hospitals.

6. On the general connection between municipal expenditure in the nursing and care sector and use of somatic hospitals

Q1: *Is it the case that municipalities where health and care capacity is insufficient to meet demand use specialist health services more than high-spending municipalities, after control for differences in needs? In other words, do health and care services in the municipalities use hospitals to offload demand?*

Q2: *If expenditure in the municipalities resulting from shorter stays and discharge of patients from somatic hospitals was significant, would it not be reasonable to expect it to leave traces in the annual growth of the municipal health, nursing and care service in recent years, especially services for the elderly?*

C1: Analyses conducted at SINTEF and University of Oslo find no significant correlation between expenditure on municipal services and total consumption of somatic hospital services. There are, however, certain negative correlations relating to hospital use for the oldest segment of the population, but they are not pronounced.

If a significant migration of responsibilities had occurred from the specialist health service to the municipalities via *a decline in hospital bed-days*, one would expect to find it reflected in higher expenditure in the municipalities.

C2: Weak general annual growth in geriatric care and weak growth in central municipal health services for the elderly do not suggest either a significant municipal contribution to shorter hospital stays or to treated elderly hospital patients. There does not appear to be any *empirical evidence* for linking the supposed migration of duties from the somatic hospitals to actual expenditure growth in the municipalities.

Chapter 7. Development of new responsibilities in the municipal nursing and care services

Q1: *How have the municipal nursing and care services changed over time?*

Q2: *What changes have occurred in the balance of professions in the nursing and care services in terms of person/years 1997–2007?*

C1: Nursing and care services have changed and grown in scale, competence and types of provision. Not because new responsibilities have been delegated from the specialist health service – as is often alleged – but because perceptions of what municipal services should provide have changed.

Significant steps have been taken towards the *normalisation* of frail people's lives too. The municipalities have translated the *main principle* of care work into practice by enabling individuals to stay in their own home as long as possible. The municipalities, in other words, have *built up their capacity and competence*, and are better equipped to address expanding and different responsibilities in light of fresh insights, principles and objectives.

C2: Allegations of new medical responsibilities in the nursing and care services have attracted a great deal of attention. The balance of the professions in the services does not lend much credence to the idea however. It is the growth in classical nursing and care work which accounts for most of the growth in numbers of *care workers, auxiliary nurses, assistant nurses and providers of practical help*. The major change in the nursing and care services over the past ten years relates above all to traditional nursing and care – including the *acquisition of new clients*.

Chapter 8. Driving forces in the development and changed organisation of municipal nursing and care services over the past twenty years

1. Central government reforms and action plans as driving forces in the expansion of municipal nursing and care services

Q1: *What has been the role of the different central government action plans and reforms, especially in their capacity to accelerate the influx of younger clients to the domiciliary services?*

C1: Of the three action plans already mentioned, the *Norwegian Deinstitutionalisation Reform (HVPU-reformen)* had the highest profile in the commitment to deinstitutionalise nursing and care along with steps to reduce the institutional focus of services for people with mental health conditions, and stagnation in institutional provision for the elderly. The reform is a key moment in a wider movement to encourage *independent living, individualisation and normalisation* of the care services. The *Action Plan for the Care of the Elderly (Handlingsplan for eldreomsorgen)* – focused strongly on rapid expansion of residential care housing and capacity building in the domiciliary services in the mental health sector under the *National Competence Building Plan for Mental Health (Opptrappingsplan for psykisk helse)*.

2. Municipalities' self-driven competence-building – Municipalities have taken on new tasks

Q1: *Has the growth of the municipal nursing and care services been as strong as to suggest the involvement of forces other than economic cycles and central government action plans in their formation?*

Q2: *Has it been the case that the extensive and rapid implementation of the Deinstitutionalisation Reform provided lessons and experience which the municipalities could build on in the years to come?*

Q3: *Where have most of the new younger clients of the nursing and care services come from?*

Q4: *Who in the municipalities has been in charge of raising the capacity and competence of the nursing and care services to attend to the needs of increasing numbers of younger clients?*

C1: Since 1995, the municipalities have, on their own initiative, made significant improvements in the competence and capacity of the domiciliary services. All this has been connected with an expansion of pre-existing tasks in the municipalities and the concurrent development of *new tasks* at their own initiative. Having said that, capacity has grown by delivering services to *pre-existing but expanding groups of younger clients*, with a gradual *increase in the scale of assistance provided per person*.

C2: The municipalities appear to have learned essential lessons from implementing central government reforms and assumed responsibility for others whose assistance needs have probably have been as great as those covered by the reforms.

Government action plans also appear to have driven the municipalities' own competence-building efforts forward and facilitated development and learning. In that sense, one could say the municipalities have more than realised the targets set by central government.

C3: The rapidly expanding delivery of services to different groups of disabled clients who, generally speaking, live in ordinary private homes, confirms the gradual *adoption of tasks* which used to be the responsibility of the family or were not adequately addressed. It has largely been possible to help these clients without them having to move. The increasing preponderance of severely disabled residents of municipal care housing is another expression of the municipalities' assumption of responsibility for many more people with severe disability than before.

C4: Much of the demanding and innovative commitment in the nursing and care services, especially in relation to clients with somatic conditions, appears to have been created without much involvement of central government.

3. Interaction with the specialist health service influences the design and development of municipal services

Q1: *We ask whether inducement to take action and learning have taken place through:*

- (a) *collaboration on central government action plans*
- (b) *interaction with the psychiatric specialist health service*

Q2: *We ask whether inducement, learning and development have occurred through:*

- (c) *specialist medical activity and profession-building*
- (d) *general interaction between municipalities and specialist health service*
- (e) *the somatic specialist health service through transfer of tasks associated with shorter stays and higher activity levels at somatic hospitals (single-day treatments, out-patient activity)*

C1: It is likely that interaction during the implementation of the action plans, particularly during the ten years of the National Competence Building Plan for Mental Health (Opptrappingsplan for psykisk helse), has stimulated and influenced the development and design of the municipal services. This proposition finds confirmation in, for instance, the high number of person/years allocated by the municipalities to the mental health sector.

C2: Some rather contradictory assumptions, implications and data make it difficult in our opinion to determine whether developments thus far have enabled municipalities to build capacity and competence in a significant degree in relation to the somatic specialist health service.

In the Report to the Storting on the Coordination Reform (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), patients are said to end up in hospital unnecessarily, even those with uncomplicated medical conditions, because there is insufficient provision in the municipalities to meet the needs of the community.

4. Some general driving forces behind the influx of new clients

Q1: *What might have been the role of general factors – such as demographic changes, changes in morbidity and health, changes in availability of private care and changes in demand following from changes in expertise, attitudes and expectations – as driving forces, particularly regarding new and younger clients?*

C1: While some of these factors are difficult to measure, they doubtless stand together to create significant *underlying* driving forces pushing the demand for municipal nursing and care services. And concrete individual factors such as delayed injuries after accidents have had a clear, if nevertheless limited effect.

5. Breakdown of central government contributions to higher person/year delivery in domiciliary services for clients under 67 (2007)

Q1: *How much of the increase in person/years in domiciliary services for clients under 67 was funded under specified central government transfers in 2007?*

C1: The municipalities have themselves funded about half of the increase in capacity for these clients since 1995, cf. chapter 5. But clients under 67 with somatic conditions have, for instance, never been the subject of a central government action plan.

6. Economy and care ideology – main underlying driving forces in development of municipal nursing and care services

Q1: *What describes the connection between growth in nursing and care services and economic cycles, central government finance policy, special economic conditions on the sector, and the care ideology on which these constraints are based?*

C1: The main *underlying* driving force behind the growth and development of the municipal nursing and care services has been the general economic situation in the country at any one time.

Second, growth correlates with the development of a care ideology within central government the key objectives of which have been *deinstitutionalisation, independent living, domiciliation of care services* for which generous government subsidies were released, such as those from the Norwegian State Housing Bank to help fund residential care housing after 1994.

The third driving force has been central government's direct financial engagement to strengthen the sector by releasing transfers in connection with, for instance, the Deinstitutionalisation Reform and provisions on the building of residential care housing under the *Action Plan for the Care of the Elderly (Handlingsplan for eldreomsorgen)* and *National Competence Building Plan for Mental Health (Opptrappingsplan for psykisk helse)*.

As important in this sense are the municipalities' strong and persistent *commitment and capacity to design and organise* the services in the light of the mentioned ideology. The municipalities have independently promoted the changes in the *organisation* of the services after the Deinstitutionalisation Reform came to an end in 1995. They have used their economic elbow-room to invest in *domiciliary services* and, above all, to provide services for tens of thousands of new young clients. In the choice of service design, the municipalities have largely been their own architects.

1 Innledning og leserveiledning

1.1 Bakgrunn for og hovedtrekk i opplegget av utredningen

1.1.1 Om mandatet for utredningen

Mandatet for utredningen Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er nedfelt i prosjektspesifikasjon fra Kommunenes Sentralforbund av august 2007¹. Her har KS redegjort for bakgrunnen for ønsket om en slik utredning og for de problemstillinger som ønskes belyst.

Det går fram at KS ønsker ”bedre dokumentasjon av de endringer som skjer mellom 1. og 2. linjetjenesten og de ressursmessige konsekvenser av disse”/”en bedre tallmessig dokumentasjon av de endringer som skjer i oppgaveporteføljen til kommunene og få nærmere belyst årsaker og drivere i utviklingen og de ressursmessige konsekvensene for kommunene”.

KS ønsker bl.a. en bedre dokumentasjon av:

1. de endringer som skjer mellom 1. og 2. linjetjenesten, og
2. de ressursmessige/kostnadmessige konsekvensene av endringene for kommunene, samt
3. hva som påvirker denne utviklingen

Endringene er presisert til å gjelde *de oppgaver som overføres/ overtas av kommunehelsetjenesten og hvilke pasientgrupper det dreier seg om.*

KS understreker at det er særlig viktig å få vurdert økonomiske virkninger av kostnadsforskyvninger mellom stat og kommune. Som tema i den forbindelse nevnes bl.a. virkninger for kommunene av endringer i spesialisthelsetjenestenes utskrivningspraksis og hva det er som driver utviklingen i retning av at kommunene har fått en særlig sterk økning i ressursbruken til personer under 67 år.

¹ Tilbudsforespørsel på KS FoU-prosjekt ”Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten – økonomiske virkninger og alternativer finansieringsordninger”, Oslo, 24.8.2007

1.1.2 NIBRs utlegning av mandatet

I prosjekttilbudet anfører NIBR at oppdragsgiver ønsker en nærmere analyse og dokumentasjon av eventuelle endringer som har skjedd mellom 1. og 2. linjetjenesten, jamfør prosjektspesifikasjonen (konkurransesgrunnlaget), der det heter:

KS ønsker å få en bedre tallmessig dokumentasjon av de endringer som skjer i oppgaveporteføljen til kommunene og få belyst nærmere årsaker og drivere i utviklingen og de ressursmessige konsekvensene for kommunene. Det er særskilt viktig å få vurdert økonomiske virkninger av kostnadsforskyvninger mellom stat og kommune (s. 3).

Fokus er på de oppgaver/pasientgrupper som enten *overføres* til eller *overtas* av de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene. Det kan tenkes å være et skille mellom brukere som mer *direkte overføres* fra 2. linjetjenesten og brukere som *overtas* av kommunene. Skillet kan dreie seg om *hvor* forskyvningen *forårsakes eller initieres* (i 1. eller 2. linjetjenesten).

I det første tilfellet kan det for eksempel dreie seg om utskriving av pasienter fra 2. linjetjenesten, enten fra somatiske sykehus (a) eller fra psykiatriske sykehjem eller psykiatriske avdelinger i sykehus (b). I praksis vil det være snakk om et samspill mellom mange utviklingstrekk i de to delene av helse- og omsorgs-/pleiesektoren, som bl.a. også omfatter teknologisk utvikling, endringer i helse- og omsorgsfilosofi, personalets kompetanseprofil etc. Det kan dreie seg om oppgaver som kommunene har overtatt p.g.a. statlige reformer, men også om oppgaver kommunene mer eller mindre har utviklet på egen hand.

I NIBRs utlegning av mandatet i vår prosjektbeskrivelse av september 2007² viser vi bl.a. til den sterke veksten og nyorienteringen som har funnet sted i de kommunale heimebaserte tjenestene, særlig i de helserelaterte og medisinske delene av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til yngre brukergrupper.

Vi peker på at denne utviklingen framfor alt skyldes at kommunene har videreført og utvidet etablerte oppgaver, samtidig som de *på eget initiativ har utviklet tiltak for nye brukergrupper*. Vi legger derfor til grunn at den *samlede* utviklingen i bruk og brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester må være i fokus når vi skal vurdere endringer mellom 1. og 2. linjetjenesten, og konsekvensene av slike endringer.

1.2 Hovedtrekk i beskrivelser og analyser i kapittel 2 til 8

Kapittel 2. Hovedtrekk i den generelle utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007

Som bakgrunn for vurderingen av utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene over tid gir vi først en landsomfattende historisk oversikt over *antall plasser i institusjon* i perioden 1966-2006 samt en tilsvarende oversikt over *antall beboere i kommunale boliger for personer 67 år og eldre* på landsbasis i perioden 1994-2006 (2.1).

² Vi viser her til beskrivelsen i tilbud om prosjektet: *Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten – økonomiske virkninger og alternative finansieringsordninger*, av 17.9. 2007, s. 2.

Vi vier boliggyøring av omsorgstjenestene etter 1988 sarskilt oppmerksomhet siden det etter hvert ytes flere og mer intensive tjenester i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig. Derfor gyør vi rede for utviklingen i antall boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede, herunder sarkalte omsorgsboliger for perioden 1994-2006. Samtidig viser vi hvor mange av beboerne i slike boliger som er 67 år og eldre (2.2).

Dernest følger et samlet bilde av utvikling og status i *dekningsgrad i institusjoner for eldre 1975-2006 og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år og eldre 1995-2006* (2.3). Kapitlet avsluttes med en kortfattet oversikt over utviklingen i de heimebaserte tjenestene de 10-15 siste ára (2.4).

Kapittel 3. Om kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og egenskaper ved beboerne

Dette kapitlet tar for seg utvikling i antall og typer kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, og noen egenskaper ved beboerne i disse boligene.

Vi tar utgangspunkt i den heimliggyøringen og boliggyøringen som har funnet sted innen pleie- og omsorgstjenestene med utbyggingen av et kommunalt boligtilbud for eldre og funksjonshemmede, og tallfester denne utbyggingen. Veksten i brukergruppen under 67 år behandles sarskilt (3.2), og denne aldersgruppa belyses videre etter diagnostiserte årsaker til hjelpebehovet (3.3). For å kunne skille klarere mellom beboerne i ulike typer boalternativer benytter vi Barthels ADL-indeks for ulike aldersgrupper under 67 år, og sammenligner personer med ulike diagnoser (3.4).

Kapittel 4. Om de heimebaserte tjenestene – utvikling og status

I dette kapitlet gir vi en oversikt over utviklingen av tjenestetilbudet i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, ettersom denne sarslig i 1990-ára synes å ha hatt en nokså positiv sammenheng med utviklingen av de heimebaserte tjenestene.

Vi innleder med en gjennomgang av brukerne etter alder (4.1), før vi fordeler utviklingen av de ulike typene heimebaserte tjenester på aldersgruppene over og under 67 år. Vi skiller mellom hjemmesykepleie, hjemmehjelp og en kombinasjon av de to tjenestene (4.2). Brukerne av tjenestene fordeles etter hovedårsak til hjelpebehovet, der hovedskillene går mellom utviklingshemmede, personer med psykisk lidelse og personer med somatisk lidelse (4.3). Vi avslutter kapitlet med en gjennomgang av forholdet mellom tjenesteyting og hvordan brukerne bor (4.4), der vi skiller mellom ordinær og kommunal bolig, og med en fordeling etter de skisserte hovedårsakene til hjelpebehovet.

Kapittel 5. Ressursbruken - utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene

I kapittel 4 gjorde vi rede for utvikling og status i antall brukere av heimebaserte tjenester etter alder, type tjenester og hovedårsak til hjelpebehovet (hoveddiagnose). Men de samme gruppenes bruk av ressurser og hvordan bruken har endret seg og fordeler seg etter sentrale kjennetegn ved brukerne, er sentral kunnskap, sarslig når vi skal bedømme utviklingen i tjenestene. Ressursfordelingen målt ved tilførte årsverk, er også en nødvendig størrelse når vi skal vurdere utvikling i standard målt ved bemanningsfaktorer (årsverk per bruker).

Derfor utvider vi perspektivet og bringer inn kunnskap om ressursinnsatsen og fordelingen av denne, for å kunne vurdere de faktiske endringer i innretningen av tjenestene og de prioriteringer som kan ha ligget til grunn.

Fordeling av årsverkene i heimebaserte tjenester etter brukernes alder og hovedårsak til hjelpebehovet er aldri tidligere gjennomført. I tillegg til å skille ut de yngres bruk, må vi fordele årsverksbruken mellom de tre hovedårsaksgruppene utviklingshemmede og brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser i en tidsserie som løper fram til 2007. Kapitlet omfatter bruken i hele pleie- og omsorgssektoren i sin alminnelighet og gjelderbrukere både over og under 67 år, d.v.s. den samlete innsatsen.

Hovedtrekk i årsverksutviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1998-2007

Vi gjør først vi rede for den *samlete* utviklingen i antall årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene fra 1988 til 2007 i forhold til de tidsavsnitt vi har lagt til grunn for vår analyse. Vi har valgt å framstille veksten i absolutte tall (5.2).

Særlig oppmerksomhet vies skillet mellom institusjon og heimebaserte tjenester. Vi viser årsverksutviklingen separat for *heimebaserte tjenester* og *institusjoner* etter 1988 og fram til i dag(5.3).

Deretter gir vi en periodevis oversikt over årsverksutviklingen i pleie og omsorg for årene 1991- 2007, der perioder knyttet til virksomhet under HVPU-reformen og Handlingsplan for eldreomsorgen fokuseres (5.4). Vi sammenlikner også utviklingen i pleie- og omsorg med utviklingen i spesialisthelsetjenesten (5.5).

Ressursbruken fordelt etter alder og hovedårsak til hjelpebehovet

Dernest viser vi hvordan status og utvikling i åreverksbruken i de heimebaserte tjenestene fordeler seg mellom brukere over og under 67 år og etter type oppholdssted (5.6).

Særlig belyser vi hvordan årsverkene i de heimebaserte tjenestene er fordelt mellom de tre sentrale brukergruppene med henholdsvis *utviklingshemming* og *psykiske lidelser* og *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet, og hvordan fordelingen har utviklet seg over tid, med vekt på årene etter 1995. Dette utgjør en sentral dimensjon i utredningen (5.7).

Bruken av tjenester målt i *intensitet*, d.v.s. omfang av hjelp per bruker, er et indirekte mål for hjelpebehov. Derfor har vi analysert fordeling og utvikling i intensitet i de heimebaserte tjenestene (5.8).

Vi gir også en oversikt over utviklingen i intensitet, eller pleiefaktoren i eldreinstitusjoner målt ved antall årsverk per plass/beboere de 20 siste åra (5.9).

Vi gir også en oversikt over utviklingen i ressursbruken i de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år fra 1995 til 2007 etter hovedårsak til hjelpebehovet, målt i årsverk og brutto driftskostnader (5.10).

Kapittel 6 Om oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Kapittel 6 er på mange måter et hovedkapittel i utredningen. Vi vil derfor gi en oversikt over de problemstillinger som analyseres og belyses her. Innledningsvis gjør vi rede for mandatet og bakgrunnen for det, samt at vi presiserer mandatet i forhold til oppgaver som overføres fra 2. linjetjenestene. Her avtegner det seg *tre* sentrale sider ved endringene i fordeling av behandlings-, pleie- og omsorgsoppgaver mellom kommunene og den somatiske spesialisthelsetjenesten:

1. Den ene er at raskere utskriving fra sykehus kan antas å fordre medisinsk spesialiserte oppgaver utført i kommunene, som sikrer den lokale behandlingmessige oppfølgingen.
2. Den andre er at redusert liggetid i sykehus kan medføre flere pleiefaglige oppgaver, eller mer medisinsk oppfølging, som ligger innenfor kommunenes pleie- og helsetjenesters alminnelige kompetanseområde, i takt med økt antall innleggelser og redusert liggetid.
3. Den tredje er at ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter i sykehus delvis kan betraktes som en målgruppe for kommunenes pleie- og omsorgstjenester, men som kommunene foreløpig ikke i særlig grad har overtatt fra 2. linjen.

Det er disse tre aspektene vi søker å belyse m.h.t. antatt oppgaveforskyvning mellom 2. linjetjenestene og kommunene. Vi gjør dette først i forhold til de somatiske sykehusene, mens vi behandler den psykiatriske spesialisthelsetjenesten separat (6.1).

Men først gjør vi rede for noen relevante hovedtrekk ved den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenesten. For de somatiske sykehusene gir vi en ajourført oversikt over antall innleggelser (døgnopphold), dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner, samt antall liggedager ved døgnopphold og gjennomsnittlig liggetid. Vi peker på noen sentrale endringstrekk og veksten i eldres bruk av somatiske sykehus. Etter en kort omtale av *Opptrappingsplan for psykisk helse* gir vi en ajourført oversikt over utviklingen i det statlige psykiske helsevernet for voksne, ved antall døgnplasser, aktivitet i DPSer og poliklinisk virksomhet (6.2 og 6.3).

Deretter peker vi på en del samhandlingsformer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen på overordnet (nasjonalt) nivå og nevner en del tiltak knyttet til spesialisthelsetjenestens forhold til kommunene, samt spesielle tiltak rettet mot samhandling mellom 2. linja og kommunene. Vi avslutter med en vurdering av arbeidet med samhandling (6.4).

Om oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

I prosjektet er oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenester det sentrale temaet, der en bl.a. ønsker å få belyst endringer i antall og kjennetegn ved pasienter som har vært til behandling i 2. linjetjenesten og som deretter er blitt brukere av nevnte kommunale tjenester.

Om dette samspillet foreligger det imidlertid lite empiri. Helsetilsynets undersøkelse fra 2003 er foreløpig den eneste som inneholder en del relevante opplysninger. Vi viser derfor hvor mange av brukerne som på et gitt tidspunkt i 2003 hadde 2. linjen som siste oppholdssted før de kom til plassen de da hadde i eldreinstitusjon eller kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål. Her gjør vi bl.a. rede for antallet bebo-

ere som var kommet fra 2. linjetjenesten, både den somatiske og psykiatriske, etter alder, hjelpebehov og hovedårsak til hjelpebehovet (6.5).

Deretter drøfter vi oppgaveforskyvning mellom 2. og 1. linjetjenesten mer generelt (kapittel 6.6). Vi tar utgangspunkt i at redusert liggetid i sykehus, færre liggedøgn, flere innlagte og flere dagopphold sannsynliggjør forskyvning av oppgaver fra sykehus til kommunene. Vi viser til at dette sammen med økning i polikliniske konsultasjoner, utvilsom har ført til at kontaktflata mellom kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjenester og de somatiske sykehustjenestene har økt. Færre liggedøgn i sykehus sannsynliggjør at disse delvis må være erstatta på kommunenivå. Disse utviklings-trekkene tilsier i utgangspunkt økt press på de kommunale tjenestene (6.6).

Vi påpeker samtidig at det kan skje oppgaveforskyvning den andre veien, i form av ”unødvendige” innleggelse i sykehus p.g.a. antatt lav kapasitet i de kommunale helse- og pleietjenestene. Dernest drøfter vi mulige konsekvenser i kommunene av redusert liggetid i somatiske sykehus. Vi refererer her til sannsynliggjøring, erfaringer, antakelser og resonnementer som peker mot forskyvning av oppgaver. Dessverre foreligger det, som nevnt, få og utilstrekkelige studier som er egnet til å dokumentere hvordan oppgavefordelingen mellom sykehusene og kommunene har endret seg over tid.

Det er ofte hevdet at kommunene etter hvert også har utviklet kompetanse innen medisinsk teknologi, bruk av legemidler og prosedyrer, i det de bl.a. har kommet til å anvende mer avansert teknisk medisinsk utstyr i pasientbehandlingen. Hvordan dette evt. har medført vesentlige endringer og økninger i kommunenes innsats i forhold til medisinsk tekniske prosedyrer og faglig spesialisert hjelp, er imidlertid i liten grad dokumentert. På grunnlag av data i Helsetilsynets undersøkelse fra 2003 analyserer vi omfanget av slike tiltak (6.7).

Mål for ressursbruk i kommunene som følge av utskrivninger fra sykehus

Vi foretar så noen beregninger av ressursbruken i kommunale pleie- og omsorgstjenester knyttet til personer skrevet ut av sykehus. Her anlegger vi det synspunkt at redusert liggetid i sykehus representerer oppgaveforskyvning fra sykehusene til kommunene.

Ved hjelp av IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) skal det være mulig å redegjøre for alle bevegelser mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene innen et enkelt år. Disse data var imidlertid per 2008 så svake og ufullstendige at de ikke kunne brukes. En kopling av IPLOS-data opp mot Norsk pasientregister (NPR) er det eneste som per i dag kan gi gode svar på bevegelsene i behandlingsskjedene mellom 1. og 2. linjetjenesten. Av juridiske grunner er denne koplingen imidlertid foreløpig ikke mulig. Derfor er vi henvist til å nytte noen *generelle* og indirekte beregninger for omfanget av overføring av brukere fra 2. linjetjenestene til kommunene.

Vi foretar noen *illustrerende beregninger* i form av 3 ulike eksempler. Hensikten er å presentere *alternative størrelser og mål* for mellomværendet mellom somatiske sykehus og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, knyttet til pasienter som har hatt opphold i sykehus eller kommet derfra i perioder hvor liggetiden i 2. linjetjenesten er blitt redusert. Det første er knyttet til alle med opphold i kommunale eldreinstitusjoner i 2003 og som var kommet dit fra somatiske sykehus i løpet av det siste året (6.8.3).

Redusert liggetid i somatiske sykehus medfører at noen av de utskrevne pasientene overtas *tidligere* i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. I det andre. eksemplet foretar vi en beregning av mulige effekter redusert liggetid ved heldøgnsopphold i sykehus fra 2003 til 2008, kan ha hatt på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Vi forutsetter så at den reduksjon i liggetid som fant sted fra 2003 til 2008, kan tilskrives at hele reduksjonen ble dekket inn av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Resonnementet vi legger til grunn her, er at deler av eller hele omfanget av redusert liggetid i somatiske sykehus fra et tidspunkt til et annet, er realisert ved kapasitetsvekst i kommunene eller ved at kommunene uansett har dekket inn konsekvensene i form av kommunal pleie- og omsorg (6.8.4 og 6.8.5).

Vi legger også fram et tredje beregningseksempel med utgangspunkt i redusert liggetid i somatisk sykehus for pasienter 70 år og eldre i perioden 1999-2007 (6.8.6).

Deretter foretar vi noen beregninger av ressursbruk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene knyttet til brukere med fortid i den *psykiatriske spesialisthelsetjenesten*. Det gjør vi ut fra antall slike brukere i 2003 i eldreinstitusjoner og kommunale boliger som er kommet dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (a), og ut fra reduksjon i antall døgnplasser i den psykiatriske 2. linjetjenesten i løpet av perioden 1998-2008 (b), samt ut fra den generelle økningen i etterspørselen etter tjenester for voksne i det psykiske helsevernet (c). Vi nytter årsverk som mål for omfang av kommunal ressursbruk knyttet til dette (kapittel 6.9).

Ut fra Helsetilsynets undersøkelse kjenner vi antallet med plass i kommunale boliger og eldreinstitusjoner, som var kommet dit etter å ha blitt utskrevet *fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten*. Under noen gitte forutsetninger har vi beregnet årsverksbruken i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene på årsbasis (6.9.1).

I det andre eksemplet har vi beregnet effekten i kommunene av reduserte døgnplasser i psykiatrisk 2. linjetjeneste under *Opptrappingsplanen for psykisk helse*, for perioden 1998-2008 (6.9.3)

Dernest drøfter vi forhold som sannsynliggjør økt etterspørsel etter tjenester blant personer med psykiske lidelser og økt kommunal innsats ut over øremerkete tilskott (6.9.4).

Så langt har vi hatt tilgang til statistiske oversikter over den innsats som er etablert i det psykiske helsevernet bare for midler i den statlige opptrappingsplanen. Nå foreligger imidlertid data som viser samlet innsats i kommunene i det psykiske helsevernet og i det psykiske helsearbeidet i kommunene for 2007, samt oversikt over den delen av ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet som har vært finansiert av statlige øremerkede midler.

Vi gjør rede for samlet økning i de kommunale tjenestene til personer med psykiske lidelser og gjør anslag for den andelen som er kommet til ved kommunal egenfinansiering i de heimebaserte tjenestene, d.v.s. det som er kommet til utover finansieringen gjennom statlige tilskott i Opptrappingsplanen (6.9.5).

Så langt har vi gjort bergninger knyttet til pasienter som er skrevet ut av sykehus. Til slutt ser vi tilsvarende på pasienter som er ferdigbehandlet i somatiske sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjort beregninger som viser at det i 2007 var 145.000 liggedøgn knyttet til ferdigbehandlede pasienter i alle aldre, som ikke var friske nok til å reise hjem, men som ikke hadde noe tilbud utenfor sykehus. Under forutsetning om at dette for samtlige liggedøgn skyldtes manglende tilbud i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og at problemet kunne vært løst ved et tilbud i kommunale institusjoner, har vi beregnet antall potensielle årsverk knyttet til et slikt tilbud (6.10).

Der det har vært mulig, har vi så langt knyttet empiriske mål til oppgaveforskyvningen, enten i form av antall personer eller antall liggedøgn. På dette grunnlaget har vi utført beregninger av økonomiske størrelser og kostnader knyttet til de ulike eksemplene på oppgaveforskyvning presentert i kapittel 6.8-6.10 Det gjelder både i forhold til den somatiske og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Her gir vi en samlet oversikt over hvilken ressursinnsats disse høyst ulike tilnærmingene genererer, regnet om til nødvendig innsats fortrinnsvis i kommunale sykehjem (6.11).

Hvordan ressursbruken i kommunen påvirker sykehusbruken

Ved SINTEF og ved Universitet i Oslo er det gjennomført en analyse av hvordan ulik ressursbruk i kommunal pleie- og omsorg i 2008 eventuelt har påvirket bruken av somatiske sykehustjenester når en kontrollerer for ulikheter i behovsindikatoren for bruk av sykehus.

Hvis det har funnet sted en vesentlig oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenestene til kommunene *gjennom redusert liggetid* i sykehus, er det rimelig å vente at vi ville finne dette som økt ressursbruk i kommunene. Er det for eksempel slik at kommuner med lav kapasitet i sine helse- og omsorgstjenester, kommer ut med høyere bruk av spesialisthelsetjenester enn kommuner med høy ressursinnsats, når det er kontrollert for ulikheter i behov? Svar på denne typen spørsmål er gitt på grunnlag av de nevnte analysene (SINTEF 2009, Hagen 2009). Vi presenterer resultatene i kapittel 6.12.1 og 6.12.2.

Dessuten, hvis kommunenes ressursinnsats som følge av redusert liggetid og utskrivninger av pasienter fra somatiske sykehus hadde hatt et vesentlig omfang, særlig i forhold til gråsonebrukerne hvor eldre er en sentral gruppe, ville det være rimelig å vente at det kunne spores i årsverksbruken. Dette belyser vi ved analyse av ressurstilførsel til eldre i institusjoner og heimebaserte tjenester etter 2001 (6.12.2).

Prinsipper, forslag til reform og fakta om oppgaveforskyvning

Til slutt i kapitlet drøfter vi noen prinsipper, forslaget til samhandlingsreform og fakta om oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Vi viser til og drøfter en statisk og dynamisk forståelse av spørsmålet om ansvarsfordeling i tilknytning til oppgaveforskyvning (6.13.1).

Til forskjell fra vår tilnærming reiser en i St.meld. nr. 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen*, spørsmål om hvorvidt kommunene i større grad enn i dag kan ta ansvar for pasientbehandling, pleie, rehabilitering og forebygging. Meldingen legger til grunn at det kan fins en betydelig unødig bruk av spesialisthelsetjenester. Vi peker på noen eksempler på omfang av oppgaver som under andre omstendigheter kunne ha vært løst i kommunene (6.13.2).

Avslutningsvis referer vi til de faktiske oppgaveforskyvninger i pleie- og omsorg slik de avtegner seg som resultat av våre analyser, og knytter dette opp mot i hvilken grad kommunene har dyktiggjort seg og påtatt seg nye oppgaver for nye brukere (6.13.2).

Kapittel 7. Utvikling av nye oppgaver i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

Et viktig fokus i denne utredningen er oppgaver/pasientgrupper som enten *overføres* til eller *overtas* av de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene. Oppgavene favner altså både de som er overtatt p.g.a. statlige reformer, og de kommunene mer eller mindre har utviklet på egen hand over tid. Vi viser til den sterke veksten og nyorienteringen som har funnet sted særlig i de helserelevante og medisinske delene av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til yngre brukergrupper, der kommunene *har utviklet tiltak for nye brukergrupper*, og understreker at kommunene framfor alt har *tatt oppgaver*.

Vår gjennomgang av utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene har vist at det er mer fruktbart å nærme seg spørsmålet om nye oppgaver mer i betydning *endret innretning*, d.v.s. endret *målretting, organisering og bruk* av tjenestene og tjenestetypene. Fleksibilitet og intensitet er f.eks. relevante stikkord i slik sammenheng. Fordi vi med nye oppgaver særlig forstår endret innretning av tjenestene, har vi lagt vekt på å analysere oppgaveendring i forhold til f.eks. *sammensetningen* av heimebaserte tjenester, med særlig vekt på den rolle hjemmesykepleien ser ut til å spille, jf. kapittel 4.

I kapittel 2-5 har vi gjort rede for utviklingen i bruken av ulike typer tjenester og tiltak, og i innretningen av dem, særlig med vekt på ulike grupper yngre brukere. Der er *substansielle* sider ved endring i oppgaver beskrevet. I kapittel 7 gir vi en *summarisk karakteristikk* av sentrale utviklingstrekk m.h.t. oppgaver og tiltak i disse kommunale tjenestene. Det gjør vi med vekt på *endret innretning* av tjenestene, økt fleksibilitet og mangfold, økt intensitet og medikalisering av tjenestene, særskilte trekk ved endringer i heldøgnsomsorgen, og videreutviklingen av overordnede mål. Vi forsøker å vise at kommunene over tid har tatt oppgaver i stort omfang (7.1).

I tilbudsdokumentet pekte vi på at et ”vesentlig inntak til å belyse oppgaveutviklingen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren befinner seg i SSBs statistikk over fagpersonell i sektoren”. Vi foreslo å analysere utviklingen i antall årsverk i de respektive profesjonene. Vi legger til grunn at eventuelle endringer i profesjonssammensetning i pleie- og omsorgstjenestene kan være et indirekte inntak til å komme på sporet av oppgaveendringer som vår gjennomgang så langt bare har kunnet gi en begrenset empirisk belysning av.

Hvis det har funnet sted betydelige omlegginger i innholdet og profesjonaliteten i de oppgaver pleie- og omsorgstjenestene utfører, vil det til en viss grad reflekteres i endret sammensetning av årsverksinnsatsen etter type arbeid og profesjon. Hvis den store veksten har funnet sted uten at sammensetningen er endret i særlig grad, kan det tolkes slik at veksten har skjedd i oppgaver innenfor noenlunde de samme fagfeltene. Nye oppgaver kan imidlertid ha vært taklet ved endringer i kompetanse innenfor de samme profesjoner. På den andre sida, hvis enkelte profesjoner har vunnet fram på bekostning av andre, må det kunne tolkes som en indikator på endret innretning av tjenestene.

Vi gjør rede for *endring i antall årsverk* for de ulike profesjonene samt den prosentvise endringen i 10-årsperioden 1997-2007 (7.2).

Kapittel 8. Noen mulige pådrivende faktorer i utvikling og endret innretning av kommunale pleie- og omsorgstjenester de siste 20 år

I mandatet for prosjektet ønskes en belysning av hva som har påvirket endringer i oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Avslutningsvis i dette kapitlet tar vi for oss noen av drivkreftene, som synes å ligge til grunn for utvikling og endringer i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de siste 20 år. Vi starter med de umiddelbare pådriverne: De statlige handlingsplanene og reformene. Det gjelder særlig *HVPU-reformen*, *Handlingsplan for eldreomsorgen* og *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Vi viser hvordan unge brukere strømmer inn i de heimebaserte tjenestene som følge av disse handlingsplanene (8.2).

Vel så viktig etter 1995 har imidlertid vært kommunenes økte evne til å ta på seg nye oppgaver, og særlig utvide dem til å omfatte flere brukergrupper. Dette gjelder særlig brukere under 67 år. Vi gjør rede for den sterke veksten, spesielt i de heimebaserte tjenestene til disse brukergruppene. Videre peker vi på kommunenes egendykktiggjøring gjennom læring og realisering av statlig ideologi. Vi drøfter også sannsynligheten for at kommunene i betydelig grad har overtatt ansvaret for hjelpetrequende som tidligere ble tatt hand om av familie og nære pårørende. Her peker vi også på de kommunale fagfolkenes rolle i forhold til å ta ansvar og utvikle tiltak for de nevnte gruppene (8.3).

Vi drøfter om samhandling i forhold til spesialisert medisinsk faglig aktivitet eller læring gjennom samhandling med den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, kan ha vært en pådrivende faktor. Det samme gjelder generell samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, jf. kapittel 6.4. Vi drøfter også i hvilken grad om oppgaveoverføring fra den somatiske spesialisthelsetjenesten, knyttet til redusert liggetid, har vært en pådrivende faktor (8.4).

Vi diskuterer dessuten hvordan evt. demografiske endringer, utvikling i sykkelighet og helse, betydningen av endringer i tilgang på privat omsorg, samt endringer i etterspørsmål som følge av endringer i kunnskap, holdninger og forventninger, kan ha påvirket utviklingen, spesielt m.h.t. nye og yngre brukere (8.5).

Vi har vist at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene til brukere under 67 år vokste med ca. 19.500 årsverk i perioden 1996-2007, jf. kapittel 5.7. En del av dette er finansiert gjennom ulike tilskott til drift av kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenester (øremerkete driftstilskott under Opptrappingsplanen for psykisk helse, *toppfinansieringsordningen* for ressurskrevende brukere og gjennom det såkalte *vertskommune-tilskuddet* til den gruppen av utviklingshemmede som ikke flyttet ut fra HVPU-institusjonskommunene). Årsverk finansiert på denne måten, kommer til fratrukk ved beregningen av hvor mye som er dekket av kommunene (8.6).

Økonomi og omsorgsideologi – underliggende hoveddrivkrefter i utviklingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

Vi har vist at det har vært en til dels sterk og nokså jevn vekst i årsverk og ressursbruk i kommunal pleie- og omsorg. Her viser vi hvordan veksten har artet seg i ulike tidsrom og hvordan den bl.a. henger sammen med konjunkturer, statlig økonomisk

politikk ovenfor sektoren, samt økonomiske føringer og den *omsorgsideologi* som har ligget til grunn for slike føringer. I den periodevise gjennomgangen av utvikling i ressursbruk, skiller vi mellom tidsavsnitt med sterk vekst og år med svak vekst (8.7).

Vedlegg til kapittel 6 og 7

I tilknytning til kapittel 6 og 7 følger det vedlegg, tre til kapittel 6 og ett til kapittel 7. Disse gir en mer utfyllende redegjørelse for og utdyping av de problemstillingene og det materialet som er lagt fram i hovedteksten. Vedleggene er:

- I Brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester med fortid i 2. linjetjenesten i 2003 (til kapittel 6.5)
- II Nye oppgaver i kommunenes helse- og pleietjenester ved bruk av faglig spesialisert hjelp og medisinsk-teknologiske prosedyrer (til kapittel 6.7)
- III Bruk av ressurser i kommunal pleie- og omsorg knyttet til personer som kommer fra spesialisthelsetjenesten (til kapittel 6.8)
- IV Endringer i vekst i ulike profesjonsgrupper i kommunale pleie- og omsorgstjenester (til kapittel 7.2)

Disse fire redegjørelsene følger vedlagt til slutt i denne rapporten

1.3 Oversikt over datagrunnlaget og underlagsmateriale

Utredningen bygger i sin helhet på sekundærdata. Det er imidlertid foretatt en god del bearbeiding av materiale fra andre datakilder, særlig data fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

I de delene av utredningen som er basert på statistiske opplysninger, er kildene i hovedsak *Pleie- og omsorgsstatistikk*, *KOSTRA* og delvis *IPLOS i SSB*, inkl. egne og andres analyser av disse. Videre har vi nyttet resultater fra flere surveys.

Vi nevner nedenfor noen av de sentrale kildene for utredningens ulike kapitler:

Kapittel 3 og 4

Det er for en rekke tema utarbeidet tematiske prosjektnotater ved NIBR i 2009, som i neste omgang har utgjort en viktig del av grunnlagsmaterialet bak kapitlene, jf. denne skjematiske oversikten:

Nr.	Prosjektnotater etter tema:
1	Om utvikling i årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1980-1992-2007
2	Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1988-2007
3	Utvikling i antall utviklingshemmede brukere i pleie- og omsorg 1989-2007
4	Kjennetegn brukere under 67 år i kommunale boliger og institusjoner i 2003
5	Kommunale boliger til pleie og omsorgsformål med vekt på personer under 67 år
6a	Utvikling i de heimebaserte tjenestene 1992-2006 med vekt på personer under 67 år
6b	Kjennetegn ved brukere av heimebaserte tjenester med vekst på yngre brukere. Analyse av Helsetilsynets undersøkelse 2003
7a	Beregning av fordeling av årsverk blant brukere av heimebaserte tjenester ved ulike etapper
7b	Omfanget i bruken av heimebaserte tjenester. Underlagsnotat til notat 7a
8	Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene
9	Utvikling av nye oppgaver og endringer i profesjonsgruppene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

I tilknytning til arbeidet med å framskaffe relevante data over brukerne av heimebaserte tjenester over tid etter alder, type tjenester og hovedårsak til hjelpebehovet, har vi for øvrig nyttet en rekke kilder. Det gjelder særlig i forhold til antall utviklingshemmede og deres bruk, men også i forhold til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Vi har foretatt en særskilt analyse av utvikling og status når det gjelder kommunale boliger og deres rolle i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Grunnlaget gjenfinnes i prosjektnotat nr. 5.

Grunnlagsmaterialet for kapittel 3-4 fins i hovedsak i prosjektnotat nr. 2-6. Slik det går fram av litteraturoversikten, er prosjektnotatene basert på en rekke kilder ved SSB og andre institusjoner. Særlig har vi hatt god nytte av arbeider ved NOVA (Daatland 1990, 1994 og 1994a, Romøren 1995 og 2003, Romøren og Svorken 2003, Romøren 2007) og arbeider ved NIBR (Tøresen 2003, Brevik 2002 og 2003a), samt Tøssebro 1996.

Blant surveyene står, som nevnt, Statens Helsetilsyns landsomfattende undersøkelse fra 2003 svært sentralt. Se særskilt omtale til slutt i dette avsnittet.

Kapittel 5

Framstillingen også i dette kapitlet er basert på et omfattende underlagsmateriale som bl.a. foreligger i form av prosjektnotater ved NIBR³ (jf. oversikt i forrige avsnitt), noen ganger utarbeidet i forbindelse med dette prosjektet, men oftest i tilknytning til en felles plattform i tilknytning til arbeid med analyser av utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i andre/beslektede prosjekter de aller siste åra⁴.

³ I tilknytning til dette kapitlet gjelder det særlig prosjektnotat nr 1, *Om utvikling i årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1980-2007*, NIBR, januar 2009, prosjektnotat nr 2, *Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1988-2007*, NIBR, mars 2009 og prosjektnotat nr 7, *Om beregning av fordeling av årsverk blant brukere av heimebaserte tjenester ved ulike etapper*, NIBR, mai 2009.

⁴ Teksten i dette kapitlet er en nedkortet, omredigert og bearbeidet versjon av en tekst som vil inngå i sin helhet som kapittel 6 og 7 i NIBR-rapport 2010:2, *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg* NIBR-rapport 2010:1

Data om årsverksbruken er primært hentet fra SSBs *KOSTRA-statistikk* og *IPLOS*. For tidligere år har vi nyttet *Pleie- og omsorgsstatistikk*.

Det har i hele perioden vi beskjeftiger oss med (1980-2007), foreligget oppgaver over årsverk i pleie- eller omsorgstjenestene eller timeverk med mulighet for beregning av årsverk. Det er imidlertid endringer i dataseriene f.o.m. 2003, jf. kapittel 6.1.2.

Når det gjelder separate oppgaver over *årsverk i de heimebaserte tjenestene* (åpen omsorg) *versus i institusjon*, forelå det statistiske oppgaver siste gang for året 1993 (SSB). For årene etter 1993 har vi derfor på ulike måter *beregnet* fordelingen av samlet antall årsverk mellom de to hovedområdene i pleie- og omsorg for periodene 1994-2002 og 2003-2007, jf. kapittel 5.1.2.

Fordelingen av årsverk i de heimebaserte tjenestene mellom brukere under og over 67 år, er for årene 1989 og 1995 basert på beregninger ved NIBR. For årene 2002 og 2007 har vi lagt IPLOS-data til grunn for fordeling av timeverkene, jf. prosjektnotat 7a og 7b (se oversikt i forrige avsnitt).

Når det gjelder grunnlaget for beregningene og framstillingen i kapittel 5 viser vi dessuten til prosjektnotatene nr. 1, 2, 7 a og b og 8, jf. oversikten i forrige avsnitt.

Kapittel 6

Vi gir her en oversikt over dokumenter og rapporter som har vært sentrale for framstillingen i kapittel 6, om spesialisthelsetjenesten og spørsmål om oppgaveforskyvning mellom denne og kommunene:

a. Den somatiske spesialisthelsetjenesten

- *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill* – Kalseth B. et al., SINTEFrapport SFT78 A045018, 2004
- *Samdata. Sektorrapport for somatiske spesialisthelsetjeneste 2008* – Kalseth B. (red), SINTEF, rapport nr. 3/2009 Trondheim, sept 2009
- *Samdatapublikasjoner* om det samme 2000-2007, SINTEF, Trondheim
- *Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten*, Institutt for helseledelse og helseøkonomi - Hagen T.P. ,UiO, Skriftserie 2009:6

b. Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten

- *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgave utvikling og samspill* - Kalseth B. et al. SINTEF-rapport SFT78 A045018, 2004
- *Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlige øremerkede midler 1999-2007*- Kaspersen S.L. et al., SINTEF-rapport A8811, 2008
- *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Årsverksstatistikk og analyser av kommunale variasjoner* - Ose S.O. et al., SINTEF A11269, feb 2009
- *Samdata. Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008* - Pedersen P. B. (red) - SINTEF-Rapport 2/2009)

- *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter, Forskningsrådet 2009*
- *St prp nr. 1 (2008-2009), HOD, Statsbudsjettet, Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse (2001-2009), Sluttrapport*

c. Noen dokumenter med særskilt relevans for oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

- *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinske avdeling 1998, Statens helsetilsyn Rapport nr. 7. 1999*
- *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet, Samfunns- og næringslivsforskning, Bergen, des. 2001 (Gautun H. et al)*
- *Fra stykkevis til helt, NOU-2005:3 (Wisløff-utvalget)*
- *Pleie- og omsorgstjenestene på strekk, Helsetilsynet, Rapport 7/2005*
- *Kartlegging av oppgavefordeling mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15. februar 2006*
- *Et stykkevis og delt tjenestetilbud, Helsetilsynet, Rapport nr. 3/2006*
- *Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten – organisatoriske tiltak, Helse- og omsorgsdepartementet, juni 2006.*
- *Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet, Samfunns- og næringslivsforskning, Bergen, mars 2007 (Holmås T.H. et al)*
- *St. meld nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008, SINTEF Helse, nov 2008 (Kalseth B. og Paulsen B.)*

Om Helsetilsynets undersøkelse i 2003

Det eneste empiriske inntaket til kunnskap om fordeling av brukere og bruk av heimebaserte tjenester er så langt Helsetilsynets store og landsomfattende undersøkelse av brukere og bruk av pleie- og omsorgstjenester i kommunene fra 2003. Den står sentralt i flere sammenhenger i denne rapporten. Vi nytter data herfra bl.a. når vi dokumenterer bruken av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet. Data om dette foreligger så langt ikke i IPLOS.

Statens Helsetilsyn gjennomførte i 2003 en landsomfattende undersøkelse av brukerne og bruk av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Nettutvalget i undersøkelsen *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene* besto av 73 kommuner (17 prosent av kommunene). Undersøkelsen omfattet 13.240 brukere, derav 11.131 67 år og eldre.

Hensikten med registreringen var å få kunnskap om sentrale trekk ved tjenestene og brukerne og forholdet mellom behov og tilbud i de ulike brukergruppene.⁵

I utvalget for Helsetilsynes undersøkelse inngår;

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

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

Undersøkelsesutvalget er tilfredsstillende og svarprosenten er høy.⁶ Jevnt over representerer denne undersøkelsen 10 prosent alle personer 67 år og eldre med plass i institusjon, i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål eller som bor i ordinære private hjem og har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie⁷. Vi viser til en mer utførlig omtale av undersøkelsen i NIBR-notat 2007:111⁸.

I undersøkelsen har en kartlagt *bruken av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie* målt ved antall timer og antall ganger per uke. Dessuten er regelmessig tilsyn fra hjemmesykepleien om kvelden og om natta registrert.

Basert på fagpersoners vurderinger, er det kartlagt hvorvidt brukerne har tilstrekkelig hjelp til praktiske og personlige gjøremål i hverdagen. Materialet er særlig verdifullt ved at det er gjennomført individuelle *pleietyngdemålinger*. Statens Helsetilsyn peker på at resultatene fra undersøkelsen har høy gyldighet og relevans for vurdering av forholdet mellom tjenestemottakernes behov for pleie- og omsorgstjenester og omfang og innhold i det tjenestetilbud de mottar.

Kartleggingen av hjelpebehov og funksjonsnivå, samt tjenestetilførsel, gir samtidig mulighet for å vurdere graden av behovsdekning både i og mellom ulike kommuner.

NIBR har gjennomført en omfattende analyse av alle data i dette materialet med relevans for denne utredningen for KS. En del resultatene er tidligere gjort rede for i NIBR-notat 2007:111.

⁵ Det er gjort nærmere rede for representativitet, utvalg og datainnsamling i kapittel 2 i rapporten *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Statens Helsetilsyn, Rapport 10/2003, Oslo oktober 2003.

⁶ Den høye svarprosenten (bare 3 kommuner falt fra) gjør at det mest er grunnlaget for trekningen av utvalget som kan påvirke undersøkelsens representativitet. Undersøkelsens representativitet er for øvrig drøftet og gjort rede for tidligere (Statens helsetilsyn 2003, kapittel 2, om Utvalg og datainnsamling). Her konkluderer en med at undersøkelsesutvalget er tilfredsstillende gitt de stratifiserings- og inklusjonskriterier som er benyttet (Romøren 2003, s. 41).

⁷ Utvalget utgjør således ca. 10 prosent av personer 67 år i institusjon og 8 prosent av dem som bor i kommunale boliger samt 12 prosent av eldre i ordinære boliger med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

⁸ Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning Sammenliknende analyse av Helse tilsynets undersøkelse i 2003.

2 Hovedtrekk i den generelle utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007

Kunnskap om og beskrivelsen av situasjonen i pleie- og omsorgstjenestene i et enkelt år eller akkurat nå, vil være ufullstendig, nesten uinteressant og unyttig. Skal vi bli i stand til å gi en dekkende redegjørelse for dagens situasjon, er vi avhengig av kunnskap om utviklingslinjene, hva pleie- og omsorgstjenestene har beveget seg *fra* og hva de så langt har utviklet seg *til*, d.v.s. hva de foreløpig er blitt til per i dag. Kunnskapen om hva de har beveget seg *mot* og det de har beveget seg *bort fra*, er helt nødvendig å få brakt på det rene om målet er å gi bidrag til å gjøre rede for og forstå dagens situasjon i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Derfor har vi funnet det uomgjengelig nødvendig å gjøre rede for noen hovedtrekk i utviklingene, både i de 10 og 20 siste årene. Dette også i tråd med mandatet for prosjektet.

Hovedtrekkene i denne oversikten⁹

Vi gir her først en landsomfattende historisk oversikt over utvikling i *antall plasser i institusjon* i perioden 1966-2006 samt en tilsvarende oversikt over *antall beboere i kommunale boliger med personer 67 år+* på landsbasis i perioden 1994-2006 (1). Dernest følger et samlet bilde av utvikling og status i *dekningsgrad i institusjoner for eldre 1975-2006* og *i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+* 1995-2006 (2).

Deretter gjør vi rede for utviklingen i antall boliger til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede, herunder såkalte 'omsorgsboliger' i perioden 1994-2006. Samtidig viser vi hvor mange av beboere i slike boliger som er 67 år+ (3).

Vi vier boliggingjøring av omsorgstjenestene etter 1988 særskilt oppmerksomhet siden det etter hvert gis flere og mer intensive tjenester i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig. Og det er den mest markante endringen omsorgstjenestene har vært gjennom i nyere tid. Å forstå denne utviklingen er avgjørende for å gripe både hvor kommunene befinner seg i forhold til det samlede tilbudet i pleie- og omsorgstjenestene, og hva som er den relative betydningen av dekningsgrad i sykehjem.

Det bor dessuten en rekke andre hjelpetrequende grupper enn eldre i de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål, som f. eks utviklingshemmede, fysisk funk-

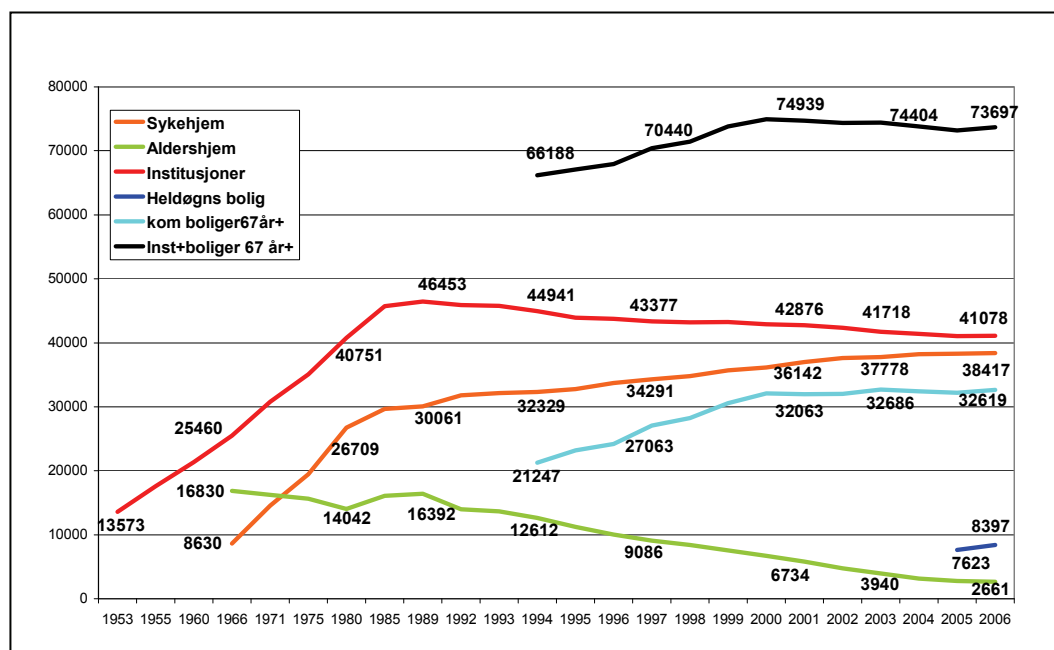
⁹ Dette kapitlet bygger på en rekke arbeider, bl.a. ved NIBR: Brevik 2003a og b, Brevik 2007a, b og c, Brevik 2008a, Brevik og Daatland 2007, samt referanser til og data fra Daatland 1990, 1994 og 1996 samt Toresen 2003. Fullstendige referanser til arbeidene er gjengitt i litteraturliste

sjonshemmede og psykiatriske langtidspasienter. Til slutt gjør vi rede for årsverksbruken av heimebaserte tjenester i disse kommunale boligene (4).

2.1 Oversikt over utvikling i antall plasser i institusjon og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål

Det er framveksten av sykehjemsplasser som karakteriserte utbyggingen på institusjonssida i Norge fra midten av 1960-tallet og de 20 neste åra. I 1980 var det 26.700 slike plasser. Da ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene var samlet på ei kommunal hand i 1988, innevarsles imidlertid en ny dynamikk langs flere linjer, bl.a. tok nedbyggingen av aldershjemmene til.

Figur 2.1 *Antall plasser i institusjoner 1966-2006, utvalgte år. Antall beboere i kom boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2006, alle år. Tallangivelser 1966, 1980, 1989, 1994, 1997, 2001, 2003 og 2006. Samt kommunale boliger med heldøgns pleie- og omsorg 2005-2006.*



Kilde: Daatland 1994, Toresen 2003 og SSB

Slike plasser reduseres fra ca 17.000 i 1988-89 til ca 9.000 i 1997. I 2006 var det ca 2.700 aldershjems plasser igjen¹⁰. Aldershjemmene - ofte et sosialt og boligmessig betinget tilbud med fortsatt noen røtter i gamlehjemstradisjonen - er ved veis ende.

¹⁰ Vi har i den statistiske oversikten i figur 2. 1 slått sammen aldershjems plasser og 'andre boformer godkjent som institusjon'. De siste er ikke sykehjemsplasser, men noen få plasser av institusjonskarakter. I 2006 var det 2.303 rene aldershjems plasser og 358 'øvrige institusjons plasser', tils. 2.661 enheter, Pleie- og omsorgsstatistikk 2006, Statistikkbanken, SSB, Oslo 2007.

I 2006 var det 38.400 plasser i somatiske sykehjem, eller vel 8.000 flere enn i 1989. Samlet antall plasser i institusjon ble imidlertid redusert med 5.350 plasser, fra 46.450 i 1989 til 41.100 i 2006, jf. figur 2.1.

Det har således bare vært en liten netto tilvekst i sykehjemsplasser etter at kommunene tok over sykehjemmene i 1988. Nybygging har bare funnet sted i svakt tempo. I 8-års-perioden 1990-1997 ble det netto tilført 4.230 slike plasser, eller i gjennomsnitt 529 årlig.

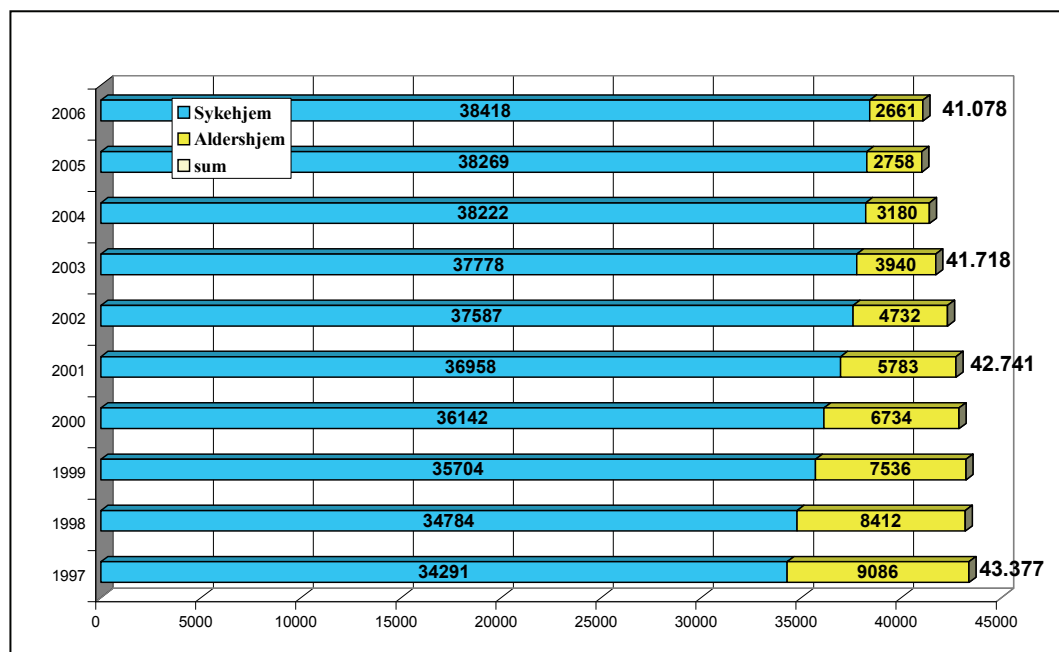
Perioden 1998-2006

I 9-års-perioden 1998-2006 – under *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) - var netto tilvekst 4.126 slike plasser, eller i gjennomsnitt 458 årlig, jf figur 2.2.

I perioden 1990-2006 under ett kom det til netto i alt 8.356 sykehjemsplasser, eller i gjennomsnitt 491 årlig. Det har således vært en jevn, men moderat netto tilvekst i antall sykehjemsplasser etter 1988. Kapasitetsveksten var imidlertid noe større pr år i de 8 årene før *Handlingsplan for eldreomsorgen* tok til (1990-1997) enn under HPE (1998-2006).

Den betydelige reduksjonen i antall aldershjemsplasser i perioden 1998-2006, sammen med moderat vekst i sykehjemsplasser, ga en liten reduksjon i antall institusjonsplasser med 2.299 enheter, eller med - 5 prosent på 9 år, jf figur 2.2.

Figur 2.2 *Antall plasser i sykehjem og i aldershjem 1997-2006.*



Kilde: SSB, Statistikkbanken, Oslo, hvert år

På kapasitetssida er det ikke institusjonssida som har preget aktiviteten i kommunene. Men her må vi nevne at kommunene i tilknytning til *Handlingsplan for eldreomsorgen* har fullrenovert eller nybygget halvparten av de eksisterende sykehjems-

plassene¹¹. Dette representerte betydelige økonomiske løft også for kommunene, sjøl om staten har dekket en betydelig del av investeringskostnadene¹².

Nedbyggingen av aldershjems plasser de 10 siste åra har sitt motstykke i en tilsvarende netto tilvekst av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, jf avsnitt 2.2 nedenfor. Men økningen på nærmere 11.000 slike boliger til personer 67 år+ i perioden 1994-2006 har imidlertid bare så vidt kompensert for avgangen i aldershjem. Målt ved antall aldershjems plasser og kommunale boligenheter til eldre, var det faktisk omlag 900 færre enheter i 2006 som da HPE tok til i 1998, jf figur 2.1.¹³

Den omfattende byggingen av omsorgsboliger i regi av *Handlingsplan for eldreomsorgen* er for personer 67 år + ble nærmest 'spist opp' gjennom nedbyggingen av *aldershjem og øvrige* kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, jf. også figur 2.3.

Vi gjør så i neste avsnitt nærmere rede for utbyggingen av kommunale boliger til pleie og omsorg for eldre og funksjonshemmede

2.2 Boliggjøring av omsorgstjenestene etter 1988

Når dekningsgraden i institusjon kontinuerlig er redusert siden slutten av 1970-åra – jf. avsnitt 2.3 - henger det nøye sammen med to fundamentale endringstrekk i kommunenes satsing i omsorgstjenestene - særlig etter 1988 - nemlig *hjemliggjøringen* og *boliggjøringen* av pleie- og omsorgstjenestene. Det første gjennom en omfattende satsing på mer intensiv bruk av hjemmetjenestene (hjemmehjelp/hjemmesykepleie) og det andre gjennom utbyggingen av et kommunalt boligtilbud for eldre og funksjonshemmede.

Det er utviklingen av kommunale boliger og heimebaserte tjenester som er avgjørende for å forstå både hvor den enkelte kommune befinner seg i forhold til det samlede tilbudet i pleie- og omsorgstjenestene, og hva som er den relative betydningen av dekningsgrad i sykehjem.

2.2.1 Vedvarende vekst i den eldre befolkningen – skifte i innretning av tilbud

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

¹¹ Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptappingsplan for psykisk helse har i perioden 1998-2006 bidratt til bygging og rehabilitering av over 40.000 sykehjems plasser og omsorgsboliger (St.prp. nr 1 (2007-2008), HOD, s. 198).

¹² Staten har dekket investeringskostnader med ca. 32 milliarder over statsbudsjettet fordelt over en periode på 30 år. Så langt har en bevilget om lag 17 milliarder kroner og den årlige bevilgningen fra Husbanken utgjør nå 1,5 milliarder kroner (St.prp. nr 1 (2007-2008), HOD, s. 198).

¹³ I 1997 var det 9.086 aldershjems plasser pluss 27.063 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til personer 67 år= 36.149 enheter. I 2006 var det 2.661 aldershjems plasser og 32.619 kommunale boliger til beboere 67 år+= 35.280 enheter, dvs 869 færre enn i 1997, jf figur 2.1.

økning på 60.000 eldre 80 år+ og fortsatt ble det flere aleineboende. Likevel ble imidlertid tilgjengeligheten til institusjon redusert i denne perioden, jf. avsnitt 2.3.

Fra slutten av 1980-åra følger kommunene ikke lenger opp den betydelige tilveksten i antall eldre 80 år+ ved å tilføre flere institusjonsplasser, sjøl om det fortsatt bygges sykehjem slik at det tilbudet målt på landsbasis jevnt over holder tritt med befolkningsutviklingen. Ut over i 1980-åra forsterkes ideologien om at de eldre bør få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig. Det legges derfor til grunn at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede bør bygges ned og erstattes av økt satsing på åpen, boligbasert omsorg (NOU 1992:1- Gårevoll-utvalget). Det er egenkapene og kvalitetene ved det å bo i egen bolig som utgjør det bærende prinsipielle idégrunnlag som utredningen kviler på og der vekta legges på sjølstendighet og verdighet.

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

Ved overtakelsen av sykehjemmene i 1988 fikk kommunene større muligheter for egne prioriteringer. Nedbygging av aldershjemmene og mer intensiv bruk av øvrige tjenester kan knyttes til dette, men var samtidig forbundet med strengere prioriteringer i kommuneøkonomien. Motivasjonen til å hjelpe eldre med mindre pleiebehov med tjenester på et alternativt eller lavere nivå ble styrket, også fordi det som oftest ville koste mindre. Det er en viktig forklaring på framveksten av nye og alternative boformer, og til at hjemmetjenestene ble omprofilert og intensivert.

2.2.2 Omstrukturering, profilering og nyskaping i omsorgstjenestene

Ut over på 1980-tallet tok så kommunene fatt på oppgavene med å omstrukturere og endre innretningen av tjenestene, bl.a. gjennom omprofilering av hjemmetjenestene ved en mer målrettet, prioritert og intensiv bruk av dem slik at de har kunnet evne å fungere kompenserende i forhold til redusert dekningsgrad i institusjonstjenesten. Endret bruk av hjemmetjenester har mange steder skapt et supplerende tilbud i forhold til institusjonene. Samtidig har en bestrebet seg på en mer intensiv og dels fleksibel bruk av eksisterende institusjonsplasser. Men framfor alt har en ved bygging av omsorgsboliger etablerte bomessige alternativer til institusjon og boliggjort omsorgen. Det er tatt viktige skritt mot en normalisering av folks liv på tross av skrøpelighet.

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

Det er videre dokumentert at de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål etter hvert har kommet til å spille en svært sentral rolle i den kommunale omsorgstjenesten. Og pleie- og omsorgsfunksjon vil rent kvantitativt gjenspeiles i bruken av hjelpe- og pleieårsverk til slike beboere. I 2002 gikk således noe over halvparten av årsverkene i hjemmetjeneste til brukere som bor i slike boliger. Sjøl om tilbudet har størst betydning for yngre brukere, svarer disse boligene for en betydelig eldreomsorg. I 2002 gikk således ca. 40 prosent av årsverkene i hjemmetjenester til eldre 67 år+ til de av dem som bodde i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, mens det samme for brukere under 67 år gjaldt 69 prosent, jf. kapittel 5.

Den heimebaserte omsorgen for eldre er i betydelig grad en omsorg knyttet til kommunale boliger, noe som etter vår vurdering også er underkjent.

Det er videre vist at for eldre i egen bolig, har det i de seinere åra funnet sted en *omprofilering* mot mer intensiv hjelp, ved at en i større grad får hjemmesykepleie eller tjenester i kombinasjon. Kommunene har evnet å prioritere skrupelig eldre samtidig som en har økt og utvidet tilbudet til yngre brukere. Brukere under 67 år mottar nå forøvrig ca. 60 prosent av årsverkene i hjemmetjenestene (IPLoS 2007), jf. kapittel 5 i denne rapporten.

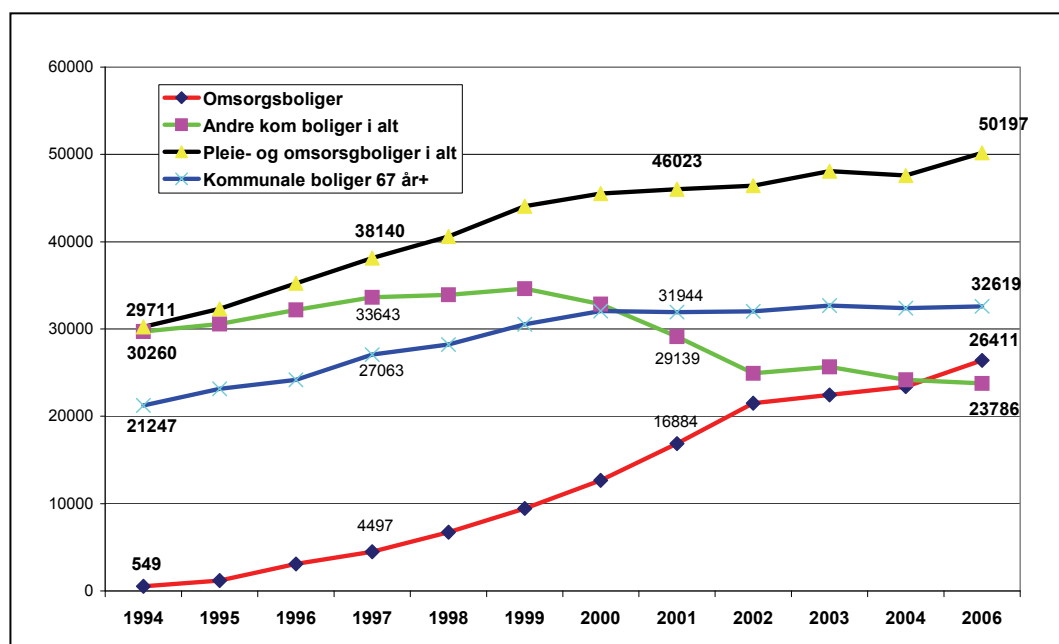
2.2.3 Om utbyggingen av kommunale boliger

Siden 1960-tallet har kommunene utviklet ulike boformer som alternativer til institusjonene. Disse boformene har over tid gått under en rekke betegnelser, som f. eks. trygdeboliger, aldersboliger, serviceboliger osv, og har representert et visst mangfold mht størrelse, utforming og funksjon i forhold til f.eks. å gi et tilbud om heldøgns pleie og omsorg. I løpet av 1980-åra utviklet en del kommuner ideologien om at den enkelte burde få dekket sine hjelpebehov på individuelt grunnlag, uavhengig av boform. Tjenestene ble ytt etter behov og ikke etter boform, slik som i institusjon. I motsetning til institusjonene har serviceboligene ('omsorgsboligene') representert en fullverdig og sjølstendig boform, med råderett over bolig og egen økonomi. Det har således lenge foreligget et ikke ubetydelig tilbud av boformer for eldre der en i et visst omfang har søkt å erstatte den funksjon som for eksempel aldershjemmene tidligere hadde.

Samlet var det om lag 29.000 kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (trygde-/serviceboliger) i 1993¹⁴. Det som er bygget av slike boliger fra 1994 og fram til i dag, er såkalte 'omsorgsboliger', d.v.s. tilrettelagte boliger som fyller visse standardkrav, oppført med betydelige tilskudd fra Husbanken. I perioden 1994-2006 ble det oppført 26.400 omsorgsboliger, de aller fleste i regi av *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

¹⁴ At dette antakelig er en nokså korrekt oppgave, bekreftes gjennom den nye statistiske oversikten av 'kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fore eldre og uføre' fra og med året 1994, som viser at det var 29.400 slike boliger det året.

Figur 2.3 *Antall beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2005. Omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Talloppgaver påført for årene 1994, 1997, 2001 og 2006.*



Kilde: SSB, og Husbanken, hvert år.

Omsorgsboligene ble bygget ut raskere enn noe annet i moderne norsk omsorgstjeneste. Sammen med de øvrige boliger som kommunene disponerte til pleie- og omsorgsformål, var det i 2006 i alt 50.200 slike boliger, hvor 32.600 var bebodd av personer 67 år+. Boliggjøringen av omsorgstjenestene, ved å gi flere tjenester og mer intensive tjenester i egen eller kommunalt tilrettelagt bolig, er den mest markante endringen omsorgstjenestene har vært gjennom i nyere tid. Det er vesentlige grunner til å betegne *Handlingsplan for eldreomsorgen* som en *omsorgsboligreform* siden den har gitt betydelig bidrag til boliggjøring av omsorgstjenestene i sin alminnelighet.

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

Det bor en rekke andre hjelpetrequende grupper i omsorgsboligene enn eldre, som for eksempel psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede og psykiatriske langtidspasienter. Flere undersøkelser viser at beboerne i omsorgsboliger er bredt sammensatt og det er et betydelig innslag av andre enn eldre. Boligene er videre kjennetegnet ved at det i varierende grad er knyttet stasjonære omsorgstjenester til dem. Variasjon i omfang av tjenestetilførsel er imidlertid lite kjent. Hvilken funksjon de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål samlet sett representerer, har så langt ikke vært godt dokumentert.

Statistiske analyser har vist at hjelpebehov og pleietyngden blant eldre beboere i kommunale boliger er betydelig høyere enn blant eldre som bor i ordinære private hjem, siden omfanget av tilført hjemmehjelp/hjemmesykepleie her i gjennomsnitt lå

ca. 60 prosent over hva en blir tildelt når en bor i ordinær privat bolig. Det kan tyde på at en ikke uvesentlig del av årsverkene i de kommunale boligene tilfaller eldre med noe større eller betydelige hjelpe- og pleiebehov.

Ulike representative undersøkelser har vist at omlag *en tredjedel* av beboerne i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål har betydelige funksjonstap og får tilført heimebaserte tjenester som gjør at boligene i ulik grad kan karakteriseres til å fungere som tilbud i 'egnet bolig med heldøgns pleie- og omsorg', eller at beboerne kan ha funksjonstap på linje med pasienter med fast opphold i sykehjem, d.v.s. at boligene kan ha tilnærmet institusjonsfunksjon (Romøren og Svorken 2003, Brevik 2003c, Brevik 2007a kapittel 8).

Statistisk sentralbyrå fant gjennom sin kartlegging for året 2006 at andelen personer med heldøgns pleie- og omsorg i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål på landsbasis utgjorde 34 prosent av alle - noe som er i overensstemmelse med resultatene fra de nevnte enkeltundersøkelsene (Brevik 2007a).

Dagens omsorgsboliger representerer imidlertid et vesentlig større fysisk potensial for omsorg enn det som foreløpig nyttes ut. Det vil bl.a. si at det er flere omsorgsboliger som tilgjengelighets-, arealmessig og organisatorisk er lagt til rette for en mer omfattende pleie- og omsorg enn den som ytes gjennom de faktiske driftsopplegg i dag.

Og SSBs registrering for 2006 viste forøvrig at 26 prosent av kommunale boliger bebodd av personer 67 år og eldre hadde heldøgns pleie og omsorg. Disse ca. 8.400 kommunale boligene representerer en dekningsgrad tilsvarende 38 plasser per 1000 innb 80 år+ på landsbasis. Innslaget av slike boliger er således av ikke uvesentlig betydning for vurderingen av samlet dekningsgrad i forhold til institusjon og boformer med heldøgns pleie og omsorg.

2.3 Utvikling og status i dekningsgrad i institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år+

2.3.1 Utvikling i dekningsgrad 1975-2006

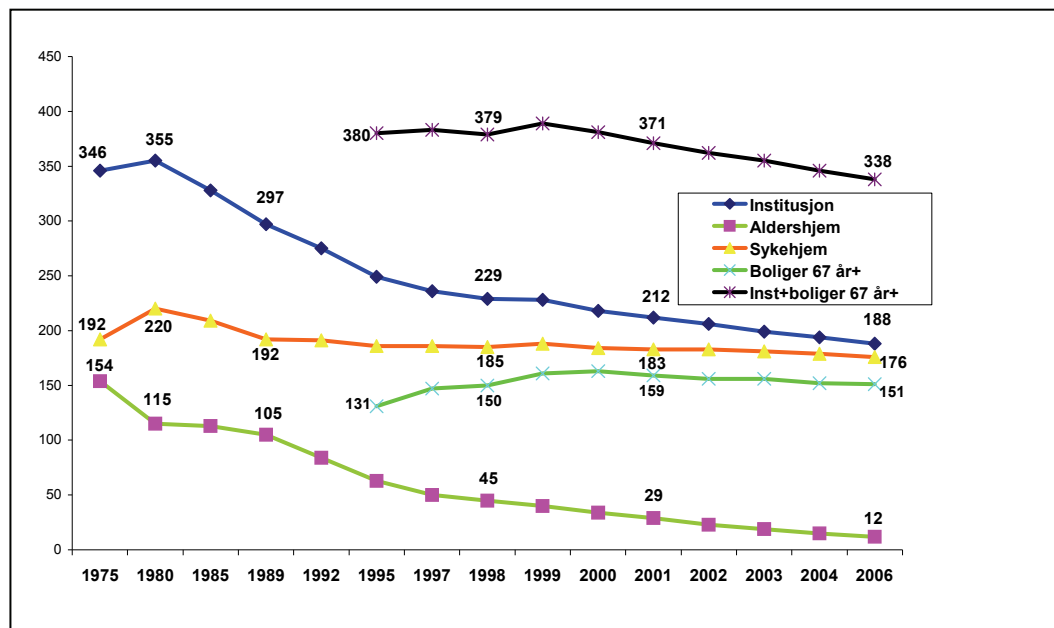
Tilbudet i sykehjem målt i forhold til antall eldre, har i Norge jevnt over holdt seg på samme nivå de 20 siste åra dog med en mindre gradvis reduksjon under veis. Det er den nedbyggingen av aldershjem som forklarer mesteparten av redusert dekningsgrad i institusjon etter 1988, jf. figur 2.4.

Det fant imidlertid sted en nedgang i institusjonsdekningen i Norge (som i Danmark og Sverige) allerede fra slutten av 1970-åra, på tross av god del nybygging av sykehjem i Norge. I perioden 1980-2006 ble det samlede tilbudet i institusjon i Norge bygget ned til en dekningsgrad som i 2006 *utgjorde 53 prosent av nivået i 1980 målt i antall enbeter per innbygger 80 år+*.

Parallelt med avtakende dekningsgrader i institusjon, vokste det imidlertid allerede ut over i 1980-åra fram alternative boformer. Mens institusjonaliseringsgraden falt til

dels betydelig i perioden 1994-2006, steg andelen eldre 67 år+ med plass i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål slik at dette ble kompensert for. I takt med ned-institusjonaliseringen utvikler kommunene alternative bo- og tilbudsformer.

Figur 2.4 Dekningsgrad i institusjoner i alt, i syke- og aldershjem og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til pers 67 år+. Utvalgte år (1975,-80, -89,-95,98,-01 og 2006). Plasser per 1000 pers 80 år+.



Kilde for beregningene: SSB hvert år og Brevik 2003.

Men på tross av den omfattende byggingen av omsorgsboliger, jf. avsnitt 2.2. og kapittel 3, falt imidlertid samlet dekningsgrad i institusjon + kommunale boliger til personer 67 år¹⁵ etter 1997. Samlet dekning i 1998 utgjorde 379 enheter per 1000 innb 80 år+, mot 338 i 2006 – jf. figur 2.4 - eller 11 prosent under nivået i 1998. Institusjons- og boligdekning sett under ett - målt ved antall enheter - var lavere da en avsluttet *Handlingsplan for eldreomsorgen* (2006) enn da en startet i 1998.

Men det vesentlige er at dekningsgraden i institusjon var redusert fra 229 plasser per 1000 innbygger 80 år+ i 1998 til 188 plasser i 2006. Det er en relativ reduksjon tilsvarende 16 prosent.

2.3.2 Dekningsgrad inkludert kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg.

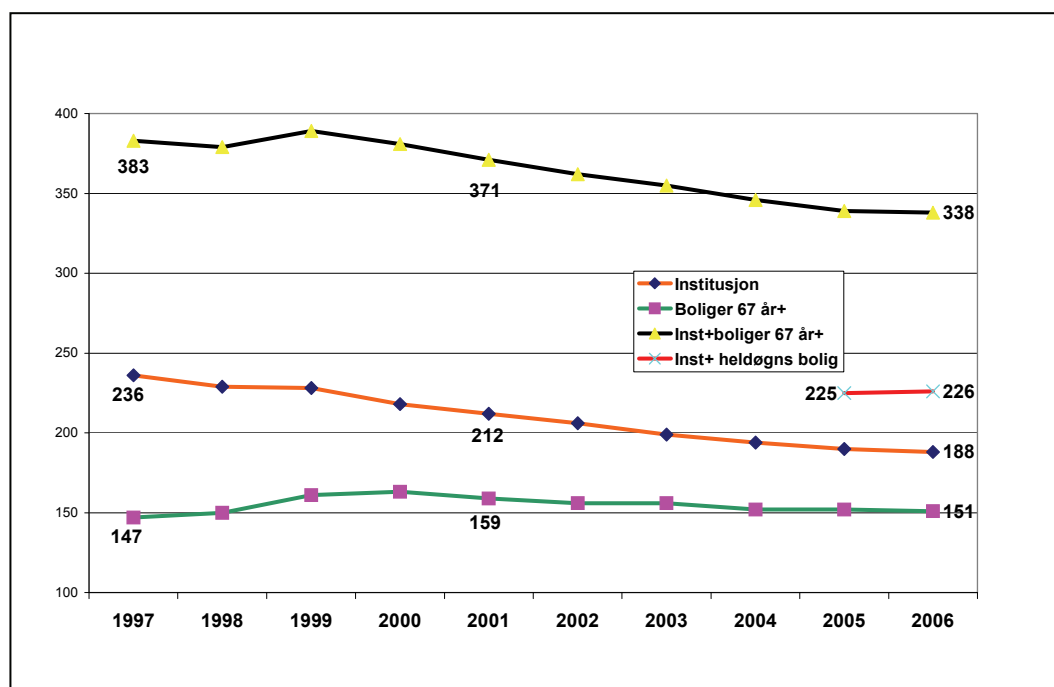
Noe av denne reduksjonen ble det imidlertid til en viss grad kompensert for ved at det i 2006 var en dekningsgrad i kommunale boliger tilsvarende 38 enheter per 1000 innb per 80 år+ i heldøgns pleie og omsorg, eller samlet 226 plasser per 1000 innb.

¹⁵ Vi regner boligene i forhold til personer 67 år+, og holder de yngre beboerne av slike boliger utenfor beregningen. Den offisielle beregningsmåten som f. eks nyttes i Helse- og omsorgsdepartementet, inkluderer alle kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål - uansett beboernes alder - i tilsvarende beregninger.

80 år +, jf. figur 2.5. Den faktiske heldøgnstakningen for eldre er m.a.o. ikke særlig endret i løpet av disse 9 åra.

Vi har beregnet dekningsgrad i forhold til kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål begrenset til beboere 67 år+. Offisielt regner en imidlertid annerledes. Både Helse- og omsorgsdepartementet¹⁶ og SSB¹⁷ tar utgangspunkt i definisjonene og målsettingen om dekningsgrad fra 1997 i tilknytning til framlegget om *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Her la en til grunn et behov for ”plasser med heldøgnstakning pleie- og omsorg i egnet bolig tilsvarende om lag 25 prosent av befolkningen 80 år og eldre”, og forutsatt en godt utbygd hjemmetjeneste¹⁸.

Figur 2.5 *Dekningsgrad i institusjon, kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, slike boliger med heldøgnstakning pleie- og omsorg. Andel plasser og kommunale boliger til personer 67 år+ per 1000 pers 80 år+. Antall. Beregninger ut fra Statistikkbanken, SSB, Oslo hvert år.*



¹⁶ Departementet bringer inn de kommunale boligene på 2 ulike måter. På den ene sida regner en samlet dekning i heldøgnsplasser der alle kommunale boliger med heldøgnstakning pleie og omsorg legges til grunn, uavhengig av brukernes alder. På den andre sida slår en sammen alle institusjonsplasser og omsorgsboliger, d.v.s. kommunale boliger bygget med støtte fra Husbanken fra 1994 og utover. Her ser en bort fra øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, jf. St.prp. nr 1 (2007-2008), Statsbudsjettet HOD, tabell 5.11, s. 195.

¹⁷ SSB viser til departementet og peker på at ”behovsanslaget gjelder folk i alle aldersgrupper som har behov for heldøgnstakning omsorg og pleie, ikke bare de som er over 80 år. De 25 prosentene må derfor tolkes som et antatt behov for heldøgnstakning omsorg i kommunens totale pleie- og omsorgstilbud” (Abrahamsen D.: *Botilbud innenfor pleie- og omsorgstjenester*, Notat, SSB, 31.8. 2007).

¹⁸ Og i St meld nr 31 (2001-2002) gjentas det at alle kommuner gjennom handlingsplanen ”skal få mulighet til å bygge opp et tilbud om heldøgnstakning pleie- og omsorg svarende til 25 prosent av befolkningen over 80 år, enten dette gis i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig.”

Dette gir en samlet dekning i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med heldøgns pleie og omsorg tilsvarende 77 slike boligenheter per 1000 80 år+. Sammen med en dekningsgrad i institusjon tilsvarende 188, blir samlet dekning i heldøgns omsorg 265 enheter per 1000 innbyggere 80 år+, mot 226 beregnet slik vi har gjort.

Utgangspunktet for HPE-satsingen var ikke 250 institusjonsplasser per 1000 innbyggere 80 år+, men 250 'plasser med heldøgns pleie- og omsorg i egnet bolig', og det forutsatt en godt utbygd hjemmetjeneste. Regnet på den offisielle måten er målet for handlingsplansatsingen nådd, men regnet i forhold til eldrebefolkningen er målet ikke nådd – og det var i forhold til eldre at målsettingen ble satt.

Etter vår vurdering er det uheldig å blande inn heldøgns plasser til yngre brukere - som for en stor del gjelder utviklingshemmede - i beregningsmåten for dekningsgrader for eldre da dette dreier seg om fundamentalt forskjellige behov. Det ene er knyttet til aldring og gjelder for den enkelte bare for noen år. Det andre er knyttet til visse diagnoser og er knyttet opp mot livslange behov. Mens heldøgnsboligene for eldre dekker behov som 'sirkulerer', dekker de øvrige boligene mer eller mindre permanente behov i varige boforhold. Disse behovene burde av slike grunner holdes fra hverandre. Derfor har vi holdt beboere i heldøgnsboliger under 67 år utenfor våre beregninger og beholder eldre både i teller og nevner når vi beregner rater.

2.4 Utvikling mot mer målretta og intensiv bruk av heimebaserte tjenester de 10-15 siste åra

Vi avslutter denne oversikten over utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene med en kortfattet oversikt over noen hovedtrekk i endret innretning av de heimebaserte tjenestene. NIBR har i flere sammenhenger gjort rede for og analysert utviklingen i disse tjenestene¹⁹. Utviklingen i de heimebaserte tjenestene er imidlertid behandlet nærmere i kapittel 4 i denne utredningen. Vi viser også til NIBR-rapport 2010:2, kapittel 2.4 og kapittel 3.

De *heimebaserte tjenestene* for eldre har vært preget både av stabilitet og endringer. Siden 1992 har det vært en svak reduksjon i antall brukere 67 år+ siden hele nettovæksten siden har falt på brukere under 67 år. Men det har funnet sted en omfordeling mellom brukerne med en betydelig vekst blant brukere 80 år + og en større reduksjon av brukere 67-79 år. Likevel har tilgjengeligheten (bruksratene) de siste 15 åra avtatt litt for eldre, unntatt personer 90 år+, hvor den har økt svakt.

Hjemmesykepleien har imidlertid vært involvert i hele veksten, enten med bare hjemmesykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp. Brukere med bare hjemmehjelp er kraftig redusert. Av en brutto økning i årene 1998-2006 på vel 15.000 mottakere av heimebaserte tjenester 80 år+, var 65 prosent brukere av *bare hjemmesykepleie*. Resten, 35 prosent, brukte begge tjenestene. Også blant eldre 67-79 år har andelen med bare hjemmesykepleie fordoblet seg.

Fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid, viser at medisinsk pleie gradvis har inntatt en sentral plass. Dette synliggjør klart utviklingen

¹⁹ Vi viser her til Brevik 2003a, Brevik 2003b, Brevik 2007b, Brevik 2007c og Brevik 2008, jf. litteraturlise.

NIBR-rapport 2010:1

med mer målrette og intensiv bruk av ressursene der innsatsen gradvis konsentreres mer om krevende brukerne og viser at innretningen av tjenestene har vært gjennom store endringer i løpet av relativt kort tid.

Det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen av mottakere av bare hjemmehjelp som nokså reindyrket har kjennetegnet utviklingen de seinere åra, som faller sammen med den nasjonale stasjonsperioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Den resulterte i mindre grad i 'eldreomsorg' enn det som var det offisielle fokuset, men *forsterket mest denne omsorgens påbegynte forvandling*.

Det har funnet sted betydelige endringer i innretningen av de heimebaserte tjenestene i de seinere åra. Dette både i forhold til brukernes alder og type tjenester, d.v.s. i forhold til endringer i de funksjoner de heimebaserte tjenestene fyller. Denne utviklingen er etter vår vurdering betydelig underkjent, særlig i den populistiske offentlige debatten, der brukerne fortsatt stort sett består av eldre - 'eldreomsorgen' - og av brukere som bor i institusjoner - 'mangel på sykehjem'.

De heimebaserte tjenestene har radikalt skiftet karakter på relativ få år. *Handlingsplan for eldreomsorgen* resulterte i mindre grad i 'eldreomsorg' enn det som var det offisielle fokuset, men *forsterket mest denne omsorgens påbegynte forvandling*. Fordobling av *antall og andel* brukere av hjemmesykepleie på relativt kort tid, viser at medisinsk pleie gradvis har inntatt en sentral plass. Det er derfor etter hvert blitt nokså feilaktig å forstå pleie- og omsorgstjenestene som eldreomsorg i *klassisk* forstand.

Og de relativt store endringer i *innretningen* av de heimebaserte tjenestene må igjen være forbundet med at kommunene har tatt nye oppgaver, siden verken økning i helseproblemer eller utskrivning fra somatiske sykehus har vært så stor at dette kan forklare en så vidt kraftig vekst over relativt moderat tid.

3 Om kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og egenskaper ved beboerne

3.1 Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1980-2006 – funksjonell avgrensning og antall enheter

3.1.1 Innledning

Vi viste i kapittel 2 hvordan dekningsgrader i institusjon har blitt redusert. Parallelt med denne reduksjonen vokste det på 1980-tallet fram alternative boformer. Reduksjonen hang sammen med en *hjemliggjøring* og en *boliggjøring* av pleie- og omsorgstjenestene ved utbygging av et kommunalt boligtilbud for eldre og funksjonshemmede. En ønsket å tilby tilnærmet samme omsorg og service som i institusjon, men innenfor en sjølstendig boform med egnet standard.

Det var slike tanker som lå til grunn for Gjærevoll-utvalgets arbeid ved inngangen til 1990-åra (*NOU 1992:1, Trygghet- verdighet – omsorg*), I denne utredningen tok en utgangspunkt i en helse- og sosialpolitikk som bygger på at:

mennesker med hjelpebehov eller funksjonshemninger vil få et kvalitativt bedre liv dersom de kan bli boende i egen, selvstendig bolig i stedet for institusjon. Det legges derfor til grunn at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede bør nedbygges og erstattes av en økt satsing på åpen, boligbasert omsorg (s. 227).

Framveksten av alternative boformer har medført en utvikling mot større spredning i tilbudet av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, fra rene boliger (ordinære trygdeboliger) til institusjonsliknende boliger, bl.a. gjennom utbyggingen av serviceboliger.

I de ulike boligbaserte tilbudsformene har en tatt på seg mer krevende oppgaver gjennom en mer omfattende bruk av personell - som indikert i kapittel 5.9. Hvilken funksjon de samlet sett representerer, har imidlertid så langt ikke vært godt dokumentert.

3.1.2 De ulike boligtypene

De kommunale boligene har hatt en rekke betegnelser, som trygde-, eldre-, service- eller omsorgsboliger. De kommunale boligene har representert hele skalaen fra rene botilbud til boformer med nokså omfattende tjenester.

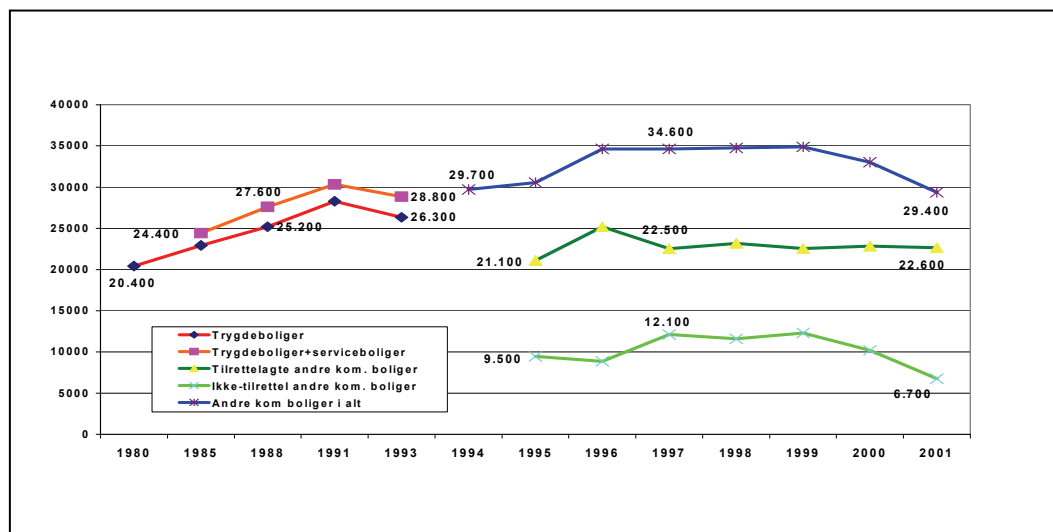
Fra 1960-åra ble det en tid bygget *trygdeboliger*. Ut over i 1980-åra startet byggingen av *serviceboliger*. Trygdeboligene var i utgangspunktet boligtiltak for økonomisk vanskeligstilte pensjonister og trygdede, ikke et omsorgstilbud (Daatland 1997). Allerede i 1958 var det registret 3.500 trygdeboliger, mens tallet i 1986 var 23.000.

Begrepet serviceboliger dekker et vidt spenn av ulike boformer der innslaget av service varierer. I forhold til private boliger eller trygdeboligene, har serviceboligene ytt service ut over det som har vært vanlig i slike boliger, ofte ved fast bemanning og hel eller delvis døgnservice²⁰.

En omsorgsbolig er en fysisk tilrettelagt sjølstendig bolig for eldre og funksjonshemmede. Størrelse og utforming varierer, men alle er bygd i henhold til Husbankens retningslinjer. I omsorgsboliger skilles det mellom bolig og service, der beboerne i prinsippet er ansvarlige for boligen. Tjenester ytes individuelt gjennom ordinære hjemmetjenester, der kommunene er ansvarlige.

Antall trygde- og serviceboliger er redusert etter 2001. De var 27.600 i 1988, ca. 29.000 både i 1993 og i 2001, mot 22.600 i 2006 (figur 3.1).

Figur 3.1 Trygdeboliger 1980-1993, Trygdeboliger og serviceboliger 1986-1993 og Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1994-2001. Utvalgte år. Antall



Kilde: Daatland 1997, tabell A.6 og Toresen 2003, tabell 5.1. og 5.4

Bygging av omsorgsboliger med finansiering i Husbanken tok til i 1994. Opprinnelig var målgruppen eldre. Fra 1998 ble det gitt tilskudd til slike boliger for personer med sykdom og funksjonshemming, f.eks. pasienter i psykiatrien og utviklingshemmede.

²⁰ En undersøkelse fra 1988 av vel 5000 serviceboliger viser at 70 prosent av anleggene har eget personale og fire av ti anlegg har personale til stede på døgnbasis (Lauvli 1992, s. 30).

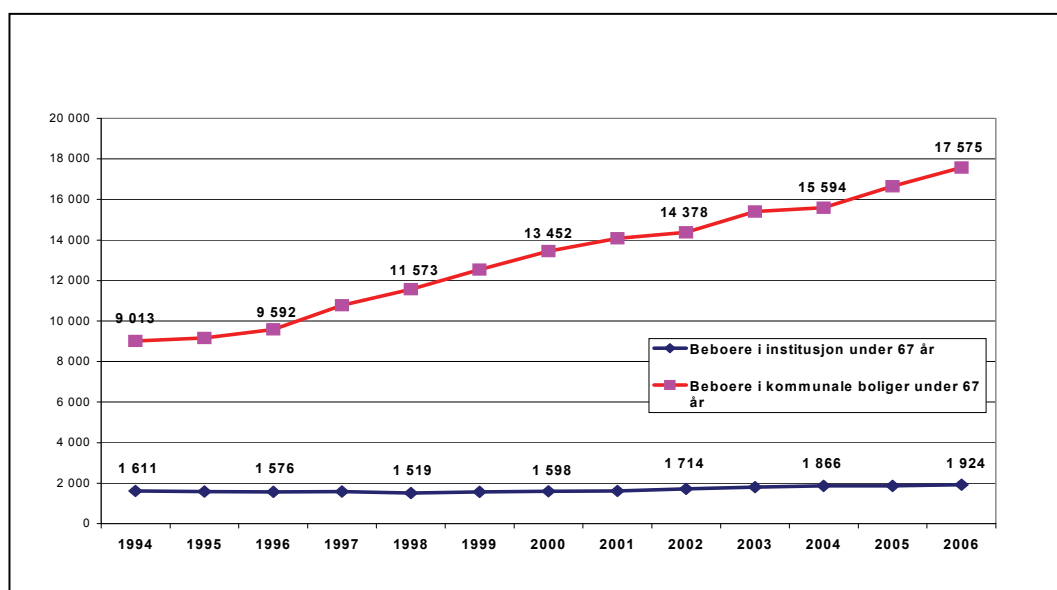
I 1997 var det bare 4.500 slike boliger, men allerede i 2001 hadde antallet økt til 16.900. I 2006 var det registrert 26.400 omsorgsboliger. Det var omlag 22.000 flere enn da Handlingsplan for eldreomsorgen tok til 1.1.1998.

Dagens omsorgsboliger representerer et vesentlig større fysisk potensial for omsorg enn det som "tas ut" gjennom dagens drift. Omsorgsboligene har således en stor og variert fysisk kapasitet som ligger fast uavhengig av tjenestetilførselen.

3.2 Brukere under 67 år av kommunale boliger med pleie- og omsorgstjenester

Fra 1989 til 1996 økte antall beboere under 67 år i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål fra 4.450 til 10.500. Utviklingshemmede sto for hele veksten. Fram til 2006 kom det til ytterligere 7.000 beboere. Da ble 17.575 slike boliger benyttet av yngre brukere (figur 3.2). Det meste av økningen må ha angått personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer. I perioden 1996-2000 hadde i tillegg ca. 1.600 personer under 67 år plass i eldreinstitusjoner. Dette antallet var steget til vel 1.900 i 2006.

Figur 3.2 *Antall personer under 67 år i syke- og aldershjem og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål til eldre og funksjonshemmede, 1994-2006.*



Kilde: SSB, Pleie- og omsorgsstatistikk.

Fram til 1997 var det en klar positiv sammenheng mellom veksten i antall yngre brukere av heimebaserte tjenester og antall bosatte i kommunale boliger. Etter at HVPU-reformen var gjennomført, fikk vi en utvikling i to hovedløp. Det fant sted både en "hjemliggjøring" og en "boliggjøring" av de hjemmebaserte tjenestene til yngre brukere, men aller mest en hjemliggjøring.

Til dels sterkt funksjonshemmede flyttet inn i kommunale boliger, men utgjorde en mindre andel av veksten. Derimot fant det sted en sterk vekst i antallet yngre brukere

av heimebaserte tjenester bosatt i ordinære private boliger. Av 25.000 flere brukere totalt i perioden 1997-2006, var ca. 18.000 bosatt i ordinære private boliger.

3.3 Brukere under 67 år i kommunale boliger - ulike mål for boligenes funksjon

I 2006 bodde halvparten av de yngre brukerne i kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg (8.425 personer). Blant disse var en betydelig andel utviklingshemmede.

Av de utviklingshemmede beboerne i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (se over) var to av tre under 50 år i 2006. Dernest bodde 4.500 med psykiske lidelser i slike boliger, mens brukere med somatiske sykdommer utgjorde 4.100 personer.

Samlet fordelte de 17.575 beboerne seg med 50 prosent utviklingshemmede, 26 prosent med psykiske lidelser og 24 prosent med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet. 0,5 prosent var demente.

1.500 personer som var diagnostisert med enten senfølger av omfattende skade eller medfødt funksjonshemming (annen enn utviklingshemming) bodde i kommunal bolig. 1.200 beboere var rammet av enten hjerneslag, MS eller Parkinson. De totalt 2 700 beboerne knyttet til disse fem diagnosegruppene utgjorde 65 prosent av alle i kommunale bolig med somatisk sykdom.

For 2001 foreligger det beregninger av fordelingen av hjemmetjenestene etter om mottakeren bodde i ordinær bolig eller i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål (Toresen 2003). Blant brukerne under 67 år av hjemmetjenester i 2001, gikk åtte av ti årsverk til bosatte i kommunale boliger. Disse boligene spiller en sentral rolle i den åpne omsorgen.

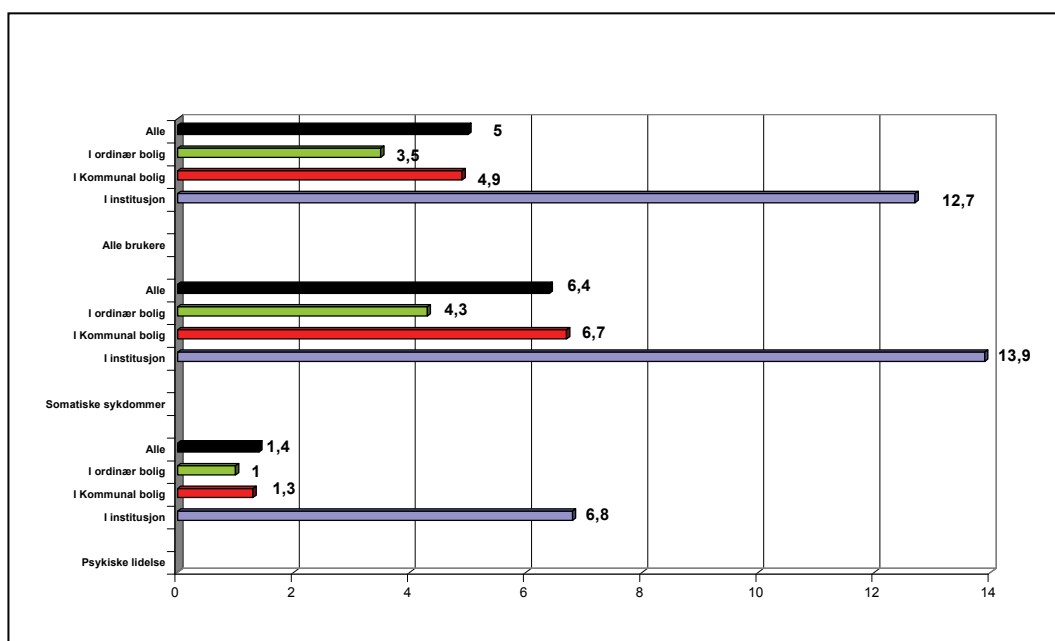
3.4 Egenskaper ved beboerne i kommunale boliger

3.4.1 Brukere under 67 år i kommunale boliger og eldreinstitusjoner - grad av funksjonstap etter hovedårsak til hjelpebehovet i 2003

Funksjonssvikt i egenomsorgsfunksjoner

Vi har nyttet Barthels ADL-indeks som mål for funksjonssvikt i sentrale egenomsorgsfunksjoner. Mens brukere i kommunale boliger i gjennomsnitt skårer 5 poeng på Barthels pleieindeks, skårer brukere i eldreinstitusjoner 13 poeng. Brukere i ordinær privat bolig skårer 3,5 poeng. De yngste brukerne, og særlig de under 30 år, har jevnt over mest omfattende funksjonstap. Det gjelder særlig de med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet (figur 3.3).

Figur 3.3 *Gjennomsnittlig skåre i Barthels ADL-indeks blant brukere under 67 år. Brukere med psykiske lidelser eller somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpet behovet. I ordinær eller i kommunal bolig eller institusjon. 2003.*



Kilde: Helsetilsynet 2003

Grad av funksjonstap blant beboere i kommunale boliger

Brukere med psykiske lidelser har i gjennomsnitt liten grad av nedsatt funksjonsevne i forhold til ADL-funksjoner, og ingen har stor grad av funksjonstap. Tre av ti med somatiske sykdommer har store eller svært store funksjonstap, og flest blant de under 50 år. Dette gjaldt ca. 1.200 personer under 67 år (2006).

Funksjonstap hos yngre i eldreinstitusjoner

De fleste yngre med somatiske sykdommer som bor i en eldreinstitusjon, er svært hjelpetrengende. Slike pasienter under 50 år skåret i gjennomsnitt 17 av 20 mulige poeng i Barthels ADL-indeks. Åtte av ti hadde svært stor grad av funksjonstap - nesten alle var totalt hjelpeavhengige i alle basale funksjoner, og dermed sterkt pleietrengende.

Blant brukere med somatiske sykdommer som hadde påført dem store eller svært store funksjonstap, var 40 prosent i eldreinstitusjoner (900 personer), mens resten av de totalt 2100 brukerne i denne kategorien, befant seg i kommunale boliger (2006).

Personer med spesifiserte somatiske sykdommer i kommunale boliger

Av brukere under 50 år, var det klart flest med store funksjonstap blant dem med diagnosene hjerneslag/MS/Parkinson og i gruppa følgetilstand/medfødt funksjonshemming. Seks av ti blant de førstnevnte hadde svært stor grad av funksjonstap. Også i alderen 50-66 år er det mange i disse gruppene med omfattende hjelpebehov.

Dette viser bl.a. at det for en god del brukere er mulig å bo i kommunal bolig selv med omfattende funksjonstap. Det synes som om kommunal bolig kan erstatte eldre-institusjon som boform for de fleste, uavhengig av diagnose og grad av funksjonstap.

3.4.2 Brukere under 67 år av heimebaserte tjenester i kommunale boliger – hjelpebehov målt ved omfang av heimebaserte tjenester i 2003, og bruk sammenliknet med eldre

I 2003 mottok utviklingshemmede i snitt 27 timer samlet hjelp per uke fra de heimebaserte tjenestene (tabell 3.1). Dette var dobbelt så mye som blant brukere med somatiske sykdommer, og vel tre ganger så mye som blant dem med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet.

Tabell 3.1 *Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet i tre grupper og alder. Samlet hjelp per uke fra hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt samt andel med lite (< 2 timer per uke) og mye hjelp (22 timer og mer per uke). Timer og prosent*

Bruk av heimebaserte tjenester	Gjennomsnittelig antall timer per uke og andel med stor/liten bruk av heimebaserte tjenester			
	Gjennomsnitt	Andel mye %	Andel lite %	Alle (n)
Mål for bruk av tjenestene				
Utviklingshemmet				
0-49 år	28	54	7	218
50-66 år	24	49	10	111
0-66 år	27	50	8	329
Psykiske lidelser				
0-49 år	9	13	41	115
50-66 år	7	2	41	103
0-66 år	8	8	41	218
Somatiske sykdommer				
0-49 år	17	27	19	70
50-66 år	10	11	32	114
0-66 år	13	17	27	184

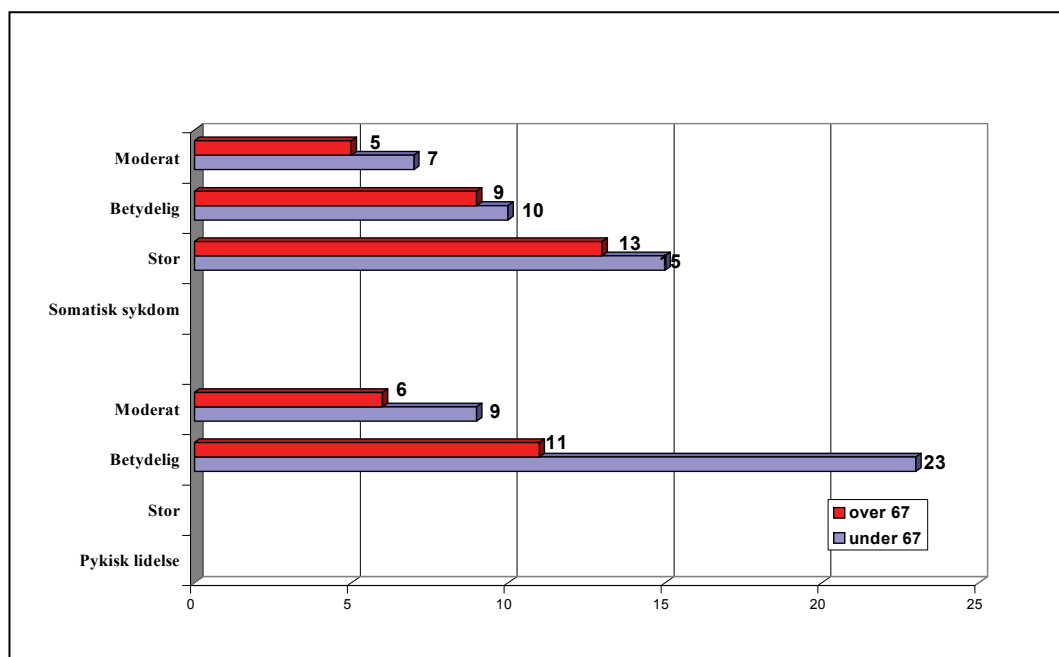
Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

Beboere under 50 år bruker jevnt over mer per bruker enn beboere i aldersgruppen 50-66 år. Det gjelder for alle tre hovedårsaksgrupper, men særlig for yngre beboere med somatiske sykdommer. Blant dem med følgetilstand etter omfattende skade/-medfødt funksjonshemming, er bruken nokså betydelig, men den er mest omfattende blant personer som har hjerneslag/MS/Parkinson som hovedårsak til hjelpebehovet. Til brukere under 50 år i denne gruppen, ble det ytt 23 timer per uke.

Ulikt omfang av heimebaserte tjenester til yngre og eldre brukere?

Det er blitt hevdet at yngre brukere får mer hjelp innen de heimebaserte tjenestene enn de eldre under ellers like vilkår (som ved samme grad av funksjonstap eller hjelpebehov). For brukere med psykiske lidelser, synes det klart at brukere under 67 år får vesentlig mer hjelp per uke enn de over 67 år (figur 3.4).

Figur 3.4 *Bruk av heimebaserte tjenester blant personer under og over 67 år i kommunale boliger etter grad av funksjonstap. Somatisk sykdom og psykisk lidelse. Samlet hjelp per uke fra hjemmehjelp og/ eller hjemmesykepleie i gjennomsnitt. 2003*



Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

Blant brukere med somatiske sykdommer fikk yngre med ulike grader av funksjonstap 1-2 timer mer hjelp per uke enn eldre i 2003. Forskjellene er imidlertid ikke vesentlige.

4 Om de heimebaserte tjenestene – utvikling og status

4.1 Antall brukere etter alder

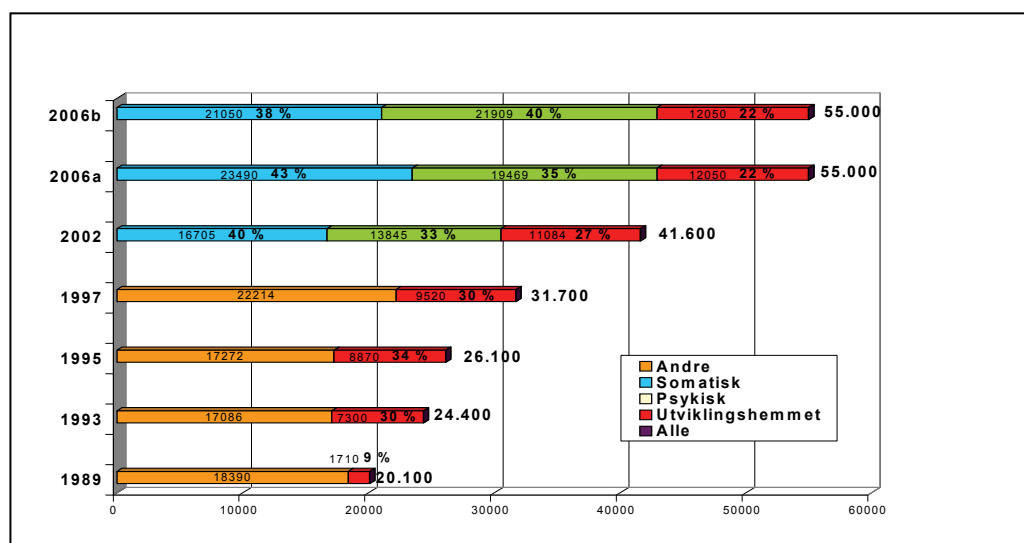
Antall brukere av heimebaserte tjenester økte med bare 15 prosent i perioden 1998-2006 (fra 149.000 ved utgangen av 1997 til 171.200 i 2006), jf. figur 4.1. Antall brukere *under 67 år* økte imidlertid med 73 prosent, mens det ble nesten 25 prosent færre brukere i aldersgruppa 67-79 år. Brukere 80 år eller eldre økte med 15 prosent. Vi er vitne til en omlegging av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, med gradvis integrering av nye oppgaver, særlig knyttet til yngre brukere.

Nedenfor ser vi litt nærmere på utviklingen for ulike aldersgrupper, og i ulike perioder. Den som ønsker en mer detaljert gjennomgang for aldersgruppene under 67 år, henvises til NIBR-rapport 2010:2.

4.1.1 Brukere i ulike aldergrupper

Den sterke tilveksten av yngre brukere av heimebaserte tjenester er, ved siden av byggingen av omsorgsboliger, et særtrekk ved utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene de seinere åra. Veksten i antall brukere under 67 år henger sammen med HVPU-reformen i 1991. Den veksten som startet da, har pågått nokså jevnt fram til i dag, men med et visst løft etter 2001 (figur 4.1). I perioden 2002-2006 ble det 15.000 flere yngre brukere. De utviklingshemmede utgjorde imidlertid svært få av disse.

Figur 4.1 Brukere av heimebaserte tjenester under 67 år fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. Absolutte tall og prosent. 1989-2006.



Kilde: Beregninger ved NIBR 2009.

Antall yngre brukere økte fra 20.000 i 1989 til 55.000 i 2006 (figur 4.1). Mens det i denne aldersgruppa dermed ble nær en tredobling av antall brukere, var det nesten ikke noen vekst i antall eldre brukere. I 2006 utgjorde personer under 67 år en tredjedel av samtlige brukere av heimebaserte tjenester. Tilveksten har vært særlig markant blant personer under 50 år.

Blant *eldre brukere*, definert som 67 år og eldre, var det en liten nedgang. Samtidig fant det sted et betydelig skifte etter alder. En netto tilvekst på 10.600 brukere over 80 år ble mer enn oppveid av en netto reduksjon på 11.700 brukere i alderen 67-79 år.

Utviklingen i de ulike aldersgruppene i perioden 1998-2006 kan oppsummeres som en moderat vekst i bruk av heimebaserte tjenester blant eldre 80 år og eldre, og en klar reduksjon blant brukere 67-79 år (-3,1 prosent per år i gjennomsnitt i perioden 1998-2006). Antall brukere under 67 år økte svært mye (med 6,3 prosent i årlig gjennomsnitt i perioden 1998-2006).

4.2 Endring i bruk av typer heimebaserte tjenester

4.2.1 Hovedbildet for aldersgruppene

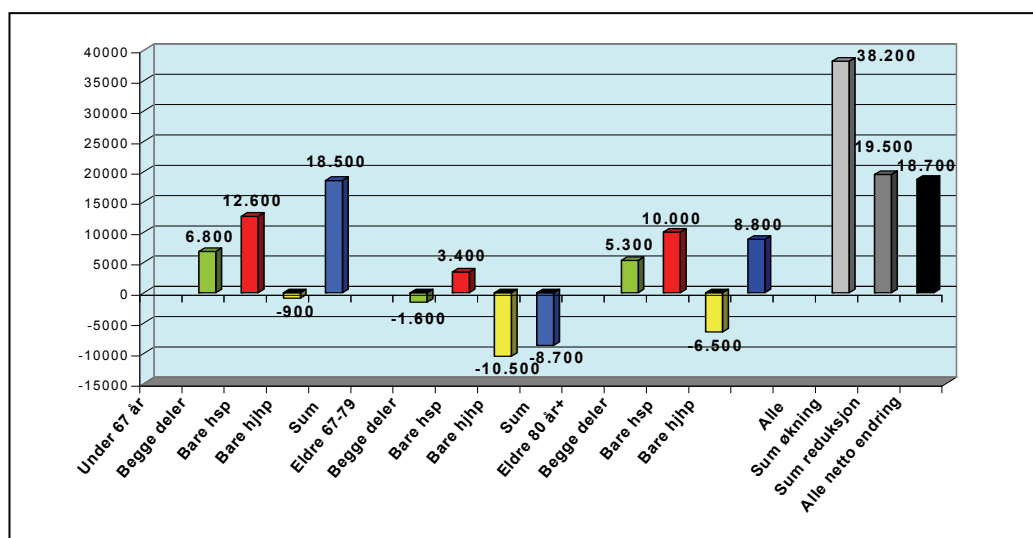
Med type heimebasert tjeneste mener vi hjemmesykepleie, hjemmehjelp og en kombinasjon av begge tjenestene.

I perioden 1998-2006 var det en brutto økning på 26.000 mottakere av bare hjemmesykepleie, mens antall samtidige brukere av begge tjenester økte med 12.100. *Brukere av bare hjemmesykepleie utgjorde m.a.o. to tredjedeler av veksten, mens brukere av begge tjenester sto*

for en tredjedel. Dette kan indikere en økt vektlegging av den medisinske delen av pleie- og omsorgstjenestene, men kan også være et uttrykk for at den medisinske delen flyttes ut av institusjonene og inn i hjemmene.

Vi har tidligere vist at bruken av heimebaserte tjenester har tiltatt betydelig blant personer under 67 år. To tredjedeler av brutto tilvekst falt på denne gruppa i årene 1998-2006. Økningen på 18.500 brukere under 67 år i denne perioden tilsvarte hele *netto-økningen* av brukere i perioden (18.700 personer, jf. figur 4.2). Både i gruppa under 67 år og i den på 80 år og eldre utgjorde brukere med bare hjemmesykepleie hele 65 prosent av tilveksten, mens de resterende 35 prosentene var samtidige brukere av både hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Figur 4.2 Endring i antall brukere av heimebaserte tjenester i Norge 1998-2006 etter type tjeneste - bare hjemmesykepleie (rød), bare hjemmehjelp (gul), begge deler (grønn). Brukere under 67 år, 67-79 år og 80 år og eldre.



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

I gruppa 67-79 år økte antallet brukere med bare *hjemmesykepleie* med 3.400 personer, men det ble også 12.100 færre med bare hjemmehjelp eller med hjemmehjelp i kombinasjon med hjemmesykepleie. Dette førte til en samlet reduksjon på 8.700 brukere i denne aldersgruppa.

Den registrerte *reduksjonen* er nesten helt ut knyttet til mottakere av *bare hjemmehjelp*, og nær utelukkende knyttet til aldersgruppene fra og med 67 år. Reduksjonen er særlig stor for gruppa 67-79 år, men også antallet brukere 80 år og eldre med kun hjemmehjelp, har gått markant tilbake.

Den sterke veksten i antall brukere med *bare hjemmesykepleie*, særlig blant personer under 67 år, er et kjennetegn for perioden. På landsbasis ble andelen slike brukere mer enn fordoblet i løpet av disse åra. Videre har det vært en ikke ubetydelig tilvekst av samtidige brukere av *begge tjenester*, både blant brukere under 67 år og 80 år og eldre.

Samlet kan vi si at det er framveksten av unge brukere, bruken av bare hjemmesykepleie og reduksjonen i antallet mottakere av bare hjemmehjelp, som kjennetegner NIBR-rapport 2010:1

denne 8-årsperioden, som fant sted i den nasjonale stasjonsperioden for *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2001/2006).

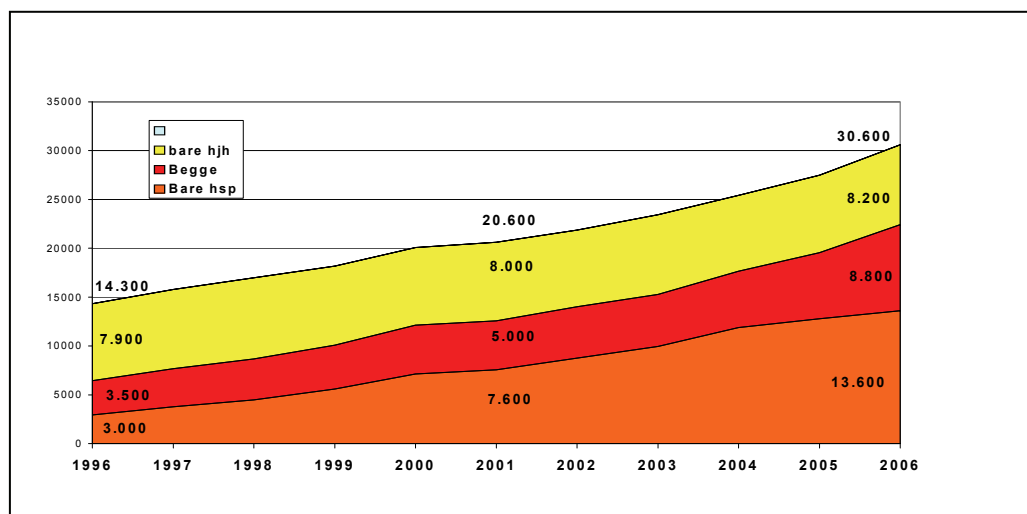
4.2.2 Brukere under 67 år

Etter 1994 har hjemmesykepleien vært involvert i omtrent hele veksten i antallet brukere av heimebaserte tjenester blant personer under 67 år, mens det ikke har vært noen økning i antall yngre brukere av bare hjemmehjelp.

I 2006 var det 40.000 brukere av hjemmesykepleie, mot 13.000 i 1994 - en tredobling på 12 år. I 2006 hadde 73 prosent av de yngre enten bare hjemmesykepleie eller slik pleie i kombinasjon med hjemmehjelp, mens 27 prosent hadde bare hjemmehjelp. Tjenester i regi av hjemmesykepleien er blitt dominerende for yngre brukere, og særlig for brukere under 50 år. En noenlunde tilsvarende endring har funnet sted blant de eldre brukerne.

Antall brukere av hjemmesykepleie i alderen 18-49 år ble tredoblet fra 1996 til 2006 (figur 4.3). Veksten i denne aldersgruppa utgjorde 62 prosent av hele økningen i antall brukere under 67 år i disse åra, og representerte alene 41 prosent av de i alt 55.000 brukerne under 67 år i 2006. Unge mennesker og hjemmesykepleievirksomhet framstår m.a.o. som pådriverne i ”forvandlingen”.

Figur 4.3 *Antall brukere av heimebaserte tjenester etter type tjeneste. 18-49 år. 1996-2006.*



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, hvert år. Spesialutvalg etter alder for NIBR, SSB, Oslo, jan 2008.

4.3 Brukere av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet

Kilden for gjennomgangen under er Helsetilsynets landsomfattende undersøkelse av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i januar 2003. For å sikre en så riktig fordeling som mulig, tok vi utgangspunkt i oppgavene fra *Pleie- og omsorgsstatistikk* som

viser fordelingen av brukere av heimebaserte tjenester etter alder og type tjenester for året 2002.

Antall brukere i kommunale boliger etter type tjeneste ble beregnet på grunnlag av fordelingen i Helsetilsynets undersøkelse. Antallet brukere etter type tjeneste i ordinære private boliger framstår som *differensen* mellom oppgavene over alle og antallet i kommunale boliger. Vi har gjort tilsvarende beregninger for brukere 67 år og eldre (Brevik 2008a). Her nøyer vi oss med å gjengi resultatene for brukere under 67 år (tabell 4.1).

Tabell 4.1 *Hovedårsak til hjelpebehov blant brukere av heimebaserte tjenester etter om en bor i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål eller i privat bolig. Brukere under 67 år fordelt etter antall. Absolutte tall. 2002/2003.*

Hovedårsak til hjelpebehov:	Brukere under 67 år		
	Kommunal bolig	Ordinær privat bolig	Alle
- Utviklingshemmet	7.390 (54 %)	3.694 (13 %)	11.084 (27 %)
- Psykisk lidelse	3.370 (25%)	10.475 (37%)	13.845 (33 %)
- Somatisk lidelse	2.845 (21%)	13.860 (50%)	16.705 (40 %)
Alle i utvalget (n):	(880)		
Alle, abs tall	13.605	28.029	41.634
Uten tjenester	773		
Alle i kom. Bolig	14.378		

Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003/SSB 2003.

Mens utviklingshemmede utgjør mer enn halvparten i kommunale boliger, er det relativt få utviklingshemmede blant brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i ordinære private boliger (tabell 4.1). For dem som bor i privat bolig er hovedårsaken til hjelpebehovet ofte somatiske sykdommer.

Det har vært en markant økning i antall brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet. Mens denne gruppa i årene 1989-1995 utgjorde omtrent 17.-18.000 brukere, økte den med 25.670 fra 1995 til 2006, til omtrent 43.000.

Brukere med psykiske lidelser har vokst betydelig på 2000-tallet, og utgjorde i 2006 like mange som de med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet (respektive 22.000 og 21.000 personer).

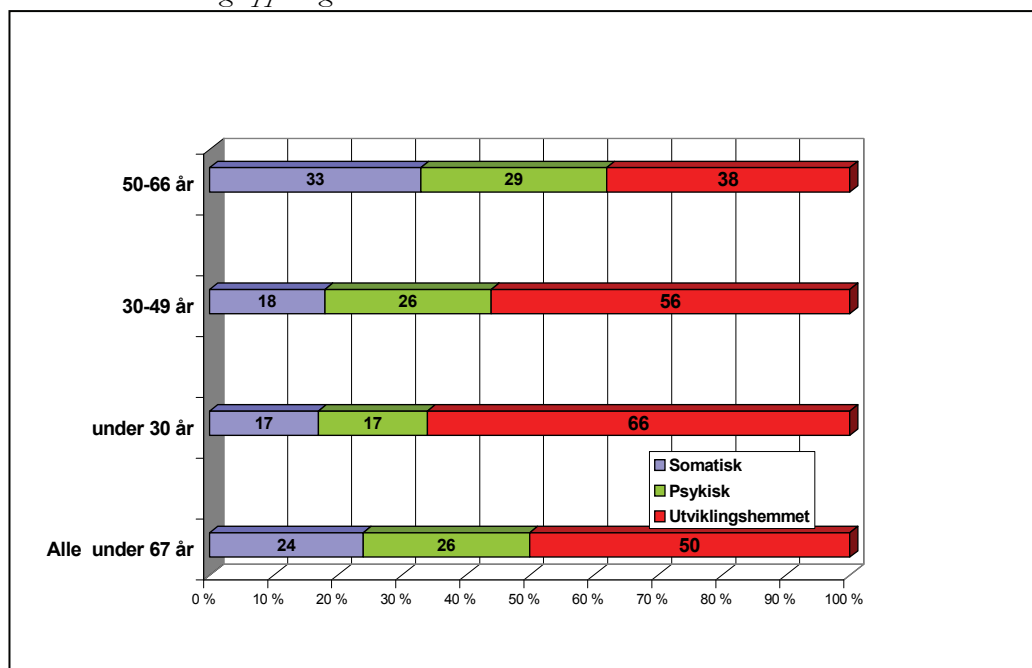
Utviklingshemmedes andel har derimot gradvis avtatt. De nesten 9.000 utviklingshemmede brukerne utgjorde 34 prosent av alle da HVPU-reformen ble avsluttet i 1995. Med 12.000 utviklingshemmede brukere i 2006, var bare hver femte bruker utviklingshemmet.

Data om fordeling på boform har vi bare for 2003. Da bodde to tredjedeler i ordinære private boliger og en tredjedel i kommunale. Framveksten av nye brukergrupper

har i stor grad skjedd blant brukere bosatt i ordinære boliger. De fleste har fått hjelp uten å måtte flytte.

De utviklingshemmede utgjorde en særlig stor andel blant de yngste brukerne (figur 4.4). Personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer utgjorde respektive 25 prosent og 24 prosent av alle brukere under 67 år. Deres andel tiltar med alder, og i gruppa 50-66 år utgjorde de til sammen seks av ti.

Figur 4.4 Brukere under 67 år i kommunale boliger etter hovedårsak til hjelpebehovet i tre aldersgrupperinger i 2003. Prosent.



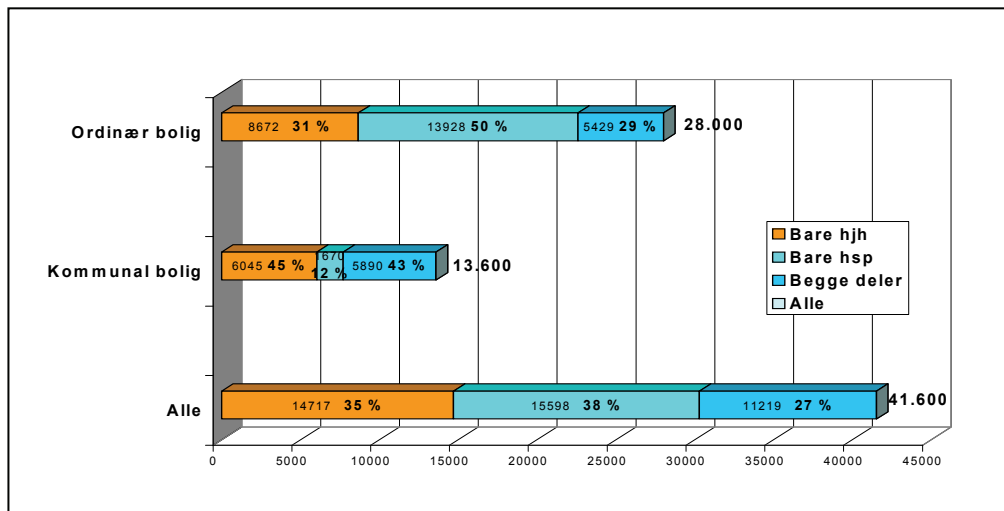
Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

4.4 Brukere av ulike typer heimebaserte tjenester etter oppholdssted og etter hovedårsak til hjelpebehov

Etter oppholdssted

Bruk av hjemmesykepleie eller hjemmehjelp er klart påvirket av hvordan brukerne bor (figur 4.5). Blant brukere i kommunale boliger - med mindre tilgang på privat omsorg - hadde ni av ti enten bare hjemmehjelp eller begge tjenestene samtidig i 2002. I ordinære private boliger mottok åtte av ti hjemmesykepleie alene eller både hjemmesykepleie og hjemmehjelp, som oftest bare hjemmesykepleie. Av samtlige med bare hjemmesykepleie bodde nærmere ni av ti i ordinære boliger.

Figur 4.5 *Antall brukere under 67 år i kommunale eller ordinære private boliger etter bruk av type heimebaserte tjenester. 2002. Absolutte tall og prosent.*

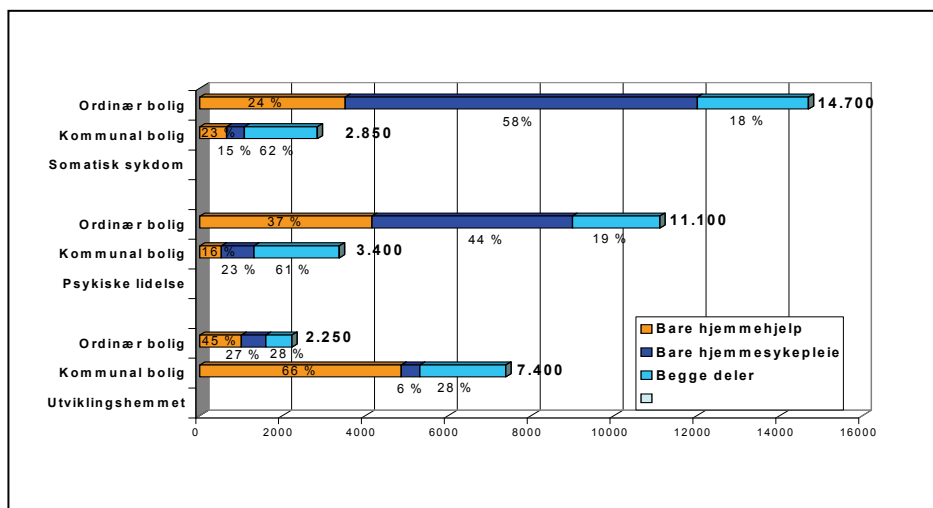


Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk 2002 og Helsetilsynets undersøkelse 2003.

Etter hovedårsak til hjelpebehovet

Blant brukere med somatiske sykdommer hadde tre av fire hjemmesykepleie både i ordinære private hjem og i kommunale boliger, dog slik at seks av ti i sistnevnte type boliger hadde begge tjenestene (figur 4.6). For personer med psykiske lidelser følger bruken av type tjenester mønsteret for brukere med somatiske sykdommer, men i ordinære private boliger er bildet mer sammensatt og gjenspeiler ulike behov.

Figur 4.6 *Personer under 67 år i kommunale eller ordinære private boliger. Bruk av ulike typer heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet 2003. Absolutte tall og prosent.*



Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003/SSB 2003

Bruken av hjemmesykepleie

Omlag to tredjedeler av brukerne av heimebaserte tjenester i 2002 hadde hjemmesykepleie. I arbeidet blant yngre brukere tar hjemmesykepleien seg særlig av personer med somatiske problemer. Halvparten av alle under 67 år hadde slik type sykdom som hovedårsak til hjelpebehovet. Psykiske lidelser var hovedårsak til hjelpebehovet for 36 prosent av brukerne. De øvrige, 14 prosent, var utviklingshemmede. Hjemmesykepleien utføres stort sett i ordinære private boliger siden nesten åtte av ti brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser bodde slik i 2002.

5 Ressursbruken – utvikling i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene

5.1 Innledning

Framstillingen også i dette kapitlet er basert på et omfattende underlagsmateriale som bl.a. foreligger i form av prosjektnotater ved NIBR²¹, i det vesentlige utarbeidet i tilknytning til dette prosjektet, men også som en felles plattform i tilknytning til arbeid med analyser av utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i andre/beslektede prosjekter de aller siste åra²².

5.1.1 Innretning av framstillingen

I kapittel 3 og 4 gjorde vi rede for utvikling og status i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år etter alder, type tjenester og hovedårsak til hjelpebehovet. Videre ga vi oversikt over yngres bruk av kommunale boliger og eldreinstitusjoner etter de samme kjennetegnene, og gjorde særskilt rede for pleietyngde og bruk av heimebaserte tjenester blant disse beboerne

Men de samme gruppernes bruk av ressurser, og hvordan bruken har endret seg og fordeler seg etter sentrale kjennetegn ved brukerne, er svært sentral kunnskap, særlig når vi skal bedømme *utviklingen* i tjenestene. Ressursfordelingen målt ved tilførte årsverk, er også en nødvendig størrelse når vi skal vurdere utvikling i standard målt ved bemanningsfaktorer (årsverk per bruker).

Derfor utvider vi perspektivet og bringer inn kunnskap om ressursinnsatsen og fordelingen av denne for å kunne vurdere de faktiske endringer i innretningen av tjenestene og de prioriteringer som kan ha ligget til grunn for dette.

Videre gjør vi rede for årsverksutviklingen separat for heimebaserte tjenester og institusjoner etter 1988 og fram til i dag. Dette har for årene etter 1993 tidligere bare vært estimert for en begrenset periode (1996-2001, jf. Toresen 2003).

²¹ I tilknytning til dette kapitlet gjelder det særlig prosjektnotat nr 1, *Om utvikling i årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1980-2007*, NIBR, januar 2009, prosjektnotat nr 2, *Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1988-2007*, NIBR, mars 2009 og prosjektnotat nr 7, *Om beregning av fordeling av årsverk blant brukere av heimebaserte tjenester ved ulike etapper*, NIBR, mai 2009.

²² Teksten i dette kapitlet er en nedkortet, omredigert og bearbeidet versjon av en tekst som vil inngå i sin helhet som kapittel 6 og 7 i NIBR-rapport 2010:2, *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg* NIBR-rapport 2010:1

Kapitlet omfatter bruken i hele pleie- og omsorgsektoren i sin alminnelighet og gjelder både brukere over og under 67 år, d.v.s. den samlede innsatsen fordelt etter alder. En slik oversikt har forøvrig heller ikke foreligget tidligere.

I dette utredningsarbeidet har vi i hovedsak fokus på utviklingen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene etter 1992. Noen ganger vil det være nyttig å se på utviklingen i åra forut for det. Her går vi tilbake til 1988 og 1980.

Valg av inndeling i tidsavsnitt etter 1988 er oftest gjort på bakgrunn av tid for gjennomføring av særskilte statlige tiltak og satsinger i sektoren, og dels ut fra omlegging av statistikk og behovet for homogene statistiske tidsserier. Men vesentlige trekk knytta til endring av faktisk vekst, har noen ganger endret denne periodiseringa.

5.1.2 Om egenskaper ved årsverksdata

Det har hele tiden i det tidsrommet som vi her beskjeftiger oss med (1980-2007), foreligget direkte oppgaver over årsverk i pleie- eller omsorgstjenestene, eller i timeverk med mulighet for beregning av årsverk. Det er imidlertid noen endringer i data-seriene f.o.m. 2003.

Fra tidligere å ha vært basert på utfylt skjema fra kommunene, ble datainnsamlingen f.o.m. 2003 basert på det kommunene har meldt til offentlige registre over egne ansatte, d.v.s. NAVs *Arbeidsgiver-/arbeidstakerregister* (Aa-registerert). Det ble således f.o.m. 2003 brudd i tidsserien over antall årsverk i pleie- og omsorg.

Årsverksdata etter skjema gjelder årene 1980-2002. Oversikt over antall årsverk samlet og fordelt på heimebaserte tjenester og institusjon for denne perioden, går fram av tabell 5.1v.

Vi har i denne sammenhengen således *etablert to tidsserier for årsverk* i pleie- og omsorgstjenesten. Årsverk i henhold til registreringsdata løper i perioden 1992-2007, der årsverkene for 1992-2002 er *omregna.*, mens årsverkene etter register for 2003-2007 følger direkte av statistikken.²³

Når det gjelder separate oppgaver over *årsverk i de heimebaserte tjenestene* (åpen omsorg) *versus i institusjon*, forelå det slike statistiske oppgaver siste gang for året 1993²⁴. Etter 1993 foreligger det ikke oppgaver fra SSB over årsverk i den kommunale pleie- og omsorgssektoren der en skiller mellom årsverk i institusjoner og heimebaserte tjenester.²⁵ For årene etter 1993 har vi derfor på ulike måter *beregnet* fordelingen av samlet antall årsverk mellom de to hovedområdene i pleie- og omsorg.

Hvordan de ulike beregningene er utført, er det gjort rede for i vedlegg II til Prosjektnotat nr. 1.

²³ Hvordan beregningene er gjennomført, samt resultatene, går fram av Vedlegg II til Prosjektnotat nr. 1, avsnitt 2.2. Resultatene er også gjengitt i tabell 5.2v her. Vi viser forøvrig til NIBR-rapport 2010:2, kapittel 6.1.2 for nærmere omtale av årsverksberegningene.

²⁴ Historisk foreligger det gjennom ulike statistikkføringer oversikt over timeverk/årsverk i de heimebaserte tjenestene for perioden 1965-1992 og for institusjonene for 1970 (+ 1966) og fram til i dag. Dette er det gjort rede for og gitt oversikt over i Daatland 1994, Tabellvedlegg.

²⁵ I Historisk statistikk i *Statistisk årbok* heter det at "*årsverk kan ikke delast mellom heimetjenester og praktisk bistand*", Statistisk årbok 2000, tabell 161.

5.2 Hovedtrekk i utviklingen av arbeidsinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene

Innledningsvis gjør vi rede for den *samlete* utviklingen i antall årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene fra 1988 til 2007 i forhold til de tidsavsnitt vi har lagt til grunn for vår analyse. Vi har valgt å framstille veksten i absolutte tall.

5.2.1 Perioden 1988-1997– årsverk etter skjema

1988-1990 – lavkonjunktur og svak vekst

Lavkonjunktoren særlig knyttet til årene 1988-1993, ser også ut til å ha slått inn i omsorgstjenestene. I de 3 åra 1988-1990 er det bare en beskjeden vekst i pleie- og omsorgstjenestene, jf. tabell 5.1v.

1991-1993 – sterk vekst under HVPU-reformen

I kraft av HVPU-reformen (1991-95) fant det sted en sterk vekst i årene 1991-1993, hvor pleie- og omsorgstjenestene vokste med 15.000 årsverk, hvorav 12.000 faller på årene 1992 og 1993, jf. tabell 6.4v.

Av all vekst i pleie- og omsorgstjenestene i årene 1988-1995, kom m.a.o. nærmere 9 av 10 årsverk til i årene 1991-1993, og derav 85 prosent i åpen omsorg, d.v.s. antakelig det aller meste i tilknytning til HVPU-reformen (jf. tabell 5.3v). Se nærmere omtale i kapittel 6.3, hvor vi kommer tilbake til utviklinga i perioden 1989-1995, da det m.a.o. skjedde relativt lite ut over den sterke veksten under HVPU-reformen.

1996-97 – høykonjunktur og sterk vekst

Etter 1995 forelå det sannsynligvis et betydelig oppdemmet behov, særlig i eldreomsorgen, siden det var satset relativt lite i årene 1988-1995 ut over heimebaserte tjenester til utviklingshemmede.

Og det var bl.a. disse realitetene som lå bak forslaget om å satse gjennom en ny statlig *Handlingsplan for eldreomsorgen* i 1996, med målsetting om å tilføre netto 12.000 nye årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 4-årsperioden 1998-2001, jf. St. meld. nr. 50 (1996-97).

Da de økonomiske konjunktorene forbedret seg vesentlig etter 1993-94, var det imidlertid igjen bedre økonomiske forutsetninger for å kunne satse også i kommunene. Således fikk pleie- og omsorgstjenestene tilført netto nærmere 9.200 årsverk i årene 1996-1997, jf. tabell 5.1v.

I løpet av 10-årsperioden 1988-1997 vokste den kommunale pleie- og omsorgssektoren med 55 prosent eller med 28.300 årsverk (etter skjema), fra 51.100 i 1987 til 79.400 i 1997. Av disse kom 15.000 til i årene 1991-93 og 9.700 i 1996-1997, eller 87 prosent. Dette viser betydningen av både statlige overføringer og økonomiske konjunkturer. Det kommer vi tilbake til.

5.2.2 Perioden 1998-2002 – årsverk etter register

Samlet var veksten sterkest i perioden 1998-2002, d.v.s. i perioden med statlige driftstilskott med krav om at midlene skulle nedfelle seg i årsverk i pleie- og omsorg og ikke gå til noe annet.

Tabell 5.1 *Oversikt over årsverk og endring i årsverk i tre 5-årsperioder i 15-års-perioden 1993-2007. Årsverk etter register. Absolutte tall og gjennomsnitt.*

	Åpen omsorg	Institusjon	Alle, etter register
1992	31001	44612	75613
1993	34202	44787	78989
1994	33373	44404	77777
1995	34513	44931	79444
1996	37555	46338	83893
1997	41972	48381	90353
Endring 1993-97	10.971	3.769	14.740
1993-97 gj.sn.	2.194	754	2.948
1998	44566	49581	94147
1999	47335	50861	98196
2000	49886	52041	101927
2001	51559	52815	104374
2002	52986	53475	106461
Endring 1998-02	11.014	5.094	16.108
1998-2002 gj.sn.	2.203	1.019	3.222
2003	52985	52898	105883
2004	55437	52473	107910
2005	55557	51514	107071
2006	59767	53453	113220
2007	63641	54548	118189
Endring 2003-07	10.655	1.073	11.728
2003-2007 gj.sn.	2.131	215	2.346
Endring 1993-07	32.640	9.936	42.576
1993-2007 gj.sn.	2.176	662	2.838

Kilde: SSB og beregninger ved NIBR 2009.

I løpet av de 5 åra 1998-2002 var det en netto tilvekst på 16.000 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene, eller 3.200 i gjennomsnitt per år, jf. tabell 5.1. Veksten var imidlertid ujevnt fordelt og årlig nesten dobbelt så stor i årene 1998-2000 som i 2002. Det kommer vi tilbake til i kapittel 8.

5.2.3 Perioden 2003-2007 – årsverk etter register

Den siste 5-års-perioden er imidlertid den som samlet sett kommer dårligst ut av disse tre periodene i løpet av de 15 åra 1982-2007, med i alt 11.700 årsverk eller med

i gjennomsnitt 2.350 flere årsverk per år, mot 3.220 i perioden 1998-2002 og 2.950 årsverk i perioden 1993-1997, jf. tabell 5.1.

Men veksten skjer svært ujevnt. Veksten var svært svak de første årene. Om vi går tilbake til 2002 - da de statlige øremerkete tilskuddene var falt bort samtidig som vi fikk regjeringsskifte - sank veksten i den kommunale innsatsen merkbart. I 3 årene 2003-2005 var *samlet* netto tilvekst i pleie- og omsorg 610 årsverk, jf. tabell 5.1. Det er den svakeste tilveksten i kommunal pleie- og omsorg i moderne tid, d.v.s. etter 1970 (jf. Daatland 1994, tabell V:39).

Men med betydelige statlige bidrag til kommuneøkonomien etter 2005, øker innsatsen med netto 11.100 årsverk i de to årene 2006-2007, eller med 5.550 per år, jf. tabell 5.1. Det er en årlig vekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene som i de 20 siste åra (i perioden 1989-2007) bare er slått av HVPU-årene 1991-92 og veksten i året 1996. Dernest følger de 5 årene 1996-2000, med i gjennomsnitt ca. 4.500 årsverk per år, jf. tabell 5.1.

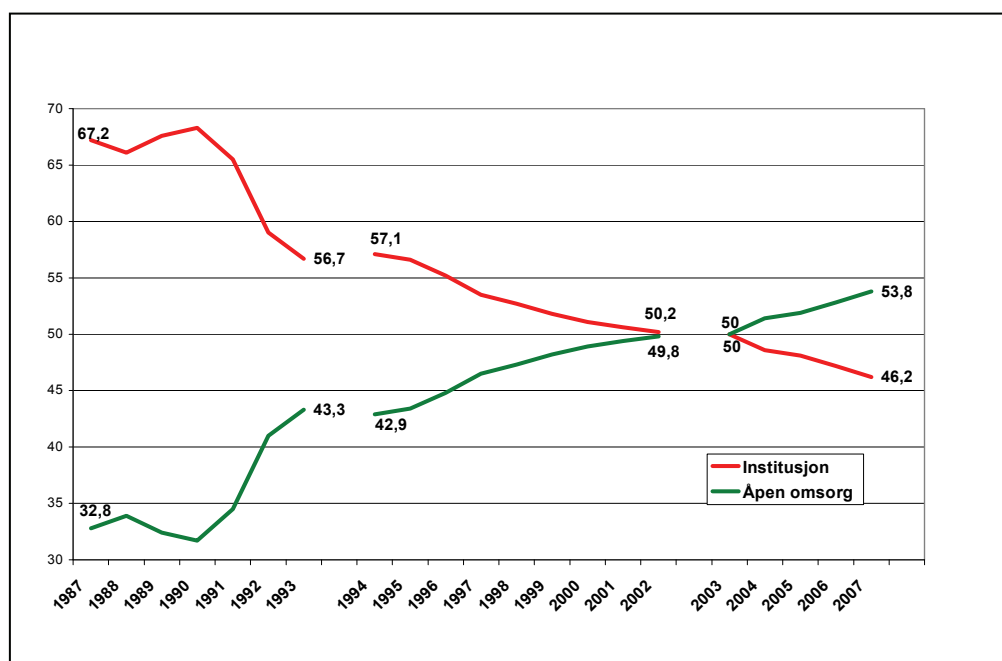
5.3 Utviklingen i årsverk i institusjon og heimebaserte tjenester

5.3.1 Hovedtrekk i utviklingen i perioden 1980-2007

Moderniseringen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ut over på 1960- og 1970-tallet besto ikke bare av gradvis innføring av heimebaserte tjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie), men særlig i *satsingen på sykehjem* som etterfølger av aldershjemmene ('gamlehjemmet') (Daatland 1994, 1997). Den sterke utbyggingen av sykehjemmene i 1970-åra - i tillegg til kapasiteten i etablerte aldershjem - gjorde at *institusjonsomsorgen* dominerte innsatsen både gjennom 1970- og 1980-åra.

Sjøl om det i 1980-åra var en betydelig vekst i pleie- og omsorgstjenestene, jf. avsnitt 5.2 - var forholdet mellom årsverk i institusjon og i heimebaserte tjenester nokså konstant i årene 1980-1990, idet institusjonsomsorgen sto for 2/3-deler av ressursinnsatsen målt i årsverk. Andelen årsverk i institusjon utgjorde således i 1980 70 prosent av samlet innsats, mot 68 prosent i 1990, jf. tabell 5.1v.

Figur 5.1 *Årsverk i institusjon og i åpen omsorg i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene 1987-2007. Prosent. Talloppgaver påført for årene 1987, 1993, 1994, 2002, 2003 og 2007.*



Kilde: SSB/Daatland 1994 og beregninger ved NIBR

Men fra 1991 og fram til 1993 skjer det vesentlige endringer. Andelen årsverk i åpen omsorg øker fra 32 prosent i 1990 til 43 prosent i 1993, jf. figur 5.1 (og tabell 5.1v). Dette er en relativ stor økning over kort tid. Denne utviklingen, som nokså klart ble innledet med HVPU-reformen, har imidlertid fortsatt fram til i dag, jf. figur 5.1. Vi kommer tilbake til dette.

Også i 1994 gikk 43 prosent av årsverkene i pleie- og omsorg til de heimebaserte tjenestene. Denne andelen vokste gradvis ut gjennom 1990-åra, også under *Handlingsplan for eldreomsorgen*. I 2002, da denne handlingsplanen var avsluttet på driftssida, gikk akkurat halvparten av årsverkene i denne sektoren til heimebaserte tjenester, jf. figur 5.1.

Etter 2002 synes denne utviklingen å fortsette. Etter vår beregning på grunnlag av utviklingen i brutto driftskostnader i 5-årsperioden 2003-2007, var 54 prosent av årsverkene ved utgangen av 2007 knyttet til de heimebaserte tjenestene, og 46 prosent til institusjonsomsorgen, mot henholdsvis 33 prosent og 67 prosent i 1987, året før kommunene overtok sykehjemmene.

På disse 20 åra (1988-2007) har institusjonsomsorgens andel av samlet årsverksinnsats i kommunale pleie- og omsorgstjenester, falt med 21 prosentpoeng. Dette må igjen føres tilbake til betydelige omstillinger.

Det har vært en kontinuerlig og tilnærmet lineær vekst i andelen de heimebaserte tjenestene har utgjort av samlet årsverksinnsats i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene etter 1990.

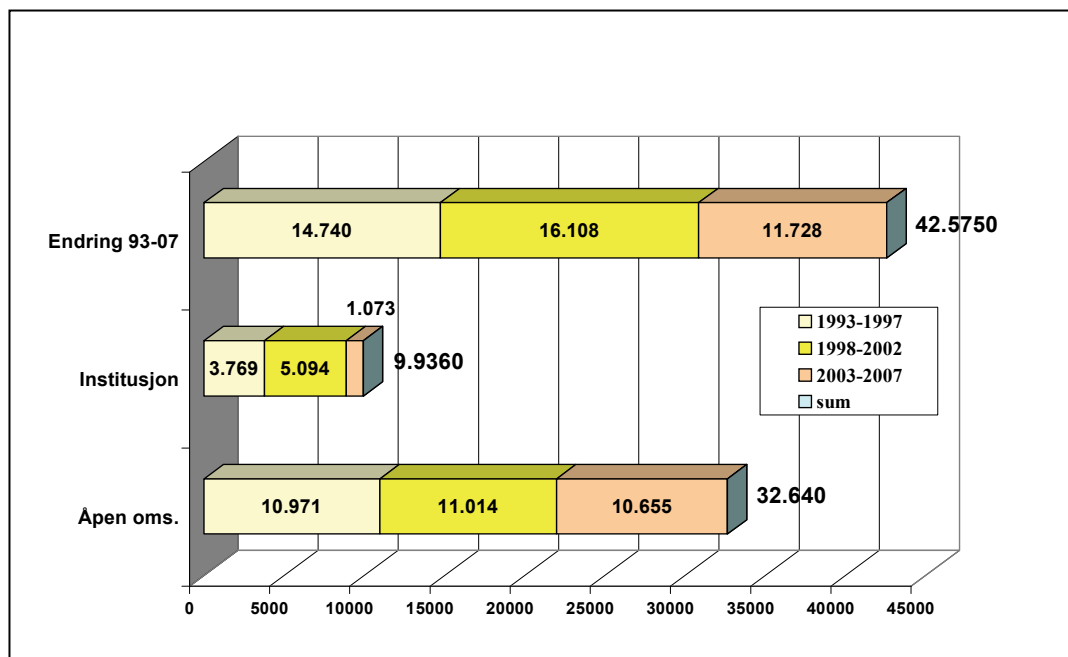
5.3.2 Perioden 1993-2007 – sterk vekst i heimebaserte tjenester

Disse 15 åra er framfor alt preget av veksten i de heimebaserte tjenestene, idet vel 32.640 av en tilvekst på 42.580 årsverk, eller vel 3 av 4 årsverk, i denne perioden kom i disse tjenestene, jf. figur 5.2. Da mesteparten av effekten av HVPU-reformen var realisert - fant det sted en kontinuerlig vekst i de heimebaserte tjenestene, d.v.s. hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Av figur 5.2 ser vi at veksten i åpen omsorg i perioden 1993-2007 er svært jevnt fordelt på de tre fem-årsperiodene som vi har inndelt epoken i. Den åpne omsorgen har i gjennomsnitt økt med omlag 11.000 årsverk i hver av disse tre periodene. Større samlet vekst i perioden 1998-2002 og mindre vekst i perioden 2003-2007, påvirket ikke *kontinuiteten* i tilveksten i de heimebaserte tjenestene for hele perioden.

Det har således vært en entydig utvikling i årsverkene i åpen omsorg, preget av jevn vekst over tid, bare avbrutt av enkelte år med stagnasjon (1994-95 og 2002-2003), d.v.s. like etter avslutning av statlige handlingsplaner. Og veksten har vært nærmest upåvirket av *konjunkturer og statlige føringer*. Riktignok har staten sjelden lagt føringer på innretningen av kommunale tjenester når vi ser bort fra de finansielle bidragene til omsorgsboliger i perioden 1994-2006.

Figur 5.2 *Endring i antall årsverk i pleie- og omsorg i 15-års-perioden 1993-2007, åpen omsorg og institusjon samt sum endring i årsverk i periodene 1993-1997, 1998-2002 og 2003-2007.*



Kilde: SSB, Daatland 1997 og beregninger ved NIBR.

I perioden 1993-2002 falt 71 prosent av den samlede årsverkstilveksten på 30.850 årsverk på åpen omsorg. I perioden 2003-2007 gjelder det 91 prosent (jf. tabell 5.2v). Bortsett fra under *Handlingsplan for eldreomsorgen*, har en stigende andel av samlet årsverkstilvekst falt på den åpne omsorgen.

Tilveksten på i alt 10.000 årsverk i institusjonsomsorgen i perioden 1993-2007 kom i stor grad i årene 1995-2000. I perioden 2002-2007 har institusjonssektoren fått tilført 1.100 nye årsverk, jf. figur 5.2, mens antall plasser er redusert noe, jf. kapittel 2. Den relativt svake veksten i institusjonsomsorgen har vært mer ujevn, med perioder preget av stagnasjon, f.eks. årene 1992-95 og 2001-2005, eller 9 av de 15 åra i perioden.

For perioden 1993-2007 under ett, fikk den åpne omsorgen tilført 2.176 årsverk i gjennomsnitt per år, mot 662 i institusjon, jf. tabell 6.3. Det viser igjen denne omsorgsformens dominans i utviklingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de siste 15 åra.

Den sterke veksten i bruken av heimebaserte tjenester (og kommunale boliger), som startet med HVPU-reformen og fortsatte i årene under Handlingsplan for eldreomsorgen, har fortsatt etter at denne reformen ble avsluttet. Det har noe sammenheng med utbyggingen av kommunale boliger til pleie- og omsorgsmål i perioden, men er framfor alt knyttet til framveksten av yngre brukere under 67 år, jf. kapittel 4.

5.4 Periodevis utvikling i årsverksinnsats 1991-2007

5.4.1 Om årsverksutvikling 1991 - 1997

I første del av perioden 1991-1997 settes HVPU-reformen i verk. Den faller samtidig sammen med siste del av lavkonjunkturperioden 1988-1993/94. I tråd med den innledende oversikten i forrige avsnitt, deler vi perioden i *tre underavsnitt*.

Årene 1991-1993

Fra og med 1991 inntreer et skifte idet HVPU-reformen settes i verk 1.1.1991 og innsatsen i de heimebaserte tjenestene skyter betydelig fart. Og veksten i årsverk i tilknytning til denne reformen meldte seg med tyngde og konsentrerte seg om de tre årene 1991-93, hvor den åpne omsorgen ble tilført *12.800 årsverk* eller vel dobbelt så mye som i løpet av de 10 åra 1981-1990. I 1992 alene kom nesten 7.000 nye årsverk i åpen omsorg. De aller fleste av disse årsverkene gikk til utviklingshemmede. Det vil komme vi imidlertid tilbake til, jf. kapittel 5.7.

Innsatsen i institusjonssektoren stoppet forøvrig opp under HVPU-reformen,²⁶ og det er bl.a. denne stagnasjonen som danner noe av bakgrunnen for argumentene om nødvendigheten av en *Handlingsplan for eldreomsorgen*, som ble lagt fram i 1996.

Årene 1994-1995

I de 2 åra som fulgte (1994-95) var veksten brått over og det ble stillstand, d.v.s. netto årsverksøkning i pleie- og omsorgssektoren utgjorde 400, jf. tabell 5.3v. Det innebærer at samlet innsats i åpen omsorg lå på samme nivå (litt over 30.000 årsverk i årene 1993-1995, jf. tabell 5.3v).

Den kraftige satsingen i HVPU-reformen i årene 1991-93 synes å ha fått betydelige konsekvenser i etterkant, både for institusjonene og den åpne omsorgen. Det kan ha sammenheng med at det vesentlige av HVPU-reformen var gjennomført og at den

²⁶ I de fire årene 1992-1995 økte innsatsen her bare med i alt 867 årsverk, jf. tabell 5.4v.

hadde kostet så vidt mye at det ikke var rom for ytterligere vekst i de to neste åra. På den andre sida ble kommunene tilført betydelige øremerkete statlige driftstilskudd som skulle dekke mesteparten av de kostnadene som fulgte på driftssida i forhold til de heimebaserte tjenestene. Men det kan også være at stagnasjonen kan tilskrives lavkonjunktoren.

1996-97

Fra 1994 og utover var landet ute av lavkonjunktoren og hadde tiltakende økonomisk vekst. Det gjenspeiles antakelig i at vi etter 1995 får den sterkeste årsverkstilveksten i pleie- og omsorg på kort tid noen sinne, om vi ser bort fra HVPU-satsingen i perioden 1991-93 og årene 2006-2007.

I de to åra 1996-1997 vokser den kommunale pleie- og omsorgssektoren med 9.600 årsverk, hvor 6.500 eller omlag 70 prosent av årsverkstilveksten kommer i åpen omsorg.

Som vi alt har vist (kapittel 4), hadde dette betydelig sammenheng med tilveksten i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, særlig brukere av hjemmesykepleie. I kjølvannet av HVPU-reformen innevarsles noe relativt nytt; en nokså omfattende tilvekst av yngre brukere andre enn utviklingshemmede i de heimebaserte tjenestene.

Samlet oversikt 1991-1997

I løpet av disse 7 åra, 1991-1997, øker pleie- og omsorgstjenestene med 25.100 årsverk. Men mesteparten - 19.700 årsverk - eller 8 av 10 årsverk - kom i de heimebaserte tjenestene, som økte fra 17.200 årsverk i 1990 til 36.900 årsverk i 1997.

Av disse nye årsverkene gikk 11.850 årsverk til utviklingshemmede under 67 år i tilknytning til HVPU i åra 1991-95 (Brevik 2010b, kapittel 7.1).

De resterende 13.250 årsverkene fordelte seg med 7.850 i heimebaserte tjenester og 5.400 til eldreinstitusjoner²⁷. Sjøl når vi holder HVPU-satsingen utafør, var det en tilvekst i åpen omsorg som per år overgikk perioden 1981-1990, hvor samlet netto vekst var på 5.500 årsverk. Og her er det de unge brukerne som presser på og gjør seg gjeldende som brukere av tjenester som så langt oftest har tilhørt eldreomsorgen.

De heimebaserte tjenestenes samlede kvantitative rolle i pleie- og omsorgstjenestene skifter fra å ha utgjort i overkant av 30 prosent av den samlede årsverksinnsats i 1980-åra - og 32 prosent i 1990 - til 47 prosent i 1997, d.v.s. på vei mot halvparten.

Og denne forvandlingen innledes med en statlig satsing gjennom *HVPU-reformen*, som følges opp med *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) og *Opptrappingsplan for psykisk helse* (OP). Alle har som resultat – også HPE – at de unge brukerne strømmer inn i pleie- og omsorgstjenestene.

Men en annen sentral underliggende forutsetning for denne bevegelsen, er den omfattende byggingen av omsorgsboliger fra 1994 og utover. Dette er delvis også en

²⁷ Dette representerer en svak utvikling om vi sammenlikner med tilsvarende tidligere perioder, f.eks. 1970-77 og 1980-87, hvor årsverkstilveksten i eldreinstitusjoner var respektive 9.400 og 6.600 årsverk (Daatland 1997, tabell A8, s. 181). Og samtidig gjaldt det tidligere betydelig færre eldreinstitusjoner.

videreføring av den kommunale boligbyggingen for utviklingshemmede, slik vi har vist i kapittel 3.

5.4.2 Om utvikling i årsverk i perioden 1998-2007

Vi har delt perioden 1998-2007 i tre deler. Først 1998-2001, som er knyttet til *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE). De seks åra som fulgte, d.v.s. fra 2002 til 2007, har vi delt i to deler fordi veksten har vært så ulik i disse åra. Det aller meste av veksten kom i 2006 og 2007.

Tabell 5.2 *Oversikt over utvikling i antall årsverk i åpen omsorg, institusjon og i alt samt periodevise endringer. 2002-2007.*

År	Åpen	Institusjon	Sum, register
1997	41.972	48.381	90.353
1998	44.566	49.581	94.147
1999	47.335	50.861	98.196
2000	49.886	52.041	101.927
2001	51.559	52.815	104.374
2002	52.986	53.475	106.461
2003	52.984	52.899	105.883
2004	55.439	52.471	107.910
2005	55.560	51.511	107.071
2006	59.767	53.453	113.220
2007	63.639	54.550	118.189

Periodevise endringer i antall årsverk

Endring	Åpen	Institusjon	Sum, register
Endring 1998-01	9.587	4.434	14.021
Endring 2002-05	3.998	-1.301	2.697
Endring 2003-06	6.781	-22	6.759
Endring 2006-07	8.084	3.034	11.118
Endring 2002-07	12.080	1.735	13.815
Endring 1998-07	21.667	6.169	27.836

Kilde: SSB: Pleie- og omsorgsstatistikk og beregninger ved NIBR 2009.

1998-2001

Gjennom *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE), ønsket staten - ved bruk av *øremerkete driftstilskudd* - å øke innsatsen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med

12.000 årsverk i perioden 1998-2001²⁸. Tidligere beregninger ga som resultat at 78 prosent av årsverkene i perioden 1998-2001 kom i åpen omsorg²⁹.

De nevnte talloppgavene er imidlertid iht. skjema. I tabell 5.2 har vi nyttet data iht. register. Oppgavene for årene 1997-2002 er regnet om slik vi gjorde rede for i kapittel 5.1.

I følge de statistiske oppgavene omregnet iht. registerdata, kom det til netto omlag 14.000 årsverk i perioden 1998-2001 (12.385 årsverk iht. oppgaver fra skjema). Av disse kom 9.587 i de heimebaserte tjenestene, eller 68 prosent av alle. Majoriteten kom i åpen omsorg; flere enn hva en la til grunn i Handlingsplanen.

Det hadde igjen sammenheng med den betydelige byggingen av omsorgsboliger i samme periode (jf. kapittel 3) og oppfølgingen med heimebaserte tjenester i disse. Men det hadde også sammenheng med den sterke veksten i antall brukere under 67 år av heimebaserte tjenester, jf. kapittel 4.

2002-2005

Fireårsperioden 2002-2005 er preget av stagnasjon, både sett i forhold til de fire åra forut og i et lengre historisk perspektiv. Pleie- og omsorgstjenestene vokste med 2.700 årsverk i denne perioden. 2.100 av dem kom til i 2002, mot bare 600 i 2003-2005. Vi må tilbake til fireårsperioden 1987-1990 for å finne tilsvarende svak vekst.

Mens det var en *reduksjon* på 1300 årsverk i eldreinstitusjonene, jf. tabell 5.2, fortsatte imidlertid veksten i de heimebaserte tjenestene med 4.000 nye årsverk - som antakelig i svært stor grad var knyttet til veksten i antallet yngre brukere, d.v.s. netto vel 10.000 nye brukere under 67 år av heimebaserte tjenester, slik vi viste i kapittel 4.

2006-2007

I løpet av de to årene 2006 og 2007 ble de kommunale pleie- og omsorgstjenestene tilført 11.100 årsverk, eller 80 prosent av samlet vekst i åra 2002-2007. Dette er den sterkeste ressursmessige veksten på så kort tid i pleie- og omsorgstjenestene noen sinne. Omlag 8.000 av disse årsverkene synes å ha kommet i åpen omsorg.

Perioden 2002-2007 samlet

I løpet av de 6 åra som fulgte *Handlingsplan for eldreomsorgen - 2002-2007* - kom det til 13.815 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, jf. tabell 5.2. Det er omtrent det samme som i løpet av de 4 åra under HPE.

I perioden 2002-2007 kom det netto kun 1.700 flere årsverk i institusjonsomsorgen, jf. tabell 5.2, samtidig som denne ble bygget ned fra 42.700 plasser i 2001 til 41.250

²⁸ Vi viser her til St.meld. Nr. 50(1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen, kapittel 6, hvor en legger til grunn å styrke eldreomsorgen med 12.030 årsverk i perioden 1998-2001 med 6.000 årsverk i de heimebaserte tjenestene og 6.030 i eldreinstitusjonene.

²⁹ Beregninger ved NIBR i tilknytning til evaluering av HPE, viste at målet ble omtrent nådd idet det i årene 1998-2001 kom til 11.585 flere årsverk i tilknytning til HPE og 800 i tilknytning til *Opptrappingsplan for psykisk helse (OP)*, til sammen 12.385 årsverk. Disse fordelte seg med 9700 i de heimebaserte tjenestene og 2.685 i eldreinstitusjoner. Vi viser her til Toresen (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Virkninger av kapasitet, dekning og årsverksbruk*. Kapittel 4. tabell 4.1 og tabell 4.4. På det tidspunktet ble årsverkene registrert i henhold til skjema.

plasser i 2007. I følge våre beregninger kom 12.000 av de i underkant av 14.000 nye årsverkene i åpen omsorg, eller ca. 87 prosent, jf. tabell 5.2.

Det viser igjen at *innretningen* av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har hatt *fokus på heimebaserte tjenester* og at dette fokuset i sin helhet har vært knyttet til *innstrømmingen av yngre brukere* og deres bruk av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

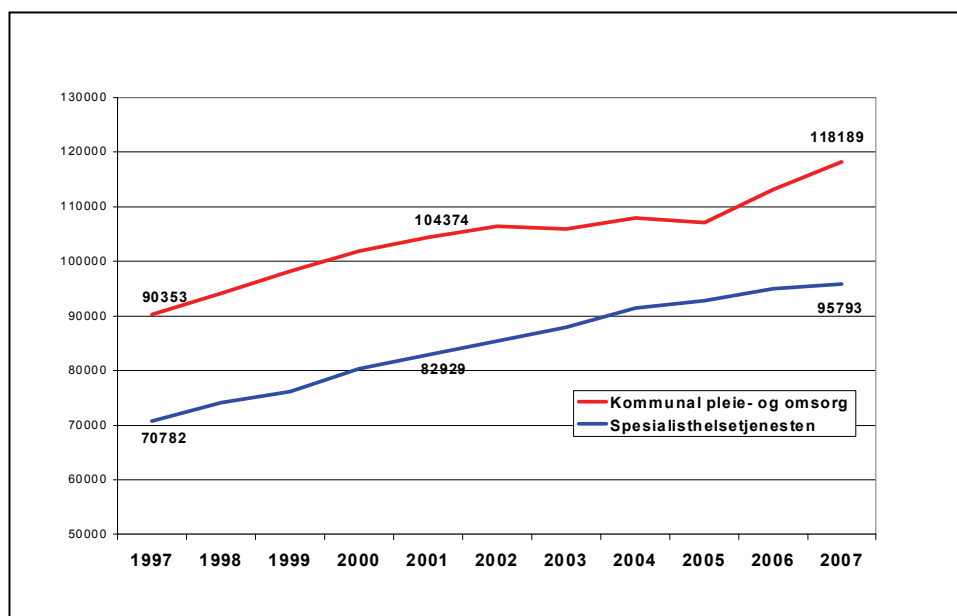
De heimebaserte tjenestene har vokst tvers gjennom alle disse tidsrommene og forsterket seg. Bevegelsen mot å innrette pleie- og omsorgstjenestene i tiltakende grad har mot de bolig- og heimebaserte synes på sett og vis å ha 'satt seg gjennom' uavhengig av konjunktorene og delvis uavhengig av statlige satsinger.

5.5 Årsverksutvikling – sammenlikning med 2. linjetjenesten

Fra 1997 til 2007 var det en samlet tilvekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene på 27.850 årsverk, jf. tabell 5.2. Kommunene har både tatt inn nye brukere og antakelig nye oppgaver, samtidig som de har økt innsatsen betydelig for etablerte brukergrupper.

Denne økningen står seg godt i sammenlikning med utviklingen i 2. linjetjenesten, der årsverksinnsatsen økte med 25.000 årsverk i samme periode, fra 70.800 i 1997 til 95.800 årsverk i 2007, jf. figur 5.3.

Figur 5.3 *Antall årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten 1997-2007. Talloppgaver angitt for 1997, 2001 og 2007. Årsverk i pleie og omsorg etter register.*



Kilde: KOSTRA, Statistikkbanken, SSB, 2008.

Veksten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene etter 2005 har som nevnt vært sterk - med 11.100 årsverk - og vesentlig høyere enn i alle tidligere år. I neste kapittel vil vi vise hvordan den delen av veksten som faller på de heimebaserte tjenestene for-

deler seg mellom eldre og yngre brukere og særlig etter hovedårsak til hjelpebehovet; m.a.o. hvordan den faller på utviklingshemmede og yngre brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser.

Ressursbruken fordelt etter hovedårsak til brukernes hjelpebehov og alder

I kapittel 4 gjorde vi rede for hvordan brukerne av heimebaserte tjenester fordelte seg etter alder. Og vi viste samtidig hvordan brukerne under 67 år fordelte seg etter hovedårsak til hjelpebehovet over perioden 1989-2006.

Slik vi gjennomførte analysene av antall brukere i kapittel 4, ønsker vi her tilsvarende å vise hvor stor del av årsverkene som over tid har gått til brukere under 67 år og hvordan disse fordeler seg etter hovedårsak til hjelpebehovet.

Siden fordeling av årsverkene i heimebaserte tjenester etter brukernes alder og hovedårsak til hjelpebehov aldri tidligere er gjennomført, er vi først henvist til å kunne skille ut årsverksbruken i forhold til brukere 67 år og eldre. Og analogt til kapittel 4, vil vi dernest beregne den delen av årsverkene i heimebaserte tjenester som går til utviklingshemmede.

I tillegg til å skille ut de yngres bruk, er målet å fordele årsverksbruken mellom de tre hovedårsaksgruppene utviklingshemmede og brukere med henholdsvis somatiske sykdommer og psykiske lidelser i en tidsserie som løper fram til 2007.

Vi gir imidlertid innledningsvis en kort oversikt over utviklingen i andelen av bruken av heimebaserte tjenester som har falt på brukere under 67 år, og hvor stor andel av disse tjenestene som har gått til brukere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål versus brukere som bor i ordinære private boliger.

5.6 Fordeling av årsverk i de heimebaserte tjenestene etter alder og type oppholdssted³⁰

5.6.1 Årsverk i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år 1991-2007

De yngre brukerne dominerer utviklingen i de heimebaserte tjenestene i perioden 1990-2007. Nesten hele årsverkstilveksten i de heimebaserte tjenestene i perioden 1990-95, og 43 prosent i perioden 1996-2002, tilfalt dem. Og i åra etter 2001 har hele årsverksøkningen i de heimebaserte tjenestene gått til brukere under 67 år.

De yngre brukernes *majoritetsposisjon* har særlig blitt til i to omganger. Først i perioden 1990-95 gjennom HVPU-reformen, deretter i åra 2002-2007. I 1989 sto brukere under 67 år for bare 25 prosent av årsverkene i de heimebaserte tjenestene. I 1995 gikk imidlertid 54 prosent av årsverkene til disse. Andelen ble så redusert til 50 prosent fram til 2002, d.v.s. under *Handlingsplan for eldreomsorgen*. I 2007 var imidlertid deres andel i følge IPOS økt til 60 prosent.

³⁰ For mer utførlig omtale av temaene i avsnitt 5.6 viser vi til NIBR-rapport 2010:2 /Brevik 2009): *De heimebaserte tjenestene – langt mer enn eldreomsorg*, kapittel 7.1-7.2.

5.6.2 Årsverk i heimebaserte tjenester i kommunale boliger etter 1995

Samlet ble 65 prosent av årsverkene i heimebaserte tjenester i 1996 ytt i *kommunale boliger*, mot 54 prosent i 2002. Det gjaldt 7 av 10 årsverk blant brukere under 67 år og 4 av 10 blant de eldre i 2002. Og av alle årsverk i heimebaserte tjenester ytt i kommunale boliger falt nærmere 2 av 3 på brukere under 67 år.

Av *hele årsverksøkningen* fra 1996 til 2002 gikk imidlertid vel 7 av 10 årsverk til brukere som bor i egne ordinære boliger. Det gjaldt 62 prosent blant brukere under 67 år og 80 prosent blant brukere over 67 år. De heimebaserte tjenestene synes å ekspandere sterkere enn det som er rimelig å fange opp i kommunale omsorgsboliger. Det må også igjen bety at årsverksbruken per bruker (intensiteten) tiltar.

Sjøl om at det var en mindre *økning* i *antall* årsverk både til eldre og yngre i kommunale boliger fra 1996 til 2002, avtok således *andelen* årsverk i de heimebaserte tjenestene til brukere i slike boliger i denne perioden.

Det har m.a.o. funnet sted to parallelle løp. Ett knyttet til en stor, men mindre voksende bruk av heimebaserte tjenester i *kommunale boliger*, og ett annet sterkt preget av pleie og omsorg i egen ordinær bolig, idet 3/4 av veksten i antallet brukere under 67 år i perioden 2002-2006, eller ca. 10.000 brukere, var brukere bosatt i *ordinære private boliger*.

5.7 Endring i årsverksbruk i heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet 1995-2002 og 2002-2007

I framstillingen av endringer i årsverk i årene 2002-2007 og 1995-2007 som følger her, har vi nyttet årsverk etter *register*, slik vi har gjort rede for i kapittel 5.1. Samlet oversikt over antall årsverk etter register for årene 1995-2007, går fram av tabell 5.1. Forøvrig har vi gjort rede for og drøftet grunnlaget for årsverksberegningene i NIBR-rapport 2010:2, kapittel 7.3.1 – 7.3.2.

5.7.1 Sterk vekst blant brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser

I tabell 5.3 og figur 5.4 har vi gitt en oversikt over antall årsverk i de heimebaserte tjenestene for årene 1995, 2002, 2006 og 2007 fordelt på brukere 67 år og eldre og brukere under 67 år. De siste er igjen fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet.

Tabell 5.3 *Årsverk i de heimebaserte tjenestene fordelt mellom brukere over og under 67 år samt brukere under 67 år fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. 2002, 2006 og 2007.*

År	Alle	67 år+	< 67år	Utviklingshemmede	Somatiske sykdommer	Psykiske lidelser	Somatisk+ Psykisk
1. 2002 IPLOS*)	52.990	26.440	26.550	15.930	6.900	3.720	10.620
Andel prosent		49,9	50,1	60	26	14	40
2. 2006 IPLOS*)	59.770	25.640	34.130	17.470	9.930	6.730	16.660
Andel i prosent	59.767	42,9	57,1	51	29	20	49
3. 2007 IPLOS direkte	63.640	25.580	38.060	17.730	12.120	8.210	20.330
Andel i prosent		40,2	59,8	46	32	22	54

Kilde: KOSTRA, Pleie- og omsorgstatistikk, IPLOS, Helsetilsynet 2003 og beregninger ved NIBR, Oslo 2009.

*)Antall brukere av heimebaserte tjenester gjengitt i Kostra er for 2002 og 2006 *estimert* slik at de er sammenliknbare med den nye statistikken basert på IPLOS f.o.m. 2007, jf. SSB, Notat 2008/42, tabell 4.2. Her legger vi *uketimeverk* estimert på grunnlag av *antall brukere* av heimebaserte tjenester iht IPLOS og *timebruk per uke* etter alder i henhold til registreringene av disse i IPLOS i 2007, til grunn for fordelingen av samlet bruk (uketimeverk) mellom brukere under 67 år og 67 år og eldre i 2002, 2006 og 2007.

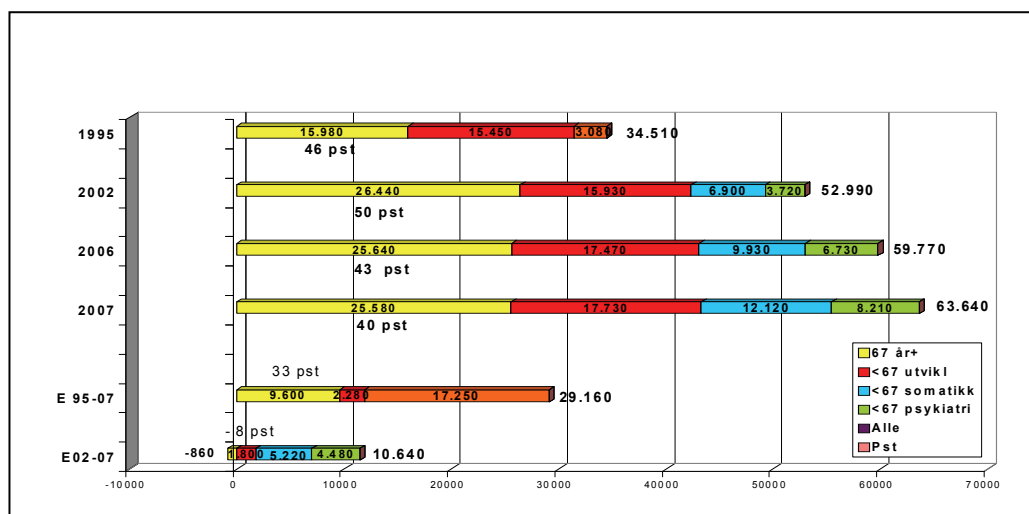
Fordeling 2007

I 2007 har vi beregnet at det *i alt* ble utført 63.640 årsverk i de kommunale heimebaserte tjenestene. Av disse gikk 38.000, eller 40 prosent til brukere 67 år og eldre, mens 60 prosent falt på brukere under 67 år, jf. tabell 5.3. Det siste tilsvarte 40 prosent av årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten det året (95.800 årsverk) jf. figur 5.3.

I 2007 gikk majoriteten av årsverkene knyttet til brukere under 67 år til personer med *somatiske sykdommer* og *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell 5.3. Av de vel 20.000 årsverkene til disse falt 60 prosent, eller ca. 12.000 på personer med somatiske sykdommer. Resten, eller vel 8.000 årsverk, gikk til brukere med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet.

I følge våre beregninger bruker disse to brukergruppene nå til sammen flere årsverk enn utviklingshemmede. De ruver i den kommunale åpne omsorgen i det deres andel utgjorde 1/3-del av samlet antall årsverk i de heimebaserte tjenestene i 2007.

Figur 5.4 *Årsverk i de heimebaserte tjenestene fordelt mellom brukere under 67 år/ 67 år og eldre, samt brukere under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet. Utvalgte år. Samt endring 1995-2007 og 2002-2007. Registrerte årsverk.*



Kilde: KOSTRA, IPLOS og Helsetilsynet 2003

5.7.2 Endring i årsverksbruk i heimebaserte tjenester 1995-2007 etter hovedårsak til hjelpebehovet

1. Endring 1995-2007

I perioden 1996-2007, d.v.s. etter at HVPU-reformen var gjennomført, tilførte kommunene den åpne omsorgen vel 29.000 årsverk. Av disse har 19.530 eller 2/3-deler gått til brukere under 67 år, jf. figur 5.4.

Og i samme perioden gikk 88 prosent av tilveksten i årsverk til yngre brukere til *andre enn* utviklingshemmede, d.v.s. personer med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Antall årsverk til disse brukerne økte med 17.250, fra ca. 3.000 i 1995 til 20.330 i 2007, jf. figur 5.4. Det er en 7-dobling på 12 år.

Også blant brukere 67 år og eldre var det en betydelig økning perioden sett under ett, med 9.600 årsverk. Men samtlige av disse kom i årene før 2002, jf. figur 5.4, d.v.s. i det alt vesentlige i tilknytning til *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

De yngre brukernes majoritetsposisjon er blitt til i to omganger. Først i perioden 1990-95 gjennom HVPU-reformen. I 1989 sto brukere under 67 år for bare 25 prosent av årsverkene i de heimebaserte tjenestene. I 1995 gikk imidlertid 54 prosent av årsverkene til disse. Andelen ble så redusert til 50 prosent fram til 2002, d.v.s. under *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Men etter 2002 har *all tilvekst i heimebaserte tjenester gått til brukere under 67 år*.

2. Endring 2002-2007

I løpet av årene 2002-2007 fører kommunene netto 10.640 årsverk inn i de heimebaserte tjenestene, og i følge våre beregninger på grunnlag av IPLOS-data, går mer enn samtlige til brukere under 67 år. Siden innsatsen for brukere 67 år og eldre

reduseres med 860 årsverk, jf. figur 5.4, øker årsverkene for brukere *under 67 år* med 11.510, fra 26.550 i 2002 til 38.060 årsverk i 2007, eller med 43 prosent på 5 år.

En mindre del av denne tilveksten, eller 16 prosent (1800 årsverk), går til utviklingshemmede. Resten går til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser*, med om lag 5.000 årsverk til hver gruppe.

Mens årsverk til brukere med *somatiske sykdommer* vokste med 75 prosent i løpet av de 5 åra, ble innsatsen til brukere med *psykiske lidelser* mer enn fordoblet, fra 3.720 årsverk i 2002 til 8.210.

En begrenset del av økningen til brukere med psykiske lidelser, eller vel 1.700 årsverk, kom til gjennom finansiering i *Opptrappingsplan for psykisk helse* i åra 2002-2007.³¹ Hovedtyngden faller imidlertid på personer under 67 år med *somatiske sykdommer* som årsak til hjelpebehovet. Disse har aldri vært gjort til gjenstand for statlige handlingsplaner eller særskilte satsinger.

Vi har i annen sammenheng (jf. NIBR-rapport 2010:2, kapittel 4) bl.a. vist at pleie- og omsorgsbehovene blant yngre brukere - særlig blant dem med somatiske sykdommer i kommunale boliger - er nokså omfattende. Her har vi også drøftet spørsmål knyttet til hjelpens grad av tilstrekkelighet (i kapittel 8.5).

5.8 Om intensitet – årsverk per bruker i heimebaserte tjenester

Det foreligger få analyser av utviklingen i ressursbruken i forhold til den enkelte bruker. De fleste framstillingene av dette går ut på å slå sammen alle brukere, både dem med plass i institusjon og brukerne av heimebaserte tjenester. Dette blir imidlertid lite interessant da en ikke kan avgjøre hvordan observert årsverksøkning fordeler seg mellom institusjon og heimebaserte tjenester og mellom aldersgruppene. En vesentlig grunn til dette er at det etter 1993 ikke har foreligget data der den samlede årsverksbruken har vært fordelt på ulike brukergrupper.

NIBR har i denne sammenhengen og tidligere (Brevik 2002, Toresen 2003) gjort beregninger av hvordan årsverkene i pleie- og omsorgssektoren fordeler seg mellom ulike brukergrupper. Det har gjort oss i stand til å studere utviklingen i intensitet, d.v.s. årsverk ytt per bruker over tid. Vi fokuserer her på de heimebaserte tjenestene.

Vi vil se nærmere på utviklingen i årsverk per bruker i de heimebaserte tjenestene etter alder i årene fra 1995 til 2006, der vi samtidig skiller ut de utviklingshemmede, brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser, som egne grupper. Vi tar utgangspunkt i året 1995 da HVPU-reformen ble avsluttet.

³¹ Under *Opptrappingsplan for psykisk helse* kom det fram til 2007 til 2.700 årsverk i de heimebaserte tjenestene ('praktisk bistand'), hvorav 1.734 årsverk fra 2002 til utgangen av 2007 (SINTEF 2008, tabell 2.5). Da har vi regnet alle disse årsverkene til å gjelde brukere under 67 år, men en mindre del må også ha gått til brukere 67 år+.

Tabell 5.4 *Oversikt over årsverk per bruker 1995-2006*

Årsv. per bruker	Eldre	Utviklings- hemmede	Somatiske sykdommer og psykiske lidelser	Soma- tiske syk- dom- mer	Psyk- iske lidelser	Alle
1995	0,13	1,48	0,18	-	-	-
2002	0,22	1,45	0,35	0,41	0,27	0,71
2006	0,22	1,45	0,39	0,47	0,31	0,62

Kilde: Beregninger ved NIBR 2009

Slik det går fram av tabellen, gjelder årsverk per bruker avtalte årsverk, d.v.s. hele årsverket der fravær og indirekte tid er inkludert. Antall brukerretna årsverk per bruker vil imidlertid være en god del lavere.

1. Brukere under 67 år

Når vi holder de utviklingshemmede utenfor, økte årsverksinnsatsen per øvrige bruker under 67 år fra 0,18 årsverk i 1995 til 0,39 årsverk per bruker i 2006. Ikke bare har det blitt 25.700 flere brukere andre enn utviklingshemmede fra 1995 til 2006, jf. kapittel 4, men årsverksinnsatsen per bruker har *doblet seg*.

Det synes rimelig at vi finner at brukere av heimebaserte tjenester med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, mottar vesentlig mer hjelp per uke sammenliknet med dem med psykiske lidelser, idet disse brukerne mottok henholdsvis 0,47 årsverk og 0,31 årsverk per bruker. Men også intensiteten i bruken har tiltatt siden 2002. Det synes å ha vært en nokså jevn vekst i intensitet i hjelpa, faktisk i takt med at det har blitt flere brukere.

At det har utviklet seg slik viser at kommunen etter hvert har tatt mer ansvar for yngre brukere andre enn utviklingshemmede.

Kommunene har m.a.o. ikke tatt ansvar for flere nye brukere ved å yte mindre hjelp per bruker, men ved å gi mer. Kommunene synes å ha tatt inn brukere med et mer omfattende hjelpebehov, som en tidligere enten ikke har gitt hjelp eller gitt lite hjelp. Det kan bety at kommunene har *overtatt* etter andre ytere, i alle fall når det gjelder brukere med somatiske sykdommer. Fordi disse i liten grad har kommet fra sentralinstitusjoner etter 1995, er vår hypotese at kommunene i de seinere åra i *betydelig grad har gått inn og overtatt der familiene tidligere sto for det vesentlige av omsorgen*. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 6.5³².

³² I Helsetilsynets undersøkelse spurte en brukere i eldreinstitutioner og kommunale boliger hvor de var kommet inn fra, d.v.s. hvor de hadde hatt opphold tidligere. Av brukere under 67 år i kommunale boliger var 45 prosent kommet dit fra heimen og 34 prosent var kommet fra annen kommunal bolig/sykehjem. Bare 14 prosent var kommet fra 2.linjetjensten, jf. kapittel 6.5. Disse resultatene gir støtte til hypotesen om at kommunene i tiltakende grad har tatt over og gitt hjelp der familien tidligere stod for mesteparten.

2. Brukere 67 år og eldre

Det går også fram at innsatsen per bruker 67 år og eldre økte fra 0,13 årsverk i 1995 til 0,22 årsverk i 2006, eller med 70 prosent, jf. tabell 5.4. Tjenestene er generelt blitt betydelig *intensivert* også for eldre i denne perioden.

Siden det ikke har vært noen vekst i antall brukere 67 år og eldre i de heimebaserte tjenestene i de seinere åra, men faktisk en liten reduksjon på 5.000 brukere fra 1992 til 2006, er all vekst blant de eldre tatt ut gjennom økt intensitet. Dette er et annet markant trekk ved innretningen av norsk eldreomsorg. En har relativt sett konsentrert seg om færre brukere, men gitt disse desto mer hjelp.

Det er samme utvikling både blant eldre og yngre brukere; dobling av årsverksinnsats per bruker over 12 år. Brukere under 67 år er imidlertid kjennetegnet ved både å bli vesentlig flere og ved at hver bruker mottar langt mer hjelp.

5.9 Utvikling i årsverk pr plass i eldreinstitusjoner de 20 siste åra etter 1980

Vi vil her avslutningsvis gi en oversikt over utviklingen i intensitet eller pleiefaktoren i eldreinstitusjoner målt ved antall årsverk pr plass/beboer de 20 siste åra.

På midten av 1960-tallet var personelldekningen i eldreinstitusjoner 0.36 årsverk pr plass (Daatland 1994). Seinere har pleiefaktoren økt kontinuerlig. I perioden 1980-1989 fant det sted en økning i årsverksinnsats pr institusjonsplass, fra 0.68 i 1980 til 0.79 årsverk i 1989. Den fortsatte å øke også ut over i 1990-åra. I 2001 var den 1.02 årsverk pr pasient (Toresen 2003, årsverk etter skjema). Bemanningen pr beboer i institusjon henimot 3-doblet seg på 30 år.

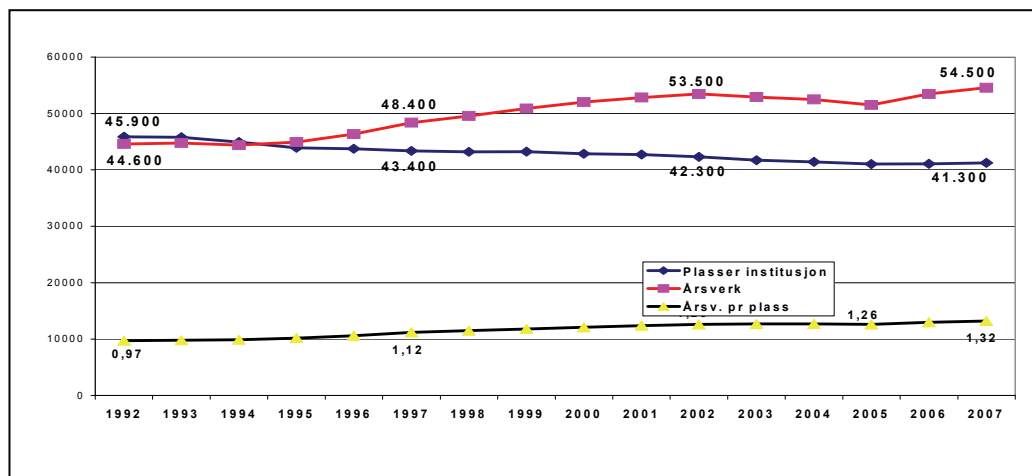
Økt bemanning har noe sammenheng med bedring av de ansattes arbeidsforhold, men den reflekterer sannsynligvis mest det forhold at pleietyngden hos institusjonsbeboerne har økt betraktelig. Økningen i pleiefaktor er imidlertid så vidt stor at den uansett vil måtte avleses som en viss økning i den reelle pleietyngden i sykehjem i denne perioden, bl.a i takt med seleksjon ved avtakende dekningsgrad.

Denne utviklingen med færre institusjonsplasser og mer intensiv bruk av dem, kan forklares med bakgrunn i flere forhold. Ved overtakelsen av sykehjemmene i 1988 ble kommunene automatisk ført inn i en situasjon med mulighet for egne prioriteringer annerledes enn tidligere. Motivasjonen for å hjelpe eldre med mindre pleiebehov med tjenester på et alternativt eller lavere nivå – der de oftest ville koste mindre - var nå blitt styrket.

Samtidig var disse utviklingstrekkene knyttet til en endret innretning av tjenestene med vekt på en mer omfattende og intensiv bruk av heimebaserte tjenester som etter hvert ble mer målretta enn tidligere, jf. kapittel 4. Gjennomslaget for mer åpen omsorg på 1980-tallet ble antakelig påskyndet både av ideologien om av-institusjonaliseringen (eksempel: HVPU-reformen) og kommunenes noe strengere hushold med de økonomiske midlene når statens driftsansvar for sykehjemmene var borte.

Vi gir her til slutt en oversikt over utviklingen fra 1992 og fram til 2004 i antall årsverk, plasser og årsverk pr plass i eldreinstitusjoner.

Figur 5.5 *Antall plasser og årsverk i eldreinstitusjoner og årsverk pr plass. 1992-2007. Påførte taloppsummer for 1992, 1997, 2002 og 2007 (rundet av til nærmeste 50).*



Kilde: SSB Pleie- og omsorgsstatistikk og beregninger ved NIBR

Av figur 5.5 går det fram at pleietyngden i institusjon, dvs. i sykehjem, har tiltatt betydelig også i de siste 10 år, fra 1,06 årsverk pr institusjonsplass i 1996 til 1,32 i 2006. En økning tilsvarende 25 prosent i løpet av denne 10-års-perioden. Det må bety at de pasienter som nå er innlagt i sykehjem, er betydelig mer pleietrengende enn for 10 år siden. Til det føyer spørsmålet seg om de er annerledes pleietrengende med behov for en bedre og annen kompetanse hos pleiepersonalet. Utviklingen slik den går fram av figur 5.5, grunngir hypoteser i slik retning.

5.10 Om driftskostnader i de heimebaserte tjenestene og vekst 1995-2007

Vi har gjort rede for fordelingen av årsverk blant brukere under 67 år etter hovedårsak til hjelpebehovet, og for økningen i antall årsverk siden 1995. Her skal vi knytte kostnader til disse fordelingene.

Vi legger til grunn kostnadene per årsverk i de heimebaserte tjenestene i 2007.

I følge *KOSTRA* var samlet brutto driftskostnader i 2007 i åpen omsorg (f254+f234) 31.951.668 milliarder kroner. Antall årsverk var 63.639. Det gir i gjennomsnitt $31,952:63.639=502.066$ kroner i brutto driftskostnader per årsverk.

Tabell 5.5 *Årsverk og brutto driftskostnader i 2007 i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år samt nivåøkning 1995-2007 fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet. Årsverk og kroner i millioner. 2007.*

Hovedårsak til hjelpebehovet	Somatisk sykdom	Psykiske lidelser	Utviklingshemmet	Alle
Nivåøkning i antall årsverk og kostnader 1995-2007				
Årsverk	17.200		2.300	19.500
Kostnader	8.700		1.100	9.800
Nivå 2007. Årsverk og kostnader i alt				
Årsverk	12.100	8.200	17.700	38.000
Kostnader	6.100	4.100	8.900	19.100

Kilde: KOSTRA og beregninger ved NIBR 2009.

I 2007 beløp brutto driftskostnader knyttet til heimebaserte tjenester for brukere under 67 år seg til 19.1. milliarder kroner, beregnet under våre forutsetninger. Derav gikk 10.2 milliarder, eller 54 prosent av kostnadene til brukere under 67 år, til personer med *somatiske sykdommer eller psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet.

Dette er størrelsesordener på et helt annet nivå enn f.eks. kommunenes kostnader knyttet til *ferdigbehandlede pasienter i den somatiske 2. linjetjenesten*.³³

På årsbasis løftet kommunene i løpet av perioden 1996-2007 nivået til drift av heimebaserte tjenester for brukere under 67 år tilsvarende *9,8 milliarder kroner* (2007-kr.), hvorav omlag 8.7 milliarder var knyttet til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet.

Dette er en nokså omfattende nivåheving uansett hva en velger som målestokk for sammenlikning, f.eks. veksten i innsatsen for eldre i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i samme periode, eller med ressursutviklingen i 2. linjetjenesten for tilsvarende målgrupper.

³³ I kapittel 6.11 har vi f.eks. vist at det til samtlige ferdigbehandlede (utskrivningsklare) pasienter i somatiske sykehus i alle aldre, i følge Helse- og omsorgsdepartementet var knyttet 145.000 liggedøgn i 2007. Vi har beregnet at 'ferdigbehandlede i somatiske sykehus' maksimalt kan oversettes til drift av 400 sykehjemsplasser til en samlet brutto kostnad av 300 mill kroner i 2007, under den noe urealistiske forutsetningen om at forlenget liggetid i sin helhet kunne tilskrives utilstrekkelige pleie- og omsorgstjenester.

Tabellvedlegg til kapittel 5

Tabell 5.1v *Årsverk i pleie- og omsorg, 1980-2007. Totalt og fordelt på institusjon og åpen omsorg. Absolutte tall og prosent. Oppgaver iht. skjema 1980- 2002. Og etter register 1992-2007- oppgitt 2003-2007 og omregnet 1992-2002.*

	Årsverk både etter skjema og register. Abs tall				Relativ fordeling		
	Sum skj.	Sum reg.	Institusjon	Åpen om.	Inst	Åpen	Alle (n)
1980	38.947		27.224	11.723	69,9	30,1	38.947
1982	41.329		28.782	12.595	69,6	30,4	41.329
1984	46.064		30.517	15.547	65,5	34,5	46.064
1987	51.103		34.335	16.768	67,2	32,8	51.103
1988	52.652		34.799	17.853	66,1	33,9	52.652
1989	53.205		35.945	17.260	67,6	32,4	53.205
1990	54.353		37.121	17.232	68,3	31,7	54.353
1991	58.954		38.637	20.317	65,5	34,5	58.954
1992	66.430		39.188	27.242	59,0	41,0	66.430
1993	69.395		39.357	30.038	56,7	43,3	69.395
1994	68.331		39.017	29.314	57,1	42,9	68.331
1995	69.795		39.504	30.291	56,6	43,4	69.795
1996	73.733		40.700	33.033	55,2	44,8	73.733
1997	79.435		42.498	36.937	53,5	46,5	79.435
Årsverk iht. register – omregnet							
1992	66.430	75.613	44.612	31.001	59,0	41,0	75.613
1993	69.395	78.989	44.787	34.202	56,7	43,3	78.989
1994	68.331	77.777	44.404	33.373	57,1	42,9	77.777
1995	69.795	79.444	44.931	34.513	56,6	43,4	79.444
1996	73.733	83.893	46.338	37.555	55,2	44,8	83.893
1997	79.435	90.353	48.381	41.972	53,5	46,5	90.353
1998	82.794	94.147	49.581	44.566	52,7	47,3	94.147
1999	86.370	98.196	50.861	47.335	51,8	48,2	98.196
2000	89.669	101.927	52.041	49.886	51,1	48,9	101.927
2001	91.820	104.374	52.815	51.559	50,6	49,4	104.374
2002	93.690	106.461	53.475	52.986	50,2	49,8	106.461
Årsverk – register. KOSTRA							
2003		105.883	52.899	52.984	50,0	50,0	105.883
2004		107.910	52.471	55.439	48,6	51,4	107.910
2005		107.071	51.511	55.560	48,1	51,9	107.071
2006		113.220	53.453	59.767	47,2	52,8	113.220
2007		118.189	54.550	63.639	46,2	53,8	118.189

Kilde: SSB og beregninger ved NIBR

Tabell 5.2v *Oversikt over endring i antall årsverk fordelt på åpen omsorg og institusjon 1992-2007. Årsverk etter registrer per 31.12. Omregnet for årene 1992-2002.*

	Åpen	Institusjon	Endring	Sum, r.	Åpen, prosent
1992	31.001	44.612		75613	41,0
E92-93	3.201	175	3.376		
1993	34.202	44.787		78989	43,3
E 93-94	-829	-383	-1.212		
1994	33.373	44.404		77777	42,9
E 94-95	1.140	527	1.667		
1995	34.513	44.931		79444	43,4
E 95-96	3.042	1.407	4.449		
1996	37.555	46.338		83893	44,8
E 96-97	4.417	2.043	6.460		
1997	41.972	48.381		90353	46,5
E 97-98	2.594	1.200	3.794		
1998	44.566	49.581		94147	47,3
E 98-99	2.769	1.280	4.049		
1999	47.335	50.861		98196	48,2
E 99-00	2.551	1.180	3.731		
2000	49.886	52.041		101927	48,9
E 00-01	1.673	774	2.447		
2001	51.559	52.815		104374	49,4
E 01-02	1.427	660	2.087		
2002	52.986	53.475		106.461	49,8
E 02-03	-002	-576	-578		
2003	52.985	52.898		105.883	50,0
E 03-04	2.456	-427	2.927		
2004	55.437	52.473		107.910	51,4
E 04-05	123	-962	-839		
2005	55.557	51.514		107.071	51,9
E 05-06	4.210	1.939	6.149		
2006	59.767	53.453		113.220	52,8
E 06-07	3.874	1.095	4.969		
2007	63.641	54.548		118.189	53,8
Endringer	Åpen	Institusjon	Endring		Åpen/inst.
P. 1993-97	10.971	3.769		14.740	74/26 prosent
P. 1998-02	11.014	5.094		16.108	68/32 prosent
P. 2003-07	10.655	1.073		11.728	91/9 prosent
P. 1993-02	21.985	8.863	30.848	30.848	71/29 prosent
P. 1993-07	32.640	9.936	42.576	42.576	77/23 prosent
P. 1998-07	21.669	6.167	27.836	27.836	78/22 prosent

Kilde: SSB og beregninger ved NIBR

Tabell 5.3v *Oversikt over utvikling i antall årsverk i åpen omsorg, i institusjon og i alt 1988-2002 samt periodevise endringer. 1990-1997. Oppgaver etter skjema.*

År	Åpen	Institusjon	Sum, skjema
1988	17.853	34.799	52.652
1989	17.260	35.945	53.205
1990	17.232	37.121	54.353
1991	20.317	38.637	58.954
1992	27.242	39.188	66.430
1993	30.038	39.357	69.395
1994*)	29.314	39.017	68.331
1995*)	30.291	39.504	69.795
1996*)	33033	40.700	73.733
1997*)	36.937	42498	79.435
1998*)	39.162	43.632	82.794
1999*)	41.630	44.740	86.370
2000*)	43.848	45.821	89.669
2001*)	45.359	46.461	91.820
2002	46.630	47.060	93.690

Periodevise endringer i antall årsverk

Periodevis endring (E)	Åpen	Institusjon	Sum skjema
Endring 1989-90	- 621	2.322	1.701
Endring 1991	3.085	1.516	4.601
Endring 1992	6.925	551	7.476
Endring 1993	2.796	169	2.965
Endring 1994	-724		
Endring 1995	977		
Endring 1996	2.742		
Endring 1997	3.904		
Endring 1994-95	253	147	400
Endring 1996-97	6.646	2.994	9.640
Endring 1991-93	12.806	2.236	15.042
Endring 1991-95	13.059	2.383	15.442
Endring 1991-97	19.705	5.377	25.082

Kilde: Daatland 1997, tab 9A/SSB og beregninger ved NIBR.

*) Siste året med fordeling av årsverk mellom åpen omsorg og institusjon var 1993. For årene 1994-2001 har vi regnet om etter tidligere omregninger av fordelingen iht. registerdata, jf. Prosjektnotat nr. 1, tabell 3 i Vedlegg II til det notatet.

6 Om oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

6.1 Generelt om oppgaveforskyvning og mandatet for utredningen

6.1.1 Bakgrunn

Dette prosjektet har bakgrunn i tidligere arbeider der en har tatt opp ulike spørsmål knyttet til samhandling og eventuelle overføringer av oppgaver mellom 2. linjetjenestene og kommunene.

I 2005 ble det som ledd i oppfølgingen av *Wisløff-utvalgets* arbeid (NOU 2005:3) nedsatt en arbeidsgruppe av *Helse- og omsorgsdepartementet* som skulle kartlegge endringer i eller forskyvninger av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunenes helse- og sosialtjeneste som resultat av kortere liggetid og faglig utvikling. Notatet fra arbeidsgruppa³⁴ utgjorde i ettertid noe av bakgrunnen for at herværende prosjekt ble satt i gang fra KS sin side.

Noe av bakgrunnen for at arbeidsgruppa ble nedsatt, var at:

til tross for at samordning, samhandling og gråsoneproblematikken har vært tatt opp i en rekke offentlige dokumenter de siste tiårene, viser det seg at en ikke har god nok oversikt over hva som faktisk skjer av arbeidsdeling i disse samarbeidssonene og virkninger av endringer (op.cit., s. 6).

Arbeidsgruppa tok utgangspunkt i at endring i arbeidsdeling mellom kommunenes helse- og sosialtjenester og den statlige spesialisthelsetjenesten har vært et sentralt tema i konsultasjonsordningen mellom staten og KS. Den skulle kartlegge

endringer og forskyvninger av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunenes helse- og sosialtjeneste som resultat av kortere liggetid, faglig utvikling med mer (op.cit. s. 6).

Gruppa skulle se særskilt på i hvilket omfang kommunenes funksjoner har endret seg de senere årene. Her nevnes eksplisitt at utvalget skal beskrive endringer i forhold til

³⁴ *Kartlegging av oppgavefordeling mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15. februar 2006.

liggetid (i sykehus), medisinsk teknologisk utvikling, endringer i pasientsammensetning og organisatoriske forhold. Videre skulle en se på

samspillet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus/poliklinisk behandling, hvilke pasientgrupper dette dreier seg om og hvilken kompetanse som kreves (op.cit., s. 6).

I dette lå også støttefunksjoner fra spesialisthelsetjenesten.

Det går klart fram at en har *ståsted i spesialisthelsetjenesten*. Utgangspunktet er forhold knyttet til sykehusdrift (liggetid, medisinsk teknologi, pasientsammensetning). Fokuset i endringer i oppgavefordeling går fra sykehus til kommunehelsetjenesten, hvor den siste er karakterisert som en samspillstørrelse i forhold til sykehusene.

En skulle altså belyse oppgavefordelingen særlig ut fra:

- redusert liggetid i sykehus
- medisinsk teknologisk utvikling i kommunene
- endret pasientsammensetning
- endret funksjonsfordeling.

6.1.2 Mandatet for utredning om Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

I *tilbudsforespørselen* for den aktuelle utredningen griper KS tilbake til rapporten fra den nevnte arbeidsgruppa, hvor en har pekt på at det

mangler en god nok oversikt over hva som skjer av arbeidsdeling i samarbeidssonene og virkninger av endringer” ... og at det ”ikke forelå et datagrunnlag som gir tilstrekkelig dokumentasjon av endringer som har funnet sted i gensedragningen mellom 1. og 2. linjetjenesten (s. 1).

En mente at kunnskapsbehovet her kunne bøtes på bl.a. ved en bedre sammenstilling av eksisterende informasjon i ulike datakilder.

På denne bakgrunn er det overordnede ønsket hos KS å framskaffe bedre dokumentasjon av de endringer som skjer mellom 1. og 2. linjetjenesten, og de ressursmessige konsekvensene knyttet til oppgaver som kommunene eventuelt ”overtar”. Den delen som går på oppgaver som kommunene ’har tatt’, er behandlet i kapittel 3-5.

En er bl.a. opptatt av endringer i kommunenes oppgaveportefølje og de økonomiske konsekvensene av kostnadsforskyvninger mellom stat og kommune, f.eks. knyttet til endringer i spesialisthelsetjenestenes utskrivingspraksis (Tilbudsdokumentet, s. 3). En ønsker også å få belyst de forhold som fungerer som pådrivere i denne sammenheng. Det siste kommer vi tilbake til i kapittel 8.

6.1.3 Presisering av mandatet i forhold til oppgaver overført fra 2. linjetjenesten

Betegnelsen ’oppgaveforskyvning’ nyttes vanligvis når ansvar for en eller flere oppgaver helt eller delvis flyttes fra ett forvaltningsnivå til et annet, enten ved *formelle be-*

slutninger eller ved vesentlige *endringer i faglige rutiner*. I forhold til pleie- og omsorgstjenestene illustrer f.eks. *HVPU-reformen* formell og reell overføring av ansvar og tjenester for en brukergruppe fra fylkesnivået til kommunene. Og gjennom *Opptrappingsplan for psykiske helse* ble ansvar for personer med psykiske lidelser ført over et fra fylkene/staten (helseforetakene) til kommunene.

Redusert liggetid i sykehus er på den andre sida eksempel på *omlegging av behandlings-, pleie- og omsorgsrutiner*, der noen typer oppgaver i større grad er løftet ut av sykehusene og over til kommunene som ledd i rasjonalisering og effektivisering av sykehusene i tråd med omforent offentlig politikk. Her dreier det seg imidlertid ikke om overføring av personell (som under HVPU-reformen) og økonomiske midler, sjøl om *betalingsforskriften* kan formaliserer endringen i forholdet.

I tilknytning til dette dreier det seg på den ene sida om at raskere utskriving fra spesialisthelsetjenesten som antas å gi flere pleie- og omsorgsoppgaver og mer medisinsk oppfølging i kommunene, men at disse som oftest vil befinne seg innenfor det kommunene allment har kompetanse på.

Et annet spørsmål er om kommunene allment har utviklet, eller på grunn av endret utskrivingspraksis har *overtatt*, behandling som tidligere var å betrakte som oppgaver forbeholdt spesialisthelsetjenesten og som stiller krav til bredere kompetanse i kommunene for å sikre den medisinske og behandlingmessige oppfølgingen. At det har utviklet seg slik, har i ulike sammenhenger vært hevdet de seinere åra, men dette mangler ofte empirisk belegg.

På bakgrunn av dette avtegrer det seg etter vår vurdering *tre* sentrale sider ved endringer i fordeling av behandlings-, pleie- og omsorgsoppgaver mellom kommunene og den somatiske spesialisthelsetjenesten:

1. Den ene er at raskere utskriving fra sykehus kan antas å fordre medisinsk spesialiserte oppgaver utført i kommunene, som sikrer den lokale behandlingmessige oppfølgingen. Har så endret utskrivningspraksis medført at kommunene også har overtatt behandling "*som tidligere ble betraktet som spesialistoppgaver i mer snever forstand*" (Romøren 2003,s.76)? Hva dette eventuelt måtte dreie seg om, har ikke vært undersøkt før Helsetilsynet gjorde det i 2003.
2. Det andre spørsmålet er om redusert liggetid i sykehus kan gi flere pleiefaglige oppgaver eller medisinsk oppfølging som ligger innenfor kommunenes pleie- og helsetjenesters alminnelige kompetanseområde, og at dette har økt i omfang over tid i takt med økt antall innleggelser og redusert liggetid.
3. Ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter i sykehus kan imidlertid på den andre siden delvis betraktes som et mål for pleie- og omsorgsoppgaver som kviler på kommunene, men som de foreløpig ikke har tatt i forhold til 2. linjen.

Det er langs de tre skisserte linjene vi vil innrette vår analyse av den antatte oppgaveforskyvningen mellom 2. linjetjenestene og kommunene. Vi gjør dette først i forhold til de somatiske sykehusene, mens vi behandler den psykiatriske spesialisthelsetjenesten separat.

Men først vil vi kort gjøre rede for noen hovedtrekk i utviklingen i de somatiske sykehusene, særlig knyttet til endringer i antall innlagte, omfang av døgnopphold og

liggetid i heldøgnsenger, samt vise noen hovedtrekk i utviklingen av det psykiske helsevernet.

6.2 Om utvikling i sykehussektoren

6.2.1 Generell utvikling i bruk av somatiske sykehus

Det har særlig gjennom de siste 10-15 åra vært vekst både i antall innleggelser (døgnopphold), dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner ved våre somatiske sykehus. Bedret tilbud, endret sykdomsforekomst og endringer i sammensetningen av befolkningen med flere eldre - særlig over 85 år - har bidratt til denne økningen.

Sykehusene har svart på dette ved effektivisering av drift for å øke behandlingsskapasiteten. Innsatsstyrt finansiering og statlig overtakelse av sykehusene har vært forsøkt nyttet for å oppnå dette.

Antall døgnopphold og antall dagopphold

I de seinere åra har det vært en jevn vekst i antall *døgnopphold* i somatiske sykehus, d.v.s. personer med opphold i døgnenger i minst ett døgn, eller mer folkelig utlagt: økt antall innlagte i sykehus. Det har vært en økning på 11 prosent, fra 787 tusen innlagte i 2000 til 874 tusen i 2008, jf. tabell 6.1. Og omlag 60 prosent av alle heldøgnsopphold er knyttet til *øyeblikkelig hjelp*, og denne andelen er 80 prosent for aldersgruppen over 80 år (St. meld. Nr. 47 (2008-2009), s. 42).

Antall *dagopphold* har imidlertid økt radikalt mer, eller med 82 prosent fra år 2000 til 2008, fra 299 tusen i 2000 til 546 tusen i 2008.

Alle disse pasientene kommer fra kommunene og returnerer relativt raskt dit. Begge disse utviklingstrekkene må derfor innebære potensial for *økt bredde i kontaktflata til kommunale helse-, pleie-, og omsorgstjenester*, sjøl om en god del ikke er brukere av slike tjenester verken før eller etter besøk i sykehus.

Tabell 6.1 *Somatiske sykehus. Antall dagopphold og døgnopphold, antall liggedager ved døgnopphold samt gjennomsnittlig liggetid pr døgnopphold. 2000-2008.*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	E2000-08 %	
Antall dagopphold	299. 294	324. 826	361. 548	382. 301	416. 641	454. 032	478. 453	513. 853	545. 779	246. 985	82
Antall døgnopphold	787. 128	771. 407	785. 663	828. 876	840. 590	854. 581	876. 196	862. 632	874. 167	87. 039	11
Ant. ligged. v døgnopphold	4.201	4.430	4.408	4.476	4.371	4.358	4.381	4.227	4.109	- 92. 000	-2
Gj.sn liggetid døgn	5,6	5,7	5,6	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,7	0,9	-16

Kilde: Samdata. *Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008*, SINTEF, rapport nr. 3/2009 (Kalseth, red), Trondheim, sept 2009 og Samdata-publikasjoner om det samme 2000-2007.

Antall liggedager i tilknytning til døgnopphold og gjennomsnittlig liggetid

Mens det har vært en betydelig vekst i antall pasienter med døgnopphold i somatiske sykehus, har det samtidig vært en liten reduksjon på 2 prosent i sum antall liggedager fra 2000 til 2008, jf. tabell 6.1. Den samlede 'omsetningen' i somatiske sykehus har således ikke økt målt på denne måten. Dette skyldes i sin helhet *reduisert liggetid*. Det har vært kontinuerlig *nedgang i gjennomsnittlig liggetid* ved sengeavdelingene, både for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp og for planlagte innleggelser. Samlet liggetid ble redusert fra 5,6 døgn per opphold i 2000 til 4,7 i 2008, eller med 11 prosent, jf. tabell 6.1.

Dette skulle man kanskje ikke forvente når en betydelig del av de 'lette' pasientene må være ført over til dagbehandling. En slik utvikling skulle teoretisk tilsi økt liggetid i døgnseiene. Men sterk økning i dagbehandling har tvert om en parallell i redusert liggetid, særlig fra 2007 til 2008.

Det må samtidig kunne ha betydd at presset på kommunene har økt over tid, idet oppgavene kan ha dreid over fra tidligere mest å ha bestått av ordinær pleie- og omsorg, til i en viss grad også å bestå av behandling med økende krav til medisinsk kompetanse. Dette bør være en rimelig hypotese. Vi mangler imidlertid empirisk belegg for å kunne hevde at det har vært en slik utvikling, jf. kapittel 6.4. Dette kommer vi imidlertid tilbake til seinere i dette kapitlet.

Sykehusene effektiviseres - økt fokus på behandling, mens pleietiden sannsynligvis reduseres

Fordi pasienter ligger kortere tid på sykehus enn før, må den gjennomsnittlige medisinske behandlingsintensiteten ved oppholdene ha økt, mens pleiedelen sannsynligvis er blitt redusert. Sykehusene har sannsynligvis over tid i tiltakende grad reindyrket de medisinskfaglige oppgavene knyttet til diagnostisering, utredning, behandling samt oppfølging og rehabilitering.

SINTEF (2004) har pekt på at økningen i pleiepersonell i perioden 1996-2003 nesten utelukkende skjedde i form av *flere sykepleiere*. *Antall hjelpepleiere var gradvis blitt redusert*. Dette mente en tydet på at funksjonene knyttet til stell og enkel pleie av pasientene, er blitt mindre sentrale, både som en følge av kortere liggetid og mer behandlingsintensive pasienter.

I perioden 2003-2008 var det imidlertid liten eller ingen reduksjon i annet pleie- og behandlingpersonell enn sykepleiere, og det var samtidig bare en svak økning i sykepleierårsverk ved de somatiske sykehusene. Legeårsverkene økte imidlertid med 15 prosent (SINTEF 2009a - tabell 2.18). Pasientene synes å ha blitt mer behandlingsintensive. Det bekreftes av at liggetiden kontinuerlig har gått ned i døgnplassene, jf. tabell 6.1.

Størst økning blant eldre - mange reinnleggelser

Veksten i antall innleggelser har vært størst for personer 80 og eldre, særlig i forhold til øyeblikkelig hjelp, hvor økningen har vært stor både relativt og absolutt.

- Antall sykehusopphold for disse har økt med 50 prosent de siste ti åra, sjøl om det ikke har vært noen vesentlige demografiske endringer i denne perioden. Pasienter over 80 år utgjorde 5 prosent av innbyggerne i 2007, men forbrukte

16 prosent av alle liggedager i norske sykehus (St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 41-42).

Det har samtidig vært en betydelig *økning i andel reinnleggelser*³⁵ som øyeblikkelig hjelp - og mest for de aller eldste. Hver femte eldre pasient reinnlegges, og mer enn hver fjerde eldre pasient reinnlegges innen to måneder (St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 42).

Hvorvidt dette skyldes for tidlig utskriving er ikke dokumentert. Men det er pekt på at gevinsten ved kortere liggetid delvis kan bli borte hvis pasientene oftere kommer i retur. Fra sykehusenes side antydes det at reinnleggelsene skyldes manglende kommunale tilbud innen heldøgns omsorg (SINTEF 2004). Og slik vi har vist i flere omganger i denne rapporten, har det vært stagnasjon i eldreomsorgen, d.v.s. relativt sett færre eldre med plass i sykehjem og færre med heimebaserte tjenester og svak eller ingen vekst i årsverk til eldre etter 2001. Dette kan være indikasjoner på at kommunenes kapasitet til også å svare for oppgaver som tidligere ble ivaretatt i sykehusene, er *svakket*. Slike forhold underbygger imidlertid nødvendigheten av å fokusere på samspillet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

6.3 Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten³⁶

6.3.1 Om opptrappingsplan for psykisk helse

Vi gjengir her innledningsvis noen hovedtrekk i utviklingen av *Opptrappingsplan for psykisk helse*.

I St.meld. nr. 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet*, ble det pekt på store mangler i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det gjaldt både kapasitet, kvalitet, organisering, medvirkning, samhandling og tilgjengelighet. Underkapasiteten i psykisk helse var utgangspunktet stor. Det var mangler ved nærmest alle ledd i behandlingstilbudet til personer med psykiske lidelser. Det var betydelige svakheter bl.a. knyttet til:

- det forebyggende arbeidet
- utbyggingen av kommunale tjenester i mange kommuner
- for høye terskler for pasienter og for vanskelig å slippe til
- oppfølging etter utskriving fra sykehus
- for mange pasienter ble skrevet ut for tidlig
- kvalitetssikring av tjenestene.

³⁵ Reinnleggelser måles ofte i forhold til om pasienter legges inn som øyeblikkelig hjelp innen 28 dager etter at de er skrevet ut fra sykehus. Jo høyere alder, jo relativt flere ikke planlagte reinnleggelser finner sted.

³⁶ Dette avsnittet er skrevet med bl.a. bakgrunn i følgende kilder: *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgave utvikling og samspill* (Kalseth et al: SINTEFrapport SFT78 A045018, 2004), *Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlige øremerkede midler 1999-2007* (Kaspersen et al: SINTEFrapport A8811, 2008), *SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008* (Pedersen: Rapport nr 2/2009, sept 2009), *Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse (2001-2009)*, *Sluttrapport* (Forskningsrådet 2009), *Fra stykkevis til helt* (NOU-2005:3 - Wisløff-utvalget) og *St.prp. nr. 1 (2008-2009)*, *HOD, Statsbudsjettet*.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (senere utvidet til ut 2008) har hatt som mål å løse disse utfordringene. Kommunene skulle gis økonomisk grunnlag for 4770 nye årsverk for å drive forebyggende virksomhet og styrke tjenestetilbudene til voksne og barn, samt unge med psykiske lidelser og problemer.

Fylkeskommunene og seinere de regionale helseforetakene skulle bygge lett tilgjengelige, desentrale tjenester i form av distriktpsikiatriske sentre (DPS) og poliklinikker for barn og unge (BUP). DPSene og BUPene skulle ivareta hovedtyngden av de allmenne tjenestene innen psykisk helsevern. Avdelingene ved sykehusene skulle differensieres og spesialiseres (NOU 2005:3, s. 36).

Distriktpsikiatriske sentre (DPS)

DPSene er faglig sjølstendige enheter med ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. DPSene skal ha *poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud*.

DPSene har blitt til som en del av desentraliseringen av det psykiske helsevernet. De og har vært en viktig del av *Opptrappingsplanen for psykisk helse*, for å få bygget ut et system av DPSer på landsbasis. De er ansvarsmessig klart forankret i spesialisthelsetjenesten, men har funksjoner som krever nært *samarbeid* med kommunene. DPSene skal kunne gi råd og veiledning til kommunene og støtte opp under det kommunale psykiske helsearbeidet (NOU 2005:3, s. 34).

Vi vil se nærmere på den faktiske utviklingen i psykisk helsevern for voksne etter 1998.

6.3.2 Utvikling i antall plasser i psykisk helsevern for voksne 1999-2008

Ved behandling og vedtak om *Opptrappingsplan for psykiske helse*, tok en utgangspunkt i data fra 1996. Planen tok imidlertid til i 1999. Derfor har vi gjengitt talloppgaver for både 1996 og 1999, jf. tabell 6.2.

Døgnplasser for voksne i psykisk helsevern

Antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne ble i 10-års-perioden 1999-2008 redusert med vel 1.400 plasser, fra 5.980 i 1998 til 4.557 i 2008, eller med en fjerdedel. Det har m.a.o. vært en betydelig reduksjon i antallet slike plasser. I følge *Opptrappingsplanen* skulle imidlertid døgnplassene øke til 6.400 i 2008. Avviket er på nærmere 2.000 plasser eller på minus 30 prosent. Nedgangen har særlig kommet ved sykehjemmene i det disse på det nærmeste var avviklet allerede i 2004. Nedbyggingen av disse ble langt kraftigere enn forutsatt (SINTEF 2009b).

Ved sykehusene ble også antall plasser redusert, og de lå ved avslutningen av *Opptrappingsplanen* i 2008 med 560 plasser under måltallet på 3.100 plasser, d.v.s. noe over utgangspunktet i 1996, jf. tabell 6.2.

Vi må anta at nedbyggingen av døgnplasser har skapt en betydelig etterspørsel etter polikliniske tjenester, men særlig etter kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tabell 6.2 *Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2008. Antall plasser og prosentvis endring.*

Institusjons- type	1996	1998	2003	2004	2007	2008	Endring 1998- 2008	
							Abs. tall	Prosent
Sykehus	2.938	3.098	2.940	2.814	2.712	2.539	-559	- 18
DPS	1.014	1.492	1.801	2.091	1.865	1.833	341	23
Sykehjem	2.058	1.390	481		192	185	-	-
Andre døgn- institusjoner	245		74				-1.205	-
Totalt	6.255	5.980	5.296	5.169	4.769	4.557	-1.423	-24

Kilde: Kalseth et al., SINTEF 2004, tab 3.11 (1996, 2003), Forskningsrådet 2009, kapittel 4 (2007) og Pedersen, SINTEF 2009, tab 2.1 og figur 3.6 (2004, 1998 og 2008).

Døgnplasser for voksne ved DPS

Det har imidlertid vært en viss, men ikke vesentlig, økning i antall plasser ved de desentraliserte DPS-ene, idet antallet slike plasser økte med 341, fra 1.492 i 1998 til 1.833 i 2008, jf. tabell 6.2. Dette var ca. 200 under målet på 2.040 plasser (SINTEF 2009b).

Om poliklinisk virksomhet

Nedbyggingen av døgnplassene har imidlertid et visst motstykke i den kraftige veksten i poliklinisk virksomhet. Fra 1998 til 2008 økte i følge SINTEF antall konsultasjoner fra 476 tusen til 1,1 million, en økning på ca. 130 prosent. Antall årsverk ved poliklinikkene har i løpet av perioden blitt fordoblet. Produktivitetsveksten (konsultasjoner per behandler) har imidlertid vært langt svakere enn forutsatt i Opptrappingsplanen. Utbyggingen av det psykiske helsevernet for voksne har i opptrappingsperioden fått en kraftigere poliklinisk vinkling enn forutsatt i planen³⁷.

Omfang av behandling i døgnplasser

Antall behandlede personer i psykisk helsevern for voksne i døgnplasser (antall utskrivninger) økte fra 29.200 i 1998 til 49.200 i 2008, eller med 68 prosent (SINTEF 2009b). Økningen skyldes stort sett at flere brukere har fått et døgnbasert behandlingstilbud. Og økningen har særlig skjedd ved DPSene, noe som betyr at dette tilbudet er blitt desentralisert. Siden antall plasser er blitt redusert, er denne sterke økningen gjort mulig ved en betydelig nedkorting av lengden på oppholdene, fra gjennomsnittlig 66 døgn pr opphold i 1998 til 28 døgn i 2008 (Pedersen, SINTEF 2009). Det betyr igjen at sum døgnopphold er redusert fra omlag 193.000 på årsbasis i 1998 til 138.000 i 2008, eller med 55.000 døgnopphold.

Flere brukere og kortere opphold vil etter vår vurdering måtte bety at flere over lengre tid har vært avhengig av poliklinikker og kommunale tilbud. Presset på kommunale tjenester må ha økt betydelig både fordi det har blitt færre plasser, men også for-

³⁷ Målsettingen var i utgangspunktet at antall årlige polikliniske behandlinger/konsultasjoner skulle økes fra 220.000 pr år til 660.000 (Forskningsrådet 2009, s. 39). I stedet har en endt opp på det dobbelte.

di summen av døgnopphold er blitt kraftig redusert. Det kommer vi tilbake til i kapittel 6.9.

6.4 Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

6.4.1 Innledning

Det har lenge vært allmenn enighet om at betydelige brukergrupper i kommunene er avhengige av at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og den kommunale helsetjenesten samhandler med spesialisthelsetjenesten slik at tilbudene blir sammenhengende og så helhetlige som mulig. Det gjelder særlig i forhold til funksjonshemmede og eldre med kroniske eller sammensatte sykdommer og lidelser. Dette var også utgangspunktet for Wisløff-utvalget (NOU 2005:3).

Faglige utviklingstrekk og noe endret fordeling av oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har antakelig også ført til en generelt bedre samhandling mellom disse tjenestene på flere områder. Det er gradvis oppresentått flere nye samarbeidsområder knyttet til aktiviteter på overordnet nivå eller gjennom etablerte samhandlingsordninger ute i kommunene. Men kunnskapen om utbredelse og omfang er imidlertid foreløpig lite presis.

Kortere liggetid ved sykehusene, tiltakende krav om kvalitet i tilbudene og allment flere oppgaver som kommunene skal ivareta, gir et generelt behov for mer kompetanse og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

SINTEF nevner spesielt tre forhold som bidrar til behov for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (SINTEF 2004, kapittel 6):

- kommunenes ansvar for faglig krevende brukere
- disse har behov for samordnet oppfølging av helsepersonell på begge nivå,
- utskrivingsklare pasienter i sykehusene representerer en utfordring både for sykehusene og kommunene

Og SINTEF knytter igangsatte tiltak i hovedsak til følgende formål (SINTEF 2004, s. 114):

- bedre samhandlingsprosesser
- bedre kapasiteten i kommunene til å motta utskrivingsklare pasienter
- bedre kompetansenivået i kommunen
- bedre oppfølgingen av enkeltpasienter gjennom bistand fra spesialisthelsetjenesten.

6.4.2 Samhandlingsformer på overordnet nivå

Det er etter hvert etablert flere tiltak som betinger *samhandling* mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene med antatt økt kontaktflate mellom nivåene. Vi nevner her *Opptrappingsplan for psykisk helse og Rusreformen*.

Nasjonale planer

De senere år er det vedtatt flere nasjonale planer hvor samhandlingsaspektet er vektlagt:

- **Opptrappingsplan for psykisk helse - etablering av distriktpsikiatriske sentrer**

Etablering av Opptrappingsplan for psykisk helse og særlig opprettelsen av distriktpsikiatriske sentre (DPSer) forutsetter samhandling med kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjenester. Flere funksjoner ved sentrene krever nært samarbeid med kommunene. Opptrappingsplanen har opplagt økt spesialisthelsetjenestenes kontaktflate til kommunene, se forøvrig særskilt omtale av denne i kapittel 6.3.

- **Rusreformen**

I 2004 ble ansvaret for behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere etter lov om sosiale tjenester ført over til staten ved de regionale helseforetakene. Disse har nå ansvar for tjenester som gir tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk regulert av den generelle helselovgivning.

Med rusreformen ble samtidig ble kommunenes helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere videreført. Spesialisthelsetjenesten er således blitt en ny samarbeidspartner for sosialtjenesten i kommunene og kontaktflatene mellom nivåene er antakelig blitt større.

- **Nasjonal helseplan**

- **Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012**

Samarbeidsavtaler

Det foreligger en nasjonal rammeavtale mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Helse- og omsorgsdepartementet om samhandling på helse- og omsorgsområdet (juni 2007). I denne samhandlingsavtalen var målet at alle kommuner skulle ha inngått samhandlingsavtaler i løpet av 2007.

Alle helseforetakene har dessuten avtaler med kommunene og at de fleste har avtaler som innbefatter alle kommunene i opptaksområdet³⁸. I tillegg er det inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner er inngått på flere områder, f. eks i forhold til utskrivningsklare pasienter og forskriften om kommunal betaling for disse dersom helseforetakene og kommunene ikke har inngått slike avtaler.

Det finnes imidlertid også andre ulike samhandlingstiltak mellom nivåene. Vi nevner her noen eksempler på slike:

³⁸ Kalseth B. og Paulsen B.: *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008*, SINTEF Helse, nov 2008.

- Avtale mellom KS og regjeringen om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene
- Samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling og oppgaveforskyvning mellom 1. og 2. linjetjenesten.
- Bruk av praksiskonsulenter

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene

I følge spesialisthelsetjenesteloven har sykehusene veiledningsplikt overfor kommunene og skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud.

6.4.3 Tiltak i spesialisthelsetjenesten i forhold til kommunene

Ambulante virksomheter knyttet til geriatri, psykiatri, diabetes o.l.

Ambulante virksomheter skjer ved besøk i kommunene allment eller gjennom kontordager, for eksempel i kommunalt helsesenter. De ambulante teamene er oftest organisatorisk knyttet til ulike former for døgnplasser (intermediæravdelinger, DPS eller sykehusavdelinger).

Formålet med teamene er i følge St. meld. nr. 47 (2008-2009) å bidra til *kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene*. Og ambulante team i kommunal sammenheng vil bidra til å bygge opp et tverrfaglig kompetansemiljø i kommunene.

Spesialisthelsetjenesten har etablert tverrfaglige team innen flere fagområder. Aktiviteten i disse teamene er i stor grad brukergruppe-/ diagnoseorientert. Vi nevner her:

Geriatrici

Geriatriske team, fungerer som rådgivere og veiledere i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med sikte på bedre faglig fundert behandling.

Psykiatri

Det samme gjelder rehabiliteringsteam og tverrfaglige psykiatriske team.

Diabetes, forebygging og lindrende behandling

Det er også etablert kommunale ambulante team knyttet til bl.a diabetes, forebygging og lindrende behandling.

Akutt-hjelp

Ambulerende team gir også tilbud i akutte situasjoner gjennom egne akutt-team, og slike team er etablert både med utgangspunkt i sykehus og DPSer.

Bruk av pasientansvarlig lege ved sykehus

Når det gjelder oppfølging av pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer er det innført et system med *pasientansvarlig lege* ved flere sykehus.

6.4.4 Særskilte tiltak for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Distriktsmedisinske sentre

Modellene med *distriktsmedisinske sentre* (DMS) er etablert som arenaer der primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten arbeider i fellesskap. Disse er imidlertid så langt relativt få.³⁹ Desentraliserte sykehuspoliklinikker er samlokalisert med DMSene.

Utbygging av distriktsmedisinske sentre har vært ledd i en strategi der en bygger opp kommunale tilbud før, istedenfor eller etter, sykehusopphold. I St. meld. nr. 47 (2008-2009), kapittel 6.4, peker en på tiltak som viser at ulike former for lokalmedisinske sentre bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet.

En viser til at det f.eks. på Fosenhalvøya i Sør-Trøndelag er etablert et felles distriktsmedisinsk senter, d.v.s. en enhet for observasjon og etterbehandling av pasienter 'før, istedenfor eller' sykehus. *Observasjonssenger* brukes til å avklare om pasienten har behov for sykehusinnleggelse eller ikke. Senteret har en rekke tjenester som enhet for observasjon og etterbehandling, spesialistpoliklinikk, digitalrøntgen i tillegg til kommunale tjenester som for eksempel felles legevakt. Kommunikasjon mellom DMSet og St. Olavs Hospital ivaretas ved daglig videokonferanse.

Suksesskriterier for å bygge opp døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling og rehabilitering og habilitering i kommunal sektor, er i følge St.meld. nr. 47 (2008-2009) samlokalisering av tjenestene (kapittel 6.4.5).

Enheter for etterbehandling og Intermediære avdelinger

En del pasienter vil på grunn av akutt sykdom eller sykdomsforverring ha behov for heldøgntilsyn og medisinsk oppfølging over en kortere periode. I følge St.meld. nr. 47 (2008-2009) viser erfaringene at det å etablere observasjons- og etterbehandlingsenheter i kommunal sektor kan bidra til å bedre situasjonen og det helhetlige tilbudet for den enkelte, samt bidra til å forhindre innleggelser og reinnleggelser.

Etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem gis ved etterbehandlingsenheten. Her nevnes i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Søbstad helsehus i Trondheim.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009), kapittel 6.4 viser en til at eldre utskrivningsklare pasienter ofte har behov for medisinsk oppfølging og opptrening når de er ferdigbehandlet ved sykehuset. Slike tjenester ligger ofte i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I de seinere åra er det flere steder etablert *samarbeid mellom tjenestenivåene* som skal sikre denne pasientgruppen et godt og helhetlig tilbud. Spesialenheten for utskrivningsklare pasienter ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter i Bærum er et slikt eksempel.

³⁹ Etter vår kunnskap er slike etablert i Alta, Nordreisa, Finnsnes, Fosen, Stjørdal, d.v.s. i Nord- og Midt-Norge.

Døgnplasser til etterbehandling

Dette er sengeposter som kan videreføre et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg som er instituert i sykehus. Etterbehandling er særlig viktig for eldre med sammensatte helseproblemer som trenger mer tid og tilpasset rehabilitering med tanke på å komme tilbake til hjemmet.

Lindrende behandling

Lindrende (palliativ) behandling omfatter tjenester som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Havstein sykehjem i Trondheim kommune nevnes som eksempel på en enhet for lindrende behandling.

Rehabilitering og habilitering

Det foreligger en rekke tiltak knyttet til rehabilitering og habilitering⁴⁰ som innebærer betydelig samhandling mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene. Her framheves det at rehabilitering og samhandling er to sider av samme sak.

6.4.5 Avsluttende vurderinger

De ulike formene for samhandling som vi har nevnt her, har *antakelig* medført at kommunene i noen grad har måttet ta på seg nye oppgaver som tidligere aller oftest ble utført i spesialisthelsetjenestene.

Wisløff-utvalget vurderte samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og endringer i rammebetingelsene for dette (NOU 2005:3). Utvalget analyserte og kom med forslag til tiltak i forhold til samhandlingsproblematikken mellom kommunene og sykehusene. Men det så ikke for seg djuptgripende endringer i oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene. Utvalget nøyde seg med å peke på en rekke forslag til mindre endringer som en i sum mente ville kunne fremme bedre samhandling (NOU 2005:3, s. 16). Utvalget syntes m.a.o. at området ikke var så problematisk at det trengte til omfattende inngrep.

I en evalueringsrapport av Helsetiltaksreformen (Agenda og Mussmann, 2005) ble det imidlertid pekt på at etablering av driftsmessig stabilt *samarbeid* mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kanskje ville bli den største utfordringen for et helhetlig helsevesen i åra framover (HOD 2006, s. 16). At det fortsatt ble ansett som en utfordring, må etter vår vurdering indikere at samarbeidet ikke har vært realisert i stor nok grad og at omfanget av faktiske samarbeidsoppgaver så langt ikke kan ha vært særlig stort.

Det er på bakgrunn av vår gjennomgang i dette avsnittet vanskelig å besvare spørsmålet om i hvilken grad kommunene etter hvert er tilført kompetanse, enten i regi av

⁴⁰ Rehabilitering forstås som: Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler der flere aktører samarbeider om å gi assistanse til brukeren sin innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- eller funksjonsproblemer (jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, juni 2001 - St.meld. nr. 47 (2008-2009) s. 62).

sykehusene eller i kraft av seg sjøl, som er slik at de er blitt vesentlig bedre til å handtere oppgaver ut over klassisk pleie- og omsorg.

Omtale av ulike samhandlingsformer og samhandlingstiltak i offentlige dokumenter og rapporter er oftest preget av å være vage og lite presise i forhold til omfang, bortsett fra enkelttilfeller, f. eks DPS-aktivitetene (SINTEF 2009b). Grunnen til at det er vanskelig å konkludere, er at det vises til en rekke tiltak uten at de er *kvantifisert* i årsverk eller gjort rede for på annet empirisk vis, eller at det er gjort rede for *utbredelse* på landsbasis. Dette gjelder også St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen.

Vi har i denne sammenhengen tidligere vist til Nasjonalt kunnskapssenter⁴¹, som har pekt på at det også er mangelfull dokumentasjon for effekten eller omfanget av en rekke tiltak,

som bruk av ambulerende spesialist, bruk av tverrfaglige team, opplæring og mestring av sykdom, geriatrikks ekspertise ved sykehus og effekten av ulike intervensjoner for å forebygge sykehusinnleggelse. Det er for eksempel få gode studier som belyser tiltak rettet mot eldre pasienter. Hjemmebaserte helsetjenester for eldre som alternativ til sykehusbehandling manglet relevant vitenskapelig dokumentasjon (HOD, 2006, kapittel 3.2).

St.meld. nr. 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen*, legger imidlertid til grunn at kommunene stiller svakt på dette området; ikke bare i forhold til 150.000 liggedøgn knyttet til ferdigbehandlede pasienter ('utskrivningsklare') i somatiske sykehus, men særlig i forhold til unødige innleggelser. En refererer her til en undersøkelse som viser at i tilknytning til øyeblikkelig hjelp kunne 500.000 liggedøgn ha vært unngått hvis det hadde foreligget bedre informasjon og behandlingalternativer på kommunalt nivå (St.meld. nr. 47 (2008-2009), kapittel 4, s. 42).

Hvis det rent faktisk er hold i bare en del av det som her hevdes, synes det fortsatt å gjenstå et betydelig potensial for samhandling og kompetanseheving både innen kommunene og i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Så langt er imidlertid vår hypotese at sjøl om samhandling av de typer som her er nevnt nok har ført til kompetanseheving i kommunene har, disse neppe ført til oppgaveforskyvninger av vesentlig betydning eller omfang. En slik hypotese får støtte i utgangspunktet og intensjonene i samhandlingsreformen, jf. kapittel 6.13 her.

Vi mangler imidlertid forskningsbaserte oversikter og oppsummeringer av erfaringer som er gjort i de mange samhandlingstiltak. Det gjenstår således forskning og analyser av f.eks. hvilke samhandlingstiltak som 'passer' hvor. Ikke minst mangler det:

- en mer systematisk erfaringsoverføring
- utvikling av forskningsprogrammer
- utvikling av evalueringsverktøy
- samlet oversikt over samhandlingstiltak og evaluering av disse.

⁴¹ Hviding K. et al: *Samhandling mellom første og andrelinje helsetjenester*, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestene, Oslo 2004

6.5 Brukere i pleie- og omsorg med fortid i 2. linjetjenesten

6.5.1 Innledning

Slik det går fram av mandatet for prosjektet, er oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenester den sentrale problemstillingen, jf. avsnitt 6.1. En er her bl.a. interessert i å få belyst (endringer i) omfanget av og kjennetegn ved de pasienter som har vært til behandling i 2. linjetjenesten og som deretter er blitt brukere av nevnte kommunale tjenester.

Om dette samspillet foreligger det imidlertid få empiriske data⁴². Helsetilsynets undersøkelse fra 2003 inneholder imidlertid en del relevante opplysninger om dette. Vi har således analysert hvor mange av brukerne som på et gitt tidspunkt i 2003 hadde 2. linjen som siste oppholdssted før de kom til den plassen de ”nå” har i eldreinstitution eller kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål.

I Helsetilsynets undersøkelse kartla en i januar 2003 *fra hvor* beboere i *eldreinstitution* og *kommunale boliger* var flyttet inn fra *siste gang*, og hvilket år det skjedde. Dette omfattet på den ene sida ordinær heim, ulike kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, og syke- og aldershjem. På den andre sida ble det undersøkt om en var kommet dit fra somatiske sykehus og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (psykiatrisk avdeling/-sykehus/-sykehjem, DPS eller liknende). De sistnevnte representerer 2. linjetjenesten.

Vi tar for oss andel og antall flyttinger *fra* somatiske sykehus og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten *til* henholdsvis kommunale eldreinstitutioner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Vi analyserer disse brukerne etter type fra- og tilflyttingssted etter alder, hovedårsak til hjelpebehovet og pleietyngde. Videre bringer vi inn omfang av bruken av heimebaserte tjenester samt hvor lang tid en har hatt opphold i eldreinstitutioner og kommunale boliger. På bakgrunn av dette vil vi gjøre beregninger av antallet pasienter som er kommet fra 2. linjetjenesten og som er blitt brukere av pleie- og omsorgstjenester.

Ved hjelp av disse data vil vi legge fram regneeksempler som viser omfanget av disse brukernes ressursbruk i eldreinstitutioner og kommunale boliger under noen eksplisitt gitte forutsetninger.

Opplegget for analyse og resultatene er gjort rede for i Vedlegg I til kapittel 6, jf. oversikt over vedlegg bakerst i denne rapporten. I teksten her referer vi også til tabeller i dette vedlegget. Vi viser imidlertid til dette for mer utførlig redegjørelse.

Noen begrensninger ved materialet

Reelt sett vil det blant beboerne i sykehjem/kommunale boliger, sjøl på ett gitt tidspunkt, være flere som har fortid i 2. linjetjenesten enn det som går fram av oppgaver

⁴² I IPLOS har en imidlertid registrert dato for innleggelse/utskrivning a) til somatisk sykehus, psykiatrisk sykehusavdeling, døgnopphold ved DPS-senter og rehabiliteringsinstitution og b) utskrivning fra slike tilbud 14 dager eller mindre før det kommunale tilbudet startet. Disse opplysningene er i følge SSB pr november 2009 så langt svært mangelfulle og vi er heller ikke gitt anledning til å analysere dem. Disse data vil - når manglene er opphørt - imidlertid kunne gjøre det mulig å analysere hvor stor andel av dagens brukere av pleie- og omsorgstjenestene som kommer fra 2.linjetjenestene, og ulike kjennetegn ved disse brukerne også i forhold til omfang av bruk av kommunale tjenester.

om siste flytting, nettopp p.g.a. mellomflyttingene som alt kan ha funnet sted. Vi vet imidlertid ikke noe om hvor mange slike som måtte komme i tillegg.⁴³

En har som nevnt *ikke* kartlagt hvorvidt brukere som i dag *bor i ordinære boliger* har hatt opphold i spesialisthelsetjenesten. De aller fleste utskrivningene fra dette nivået skjer imidlertid til egen ordinær bolig, samtidig som langt fra alle i den forbindelse vil være brukere av heimebaserte tjenester. Disse vil antakelig være en betydelig gruppe.

6.5.2 Andel og antall beboere i eldreinstitusjoner og kommunale boliger som er kommet dit direkte fra spesialisthelsetjenesten, etter alder

Vi gjør her rede for *andelen* og *antallet* brukere i 2003 i institusjon (syke-/aldershjem) og i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål som var kommet dit *fra somatisk sykehus* eller *psykiatrisk spesialisthelsetjeneste*.

I eldreinstitusjoner

Blant de omlag 40.000 personer 67 år og eldre i eldreinstitusjon i 2003 var 16 prosent kommet dit *direkte* fra spesialisthelsetjenestene, aller oftest fra somatisk sykehus. Det samme gjaldt imidlertid en betydelig del - eller *4 av 10* under 67 år, som var kommet både fra somatiske sykehus og fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (jf. tabell VI.1).

I kommunale boliger

Hver sjuende beboer under 67 år i kommunale boliger i 2003 var kommet dit direkte fra 2.linjetjenesten, de aller fleste fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (jf. tabell VI.2). Blant eldre i slike boliger var det imidlertid svært få, eller 3 prosent, som var kommet dit direkte fra 2. linjetjenesten.

Alle beboere

I alt hadde 17 prosent av alle beboerne i *eldreinstitusjoner* kommet dit direkte fra i 2. linjetjenesten. Og samlet kom ca. 8 av 10 (13,5 %) fra somatiske sykehus, jf. tabell VI.3. Det viser at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene her har en viss, men dog begrenset samhandling med 2. linjetjenesten.

⁴³ Det er således en dobbelt begrensning ved materialet. Den første er knyttet til at kartleggingen gjelder et *gitt tidspunkt* og ikke ett gitt tidsrom. Den andre er at flyttingene fra 2 linjetjenesten bare gjelder *siste flytting*. Og samtlige med fortid f.eks. i 2. linjetjenesten i eldreinstitusjoner/kommunale boliger, vil imidlertid antakelig være flere enn dem som oppgir å ha kommet derfra direkte.

Tabell 6.3 *Andel og antall brukere i institusjon (syke-/aldershjem) og i kommunalt disponerte boliger som er kommet dit fra somatiske sykehus eller psykiatriske spesialisthelsetjeneste. 2003. Prosent og absolutte tall. Alle.*

	Institusjon	Kom bolig	Begge	Institusjon	Kom bolig	Alle
Inn fra	Prosent	Prosent		Abs tall	Abs tall	Abs tall
Somatisk sykehus	13,5	1,7	8	5.700	800	6.500
Psykiatriske spesialisthelsetjeneste	3,6	4,4	4	1.500	2.050	3.550
Begge	17	6	12	7.200	2.850	10.050
N=Helsetilsynet/SSB	4.412	3.551	7.963	42.319*)	46.414*)	88.733

Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

*) Plasser pr 31.12. 2002 i følge Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB, Oslo, hvert år

Av samtlige i kommunale boliger var 6 prosent kommet dit direkte fra 2. linjetjenesten, hvorav 7 av 10 (4,4 %) fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det siste var i stor grad yngre brukere, jf. tabell 6.3.

Det var i 2003 m.a.o. tre *ganger så mange* som ble skrevet ut til de 42.300 institusjonsplassene som til de 46.400 kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål. Bringer vi inn det forhold at dette refererer seg til et tidsrom på flere år, og ikke i det enkelte år, blir andelene på årsbasis vesentlig mindre. For øvrig var 7 av 10 av samtlige beboere kommet til den kommunale boligen heimefra, mens 2 av 10 av alle var kommet fra andre kommunale boliger eller sykehjem.

6.5.3 Brukere direkte over fra spesialisthelsetjenesten i absolutte tall

I begynnelsen av 2003 befant det seg i våre ca. 42.000 *eldreinstitutionsplasser* 5.700 personer som var utskrevet dit fra sykehus og ca. 1.500 som var kommet dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Videre var det ca. 800 som hadde blitt utskrevet fra somatisk sykehus til *kommunal bolig* samtidig som det her i tillegg var omlag 2.000 personer som var skrevet ut dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Av i alt 2.850 personer i *kommunale boliger* som var kommet direkte fra 2. linjetjenesten, kom i følge våre beregninger 7 av 10 fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. I *eldreinstitutioner* var det omvendt. Her kom 5.700 av 7.200, eller 8 av 10 fra somatiske sykehus, jf. tabell 6.3.

Av de ca. 10.000 med plass i eldreinstitutioner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og som var kommet dit fra 2. linjetjenesten, kom således respektive $2/3$ og $1/3$ fra somatiske sykehus og fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Samlet synes pasienter med fortid i 2. linjetjenesten å være *få i forhold til samtlige med plass i kommunale eldreinstitutioner og boliger*, særlig tatt i betraktning at dette er utskrivninger som referer seg til alle de år disse har vært beboere i slike institusjoner/boliger, respektive i gjennomsnitt i 2,9 år og 4,7 år, jf. tabell VI.10.

De aller fleste beboere/pasienter i de kommunale institusjonene/boligene er imidlertid kommet dit fra andre steder enn 2. linjetjenesten. Halvparten av dem med plass i institusjon i januar 2003, kom f. eks. dit fra egen ordinær bolig. Og blant dem i kommunale boliger, gjaldt det 70 prosent.

Personer fra 2. linjetjenesten etter alder

De aller fleste, eller nærmere *8 av 10* som kom fra 2. linjetjenesten til eldreinstitusjon-/kommunal bolig, var personer 67 år og eldre, jf. tabell VI.8. Det gjelder rimeligvis særlig i sykehjem. Spesialisthelsetjenestenes kontaktflate til kommunene gjelder framfor alt eldre og sykehjemmene.⁴⁴

I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål var imidlertid *6 av 10* som kom fra 2. linjetjenesten under 67 år. Og det har igjen særlig sammenheng med at 71 prosent kom dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Her gjelder m.a.o. kontaktflaten vesentlig andre pasientgrupper.

6.5.4 Oppholdstid og omfang av brukere fra 2. linjetjenesten i løpet av ett år i 2003

Tid med opphold i institusjon og kommunal bolig

I eldreinstitusjoner

Personer med plass i eldreinstitusjoner i 2003 hadde i gjennomsnitt oppholdt seg der i 2,9 år. Halvparten av dem som kom dit fra somatisk sykehus, kom ditt i løpet av ett år (siste året, dvs. 2002).

I kommunale boliger

For personer 67 år og eldre var gjennomsnittlig botid i kommunal bolig 7,4 år og for dem under 67 år 5,8 år i 2003. Blant de eldste hadde 62 prosent bodd i kommunal bolig i 7 år eller mer, mot 33 prosent blant dem under 67 år.

Blant flertallet som kom fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, var botiden tilsvarende 6,4 år. Og halvparten av disse hadde kommet dit for 4 år siden eller tidligere. Det skulle igjen tyde på at denne halvparten var kommet dit før 1999, d.v.s. før oppresentart av *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Det viser at kommunene i ikke ubetydelig grad tok over disse gruppene før *Handlingsplan for eldreomsorgen (1998-2001)* og *Opptrappingsplanen for psykiatrien (1999-2008)*. En annen tredjedel var kommet inn i løpet av det siste året (2002). *Det kan tyde på at antallet har økt de seinere åra, mest sannsynlig som en effekt av Opptrappingsplanen.*

Omfang av brukere fra 2. linjetjenesten i løpet av ett år i 2003

Kontaktflata mellom 2. linjetjenesten og beboere i de kommunale boligene og institusjonene synes liten og enda mindre når vi trekker inn tidsaspektet, d.v.s. fordeler brukerne etter antall oppholdssår.

⁴⁴ Her minner vi om at denne registreringen ikke omfatter dem som kommer fra 2. linjetjenesten til egen privat bolig. Disse utgjør radikalt langt flere enn dem som kommer til sykehjem og kommunale boliger, noe som går fram av omfanget av utskrevne i løpet av ett år, jf. Vedlegg III. Tabell VIII.3.

Andelene utskrevet siste året (2002) fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til eldreinstitution og kommunal bolig, var respektive 23 prosent og 27 prosent av alle med slik fortid i disse boligene. Regnet om til antall personer gir det ca. 350 med plass i institusjon som samtidig kom derfra i løpet av siste året i 2003. Tilsvarende var det 550 som kom derfra til kommunal bolig, altså til sammen 900 personer i løpet av ett år.

Og med 52 prosent og 44 prosent av alle skrevet ut fra somatiske sykehus til opphold i henholdsvis eldreinstitutioner eller kommunal bolig i løpet av siste året (2002), gir det tilsvarende 3000 og 350 personer.

Dette kan vi betrakte som et *minstemål* for samhandling mellom kommunale eldreinstitutioner (sykehjem) og somatiske sykehus *i løpet av ett år*. Men hvor mange i f.eks. sykehjem som samlet sett har en fortid i spesialisthelsetjenesten, vet vi ikke fordi vi bare har data om dem som kom dit direkte derfra. Hvor mange som kom derfra via egen heim, kommunal bolig eller eventuelt annet sykehjem, vet vi som nevnt innledningsvis ikke noe om.

På den andre siden vil det imidlertid være slik at det ikke er alle brukerne i pleie- og omsorgstjenestene med en eller annen fortid i spesialisthelsetjenesten, som her er av særlig interesse, men mest dem som har kommet dit direkte i løpet av f. eks. ett år. Dette nettopp fordi det er disse som representerer en eventuell oppgaveforskyvning ved et *gitt persist tidsrom* i forhold til f. eks. redusert liggetid i sykehus.

6.5.5 Tidligere oppholdssted etter hovedårsak til hjelpebehovet

Personer med plass i institusjoner

I eldreinstitutioner hadde i 2003 nærmere halvparten av pasientene 67 år og eldre somatiske sykdommer⁴⁵ som hovedårsak til hjelpebehovet. Av disse kom 2 av 10 fra 2. linjetjenestene og hver fjerde her med *psykiske lidelser* kom fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Av demente i sykehjem hadde 1 av 10 fortid i 2. linjetjenesten. Blant personer under 67 år gjaldt det tilsvarende 46 prosent og 71 prosent. Men siden personer under 67 år utgjør bare 4 prosent av alle med plass i sykehjem, har disse høye andelene minimal innvirkning på totalen.

I kommunale boliger

Beboere under 67 år

Blant dem med *somatiske sykdommer* bosatt i kommunale boliger i 2003, var 7 prosent kommet fra 2. linjetjenesten. Og blant dem med psykiske lidelser som hovedårsak, var 4 av 10 kommet fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, jf. tabell VI.4. Her var kontaktflaten til 2. linjetjenestene betydelig.

Den siste fordelingen gir samtidig et godt eksempel på det forhold at kommunene *både får og tar* nye oppgaver. Kommunene har *gitt et tilbud* i kommunal bolig uavhengig av 2. linjetjenesten like ofte som de har *tatt over* personer fra 2. linjetjenesten.

⁴⁵ På grunnlag av tabell 6.3 i vedlegg har vi her beregnet sammensetning av beboere 67 år og eldre i eldreinstitutioner i 2003 etter hovedårsak til hjelpebehovet. Her går det fram at for 48 % var somatiske sykdommer hovedårsak til hjelpebehovet, for 9 % psykiske lidelser, for 43 % aldersdemens og for 0,7 % var utviklingshemming hovedårsaken.

Utviklingshemmede og demente

Disse gruppene kommer svært sjelden fra 2. linjetjenesten når de bor i kommunale boliger, bortsett fra dem som i sin tid kom fra HVPU-institusjonene, jf. tabell VI.6.

Alle beboere i kommunale boliger

Blant alle med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet og bosatt i kommunale boliger i 2003, kom 2 prosent fra 2. linjetjenesten, mens 8 av 10 kom heimefra. Likevel reises det undrende spørsmål om hvor disse brukerne kommer fra!

Blant alle med psykiske lidelser var imidlertid 25 prosent kommet til kommunale boliger fra 2. linjetjenesten, aller oftest fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Svært få aldersdemente og utviklingshemmede (3 prosent) som bodde i kommunale boliger i 2003, var kommet dit fra 2. linjetjenesten.

Alle fra 2. linjetjenesten fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet

Her vil vi vise hvordan samtlige brukere som kom fra 2. linjetjenesten til eldreinstitusjoner og kommunale boliger fordelte seg etter hovedårsak til hjelpebehovet. For omlag 5.200 personer eller halvparten, var *somatisk sykdom* hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell VI.9, og 4.500 personer eller 86 prosent kom til eldreinstitusjoner.

Videre hadde *3.000 psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehovet*. Av disse kom imidlertid vel 6 av 10 til kommunal boliger til pleie- og omsorgsformål, jf. tabell VI.9.

Bare et mindretall fra 2. linjetjenesten som kom til kommunale oppholdssteder, hadde kognitiv svikt, de aller fleste var demente og noen få var utviklingshemmede, jf. kapittel 6.2.3. Dette dreide seg i 2003 om 1.800 personer eller *18 prosent* av dem som var kommet fra 2. linjetjenestene.

6.5.6 Hjelpebehov blant brukere fra 2. linjetjenesten sammenliknet med de øvrige

Beboere i eldreinstitusjoner

Helsetilsynets undersøkelse i 2003 viste at det ikke var vesentlige forskjeller i hjelpebehov hos personer som var utskrevet fra 2. linjetjenesten og de øvrige beboerne i eldreinstitusjoner og kommunale boliger.

Blant dem med *somatiske sykdommer* som hovedårsak, var hjelpebehovene (pleietyngden) i gjennomsnitt noe høyere når en var kommet fra 2. linjetjenesten til eldreinstitusjoner enn blant de øvrige, men ikke vesentlig. Det samme gjelder aldersdemente (jf. tabell VI.6).

Blant personer med *psykiske lidelser* var imidlertid hjelpebehovene/pleietyngden i gjennomsnitt litt under den hos de øvrige beboerne i eldreinstitusjoner, d.v.s. de som var kommet fra kommunale boliger/sykehjem eller heimefra (jf. tabell VI.6).

Beboere i kommunale boliger

Undersøkelsen viser at beboere som *kom til kommunale boliger fra 2. linjetjenesten* ikke skiller seg vesentlig ut fra den store majoriteten av øvrige beboere når det gjelder behovet for praktisk bistand i hverdagen (jf. tabell VI.6). Det å komme fra 2. linjetjen-

esten er m.a.o. ikke nødvendigvis ensbetydende med å ha større hjelpebehov enn andre.

Personer med *psykiske lidelser* har behov knyttet til det som tilbys gjennom praktisk bistand på linje med de øvrige med samme hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell 6.6, mens dem med *somatiske sykdommer* har et noe, men ikke markant større hjelpebehov enn de øvrige beboerne, jf. tabell VI.6.

Beboere i kommunale boliger med hjelpebehov målt ved mottatt praktiske bistand per uke

Det er imidlertid en tendens til at personer med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet og som kom inn fra somatiske sykehus, får noe mer hjelp enn andre, jf. tabell VI.7. Det må igjen ha sammenheng med at de disse har tilsvarende større funksjonstap.

De som kom til kommunale boliger *fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og som hadde psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehovet*, mottok imidlertid vesentlig mer hjelp enn dem som ikke kom fra 2. linjetjenesten, eller 10 timer per uke mot 6,7 timer for de øvrige beboerne med psykiske lidelser, eller ca. 50 prosent mer per uke, jf. tabell VI.7.

Undersøkelsen tyder således på at beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål har større hjelpebehov når de kommer fra 2. linjetjenesten enn de øvrige. Det gjelder særlig dem med psykiske lidelser som er kommet dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

6.6 Generell drøfting av oppgaveforskyvning

6.6.1 Innledning

De kommunale helse-, pleie- og omsorgstjeneste inntar en svært sentral rolle i arbeidet med å ivareta innbyggernes helse gjennom behandling, pleie og rehabilitering og gjennom oppfølging og forebygging. De omlag 120.000 årsverkene som nå (2008) er nedlagt i pleie- og omsorgstjenestene understreker dette.

Helsetjenestene våre er forvaltet, organisert og finansiert på to nivåer, idet vi skiller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I de seinere åra har det vært økt fokus på arbeidsfordelingen og samarbeidet mellom disse to nivåene. Det har nå til sist kommet til uttrykk i St.meld. nr. 47 (2008-2009), *Sambehandlingsreformen*, som legger opp til betydelige endringer i oppgavefordelingen mellom de to nivåene.

Gråsoneproblematikken

På en god del områder er det klart gitt hva som er oppgaver for spesialisthelsetjenesten, f.eks. behandling som krever spesialisert kompetanse, som f.eks. kirurgi og kreftbehandling. I forhold til en del andre oppgaver er imidlertid grenseoppgangene ikke like klare.

Brukere i psykisk helsevern, eldre og personer med kroniske sykdommer er i følge SINTEF ”løftet fram som et område med særskilt høy relevans i forhold til

arbeidsdeling og samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Dette er belyst blant annet i Stortingsmelding 47 og i forskningsrapporter (se blant annet Kalseth m.fl. 2004, Anthun og Paulsen 2007, Paulsen og Grimsmo, 2008)” (Kalseth B, SINTEF, 2009).

SINTEF har pekt på at der oppgavefordeling mellom nivåene er påvirket av både *kompetanse og kapasitet* innen begge nivåene, er det sannsynlig at gråsoner vil oppresentå. Liten tilgjengelighet til tjenester, mangelfulle ressurser og lite kvalifisert personell kan føre til at pasienter skyves over til spesialisthelsetjenesten eller omvendt (Kalseth 2009). Slike antakelser gir igjen grunnlag for å reise spørsmål om det f.eks. er slik at kommuner med lav kapasitet i sine helse- og omsorgstjenester, kommer ut med høyere bruk av spesialisthelsetjenester enn kommuner med høy ressursinnsats, når det er kontrollert for ulikheter i behov. Svar på denne typen hypoteser kommer vi tilbake til (i kapittel 6.12) med referanse til analyser som er gjort av dette.

6.6.2 Mulige oppgaveforskyvinger mellom somatiske sykehus og kommunene

Redusert liggetid i sykehus, færre liggedøgn, flere innlagte og flere dagopphold sannsynliggjør forskyvning av oppgaver fra sykehus til kommunene.

I kapittel 6.1 gjorde vi rede for ulike måter å forstå hva oppgaveforskyvning mellom nivåene er. I denne sammenhengen holder vi oss til overtakelse av oppgaver som ikke er resultat av vedtatte endringer i ansvarsforhold.

Utviklingen både i den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenesten sannsynliggjør oppgaveforskyvning fra sykehusene til kommunene, men også omvendt. Liggetida i somatiske sykehus er redusert fra i gjennomsnitt 5,6 døgn i 2000 til 4,7 i 2008, eller med 16 prosent. I samme periode har antall døgnopphold (innlagte) økt med omlag 100.000. Den betydelige reduksjonen i liggetid har imidlertid ført til at sum liggedager er redusert med ca. 100.000 fra år 2000 til 2008, jf. kapittel 6.2.

Flere pasienter i sykehus, en radikal økning i dagbehandlinger og økning i polikliniske konsultasjoner har utvilsomt ført til at kontaktflata mellom kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjenester og de somatiske sykehustjenestene har økt. Færre liggedøgn i sykehus sannsynliggjør at disse delvis må være erstattet på kommunenivå. Disse utviklingstrekkene tilsier i utgangspunkt økt press på de kommunale tjenestene.

Oppgaveforskyvning den andre veien

Men det er også mulig å anlegge og begrunne et resonnement om at det samtidig foregår en oppgaveforskyvning den andre veien. I St.meld. nr. 47 (2008-2009) peker en således på at:

det synes som om terskelen mellom sykehusbehandling og det kommunale tilbudet er blitt for høy. Resultatet er at en del pasienter blir klassifisert som utskrivningsklare, men blir liggende i sykehus i påvente av kommunalt tilbud. Andre pasienter havner unødige på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har. Som vist i kapittel 9 er om-

fanget av disse pasientene beregnet til å utgjøre 550000 somatiske liggedøgn per år, tilsvarende en av sju liggedøgn. (op.cit. s. 59).

Det at en forutsetter stor grad av unødvendige innleggelser, tyder på antatt lav kapasitet i de kommunale helse- og pleietjenestene. Denne er ikke skapt av sykehusene, men må knytte an til generell lav kapasitet til i kommunene.

6.6.3 Noen mulige konsekvenser av redusert liggetid i somatiske sykehus

Et viktig tema også i denne rapporten er hvordan redusert liggetid i sykehusene påvirker kommunenes oppgaver. Denne problematikken har bl.a. SINTEF behandlet tidligere i sin rapport om oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (SINTEF 2004).

Her ble det pekt på (SINTEF 2004, kapittel 6) at *kortere liggetid krever tettere oppfølging og observasjon* fra hjemmetjenesten og sykehjemmene i hjemkommunene like etter utskrivning.

Og stadig flere pasienter krever kompetanse utover den grunnleggende sykepleien. Kommunene tar i større grad behandlingsoppgaver, og ikke bare pleie- og omsorg. Flere sykepleiefaglige oppgaver følger av at mange pasienter i mindre grad er ferdig behandlet når de skrives ut fra sykehuset. Det hevdes at det krever en tettere oppfølging den første tiden etter utskrivning, som inkluderer både yngre og eldre pasienter. Til det siste kan anføres at bedre behandlingsmetoder og bruk av ny medisinsk teknologi kan bidra til at pasienter også skrives ut i en mer 'forsvarlig stand', med mindre behandlingsarbeid for kommunene enn tidligere, da teknologien var dårligere.

Oppfølgingen av f.eks. kreftpasienter har økt i omfang og kommunene har mer ansvar for dødende pasienter (SINTEF 2004, s. 112). Samtidig hevdes det at forventningen fra sykehusene om at kommunene skal kunne ta i mot pasienter som ikke er helt ferdig behandlet i sykehuset, tiltar. SINTEF konkluderte bl.a. med at:

Det er imidlertid liten tvil om at oppgavemengden i kommunene har økt og at dette delvis kan knyttes til at sykehusene i langt sterkere grad rendyrker sin rolle som behandlingsinstitusjon og at siste behandlingsfase og rekreasjonsfasen tas hånd om i kommunene. At økningen i kommunenes oppgaver bare skyldes en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten, synes ut fra diskusjonen å være for enkel. (op.cit., s. 123).

Vi referer her til sannsynliggjøring, erfaringer, antakelser og resonnementer som peker mot forskyvning av oppgaver. Men dette er lite empirisk gjort rede for og dokumentert. Og Helsetilsynets undersøkelse fra 2003 tyder samtidig på at det så langt var en relativt begrenset kontaktflate mellom brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i de permanente kommunale omsorgsregimene som sykehjem og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, jf. avsnitt 6.5.

6.6.4 Mangel på empirisk kunnskap om oppgaveforskyvning

Det er imidlertid samtidig blitt pekt på at intervjuundersøkelser og erfaringsbasert kunnskap ikke bestandig er tilstrekkelig grunnlag for en total vurdering av endringer i oppgavefordelingen i helsetjenesten. Og det foreligger få studier her til lands som på systematisk empirisk grunnlag belyser hvordan forholdet i oppgavefordelingen mellom sykehusene og kommunene har endret seg over tid. Et unntak er Helsetilsynets undersøkelse fra 2003. Den viste - slik vi kommer tilbake til i kapittel 6.7- at det fram til 2003 i liten grad hadde funnets sted forskyvning av spesialisert faglig hjelp eller avanserte medisinske tekniske prosedyrer fra sykehus til de kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Men sjøl om det i begrenset grad har funnet sted forskyvning av spesialiserte tjenester, "kan det likevel godt hende at hjemmetjenestene og sykehjemmene bruker mye ressurser for å følge opp sykehuspasienter som krever mer ordinær behandling og pleie." Helsetilsynet/Romøren 2003, s. 68). Og SINTEF mener at deres studie bekrefter Romørens hypotese om at endringer i oppgavefordelingen mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester i første rekke har medført en intensivering av ordinære sykepleiefaglige oppgaver knyttet til behandling og pleie, jf. kapittel 6.6, s. 122).

Den nevnte arbeidsgruppa nedsatt av HOD, jf. kapittel 6.1, kom da også til at det i 2006 ikke forelå "et datagrunnlag som gir tilstrekkelig dokumentasjon av endringer som har funnet sted i grensedragningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste" (HOD, 2006, s. 38).

Og det er fortsatt slik at vi mangler data. Fra 2006 til 2009 har det ikke kommet til særlig nytt utover delvis utilgjengelige og utilstrekkelige IPLOS-data, noe St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen sin mangelfulle empiri, antakelig er bekreftelse på. Det som imidlertid foreligger, kommer vi tilbake til i kapittel 6.8-6.12.

6.6.5 Videre arbeid med spørsmål om oppgaveforskyvning

Innledningsvis i kapittel 6.1.3 pekte vi på at vi legger til grunn at det særlig er tre sentrale sider ved endringer i fordeling av behandlings-, pleie- og omsorgsoppgaver mellom kommunene og den somatiske spesialisthelsetjenesten. Disse er knyttet til spørsmålene om:

- Raskere utskriving fra sykehus har ført til at medisinsk spesialiserte oppgaver nå i større grad utføres i kommunene. Har endret utskrivningspraksis m.a.o. gjort at kommunene har overtatt behandling som tidligere ble betraktet som spesialistoppgaver i mer snever forstand?
- Raskere utskriving fra sykehus gir flere pleiefaglige oppgaver eller medisinsk oppfølging som ligger innenfor det alminnelige kompetanseområde i kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjenester.
- Ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter i sykehus kan delvis betraktes som mål for pleie- og omsorgsoppgaver som kviler på kommunene, men som de foreløpig ikke har tatt i forhold til sykehusene.

Disse spørsmålene tar vi så for oss i avsnitt 6.7-6.9. I forlengelsen av dette ønsker vi i tillegg å drøfte spørsmålet om oppgaveforskyvning ut fra to andre sentrale forhold. For det første; hvis det er slik at kommunene i ulik grad har overtatt betydelige oppgaver fra sykehusene, må det samtidig være slik at variasjon i ressursbruken i kommunale pleie- og omsorgstjenester vil måtte påvirke de samme kommunenes bruk av sykehustjenester, jf. hypotesen i avsnitt 6.6.1. På grunnlag av to gjennomførte analyser av dette (Kalseth, SINTEF 2009, Hagen, UiO 2009) vil gå gjennom og drøfte hvorvidt dette er tilfellet, jf. kapittel 6.12.

For det andre; hvis det er slik at kommunene har overtatt betydelige oppgaver fra sykehusene, særlig i forhold til gråsonebrukerne hvor eldre er en sentral gruppe, burde vi forvente å finne tilsvarende økt ressursbruk i kommunal pleie- og omsorg til eldre i de seinere åra. Dette vil vi analysere på bakgrunn av det vi alt har vist, jf. kapittel 5, om ressurstilførsel til eldre i institusjoner og heimebaserte tjenester etter 2001, jf. kapittel 6.13.

Der det er mulig vil vi knytte empiriske mål til oppgaveforskyvningen, enten i form av antall personer eller antall liggedøgn. På grunnlag av disse vil vi så gjøre beregninger av økonomiske størrelser og kostnader knyttet til målene for oppgaveforskyvning. Det gjelder både i forhold til den somatiske og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, jf. kapittel 6.11.

Vi starter denne gjennomgangen med det første spørsmålet om Nye oppgaver i kommunenes helse- og pleietjenester ved bruk av faglig spesialisert hjelp og ny medisinsk teknologi.

6.7 Nye oppgaver i kommunenes helse- og pleietjenester ved bruk av faglig spesialisert hjelp og ny medisinsk teknologi

6.7.1 En antar tiltakende bruk av faglig spesialisert hjelp og ny medisinsk teknologi i kommunene

Kommunene tar i følge SINTEF (2004) en betydelig del av ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene til ulike grupper med fysisk eller psykisk funksjonshemming, rusavhengighet, kreftpasienter og døende. Det samme gjelder eldre med redusert funksjonsnivå i tillegg til brukere som tidligere ofte ble liggende som langtidspasienter i sykehusene. SINTEF viser også til styrket kommunal kompetanse til å anvende behandlingsrutiner knyttet til medisinsk teknisk utstyr gjennom bruk av intravenøs antibiotika-, ernærings- og væskebehandling, samt bruk av smertepumper og respirator (SINTEF 2004, s. 10).

Det daværende Sosialdepartement antok det samme idet en uttaler: ”Sosialdepartementet får signal om at utskrivningspraksisen i spesialisthelsetenesta og meir omfattande bruk av poliklinisk behandling skaper problem for mange kommunar. Omsynet til effektiv drift av sjukehusa gjer at kommunane i stadig større grad må ta ansvar for menneske med behov for omfattande og til dels spesialiserte helsetenester.” (St.meld. nr. 45 (2002-2003), s. 47.

Den nevnte arbeidsgruppa nedsatt av *Helse- og omsorgsdepartementet*, jf. kapittel 6.1, hevdet også at kommunenes kompetanse til å anvende medisinsk teknisk utstyr, som håndtering av intravenøs antibiotika- og væskebehandling, samt intravenøs ernæring, smertepumper og respirator var styrket. Wisløff-utvalget hevdet det samme.⁴⁶

Arbeidsgruppa fant imidlertid fram til få norske undersøkelser som kunne bekrefte om og i tilfelle hvordan det som følge av denne utviklingen er skjedd systematiske endringer i oppgavefordelingen mellom kommunene og sykehusene. (op.cit. s. 20).

n kunne bare vise til en rapport fra Statens helsetilsyn fra 2003, hvor det konkluderes med at det i liten grad har skjedd en forskyvning av avanserte medisinske tekniske prosedyrer fra sykehus til kommunale omsorgstjenester.⁴⁷

6.7.2 Undersøkelse av faglig spesialisert hjelp og teknisk-medisinske prosedyrer til brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester

NIBR har imidlertid på nytt foretatt en detaljert analyse av datamaterialet i Helsetilsynets undersøkelse fra 2003 i tilknytning til spørsmålet om bruk av omfattende og faglig spesialisert hjelp og teknisk-medisinske prosedyrer til brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

På grunnlag av data fra undersøkelsen har vi beregnet hvor stor andel og hvor mange som i 2003 fikk omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp av de typer som undersøkelsen har tatt opp. Resultatene og analysene er presentert i Vedlegg II til dette kapitlet.

I Helsetilsynets undersøkelse i januar 2003 ble det for alle (13.240 personer) som inn gikk i utvalget avmerket om brukeren mottar

'omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp, så som...1. Respiratorbehandling, 2. Smertebehandling med intravenøs teknikk, 3. Kontroll for adferdsavvik, 4. Cellegiftbehandling, 5. Terminalpleie, 6. Behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer, 7. Andre spesialiserte prosedyrer,... (skriv hva slags)? (Spm 10).

Det dreier seg med andre ord om behandling innen tre hovedområder; *flere aktive sammensatte sykdommer, kontroll for adferdsavvik* samt behandling ved hjelp av en del nevnte *teknisk medisinske prosedyrer*.

Brukere med omfattende/faglig spesialisert behandling i alt

I 2003 utgjorde brukere av omfattende/faglig spesialisert behandling 9 prosent av alle brukere av institusjonsplasser og heimebaserte tjenester eller hver tolvte bruker.

Brukere med flere sammensatte sykdommer gjaldt 5 prosent av alle, mens 3 prosent

⁴⁶ "Pleie og omsorgstjenestene i kommunene har fått større oppgaver enn tidligere, blant annet med pasienter som bruker respirator, avansert smertebehandling ... " (NOU 2005:3, s. 50).

⁴⁷ "Svaret på en annen sentral problemstilling i denne undersøkelsen – forskyvning av spesialistoppgaver til primærhelsetjenesten - er overraskende. En av ti tjenestemottakere får omfattende og spesialisert hjelp av den kommunale helse- eller omsorgstjenesten. Men i motsetning til hva en vanligvis antar, har de medisinske tekniske prosedyrene en lite fram-tredende plass i dette bildet". (HOD, s. 20).

ble kontrollert for adferdsavvik. Bare 4 av 1000 samtlige brukere fikk behandling gjennom teknisk-medisinske prosedyrer (respirator, smertebehandling o.l.). Det var således den gangen i alt omlag *18.000 personer som til enhver tid var underlagt omfattende og/eller spesialisert faglig behandling* av de typene en undersøkte.

I en undersøkelse fra tre enkeltkommuner⁴⁸ omtrent på samme tid der en kartla omfanget av prosedyrer som krever spesiell sykepleiefaglig kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten, fant en at slike tiltak på et gitt tidspunkt var nyttet for 12 prosent av brukerne i hjemmetjenesten og 13 prosent av pasientene i sykehjem. Dette er resultater som synes å understøtte funnene i Helseundersøkelsen 2003.

Således bekreftes ikke

Forestillingen om at den kommunale omsorgstjenesten bruker mye ressurser på avanserte medisinske prosedyrer for å hjelpe mennesker som tidligere ble tatt hånd om i somatiske sykehus, i denne undersøkelsen (Romøren, Helsetilsynet 2003, s. 78).

Her ble det samtidig vist til en undersøkelse av pleie- og omsorgstjenestene i Sverige der en også fant at omfanget av spesialiserte teknisk-medisinske prosedyrer er meget begrenset.

Omfattende/faglig spesialisert hjelp fordeler seg i hovedsak på to større grupper: Pasienter med *flere sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse* og personer med *adferdsavvik* med behov for kontroll og oppfølging. Disse utgjorde til sammen 93,5 prosent av alle, jf. tabell VII.1. De øvrige gruppene er svært små.

6.7.3 Med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse

Alder

Relativt sett var det noen flere med hjelp knyttet til flere sammensatte sykdommer blant yngre sammenliknet med eldre brukere (jf. tabell VII.4). Men regnet i absolutte tall var tre av fire med slik hjelp personer 67 år+, eller ca. 8.300 av 11.000 brukere i 2003.

Blant eldre brukere i kommunale og i private boliger gjaldt det respektive 4 og 3 prosent. Tilsvarende gjaldt det samme respektive 7 prosent og 5 prosent av brukere under 67 år. Dette gjaldt m.a.o. hver 30. bruker eller omlag 2.700 brukere i 2003. Behovene hos yngre brukere var således relativt sjelden av en slik art at de krever faglig spesialisert hjelp. Det bekreftes av at det også er svært få (ca. 200) brukere under 67 år som var i bero av spesialiserte medisinske prosedyrer i 2003 i følge våre beregninger på grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse.

⁴⁸ Vi viser her til Hofstad og Norvoll (2003). Spesialiserte prosedyrer som krever sykepleiefaglig kompetanse omfatter sondeernæring, intravenøs væsketilførsel, kateterisering, stomistell, dialysebehandling, O2-behandling, respirator, ventilator, suging, smertelindring/morfinpumpe, og oppfølging av cytostatikabehandling.

Type oppholdssted

Andelen med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse, var størst blant brukere i institusjon og minst i ordinære boliger, jf. tabell VII.5. I 2003 hadde 21 prosent av beboere *under 67 år* i eldreinstitusjoner slik hjelp, mens det gjaldt 5 prosent blant brukere under 67 år i ordinær privat bolig. Av samlet 11.000 slike brukere i alle aldre, befant 47 prosent (5.200) seg i eldreinstitusjoner, 19 prosent i kommunale boliger (2.100) og 34 prosent i ordinære boliger (3.700), jf. tabell VII.5. De fleste tilfellene befinner seg m.a.o. innenfor en godt etablert kommunal organisering av tjenestene.

Undersøkelsen viser at disse brukerne jevnt over har vesentlig større hjelpebehov sammenliknet med dem uten slik behandling, både målt ved pleieindeks eller målt i forhold til antall timer med heimebaserte tjenester, jf. tabell VII.6. De med flere aktive sammensatte somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, har jevnt over dobbelt så stort hjelpebehov og får dobbelt så mye hjelp per uke.

Det er imidlertid ikke mulig å gjøre anslag på omfanget av slik hjelp sjøl om vi kjenner timetallet per uke fordi vi ikke kan skille mellom hvor mye av hjelpa som er *faglig spesialisert* og hvor mye som er *ordinære* heimebaserte tjenester. Den samme begrensningen hefter også ved kontroll for avvikende adferd og bruk av teknisk medisinske prosedyrer, se nedenfor. Men siden dette gjelder bare 5 prosent av brukerne i alt, vil det uansett måtte utgjøre relativt marginale størrelser målt i årsverkssett i forhold til den samlede årsverksbruken i disse tjenestene.

6.7.4 Med teknisk medisinske prosedyrer - respirator-, smerte- eller cellegiftbehandling

I alt var det i 2003 svært få - eller 4 promille av brukerne (omlag 750 personer) - som på et gitt tidspunkt i året rapporteres å ha behandling i tilknytning til bruk av respirator, cellegift eller smertebehandling med intravenøs teknikk. Av disse har vi beregnet at i underkant av 200 var personer under 67 år.

Dette viser at teknisk medisinsk behandling så langt har vært en svært beskjeden foreteelse for personer som var brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Og dette synes å ha et langt mindre omfang enn den betydning det har vært tillagt i forhold til antakelsene i et spesialisthelsetjenesteperspektiv.

6.7.5 Med kontroll for adferdsavvik

Blant brukere under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger, ble respektive 17 prosent og 14 prosent kontrollert i tilknytning til adferdsavvik, jf. tabell 6v.5, mens det samme gjaldt respektive 6 prosent og 1 prosent blant brukere 67 år og eldre. Likevel utgjorde disse brukerne 67 år eller eldre 55 prosent av alle, eller 3.500 av 6.400 personer med kontroll for adferdsavvik i 2003. Mange av disse er demente i eldreinstitusjoner, jf. tabell VII.8.

Kontroll for adferdsavvik omhandlet 16 prosent av utviklingshemmede og respektive 9 og 8 prosent blant personer med psykiske lidelser eller alderdemens som hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell VII.7b.

Halvparten av alle tilfeller der en fulgte opp med kontroll for avvikende adferd i 2003, gjaldt personer med psykiske lidelser og utviklingshemmede, respektive 30 prosent og 21 prosent, jf. tabell VII.3. Men de aldersdemente utgjorde imidlertid den største gruppen med 38 prosent.

Kontroll for adferdsavvik var imidlertid framfor alt knyttet til brukere 67 år og eldre i institusjoner med *psykiske lidelser* eller *aldersdemens* som hovedårsak til hjelpebehovet (46 prosent) og til brukere under 67 år i kommunale boliger med *utviklingshemming* eller *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet (29 prosent), jf. tabell VII.3. Til sammen utgjør disse brukergruppene 75 prosent av alle med kontroll for adferdsavvik.

Helsetilsynet viste i sine tidligere analyser av disse dataene (Romøren 2003) til relativt høye bruksrater i de gruppene vi nevner her. Fordi det er disse personene som *relativt sett* oftest tas hand om i pleie- og omsorgstjenestene, trekker han den konklusjon at det:

er personer som ellers ville ha befunnet seg i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste eller i det tidligere HVPU som representerer de største utfordringene (op.cit. s. 78). Det er ”håndteringen av komplekse tilstander hos mennesker med psykiske lidelser, utviklingshemming eller aldersdemens som dominerer. Det betyr i klartekst at det er psykiatireformen og HVPU-reformen som har gitt kommunene de faglig mest utfordrende oppgaver i dag (op.cit. s. 81).

Men dette er imidlertid bare delvis riktig. Når det gjelder behandling for flere sammensatte sykdommer som krever faglig spesialisert hjelp, utgjorde utviklingshemmede og personer med psykiske lidelse bare 18 prosent, jf. tabell VII.8. Hele 6 av 10 med slik behandling var personer med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet.

Det er blant personer med somatiske sykdommer og demens, fortrinnsvis i eldreinstitusjoner, at behandling for flere aktive sammensatte sykdommer finner sted, i det 4.900 personer med slik behandling er eldre i eldreinstitusjoner, jf. tabell VII.8. Den er m.a.o. særlig knyttet til klassisk kommunal eldreomsorg. Tilfellene som gjelder psykiatri, er relativt få og oftest knyttet til eldre personer.

Andelen med faglig behandling for aktive sammensatte sykdommer som krever faglig spesialisert hjelp knyttet til *personer under 67 år med psykiske lidelser og utviklingshemmede*, utgjorde omlag 1200 personer eller 11 prosent av alle med slik behandling.

6.7.6 Oppsummering

Antallet personer som var omfattet av slike tiltak i 2003 er således svært lite i forhold til antall brukere i pleie- og omsorgssektoren. Helsetilsynet konkluderte her med at

i motsetning til hva en vanligvis antar, har de medisinsk-tekniske prosedyrene en lite framtreddende plass Somatiske sykehus overfører også mange krevende oppgaver til kommunehelsetjenesten, men disse ser foreløpig ut til å ligge innenfor et kompetanseområde personalet er vant til, og som de behersker (Helsetilsynet/Romøren 2003, s. 81).

De spesialiserte oppgavene var få. De oppgaver en står overfor, kan antakelsesvis på bakgrunn av dette m.a.o. ikke ha vært mer kompliserte og omfattende enn at den hjelp en yter aller oftest er rimelig på høyden med behovene. Men det vet vi imidlertid ikke på empirisk grunnlag. Mest sannsynlig har det vært behov for mer og dermed underdekning både i kompetanse i faglig spesialisert hjelp og bruk av medisinsk teknologiske prosedyrer i mange kommuner.

SINTEF har tidligere pekt på at det er mengden av krevende oppgaver og ikke typen oppgaver i seg selv som er den største utfordringen (Kalseth et al., SINTEF 2004, s. 10). Også Statens helsetilsyn har pekt på det samme (Helsetilsynet 2005, rapport nr. 7). En peker på at utfordringene særlig befinner seg i kompetanse og oppgavemengden knyttet til pasienter med psykiske problemer, rusbrukere og tildels demente. Men samtidig rapporterer SINTEF at personell innen pleie- og omsorg og fastleger gir uttrykk for at oppgavene krever mer kompetanse og tilgang til spesialisthjelp enn hva tilfellet er i dag (Kalseth et al., SINTEF 2004).

I løpet av de 6 årene som siden er gått, kan det i utgangspunktet være grunn til å anta at det bildet som Helsetilsynets undersøkelse avtegnet i januar 2003, er noe endret. Dette særlig på bakgrunn av fortsatt redusert liggetid i somatiske sykehus, slik vi har vist i kapittel 6.2.

Vi har imidlertid gått gjennom *St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen*, med vekt på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, jf. kapittel 6.4. Her er det imidlertid ikke lagt fram empirisk belegg som eventuelt kunne underbygge de endringer som eventuelt måtte ha funnet sted i forhold til de spørsmål som Helsetilsynet tok opp i 2003 og de resultater som vi har lagt fram her.

6.8 Mål for ressursbruk i kommunene som følge av utskrivinger fra sykehus

6.8.1 Noen prinsipielle trekk i forholdet mellom brukere i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og pasienter i somatiske sykehus

I prinsippet vil ingen som er utskrevet fra somatiske sykehus være personer som primært ”bører heime” der. Somatisk sykehus er et foreløpig oppholdssted knyttet til medisinsk behandling. Hvis en ikke kan hevde at en er blitt bruker av kommunale tjenester ”forvoldt” av sykehuset, overtar i prinsippet primærtjenestene aldri brukere fra somatiske sykehus. Alle bører derimot heime i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, enten fordi de allerede er, eller kan bli brukere som følge av sykdom/skade/lyte som medfører oppfølging og hjelp fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Det kommunale ansvaret er definert i lovverket, f.eks. gjennom *Kommunehelsetjenesteloven* og *Sosialtjenesteloven*. Således har kommunene generelt ansvar for alle brukere, også for de som kommer fra somatiske sykehus til egnede tilbud i institusjon, kommunal bolig eller egen ordinær heim.

Videre er det viktig å holde fra hverandre personer som verken var brukere av kommunale helse- pleie- eller omsorgstjenester før eller etter sykehusopphold, og dem

som var det både før og etter, d.v.s. der brukerforholdet fortsetter som før. Og til sist, dem som ikke var brukere før, men som ble det etter oppholdet, midlertidig eller for lengre tid. På langt nær alle som skrives ut av somatisk sykehus er eller blir brukere av kommunale tjernester.

6.8.2 Generelt om oppgavefordeling mellom somatiske sykehus og kommunene

Om ansvar for standardbeving – til økning i antall innleggelser

Folkehelsa er gradvis blitt forbedret, og befolkningens levealder har kontinuerlig økt.

Samtidig får flere behandling i sykehus. I kapittel 6.2 viste vi at det var 11 prosent eller 87.000 flere innlagte i døgnopphold i sykehus i 2008 enn i 2000. Denne økningen må delvis betraktes som nasjonal standardforbedring. Den er en del av den generelle samfunnsutviklingen som både kommunene og spesialisthelsetjenesten kontinuerlig gir svar på gjennom økning og endring i de tjenester de til enhver tid yter, hver på sitt hold. Denne utviklingen er det stor samfunnsmessig konsensus om.

Vi har her pekt på at sammen med den sterke økningen i dagopphold ved somatiske sykehus, jf. kapittel 6.2, innebærer disse utviklingstrekkene også et økt potensial for *større bredde i kontaktsflata* til kommunale helse-, pleie-, og omsorgstjenester.

Om årsaker til redusert liggetid

Liggetiden i sykehus er jevnlig blitt redusert de 20 siste åra. Denne utviklingen har fortsatt fram til i dag. Vi viste (kapittel 6.2) at gjennomsnittlig antall liggedager ved heldøgnsopphold ble redusert, fra 5,6 døgn i 2000 til 4,7 døgn i 2008, d.v.s. med om lag ett døgn i gjennomsnitt.

Det er mange faktorer som påvirker liggetid og som har ført til at den er blitt redusert i somatiske sykehus. Den generelle liggetidsreduksjonen vil for det meste skyldes en rekke endringer og tiltak internt i sykehusene. Bedre behandlingsmetoder er en av faktorene, som bidrar til færre liggedager for en del pasientgrupper. De langtidsliggende pasientene synes dessuten stort sett å være ute av sykehusene for godt.

De kommunale pleie- og omsorgstjenestenes *mottaksevne* er imidlertid en helt sentral forutsetning for at det som er oppnådd m.h.t. potensial for forkorting av opphold ved sykehusene, kan realiseres som redusert liggetid. Dette er riktignok bare aktuelt for pasienter som ikke umiddelbart kan sendes til egne heimer uten oppfølging fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, d.v.s. en ukjent, men antakelig betydelig del.

Tre typer ”mellomværende” mellom sykehus og kommunal tjenesteyting

Det foreligger etter vår vurdering tre slags sentrale ”mellomværender” mellom somatiske sykehus og kommunene. De er knyttet til:

1. *Den avlastning i tid* som sykehusoppholdet representerer for dem som var brukere av kommunale tjenester før innleggelsen, enten i sykehjem eller i de heimebaserte tjenester i kommunale boliger eller i egen ordinær bolig. Det samme gjelder dem som ikke var brukere før innleggelse, men som fikk behov for kommunale tjenester *etter* ferdigbehandlingen i sykehus.

Det er de liggedager knyttet til pasienter som var eller er blitt brukere i pleie og omsorgstjenestene - midlertidig, langvarig eller permanent - før eller bare etter sykehusopphold, som berører kommunene. Vi må anta at relativt få er brukere både før og etter sykehusopphold, sjøl om det dog gjelder en betydelig del av eldre innlagte. Vi vet ikke imidlertid ikke hvor mange.

2. Den delen av *reduisert liggetid som kan tilskrives at kommunene har overtatt* den pleie- og omsorg og eventuelt behandling som tidligere ble ivaretatt av sykehusene. Da anlegger vi det synspunkt at forkortet liggetid representerer oppgaveforskyvning fra sykehusene til kommunene. ”Mellomværendet” er da knyttet til redusert liggetid.

3. Den delen av liggetida som er knyttet til pasienter som ligger *ferdigbehandlet i sykehus* der ”*mer-liggetida*” kan tilskrives manglende kapasitet eller evne i de primære tjenestene knyttet til behandling, pleie- og omsorg, som med rimelighet kan forventes på det medisinske og teknologiske nivå disse tjenestene til enhver tid generelt befinner seg.

Det foreligger imidlertid ikke data som viser de samlede kjedene for overganger i behandling fra sykehus til kommunal pleie- og omsorg og vice versa, d.v.s. hvem og hvor mange av dem som skrives ut av somatiske sykehus som er eller blir brukere av ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester.

IPLoS inneholder imidlertid som nevnt i kapittel 6.5 et opplegg som kan gjøre rede for alle mulige bevegelser mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene innen et enkelt år. Disse data er som nevnt i kapittel 6.5 imidlertid i følge SSB per 2008 så svake og ufullstendige at de ikke kan brukes. En kopling av IPLoS-data opp mot Norsk pasientregister (NPR) er det eneste som så langt kan gi gode svar på bevegelsene i behandlingsskjedene mellom 1. og 2. linjetjenesten. Av juridiske grunner er denne koplingen imidlertid foreløpig ikke mulig.⁴⁹ Derfor er vi her henvist til å nytte noen *generelle* og teoretiske beregninger for omfanget av overføring av brukere fra 2. linjetjenestene til kommunene.

I det følgende vil vi foreta noen *illustrerende beregninger*. Vi gjør det først i form av 3 ulike eksempler. Hensikten er å presentere *alternative størrelser og mål* for ”mellomværendet” mellom somatiske sykehus og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene knyttet til pasienter som har hatt opphold i sykehus eller kommet derfra i perioder hvor liggetiden i 2. linjetjenesten er blitt redusert. Vi ønsker m.a.o. å få *en målestokk for redusert* bruk av ressurser i sykehusene pga. nedsatt liggetid ved å regne om til ressursbruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester. I avsnitt 6.10 gir vi en samlet oversikt over kostnader knyttet til de ulike beregningene.

⁴⁹ I St.meld. nr. 47 (2008-2009), kapittel 4.1, foreligger det imidlertid opplysninger om hvor mange innlagte i sykehus i alderen 80 år og eldre som samtidig er brukere av kommunale tjenester. Her er anført at det gjelder 75 prosent av alle innlagt i sykehus i 2007. Det tilsvarer 150.000 pasienter per år i 2007, i følge meldinga. Talloppgavene er uten referanse og vi vet ikke hvor dette er hentet fra. Men 150.000 personer 80 år og eldre stemmer dårlig med at det i 2007 totalt bare var omlag 110.000 brukere av pleie- og omsorgstjenester *i denne alderen i alt* (i eldreinstitusjoner + brukere av heimebaserte tjenester).

6.8.3 Alternativ ressursbruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester knyttet til personer skrevet ut fra somatiske sykehus i 2003

Sykehusopphold forstått som avlastning for eldreinstitusjoner (sykehjem)

Vi legger her prinsipielt til grunn at for dem som *allerede* var brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester - enten i sykehjem eller i heimebaserte tjenester i kommunale boliger eller i privat ordinær bolig - vil sykehusoppholdet representere en mulig *avlastning* for de kommunale tjenestene⁵⁰.

Innledningsvis vil vi gi en illustrasjon av omfanget knyttet til opphold i sykehus versus sykehjem. Vi har tidligere vist at blant personer med opphold i kommunale eldreinstitusjoner i 2003, hadde 3.000 kommet fra somatisk sykehus i løpet av *siste år*, jf. pkt 6.5.4. Disse hadde i gjennomsnitt oppholdt seg i sykehus i 7.7 døgn. Hvis disse ikke hadde vært innlagt i sykehus, men oppholdt seg i sykehjem, ville det teoretisk ha representert 23.000 ekstra døgnopphold i sykehjem, tilsvarende ca. 80 flere årsverk. For kommunene ville det altså representert en besparelse på 80 årsverk dersom samtlige av disse liggedøgnene hadde funnet sted i sykehus. I vedlegg IIIB til dette kapitlet er det gjort nærmere rede for beregningene.

I en reell beregning ville det imidlertid ikke vært rimelig å regne inn samtlige liggedøgn, men eventuelt 'mer-liggetiden' knyttet til ferdigbehandlede pasienter som hadde oppholdt seg unødig i sykehuset p.g.a. manglende kapasitet eller pleieevne i de kommunale tjenestene.

Dette viser at omfanget i mellomværendet mellom kommunene og somatiske sykehus i utgangspunktet representerer marginale størrelser fordi oppholdstida i sykehus relativt sett er av svært kort varighet sammenliknet med f.eks. sykehjem.⁵¹

Disse årsverkene utgjorde forøvrig 0,15 prosent av samtlige årsverk nyttet i eldreinstitusjoner det året. Dette regneeksemplet kan stå som en målestokk på det eventuelle mellomværendet mellom sykehus og sykehjem i 2003. I tillegg kommer omfanget av kommunal omsorg blant pasienter skrevet ut til bolig og som mottok heimebaserte tjenester der.

Vi kjenner ikke til hvor mange brukere i somatiske sykehjem som i 2008 har fortid i somatiske sykehus. Økningen i antall innlagte (døgnopphold) i somatiske sykehus blant personer 70 år og eldre i perioden 2003 - 2007, var imidlertid på 8 prosent, eller i underkant av 20.000 personer.⁵² Om disse ble skrevet ut til sykehjem med samme andel som i 2003, ville dette representere en ubetydelig økning i forhold til 2003. Om

⁵⁰ Men her vil det være slik at det f.eks. i sykehjem ikke vil være mulig helt ut å nytte ut den plassen som blir ledig for et kortere tidsrom eller at dette bare delvis er mulig, f.eks. ved kortidsplassene.

⁵¹ Tidsperspektivet er ofte fraværende i sammenlikninger mellom ytelser i sykehus og kommunale tjenester, f. eks sykehjem. Mens opphold i sykehus jevnt over varer mindre enn en uke, varer opphold i sykehjem hele året og ofte flere år. En uke i slik sammenheng er nærmest blott for intet å regne. Dette misforholdet tas sjelden i betraktning når en sammenlikner kostnader knyttet til opphold i sykehus med bruk av kommunale tjenester. I forhold til ressursbruk i kommunal pleie- og omsorgstjenester er 'tid med omsorg' den fundamentale størrelsen, noe som er grundig dokumentert i Romøren 2001.

⁵² Dette er beregnet på grunnlag av opplysninger om antall døgnopphold i perioden 1999-2007 i tabell VIII.3 i vedlegg III B til kapittel 6.

vi f. eks doblet antallet som kom fra sykehus til sykehjem fra 2003 til 2008, ville det bare dreie seg om en økning fra 80 til 160 årsverk i sykehjem.

6.8.4 Mulige økte oppgaver i kommunene p.g.a. redusert liggetid i sykehus

Vi skal her foreta en gjennomgang og beregning av mulige effekter som redusert liggetid ved heldøgnsopphold i sykehus kan ha hatt på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Generelle antakelser om tiltakende krav til kommunale pleie- og omsorgstjenester p.g.a. raskere utskrivning fra sykehus

Generelt kortere liggetid og raskere utskrivning fra sykehus for skrøpelige pasienter med behov for pleie og omsorgstiltak, kan utløse økte ressursbehov i kommunene. Det vil både gjelde pasienter som skrives ut til egen bolig med oppfølging av hjemmesykepleien og pasienter som skrives ut til sykehjem for lengre eller kortere opphold.

Det er rimelig å anta at dette primært dreier seg om pleieoppgaver eller medisinsk oppfølging som ligger innenfor kommunehelsetjenestens alminnelige kompetanseområde. Omfanget av slik etterspørsel er ikke kjent, men det antas at det er stort og økende. (Romøren 2003, s. 76).

Men redusert liggetid og sterk økning i dagbehandling kan ha representert et tiltakende press på kommunene, slik vi pekte på i kapittel 6.2. Det kan ha ført til at oppgavene kan ha dreid over til i større grad å omfatte også behandling med økende krav til medisinsk kompetanse.

Redusert liggetid i somatiske sykehus vil medføre at noen av de utskrevne pasientene overtas *tidligere* i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Vi kan legge til grunn to ulike versjoner av dette utgangspunktet: (1) kommunene har *'ufrivillig' måttet ta flere oppgaver* enn før knyttet til pleie- og omsorg for raskere utskrevne pasienter, (2) fordi kommunene *uavhengig av utviklingen i sykehusene har bygd ut sine pleie- og omsorgstjenester, har de gjort det mulig for sykehusene å redusere liggetiden for pasientene.*

SINTEF har i denne sammenhengen tidligere anført at

Fordi kommunehelsetjenesten har vokst i volum, kompetanse og tiltak, er kommunehelsetjenesten i dag i stand til å ta på seg oppgaver som tidligere i langt større grad lå til spesialisthelsetjenesten. Når liggetiden har gått ned, kan en si at sykehusenes reduserte liggetid er gjort mulig gjennom kommunehelsetjenestens vekst og utvikling. (Kalseth et al., SINTEF, 2004, s. 36).

Uavhengig av om det har skjedd mest på den ene eller andre måten, kan vi beregne volumet knyttet til redusert liggetid fra et tidspunkt til et annet ved å regne om antall reduserte liggedøgn til årsverk i kommunale tjenester.

Resonnementet som vi legger til grunn her, er at deler av eller hele omfanget av redusert liggetid i somatiske sykehus fra et tidspunkt til et annet, er realisert ved kapasitetsvekst i kommunene eller ved at kommunene uansett har dekket inn konsekvens-

ene av redusert liggetid ved å ta de innsparte liggedagene ved sykehus som pleie- og omsorg i kommunene.

Vanskelig å beregne ressursbruken i kommunene ved redusert liggetid

Det er imidlertid vanskelig å beregne kommunenes ressursmessige merbelastning som følge av endringer i oppgavefordelingen mellom nivåene. Sjøl om sykehusene faktisk har redusert liggetida, er det ikke slik at dette har et umiddelbart direkte motstykke i økt kommunal bruk av ressurser til pleie og omsorg. SINTEF Helse mener det er vanskelig å antyde hva reduksjonen i liggetid har betydd i form av økt ressursbehov for kommunene, og viser til mangelfulle data over antall pasienter som faktisk overføres til pleie- og omsorgstjenesten. (Kalseth et al., SINTEF 2004, s. 26).

Data fra IPLOS vil kunne bøte noe på denne mangelen, da en her vil kunne få opplysninger om tidspunkt for utskrivning fra tilbud i spesialisthelsetjenesten og bruk av slikt tilbud to uker eller mindre før bruk av kommunale tjenester starter. Slike data foreligger av ulike grunner ikke som tidligere nevnt (kapittel 6.5.1 og 6.8.2). Derfor er vi henvist til å foreta generelle beregninger under noen gitte forutsetninger som vi har valgt å gjøre så vide at de representerer maksimumsanslag.

6.8.5 Mulig effekt på fordringen av kommunale tjenester som resultat av redusert liggetid i somatiske sykehus fra 2003 til 2008

I kapittel 6.2, tabell 6.1 ga vi en oversikt over bl.a. antall døgnopphold i (utskrevet fra) somatiske sykehus, sum liggedager knyttet til døgnopphold samt gjennomsnittlig liggetid per opphold. Vi tar her utgangspunkt i 2003, da forbruket av slike liggedøgn var den høyeste i perioden 2000-2008, med 4.476.000.

Vi forutsetter så at den reduksjon i liggetid som fant sted fra 2003 til 2008, fra 5,4 døgn til 4,7 døgn, i sin helhet kan tilskrives at reduksjonen ble dekket inn av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Men samtidig *ser vi bort fra* den økning i antall døgnopphold som har funnet sted i perioden, jf. tabell 6.1, fordi disse bl. a. representerer en standardheving som kommunene og sykehusene må bære i fellesskap.

Under sistnevnte forutsetning og forutsatt at liggetida hadde vært den samme i 2003 som i 2008, ville en i 2003 hatt 581.000 færre liggedøgn enn det en faktisk hadde. Differensen skyldes under disse forutsetningene i sin helhet redusert liggetid. Det betyr at kommunene fra 2003 til 2008 teoretisk kan ha gjort mulig bruk av 581.000 *færre liggedøgn* i somatiske sykehus *i 2008 sammenliknet med 2003*, ved samme antall døgnopphold (utskrevne pasienter).

Om vi videre forutsetter at disse liggedøgnene knyttet til redusert liggetid fra 2003 til 2008 *i sin helhet*, ble dekket opp ved opphold i kommunale sykehjem, ville dette kunne representere 1.591 sykehjemsplasser eller 2.150 årsverk på årsbasis. For nærmere spesifisering av beregningsgrunnlaget, se vedlegg IIIB til kapittel 6.

Dette representerer sjølsagt et *teoretisk absolutt maksimumsanslag* for hva denne reduserte liggetida i somatisk sykehus kan representere på høyeste kostnadsnivå i kommunal pleie- og omsorg. Til fratrekk i dette regnestykket kommer bl.a. de utskrevne som verken var brukere før eller etter sykehusoppholdet, eller som bare var brukere av

hjemmesykepleie/hjemmehjelp, samt den delen av redusert liggetid som kan tilskrives bedre behandling i sykehus, bl. a. knyttet til bedre medisinsk teknologi.

Men som vi alt har vist i kapittel 5 - og som vi kommer tilbake til i kapittel 6.12 - var det i 5-årsperioden 2003-2007 bare en samlet vekst i kommunale eldreinstitusjoner (sykehjem) på omlag 1000 årsverk. Det er imidlertid lite sannsynlig at disse i sin helhet har vært viet utskrevne fra sykehus.

6.8.6 Effekt av endret liggetid i somatiske sykehus blant pasienter 70 år og eldre 1999-2007 som følge av manglende kapasitet/kompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

Vi legger her fram et tredje beregningseksempel med utgangspunkt i redusert liggetid i somatisk sykehus for pasienter 70 år og eldre i perioden 1999-2007. Grunnlaget for beregningene er gjengitt i Vedlegg IIIB til kapittel 6.

Det har siden tidlig på 1980-tallet vært pekt på at det har vært et betydelig innslag av ferdigbehandlede, særlig eldre, pasienter i somatiske sykehus. Liggetiden har imidlertid etter hvert blitt betydelig redusert. Fra 1999 til 2007 ble liggetiden for døgnopphold i somatiske sykehus redusert med 1,7 og 1,6 døgn for pasienter henholdsvis 80 år og eldre og 70-79 år.

Om vi anlegger det resonnement at denne reduksjonen i liggetid i sin helhet er realisert ved at kommunene i løpet av disse åra har forbedret sin kapasitet og evne til å ta imot pasienter fra sykehus, ville en med *det samme antall utskrivninger i 2007 som i 1999* - men med liggetid som i 2007- kunne ha redusert oppholdene i somatiske sykehus med 355.000 liggedøgn i 2007 i forhold til 1999.

Dette representerer omregnet 970 plasser eller 1.150 årsverk i kommunale eldreinstitusjoner det året, jf. vedlegg III B. Dette tilsvarer 2,25 prosent av samtlige plasser/årsverk i eldreinstitusjoner. I forhold til våre den gang 434 kommuner utgjorde det i gjennomsnitt 2,2 institusjonsplasser per kommune.

I virkeligheten er det imidlertid bare noe av denne reduksjonen som eventuelt kan tilskrives bedret kapasitet og kompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. En vesentlig del av reduksjonen i liggetid må mest sannsynlig føres tilbake til medisinske og teknologiske framskritt i behandlingen ved sykehus, sammen med en generelt noe strengere utskrivingspraksis. Men sjøl om vi 'laster alt ned' på manglende kommunale pleie- og omsorgstjenester, representerer det likevel en nokså liten andel av den samlede innsatsen i de kommunale omsorgstjenestene.

6.9 Mål for omfang av utskrevne brukere fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til kommunal pleie- og omsorg

Vi skal i dette avsnittet foreta noen beregninger av ressursbruk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene knyttet til brukere med fortid i den *psykiatriske spesialisthelsetjenesten*. Det gjør vi ut fra antall slike brukere i 2003 (1) og reduksjon i antall døgnplasser i den psykiatriske 2. linjetjenesten i løpet av perioden 1998-2008 (2), samt ut fra den NIBR-rapport 2010:1

generelle økningen i etterspørselen etter tjenester for voksne i det psykiske helsevernet (3). Vi nytter årsverk som mål for omfang av kommunal ressursbruk knyttet til dette. I avsnitt 6.11 gir vi en samlet oversikt over kostnader knyttet til de ulike beregningene.

6.9.1 Brukere av pleie og omsorg blant brukere med fortid i den psykiatrisk 2. linjetjenesten i 2003

Den eneste norske undersøkelsen som gir kunnskap om fortid i 2. linjetjenesten, er den nevnte undersøkelsen i regi av Statens helsetilsyn i 2003. I kapittel 6.5, om brukere med fortid i 2. linjetjenesten, viste vi at respektive 1.500 og 2.050 personer med plass i kommunale boliger og eldreinstitusjoner var kommet dit etter å ha blitt utskrevet fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, jf. tabell 6.3.

Vi vet imidlertid ikke noe om hvorvidt disse kom fra permanente, lengre eller midlertidige opphold i slike 2. linjeinstitusjoner. Ikke alle som var kommet dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, kan regnes å være kommet fra lengre eller permanente opphold. I noen tilfeller kan det således være tale om midlertidige opphold, som kan ha resultert i reinnleggelser.⁵³

I kapittel 6.5 refererte vi til antall timer brukerretta hjelp per uke mottatt av brukerne i kommunale boliger. Vi har imidlertid behov for å regne om fra brukerretta timeverk til *antalte årsverk*, analoge til de som går fram av statistikken. Her viser vi til Vedlegg III, der vi har gjort rede for disse beregningene.

I beregningene som følger, legger vi til grunn at de som har plass i kommunale boliger, har hjelp over hele året i det omfang som Helsetilsynets undersøkelse viser, og slik det er dokumentert i tabell VIII.4, i vedlegg III til kapittel 6.

Her går det fram at det i 2003 ble utført 1.200 årsverk til 2.050 personer i pleie- og omsorgstjenestene som sist kom til kommunale boliger fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. For de 1.500 som var kommet fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og som befant seg i institusjoner i 2003, gikk det med 1.900 årsverk, jf. tabell 6.4.⁵⁴

Vi må anta at en god del som skrives ut fra døgnplasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, skrives imidlertid ut til ordinær privat bolig og mottar sine tjenester der. Omfanget av dette kjenner vi ikke.

Det ble således i 2003 gitt et permanent tilbud i institusjon og et tilbud i kommunale boliger med hjemmebaserte tjenester til 3.550 personer som var kommet dit direkte

⁵³ Ved beregninger av kommunal ressursinnsats legger vi imidlertid til grunn at brukere som er skrevet ut fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, oftest er skrevet ut på permanent basis. Ved beregning av omsorgsvolum for personer med tjenester i kommunale regi, vil vi eksempelvis nytte siste året (ett år) som beregningsgrunnlag samtidig som vi vil forutsette at disse personene er kommunale brukere gjennom hele året. Materialet gir forøvrig mulighet til i en viss grad å undersøke hvor permanente oppholdene har vært for dem som er utskrevne fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, idet vi kjenner deres oppholdstid i kommunal bolig og eldreinstitusjon etter siste utskrivning.

⁵⁴ Dette er beregnet ut fra sum årsverk i institusjon i 2002, jf. kapittel 5, tabell 5.1 og sum antall plasser i eldreinstitusjoner same år. Det gir $53.475 \text{ årsverk} / 42.319 \text{ plasser} = 1,26 \text{ årsverk}$ i gjennomsnitt per plass i 2002. Det gir igjen $1.500 * 1,26 = 1.890 \text{ årsverk}$, eller ca. 1.900 årsverk i 2003.

fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten med i alt 3.100 årsverk på årsbasis. Vi må anta at de fleste av disse var knyttet til brukere med permanent tilbud fra de kommunale tjenestene.

Tabell 6.4 *Antall personer og årsverk knyttet til brukere med plass i eldreinstitusjoner og kommunale boliger i 2003 og som er kommet dit fra psykiatriske spesialisthelsetjeneste.*

	Antall personer		Antall årsverk		
	Institusjon	Bolig	Institusjon	Bolig	I alt
Alle med plass i 2003	1.500	2.050	1.900	1.200	3.100
Alle m. plass siste året	350	550	440	320	760

Kilde: Statens helsetilsyn 2003

Men antallet med fortid i 2. linjetjenesten blant brukere med opphold i løpet av ett år (siste året) er betydelig færre, da oppholdstiden i gjennomsnitt er betydelig lengre. Bare omlag hver fjerde bruker med opphold i institusjon/kommunal bolig i 2003 var kommet dit fra den psykiatriske 2. linjetjenesten i løpet av siste år.

Således var det til sammen 900 personer i eldreinstitusjoner/kommunale boliger i 2003 med slik fortid og som hadde flyttet inn i løpet av året. I følge våre beregninger nyttet disse 760 kommunale årsverk på årsbasis.

Til sammenlikning var det 1.148 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i 2003 finansiert av øremerkete midler i regi av *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Og ved utgangen av 2007 var det 2.719 årsverk som var finansiert på denne måten (Kaspersen et al., SINTEF 2008, tabell 2.5).

Resultatet blir betydelig forskjellig alt etter hvilken tidshorisont som legges til grunn. I forhold til det psykiske helsevernet for voksne er det imidlertid oftest slik at kommunene ikke overtar oppgaver begrenset til et kortere tidsrom (ett enkelt år), men ofte har med seg de samme brukerne over tid. Derfor er det rimelig å legge *alle brukere på et gitt tidspunkt med fortid i 2. linjetjenesten til grunn ved utmåling av oppgaveforskyvning*. Slik måler vi det *akkumulerte nivået* for tjenesteoppgaver i et gitt år. I 2003 gjaldt det 3.100 årsverk knyttet til brukere i institusjoner/ boliger med fortid i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

6.9.2 Effekt i kommunene av reduserte døgnplasser i psykiatrisk 2.linjetjeneste 1998-2008

Vi viste i kapittel 6.3 at tilbudet av døgnplasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten ble redusert med netto 1.423 plasser under *Opptrappingsplanen for psykisk helse*, fra 1998-2008, og dette skjedde mest gjennom reduksjonen i psykiatriske sykehjem med ca. 1.100 plasser. Denne kapasiteten må i de fleste tilfelle være erstattet med kommunale tilbud, antakelig mest i form av kommunale boliger tilknyttet tjenester; fordi de aller fleste utskrevne ikke disponerer egen bolig, samtidig som de må antas å ha behov for nokså omfattende og sammensatte tjenester fra kommunene.

Vi legger til grunn at det ble nyttet omlag 1,3 årsverk per plass i de psykiatriske sykehjemmene⁵⁵. Sjøl om dette jevnt over vil være personer med omfattende hjelpebehov, kjenner vi ikke omfanget av deres bruk av kommunale tjenester. For den delen som angår pleie- og omsorgstjenester, viste Helsetilsynets undersøkelse i 2003 at disse brukerne mottok ca. 0,6 årsverk i de heimebaserte tjenestene når de bodde i kommunale boliger. Øvrige tjenester vil måtte komme i tillegg. HOD/KS la i 2006 'beregningmessig' 1,0 årsverk per person til grunn (HOD 2006 s. 32). Vi nytter også rent beregningmessig 1,0 årsverk per bruker. Men det må sannsynligvis betraktes som et maksimumsmål.

På dette grunnlaget representerer en reduksjon på 1.400 heldøgnsplasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten fra 1998-2008 en årlig nivåøkning på *1.400 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i 2008*. I tillegg kommer kommunale kostnader knyttet til bygging av omsorgsboliger.⁵⁶

Fra HOD/KS har det i denne sammenhengen blitt minnet om at

den nedbygging av psykiatriske sykehjemsplasser som har skjedd i Opptappingsplanens periode, også ut over det omfang som var forutsatt i planen, har medført økte oppgaver og utfordringer for kommunene. Dette har betydning for både personellbehovet i kommunene og behovet for boliger utover de 3.400 boligene som er finansiert gjennom Opptappingsplanen. (HOD 2006, s. 39).

Vi minner samtidig om at våre beregninger her er av en vesentlig annen type beregning enn den vi gjennomførte ovenfor (pkt 6.9.1). Her referer vi til en permanent kapasitetssenkning, mens vi i det første tilfellet refererte til tidligere brukere av plasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten uavhengig av kapasiteten der, d.v.s. gjennomstrømming over tid⁵⁷. Det siste målet vil etter vår vurdering være mest riktig i forhold til spørsmålet om oppgaveoverføring mellom nivåene.

6.9.3 Økt årsverksinnsats i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten - mulig kompensasjon for redusert antall døgnplasser

Sjøl om antall døgnplasser i psykisk helsevern totalt sett er redusert, har bemanningen i spesialisthelsetjenesten økt raskere enn forutsatt, og behandlingsskapasiteten i psykiatrien, spesielt innenfor poliklinisk virksomhet, er økt. Ved utgangen av perioden for Opptappingsplanen var det registrert en økning på i alt 3.065 årsverk, på tross av nedbyggingen av døgnavdelinger, jf. tabell 6.5 (korrigert for endret registreringspraksis blir økningen om lag 2 900 årsverk – Pedersen, SINTEF 2009).

⁵⁵ På grunnlag av oppgaver over antall plasser og antall årsverk nyttet i psykiatriske sykehjem/andre institusjoner i oppgaver fra SINTEF (Pedersen, SINTEF 2009, kapittel 3) har vi beregnet at det i 1998 gikk med 1,25 årsverk per plass, mens det i 2001 ble nyttet 1,45 årsverk her. KS/HOD har også lagt til grunn 1,3 årsverk (HOD 2006, s. 32).

⁵⁶ I følge St prp. 1, HOD (2008-2009), var det under *Opptappingsplan for psykisk helse* bygget 2.936 omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser, programkategori 10.40, post 62, mens målsettingen var 3.400 slike boliger i 2008.

⁵⁷ Disse kan samtidig også omfatte personer som har vært innlagt flere ganger. Dessuten er antall utskrevne fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten bar i løpet av ett år langt større enn antall døgnplasser, f. eks ca. 50.000 personer i løpet av 2008, mens antall plasser var ca. 4.600, jf. kap 6.3.2.

Økningen har særlig funnet sted ved DPS-ene, hvor det i perioden 1998-2008 ble tilført netto ca. 2.100 årsverk pluss nærmere 1.700 ved poliklinikkene, jf. tabell 6.5. Årsverkene i poliklinikk ble således fordoblet, fra 1.532 årsverk i 1998 til 3.073 i 2008. Veksten har m.a.o. nærmest i sin helhet kommet ved DPS'ene.

Tabell 6.5 *Endring i antall årsverk i psykisk helsevern for voksne i døgn-/ (dag)avdelinger og poliklinikker ved DPS-avdelinger og sykebus 1998-2008, samt bestand 2008. Antall årsverk.*

	Døgn-/ dagavdelinger	Poliklinikk	Begge	Alle 2008
Sykehjem/andre institusjoner – endring 98-08	-1.464	-	-1.464	286
DPS-avdelinger - endring 98-08	2.068	1.663	3.731	6.893
Avdelinger utenfor sykehus i alt	604	1.663	2.267	7.178
Sykehus - endring 98-08	929	-131	798	9.548
Alle – endring 98-08	1.533	1.532	3.065	16.726

Kilde: Pedersen, SINTEF, SAMDATA sektorrappport for det psykiske helsevernet 2008, Rapport 2/2009, figur 3.7 og 3.9.

Det har imidlertid også vært en økning i personellinnsatsen ved sykehusene, med vel 900 årsverk ved sykehusavdelingene, jf. tabell 6.5. Dette må bl.a. ha innebåret en standardheving her, noe som også gjenspeiles i høynet utdanningsnivå blant personalet. Samlet sett har en vesentlig høyere andel av ressursveksten enn forutsatt gått til sykehusavdelinger (Pedersen, SINTEF 2009).

På tross av nedleggelse av netto vel 1.400 døgnplasser og en tilsvarende økning på 1.400 årsverk i kommunale tjenester, har det vært en økning i den samlede årsverksinnsatsen i spesialisttjenesten på over det dobbelte av dette, både ved en økning i årsverkene i sykehusavdelingene og en særlig stor økning i aktiviteten utenfor sykehus, med i alt 2.267 årsverk i årene 1998-2008.

Bemanningskapasiteten i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten har således ikke gått ned, men vesentlig opp. Det skulle tilsi at kommunene er blitt avlastet og ikke pålagt oppgaver i den nevnte perioden. Men det som avgjør svaret på dette spørsmålet, er imidlertid om den samlede økningen i etterspørsel etter tjenester i det psykiske helsevernet i perioden har vært enda større? Det drøfter vi i neste avsnitt.

6.9.4 Forhold som sannsynliggjør økt etterspørsel etter tjenester blant personer med psykiske lidelser og økt kommunal innsats ut over øremerkete tilskott

Rådet for psykisk helse har skjønnsmessig beregnet at ca. 50 000 mennesker i Norge har alvorlige kroniske psykiske lidelser, hvorav ca. 20 000 har varige bistandsbehov. I tillegg har 150 000 alvorlige psykiske lidelser med tidvis store behandlingsbehov (NOU 2005:3, s. 54). Problemene synes m.a.o. nokså omfattende.

I kapittel 6.3 viste vi til at det parallelt med en viss nedbygging av døgnplassene har funnet sted en betydelig økning i antall behandlede personer der, fra ca. 30.000 personer i 1998 til ca. 50.000 i 2008. At langt flere brukere er kommet med, vil samtidig bety at kontaktflata til de kommunale tjenestene også må ha økt betraktelig. En slik utvikling blir ytterligere sannsynliggjort ved den økningen som har funnet sted i den *polikliniske virksomheten*, der antall konsultasjoner økte med 130 prosent i den nevnte perioden.

I tråd med dette pekte Wisløff-utvalget (NOU 2005:3) på at antallet pasienter synes å ha vært økende i takt med økt behandlingstilbud i psykiatrien, og en viste her bl.a. til at endringer i samfunnsmessige forhold antas å ha ført til økte psykososiale problemer. Samtidig pekte en på at økt tilgjengelighet og endrede holdninger i befolkningen kan ha redusert terskelen for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Et nokså pålitelig uttrykk for utviklingen i omfanget av psykiske lidelser kan være veksten i antallet uføretrygde p.g.a. psykiske lidelser. Vi har derfor sett på utviklingen i andel og antall uførepensjonister med psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som primærdiagnose i perioden 1990-2006.

I perioden 1996-2006 ble det omlag 23.000 flere uførepensjonister med psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som primærdiagnose, eller en økning på 33 prosent i perioden. Andelen med slike diagnoser av alle uførepensjonister, har også økt litt i samme periode. jf. tabell 6.6. Økningen synes derfor å være del av den allmenne samfunnsutvikling som bl.a. har ført til utstøting fra arbeidslivet og økt uførhet i pensjonssammenheng. Men denne utviklingen har samtidig utvilsomt også gitt flere pasienter i psykisk helsevern, sjøl om hver tredje som er uføretrygdet p.g.a. psykiske lidelser, oppgir å ikke ha fått hjelp med sine problemer (St.prp. nr. 1, HOD, 2008-2009, kapittel 743).

Sammenhengen bekreftes også av en analyse av samlet årsverksinnsats i psykisk helsevern i norske kommuner i 2007. Den viser at kommuner med en høy andel uførepensjonister med psykiske lidelser også har en større årsverksinnsats i tjenester til voksne i psykisk helsevern enn kommuner med relativt færre uføre med slik diagnose⁵⁸.

⁵⁸ Vi refererer her til en regresjonsanalyse av årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid ved SINTEF 2009 (Ose et al. : *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*).

Tabell 6.6 *Antall uførepensjonister med psykiske lidelser/ sinnslidelser andre enn utviklingshemmede/ personer med mental retardasjon som primærdiagnose. 1990, 1995, 2001 og 2006.*

	1990 ¹⁾	1995	2001	2006	Endring 1995-06
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	(53.900)			90.452	22.652
Sinnslidelser ²⁾	53.900	67.800			
Andel av alle uføretrygdede	23,0	28,7		30,4	
Utviklingshemmede					
Antall utviklingshemmede/ personer med mental retardasjon	12.200	12.500	12.500	12.487	0
Registrerte utviklingshemmede i kommunene ³⁾		18.611	ca. 19.000	21.567	2.956
Antall utviklingshemmede i egen bolig med heimebaserte tjenester ⁴⁾		8.870	ca. 10.750	12.050	3.180

Kilde: Rikstrygdeverket og NAV

1) Antall uførepensjonister i 1990 og 1995 er *beregnet* ved å multiplisere samlet antall mottakere med den oppgitte prosentandelen med denne primærdiagnosen, siden det publiserte materialet ikke gjengir de absolutte talloppgavene. 2) I 1990 og 1995 nyttet betegnelsen "sinnslidelser". 3) Dette er antall utviklingshemmede registrert av kommunene til staten i tilknytning til inntektssystemet (mottakere av en eller flere kommunale tjenester). Kilde: Oppgaver fra Sosial- og helsedepartementets registreringer/Brevik 2009, jf. Prosjektnotat nr. 3, Utvikling i antall utviklingshemmede brukere i pleie- og omsorgstjenestene 1989-2007, NIBR, april 2009, tabell 8. 4) Beregninger ved NIBR 2009, jf. Prosjektnotat nr. 3, 2009.

Vi har også tatt med en enkel oversikt over utviklingen i antall utviklingshemmede uførepensjonister, registrerte utviklingshemmede i kommunene samt antall utviklingshemmede med heimebaserte tjenester.

Mens det i perioden 1995-2006 ikke ble flere utviklingshemmede med uførepensjon, er det registrert omlag 3000 flere utviklingshemmede brukere i kommunene i tilknytning til statlige overføringer i inntektssystemet. Samtidig er det blitt tilsvarende flere utviklingshemmede under 67 år som er brukere av heimebaserte tjenester, jf. tabell 6.6.

Økningen i antall registrerte utviklingshemmede har m.a.o. sin motsvarighet i tjenestetilførselen. Det tyder igjen på at kommunene etter HVPU-reformen i større grad har tatt vare på flere utviklingshemmede enn tidligere, antakelig ofte yngre brukere.

Vi har her pekt på en del forhold som sannsynliggjør økt etterspørsel i det psykiske helsevernet - også etter kommunale tjenester - og med tilhørende eventuelle kommunale mangler. Wisløff-utvalget viste også til slik kapasitetsmangel som en mente bl.a. var synliggjort i forhold til:

1. Ikke-brukere - høy andel ferdigbehandlede pasienter ved psykiatriske sykehus som kommunene ikke klarer å ta imot (NOU 2005:3, s. 59).
2. Egne brukere, ved at:

- mange pasienter skrives ut uten videre avtalt oppfølging
- hyppig svikt i samhandlingen mellom akuttavdelinger og DPSene
- personer med psykiske lidelser får systematisk mindre tilstrekkelige tjenester på alle de undersøkte områdene enn andre tjenestemottakere (Statens Helsetilsyn, rapport 7/2005).

I St.prp. nr. 1 (2008-2009) peker også Helse- og omsorgsdepartementet på at det gjenstår utfordringer i det psykiske helsevernet, og nevner sentrale forhold som bl.a. tilgjengelighet til tjenester, oppfølging etter utskriving, lavterskeltilbud og mer likeverdige kommunale tilbud.

SINTEF har også tidligere vist til at kommunene opplever at utfordringene innen psykiatri og rus er svært store og økende, og mente dette både var et ressursproblem og et kompetanseproblem. Kommunene har fått ansvar for langtidspasienter i psykiatriske sykehjem og:

en omfattende deinstitusjonalisering av psykiatrien er blitt gjennomført uten at kommunene har bygd opp tilstrekkelig kompetanse eller fått nok ressurser til å møte behovene i form av nok personell og kompetanse (SINTEF 2004, s. 119).

Det er også blitt vist til at tempoet i avviklingen av døgnplasser har vært større enn forutsatt og at ”det har skjedd en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, utover det som lå til grunn for opptrappingsplanen” (St.prp. nr. 1 (2005-2006), HOD). En kartlegging fra Fafo (2005) som tok opp udekkete behov for boliger og tjenester, tyder imidlertid på at kommunene har prioritert brukere fra psykiatriske sykehjem relativt høyt, mens andre med psykiske lidelser har vært prioritert lavere.

Denne gjennomgangen tyder på at tjenestene i psykisk helsevern har vært, og fortsatt er, under press. Det vil ikke minst gjelde kommunale tjenester til disse brukergruppene. Dette følger ikke alene av avviklingen av døgnplasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, men antakelig særlig av generelt økte behov/økt etterspørsel etter kommunale tjenester blant personer med psykiske lidelser.

Men sjøl om det kan sannsynliggjøres at de kommunale tjenestene kan ha vært mangelfulle, kan det tenkes at kommunene likevel har gitt positive svar på denne utviklingen utover det som følger av de statlige tilskuddene?

6.9.5 Samlet økning i kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser 1998-2007

Opptrappingsplanen for psykisk helse har omfattet pasienter i det psykiske helsevernet og mennesker med psykiske problemer som mottar hjelp fra kommunehelsetjenesten. Men det har også tidligere vært virksomhet på dette området i kommunal regi.

SINTEF har tidligere pekt på at det er vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er blitt redusert, når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene ses under ett. Heller ikke er reduksjon i antall

døgnplasser i spesialisthelsetjenesten uttrykk for hvor mange personer kommunene har overtatt ansvaret for (Hagen og Ruud 2003).

Så langt har vi bare hatt tilgang til statistiske oversikter over den innsats som er etablert i det psykiske helsevernet gjennom midler i den statlige opptrappingsplanen. Nå foreligger imidlertid innsamlede data som viser samlet innsats i kommunene i det psykiske helsevernet og i det psykiske helsearbeidet i kommunene for 2007, samt oversikt over den delen av ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet som ikke har vært finansiert av statlige øremerkede midler. Resultatet går fram av tabell 6.7.

Tabell 6.7 *Samlet antall årsverk i psykisk helsevern for voksne i kommunene i 2007 og antall årsverk finansiert ved øremerkete tilskudd under Opptrappingsplan for psykisk helse 2000 og 2007 samt differanse årsverk i alt og bidrag under OP. Årsverk.*

Type tiltak:	Finansiert ved tilskudd under Opptrappingsplan for psykisk helse 1)		Aktivitet i alt i kommunene2)	Differanse I alt - OPP
	2000	2007	2007	2007
1. Bistand i bolig	718	2.719	3.662	+ 943
2. Støttekontakt voksne	-	192	-	-
3. Tilrettelagte behandlingstilbud	366	947	3.824	+ 2.877
Sum 1-3	1.084	3.858	7.486	+ 3.820
4. Aktivitetstilbud	357	682	217	- 465
5. Kommunale arbeidsplasser	79	152	509	+ 357
Sum årsverk voksne	1.520	4.691	9.069	+ 4.355

Kilde: SINTEF 2008 og 2009.

1) Data her er basert på rapporten *Psykisk helsearbeid i kommunene: Disponering av statlige øremerkete midler 1999-2007*, Kaspersen et al., rapport SINTEF, A8811, Trondheim, november 2008, tabell 2.5.

2) Oppgavene er basert på rapporten *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007*, Ose et al., rapport SINTEF A11269, Trondheim, februar 2009, tabell 3.3.

I 2007 ble det i kommunene ytt vel 9.000 årsverk i det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunene - knyttet til fem ulike tiltak, jf. tabell 6.7. Det er nesten dobbelt så mye som det som er bygd opp ved statlige tilskott under Opptrappingsplanen. Vi vet ikke hvor stor andel av dette som var opparbeidet i kommunene før 1998. Det er imidlertid rimelig å anta at en vesentlig del av kommunenes egenhendige innsats er blitt til under opptrappingsplanperioden.

Det er særlig områdene 'bistand i egen bolig' og 'tilrettelagte behandlingstilbud' som er omfattende, idet disse i 2007 sto for 82 prosent av samlet antall årsverk. Den første kategorien er også omtalt som *"bistand i egen bolig og boveiledning/hjemmebaserte tjenester"* (Kaspersen et al., SINTEF, 2008, s. 21). Vi går ut fra at dette nærmest i sin helhet gjelder heimebaserte tjenester.

Når det gjelder kategorien 'tilrettelagte behandlingstilbud', anfører SINTEF at det kan være vanskelig å skille mellom dette og bistand i egen bolig. Det tyder igjen på at

dette ofte er virksomhet under 'heimebaserte tjenester' eller tiltak som ligger nært opp til disse, d.v.s. det som rubriseres slik i KOSTRA/IPLOS. Vi vet imidlertid ikke eksakt hvor disse årsverkene er ført i KOSTRA-registreringen. Men det som ikke faller på helsetjenesten (lege/psykolog og eventuelt helsesøster), må høre heime i pleie- og omsorg, selv om noe her kan komme fra institusjonene.

Her vil vi nevne at i en evaluering av kommunalt psykisk helsearbeid i perioden 2002-2008 (Myrvold, T.M. og Helgesen M., NIBR 2009) går det fram at for de kommuner som har organisert dette arbeidet innenfor et større tjenesteområde har utviklingen gått mot at å legge det inn under pleie- og omsorgstjenestene, mot tidligere innenfor enheter som primært drev med helsearbeid.

På bakgrunn av det vi her har anført er det ikke urimelig å anta at en betydelig del, eller mesteparten av de nevnte årsverkene, hører heime i de heimebaserte tjenestene.⁵⁹

I så fall ble det i 2007 utført ca. 7.500 årsverk i heimebaserte eller heimebasert-liknende tjenester i psykisk helsearbeidet for voksne, hvorav ca. halvparten ikke var finansiert gjennom statlige tilskott. Og det er framfor alt i forhold til tilrettelagte behandlingstilbud at den kommunalt egenfinansierte aktiviteten er størst, mens statlige tilskott har stått for tre fjerdedeler av årsverkene til bistand i egen bolig.

Vi vet som nevnt ikke hva nivået på den sjølstendige kommunale innsatsen var i 1998, men hvis vi antar at mesteparten er kommet til under Opptrappingsplanen, kan disse dataene tyde på at kommunene har tilført omlag 3.000 årsverk i de heimebaserte tjenestene, mens omtrent like mange er kommet til finansiert gjennom statlige tilskudd.

En slik utvikling føyer seg godt inn i det vi har vist for utviklingen i bruken av de heimebaserte tjenestene i sin alminnelighet etter 1995, hvor en svært stor del har tilfalt brukere under 67 år med psykiske lidelser og somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, jf. kapittel 5 – dette gjelder også uavhengig av statlig politikk eller handlingsplaner.

I kapittel 5 har vi på den andre siden gjort rede for beregninger av den kommunale innsatsen i heimebaserte tjenester til personer med psykiske lidelser. Her går det fram at 8.200 årsverk gikk til slike brukere under 67 år, mot ca. 3.700 årsverk i 2002.

Helsedirektoratets registrering som vi har omtalt her, omfatter alle brukere, men likevel vil de fleste være under 67 år. Ved sammenlikningen med våre beregninger, finner vi et stort sammenfall med direktoratets og våre beregninger av årsverk i de heimebaserte tjenestene til personer med psykiske lidelser. Dessuten viser våre beregninger betydelig vekst de 5 siste åra. Det kan undertøtte en hypotese om at det har funnet sted en betydelig økning i kommunalt finansierte tjenester de seinere åra, slik statusrapporten fra SINTEF for 2007 tyder på.

⁵⁹ SINTEF vil i forbindelse med registreringen og utarbeidingen av tilsvarende årsverksoppgaver for året 2009 skille ut den delen av denne innsatsen som samtidig faller inn under de heimebaserte tjenestene.

6.10 Mulige kostnader i kommunene knyttet til ferdigbehandlete pasienter i somatiske sykehus

6.10.1 Mulige årsaker til ferdigbehandlete, men ikke utskrevne fra sykehus

Det har lenge blitt pekt på at liggetider for eldre i sykehusene har sammenheng med variasjoner i kapasitet i de kommunale heimebaserte tjenestene og sykehjem (Paulsen 1992, Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001, Kjekshus 2004 i Kalseth et al., SINTEF 2004).

Det har blitt hevdet at knapphet, dels på kommunale *rehabiliteringsplasser*, men særlig på ordinære plasser i sykehjem fordi *kortidsplassene* blir belagt med langtidspasienter som igjen blokkerer for brukere med behov for *rehabilitering og avlastning*, er vesentlig årsaker til at eldre blir liggende utskrivningsklare i sykehus (Otterstad og Tønseth 2007a, 2007b, Brevik 2007c)⁶⁰. Dessuten har det i mange år vært fokus på mangelfull og for lav legedekning ved våre sykehjem (Brevik 2007c, kapittel 3.4), sjøl om situasjonen synes noe bedret i de siste åra, jf. kapittel 7.3.

I en drøfting ved SINTEF om arbeidsfordelingen mellom nivåene i helsetjenesten og vurdering av endringer i denne, tar en utgangspunkt i spørsmålet om hvorvidt sykehusene tar hand om pasienter, eller deler av pasientbehandling og pleie, som i utgangspunktet er regnet som et kommunalt ansvar (Kalseth, SINTEF, 2009, kapittel 6). Som eksempel her er problematikken knyttet til ferdigbehandlete og utskrivningsklare pasienter. Det andre spørsmålet knytter an til St.meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen, er hvorvidt kommunene kan overta et større ansvar enn i dag for pasientbehandling og pleie eller aktivitet relatert til forebygging og rehabilitering.

6.10.2 Mulig omfang av kommunale tjenester til ferdigbehandlete pasienter i somatiske sykehus

Helse- og omsorgsdepartementet har gjort beregninger som viser at det i 2007 var 145.000 liggedøgn knyttet til ferdigbehandlete pasienter i alle aldre som ikke var friske nok til å reise hjem, men som ikke hadde noe tilbud utenfor sykehus⁶¹. Om vi her forutsetter at det for samtlige liggedøgn skyldtes manglende tilbud i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, fortrinnsvis i sykehjem, og at problemet kunne løses ved et tilbud i kommunale institusjoner, tilsvarte det 400 plasser/525 årsverk i institusjon, eller brutto driftskostnader tilsvarende 300 millioner kroner i 2007, jf. beregningsgrunnlaget i vedlegg IIIB. Dette representerte igjen 1 prosent av årsverksinnsatsen i kommunale eldreinstitusjoner samme år og 0,4 prosent av samlet årsverksbruk i pleie- og omsorg i 2007. For øvrig gjennomførte den samlede kommunale

60 Denne problematikken har vi gjort rede for og drøftet mer utførlig i Brevik 2007c, kapittel 3.8, Kortidsplassenes betydning for tilgjengelighet i sykehjem.

61 Dette er basert på personlig meddelelse fra Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2007. Seinere er det i St. meld. nr. 47 (2008-2009), kapittel 4.1.3, opplyst at det i tilknytning til 'utskrivningsklare' pasienter i 2007 var knyttet 150.000 liggedøgn. Vi holder oss her imidlertid til 145.000 liggedøgn. NIBR-rapport 2010:1

pleie- og omsorgssektoren 118.000 årsverk i 2007 med 63 milliarder i brutto driftskostnader.

Basert på noe usikre tall, er det beregnet at det i 2002 ville kostet kommunene omtrentlig 125 millioner kroner å la de utskrivingsklare pasientene bli overført til sykehjem, mot kostnader på ca. 288 millioner ved å la dem ligge i sykehus (Kalseth et al, SINTEF 2004, s. 122). Dette er vesentlig mindre enn hva dette beløp seg til 5 år seinere.

6.11 Ressurs- og kostnadmessige konsekvenser i kommunen av redusert liggetid/ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten

Vi har i kapittel 6.8.3-6.8.6 gitt tre *eksempler på størrelsesordener* knyttet til personer som kommer fra somatiske sykehus til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Disse høyst ulike tilnærmingene gir et resultat som viser at ressursinnsatsen dette genererer, regnet om til nødvendig innsats fortrinnsvis i kommunale sykehjem, dreier seg om nokså få årsverk og små andeler av ressursinnsatsen både i forhold til institusjoner og enda mindre i forhold til i den totale kommunale pleie- og omsorgssektoren.

Tabell 6.8 *Oversikt over hovedresultatene i 6 regneeksempler for årene 2002, 2007 og 2008 knyttet til utskrevne fra somatiske sykehus (1), redusert liggetid i sykehus (2,3), ferdigbehandlede i sykehus (4) og utskrevne pasienter fra psykiatriske spesialisthelsetjeneste (5) og reduserte døgnplasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (6)*

År	Gjelder	Ant. pers/ ligged. (ld) / årsverk (årsv)	Årsverk i sykehjem	Andel årsv. i institusjon – prosent	Brutto*) drifts- kostnader (mill kr)
Ut av somatiske sykehus					
1. 2002	Skrevet ut fra sykehus til kommunale eldreinstitusjoner/boliger	3.350 pers	79/82	0,15	37
2. 2008	Redusert liggetid 2003-2008	581 tusen ld	2.150	3,9	1.185
3. 2007	Redusert liggetid i sykehus 1999-2007 hos pers 70 år +	355 tusen ld	1.148	2,25	633
Ferdigbehandlet i sykehus					
4. 2007	Liggedøgn i sykehus p.g.a. manglende kommunalt tilbud	145 tusen ld	524	0,96	300
Psykiatriske 2. linjetjeneste					
5. 2002	Skrevet ut til kommunale eldreinstitusjoner/boliger		3.100	5,8	1.390
6. 2008	Reduksjon med 1.400 statlige heldøgnsplasser 1998-2008		1.400	2,6	700

*) Vi har nyttet brutto driftskostnader da disse er de mest pålitelige. De netto driftskostnadene er imidlertid noe mindre da brukernes egenandeler og refusjoner fra NAV kommer til fratrukk. Brutto-kostnadene reflekterer imidlertid de samfunnsmessige kostnadene best. Kostnadene er beregnet i løpende kroner for de enkelte år.

6.11.1 Effekt av redusert liggetid i somatiske sykehus 2007/2008

De to eksemplene i kapittel 6.8.5-6.8.6, der vi i sin helhet laster effekten av redusert liggetid i somatiske sykehus i perioden 2003-2008 for hele befolkningen og redusert liggetid 1999-2007 for pasienter 70 år og eldre, på bruk av kommunale sykehjem, gir som resultat at dette ville ha beløpt seg til brutto driftskostnader i sykehjem tilsvarende 1.185 mill og 633 mill i 2007/2008. Dette er relativt sett beløp av en viss størrelse, jf. tabell 6.8.

Men den bruken og de kostnadene som er knyttet til den *faktiske* bruken, må være betydelig mindre av grunner som er drøftet tidligere. Den kjenner vi ikke. Men om vi rent illustrativt legger oss relativt høyt, f.eks. legger til grunn at de faktiske kostnadene beløp seg til omtrent halvparten, står vi tilbake med kostnader som utgjør 1,2-1,9 prosent av samlede brutto driftskostnader til drift av eldreinstitusjoner i de nevnte årene.

6.11.2 Ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus 2007

På den andre siden har ferdigbehandlede eller såkalte 'utskrivningsklare' pasienter i somatiske sykehus fått stor oppmerksomhet, nå sist i forbindelse med statens forslag til Samhandlingsreform mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Dette regnet om til liggedøgn/plasser i kommunale sykehjem, ville i brutto kommunale driftskostnader ha beløpt seg til i størrelsesorden 300 mill kr, under den urealistiske forutsetning at samtlige døgn skyldtes manglende kapasitet og kompetanse i kommunene. Dette tilsvarer ca. 0,5 prosent av de samlede brutto driftskostnadene i den kommunale pleie- og omsorgssektoren i 2007.

6.11.3 Pasienter tatt over fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten

Våre data om pasienter som de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har tatt over fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, er av en helt annen karakter enn den kunnskapen vi har fra somatikken. Her vet vi med stor sikkerhet at kommunene faktisk har overtatt pasientene. Eventuell usikkerhet angår først og fremst årsverksbruken per pasient.

På grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse i 2003 vet vi at kommunene da hadde overtatt ca. 2.000 brukere i kommunale boliger og 1900 i institusjoner i årene før 2003. Vi beregnet at disse nyttet kommunale tjenester på årsbasis tilsvarende 3.100 årsverk. En mindre del av dette var imidlertid finansiert gjennom *Opptrappingsplanen*, jf. kapittel 6.9.1.

Her synes kommunene å ha overtatt oppgaver av betydelig omfang i det disse 2. linjepasientene i følge våre bergninger beløp seg til ca. 1,4 milliarder i brutto driftskostnader på årsbasis.

På den andre siden har kommunene i perioden 1998-2008 overtatt vel 1.400 årsverk fra spesialisthelsetjenestens døgnplasser, tilsvarende brutto driftskostnader på 700 millioner kroner i 2008. En del av disse vil imidlertid være sammenfallende med noen av dem som inngikk i beregningen for 2002/2003.

Men samtidig har vi vist at kommunene i tillegg til det som er utført ved hjelp av de statlige overføringene, har tatt betydelige oppgaver på eget initiativ i det psykiske helsevernet for voksne i årene under *Opptrappingsplanen* (1998-2008). I følge registreringer og våre anslag i kapittel 6.9.5 kan dette dreie seg om henimot 3.000 årsverk i de heimebaserte tjenestene. Som nivåhøyning fram til 2007 representerer dette på årsbasis brutto driftskostnader i de heimebaserte tjenestene tilsvarende 1,5 milliarder kroner. Her vil det også være noe overlapp i forhold til vår første beregning.

Men samlet synes kommunen egenhendig å ha tatt oppgaver i det psykiske helsevernet for voksne i løpet av perioden 1998-2008 anslagsvis i størrelsesordenen minst 2 – 2.5 milliarder kr i nivåheving på årsbasis i 2007, oftest i de heimebaserte tjenestene. I tillegg kommer kostnadene knyttet til dem som var kommet til sykehjem (ca. 1 milliard på årsbasis i 2003), som gir i sum 3.-3.5 milliarder på årsbasis.

Dette er betydelig og vesentlig mer enn det som måtte ha funnet sted i forhold til de somatiske sykehusene og føyer seg således bl. a til det mønster vi har vist for brukere med somatiske sykdommer under 67 år i kapittel 5.

6.12 Ressursbruken i kommunene påvirker ikke sykehusbruken

6.12.1 Analyse av kommunale ressurser og bruk av somatiske sykehustjenester

Analyse ved SINTEF 2009

Ved SINTEF (Kalseth, SINTEF 2009, kapittel 6) er det gjennomført en analyse av hvordan ulik ressursbruk i kommunal pleie- og omsorg i 2008 eventuelt påvirker bruken av somatiske sykehustjenester når en kontrollerer for ulikheter i behovsindikatorene for bruk av sykehus.

En viser til antakelsen i den varslede samhandlingsreformen om at styrking av de kommunale tjenestene vil bidra til færre innleggelses og kortere liggetid på sykehus.

Litt forenklet antas det dermed at det eksisterer en gråson mellom nivåene som kan bidra til at lave dekningsgrader av kvalifisert personell og kapasitet i kommunene skyver pasientene over på sykehus og omvendt (op.cit. 143).

En spør om det er slik at kommuner med høy ressursinnsats og kapasitet i sitt helse- og omsorgstilbud, kontrollert for behov, vil ha lavere bruk av spesialisthelsetjenester enn kommuner med lavere ressursinnsats?

For å besvare spørsmålet ble det gjennomført regresjonsanalyser av ulike kommunevariables betydning for sykehusbruk, der en kontrollerte for forskjeller som kan forventes ut fra ulikheter i behov.

Det ble gjennomført to grupper av analyser av bruk av den somatiske spesialisthelsetjenesten, en for hele befolkningen og en for bruk av sykehus blant personer 80 år og eldre, der en nyttet *DRG-poeng* (1), *sum liggedager i sykehus* (2) og *antall innleggelses som øyeblikkelig hjelp innen medisinske DRG-er* (3) som mål for sykehusforbruk per 1000 innbyggere (op.cit. s. 153).

For hvert av forbruksmålene testet en ut effekten av den kommunale ressursinnsatsen i form av:

- utgifter til pleie- og omsorgsformål
- antall årsverk totalt
- antall sykepleierårsverk
- andel av årsverk med fagutdanning
- antall legeårsverk.

Det entydige resultatet fra analysen av bruk av sykehus for hele befolkningen, var at egenskaper ved kommunenes ressursinnsats hadde liten sjølstendig effekt på det samlede sykehusforbruket. Når kommuner med høyt nivå m.h.t. ressurser også hadde høyere sykehusbruk, skyldes dette i stor grad behovsforskjeller.

I analysen av bruken blant personer 80 år og over fant en imidlertid at brutto driftsutgifter i pleie- og omsorg til eldre viste

en signifikant negativ samvariasjon med antall DRG-poeng og antall liggedager totalt for aldersgruppen over 80 år. Det betyr at kommuner med et høyt nivå på utgifter i noe større grad enn kommuner med et lavt utgiftsnivå har et relativt sett mindre sykehusbruk (op.cit. s. 154).

En fant imidlertid at denne samvariasjonen ikke var signifikant for antall innleggelser ved øyeblikkelig hjelp, men at antall mottakere av hjemmetjenester hadde en sjølstendig effekt.

I denne siste analysen var forklart varians bare halvparten sammenliknet med analysen av hele befolkningens bruk. Samtidig må vi huske at personer 80 år og over bare står for samlet ca. 16 prosent av alle liggedager i sykehus, jf. kapittel 6.2. SINTEF konkluderte med at:

Effekten av ressurser og tjenestebruk i kommunene ser i liten grad ut til å påvirke sykehusbruk når det tas hensyn til behov slik dette er målt i denne analysen (op.cit. s. 155).

Analyse ved Hero, UiO 2009

I en annen tilsvarende analyse (Hagen, UiO, 2009) tar en utgangspunkt i spørsmålet om det foreligger substitusjon mellom helsetjenestene i kommunene og bruken av sykehus, og spør f.eks. om det er slik at kommuner med et godt utviklet tjenestetilbud ved fastleger og eldreomsorg, i mindre grad bruker spesialisthelsetjenester enn kommuner med et dårlig tilbud. Bruken av sykehus gjelder totalt forbruk, som er nærmere spesifisert i rapporten, avsnitt 2.2.

I analysen av dette for året 2007 har en nyttet en rekke mål for det kommunale tjenestetilbudet, som årsverk i pleie- og omsorg per innbygger, dekningsgrad i institusjoner og boliger, dekningsgrad i hjemmesykepleie o.s.v.

En har gjennomført analyse både for hele befolkningen og for personer 80 år og over, supplert med innleggeler ved medisinske avdelinger, ubegrenset eller begrenset til elektiv behandling.

I forhold til det samlede forbruket av spesialisthelsetjenester finner en ingen effekt av de variablene som beskriver det kommunale tilbudet, med unntak for bruk av sykehjemsleger, som øker forbruket av spesialisthelsetjenester.

Hovedkonklusjonen er imidlertid at variasjonen i det kommunale tilbudet av legetjenester og pleie- og omsorgstjenester *ikke har generell effekt på bruken av spesialisthelsetjenester* (op.cit. s. 19). Hagen viser til at tilsvarende funn er gjort i Danmark.

For personer 80 år og over finner en i analysen en effekt i forhold til akutte innleggelser ved medisinske avdelinger, som reduseres ved høyt nivå på det kommunale institusjonstilbudet (op.cit., s. 13). En finner også at bruk av langtidsliggedager ved

sykehusene reduseres ved økt dekningsgrad i sykehjem i kommunene og god legedekning der.

Et viktig poeng er at de nevnte innleggelsene utgjør en liten del eller respektive 7.6 prosent og 5 prosent av det totale forbruket av liggedager i spesialisthelsetjenesten. Hovedkonklusjonen er at det bare synes å foreligge *substitusjon mellom kommunehelsetjenesten og somatisk spesialisthelsetjeneste på relativt begrensede områder* (op.cit. s. 22).

Begge disse analysene, ved SINTEF og Hero, kommer på noenlunde samme vis ut med i hovedsak det samme resultatet. Det er ingen signifikant sammenheng mellom ressursbruk i de kommunale tjenestene og samlet forbruk av somatiske sykehustjenester. Det er imidlertid noen negative sammenhenger i forhold til deler av sykehusbruken i den eldste delen av befolkningen, men ikke markant.

Hvis det var slik at det hadde funnet sted en vesentlig oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenestene til kommunene *gjennom redusert liggetid* i sykehus, er det rimelig å vente at vi ville gjenfinne dette i form av effekt av økt ressursbruk i kommunene, d.v.s. at hvis kommuner i stor grad har avlastet sykehusene, må de samtidig ha brukt flere ressurser enn dersom de i mindre grad har gjort det. Analysene viser ingen slik sammenheng.

6.12.2 Ingen vekst i pleie- og omsorgs i forhold til eldre

Hvis det hadde vært slik at kommunenes ressursinnsats som følge av redusert liggetid og utskrivninger av pasienter fra somatiske sykehus, hadde hatt et vesentlig omfang, ville det være rimelig å vente at det kunne spores i vekst i årsverksbruken, særlig for de eldre i de seinere åra. Vi viste imidlertid i kapittel 5 at i femårsperioden 2003-2007 kom det årlig i gjennomsnitt 215 nye årsverk i institusjon, eller omlag *1000 årsverk* i alt. I de heimebaserte tjenestene ble imidlertid innsatsen til brukere 67 år og eldre i samme periode *redusert med 860 årsverk*. Samlet sett var det *ingen vekst i årsverk til eldre* i denne 5-års-perioden i følge våre beregninger.

Likevel kan det teoretisk tenkes å ha skjedd en oppgaveforskyvning ved at kommunene har brukt betydelige ressurser på utskrevne pasienter fra sykehus og hentet inn disse ressursene ved mindre bruk på øvrige eldre. Hvis dette i noen grad har skjedd, innebærer det likevel at oppgaveforskyvningen fra sykehus samlet sett ikke har ført til vesentlig økning i årsverksbruken. Eventuelle interne forskyvninger i ressursbruken har vi imidlertid ingen dokumentasjon for.

I den kommunale *helsetjenesten* er hoveddelen av årsverkene knyttet til de kommunale *lege- og fysioterapitjenestene*, med samlet ca. 8.000 årsverk i 2007. Av disse var 670 årsverk utført i *institusjoner for eldre- og funksjonshemmede*.

I 2002 og 2007 var det til dette knyttet ca. 350 årsverk til fysioterapitjenester, mens antall legeårsverk sto for hele økningen med 63 årsverk til 320 årsverk i 2007, jf. kapittel 7.3.1. Overlappet mellom kommunehelsetjenesten og de kommunale omsorgstjenestene er m.a.o. jevnt over svært lite.

Hvis det i de seinere åra hadde funnet sted en stor oppgaveoverføring i forhold til de eldste, burde dette i noen grad ha gitt seg utslag i økt lege- og fysioterapiinnsats for eldre i kommunene. Heller ikke på dette punktet kan det påvises noen 'oppgaveover-

føringseffekt'. Sammen med svak generell årsverksvekst i eldreomsorgen indikerer dette at det ikke kan ha vært knyttet noen vesentlig kommunal innsats til ferdigbehandlede eldre eller redusert liggetid i sykehus.

Om brukere under 67 år.

Det har imidlertid vært sterk vekst i de heimebaserte tjenestene blant brukere under 67 år. Utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser faller imidlertid stort sett utenfor problematikken knyttet til utskrivinger fra somatiske sykehus. Men det har også vært stor vekst i bruken av kommunale tjenester blant brukere med somatiske sykdommer.

De heimebaserte tjenestenes innsats for disse, er i vesentlig grad knyttet til kronikere og personer med varige skader, ofte nevrologiske - slik våre analyser bl.a. i kapittel 3 og 4 viser - og kan i mindre grad være knyttet til personer som jevnlig skrives ut fra sykehus, antakelig med unntak av f.eks. yngre kreftpasienter. Omfanget av dette kjenner vi imidlertid ikke.

Det synes m.a.o. å være *lite belegg* for at det er vesentlig økt ressursbruk i kommunene knyttet til oppgaveforskyvning fra de somatiske sykehusene til kommunene.

6.13 Prinsipper, forslag til reform og fakta om oppgaveforskyvning

6.13.1 Prinsipiell drøfting av ansvar ved oppgaveforskyvning

Oppgave- og ansvarsdelingen i helse- og sosialtjenesten er regulert i lovverket. Videre er LEON-prinsippet – d.v.s. at behandling skal gis på det lavest effektive omsorgsnivå - gitt som grunnleggende prinsipp for pleie, omsorg og behandling. De samlede ressursene skal benyttes effektivt. Og hele befolkningen skal sikres likeverdig tilgang på helse- og sosialtjenester uavhengig av alder og bosted. Samhandlingsreformen synes i tillegg å forsterke prinsippet om at tjenestene skal ytes så nært bostedet som mulig.

Spørsmålet om ansvarsfordeling i tilknytning til oppgaveforskyvning, kan vurderes enten statisk eller dynamisk.

Statisk

I dette tilfellet vil en mene at ansvaret for en oppgave bør være gitt for lengre tid, og at det er ønskelig at grensene for oppgaver og ansvar er så klare og entydige som mulig. Når en oppgave 'flyttes', skal det finansielle ansvaret fortsatt ligge der det lå.

Dynamisk

I en dynamisk forståelse av dette vil en mene at arbeidsdelingen mellom forvaltningsnivåene er, og må være, i stadig endring. Oppgaveløsning må til en hver tid finnes i fellesskap og ansvarsfordelingen vurderes ut fra hva som er den beste løsningen.

I forholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er det imidlertid til dels flytende delelinjer eller gråsoner. Disse følger oftest av:

hvordan fagmiljøene finner det hensiktsmessig ut fra tradisjon, kompetansekrav, krav til utstyr og økonomiske styringsmidler. Det er derfor svært forståelig at det nærmest kontinuerlig pågår (og vil pågå) en debatt om de gråsonene som er i denne delelinjen. (NOU:3, 2005, s. 49).

I denne utredningen har vi lagt vekt på dokumentasjonen av vekst og forskyving av oppgaver i pleie- og omsorgen og forsøkt å klargjøre de forhold som har avstedkommet endringer. Og kommunen synes jevnt over hele tiden å ha tatt initiativ til ny arbeidsdeling der en faglig har funnet det hensiktsmessig.

Det er den 'dynamiske posisjonen' kommunene har fulgt og praktisert, ved f.eks. å ta oppgaver knyttet til yngre brukere i stort omfang. De har - som tidligere vist - foretatt en nivåheving i tjenester til brukere under 67 år tilsvarende 10 milliarder kr over 10-15 år uten vesentlige sentralpolitiske føringer.

I lovverket og virkeligheten kjenner ikke pleie- og omsorgstjenestene *alder*. Likevel omtales de aller oftest som 'eldreomsorgen'. I dag vet vi imidlertid at over halvparten av årsverkene i de heimebaserte tjenestene går til andre enn eldre. Likevel er det først i de aller siste årene at oppmerksomheten er blitt rettet mot dette forholdet.

6.13.2 Samhandlingsreformen og oppgaveforskyvning

Vårt utgangspunkt så langt har vært å belyse overføring av oppgaver som eventuelt kan være 'skjøvet over' fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I St meld nr. 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, tar en imidlertid bl. a. utgangspunkt i ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten og reiser spørsmål om hvorvidt kommunene i større grad enn i dag kan ta ansvar for pasientbehandling, pleie, rehabilitering og forebygging. Meldingen legger til grunn at det kan fins et betydelig unødig bruk av spesialisthelsetjenester.

På bakgrunn av erfaringer hevdes det at "vi til dels har en strukturell mangel i dagens helsetjeneste i behandlingsskjeden mellom sykehus og kommunehelsetjeneste; med andre ord kan det synes som om terskelen mellom sykehusbehandling og det kommunale tilbudet er blitt for høy" (op.cit. s. 59). Det fører til at en del utskrivningsklare pasienter fortsatt blir liggende i sykehus i mangel av kommunalt tilbud. På den andre sida sendes pasienter "unødig på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har" (op.cit. s. 59).

Ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus er både for 2007 og 2008 estimert til 150.000 liggedøgn, mens unødig innlagte (kunne vært unngått hvis det fantes alternative tilbud i kommunene) er estimert til å representere 400.000 liggedøgn (op.cit. kapittel 4.1 og 9.5).⁶²

⁶² En viser til at "I 2007 var det 415 000 øyeblikkelig hjelp innleggelser i norske sykehus. 55 prosent av disse skjedde uten at fastlegen var involvert. En studie gjort i 2007 viste at inntil 50 prosent av disse igjen kunne ha vært unngått hvis det hadde vært bedre tilgjengelig informasjon i kommunen om pasienten og det hadde vært alternativer på kommunalt nivå". (op.cit. s. 42).

Her vil vi imidlertid måtte anføre at flere forskere og leger drar disse resultatene noe i tvil⁶³. Forøvrig er Stortingsmeldinga etter vår vurdering noe skjemmet av for svake referanser eller fravær av referanser til den empirien og de erfaringer som legges til grunn.

Det at en forutsetter mange unødvendige innleggelser, impliserer imidlertid både for lav kompetanse og kapasitet i kommunene; d.v.s. at 2. linja i dag utfører oppgaver som under andre omstendigheter kunne vært løst i kommunene. I dette perspektivet er spørsmål om oppgaveoverføring fra 2. linjen til kommunene, f.eks. p.g.a. redusert liggetid, en mindre aktuell problemstilling, og den er heller ikke tema i meldinga.

Samtidig pekes det på store utfordringer knyttet til ”at døgnplassene både i DPS og i sykehusavdelingene i for stor grad brukes til personer som egentlig burde ha forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunene” (op.cit. s. 68). En viser her til SINTEF-rapport 1/09 som viser at nærmere ”en tredjedel av pasientene innlagt i døgnplasser i psykisk helsevern ville være bedre tjent med et kommunalt tilbud, ofte i kombinasjon med et poliklinisk eller ambulant tilbud fra spesialisthelsetjenesten” (s. 69). Det vises til et estimat ved SINTEF om at mellom 400.000 og 500.000 oppholds døgn innen statlig psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare (op.cit. s. 105).

Dette må tolkes slik at det anses å være store mangler i det kommunale psykiske helsevernet, på tross av betydelig statlig satsing og tilsvarende egeninnsats fra kommunenes side, jf. kapittel 6.9.

6.13.3 Den faktiske oppgavefordelingen

Den sterke veksten i kommunale pleie- og omsorgstjenester, med nærmere 40.000 årsverk etter 1995, synes i liten grad å kunne føres tilbake til direkte overføringer av brukere fra 2. linjetjenesten. Veksten - særlig i hjemmetjenestene - har først og fremst sammenheng med at kommunene har påtatt seg nye oppgaver og dyktiggjort seg til å løse dem - framfor alt gjennom endra innretning av tjenestene.

Kommunene stod for en *nivåbeving* fra 1995 til 2007 i tilbudet til brukere av heimebaserte tjenester under 67 år med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpbehovet (utviklingshemmede holdt utenfor), med 17.250 årsverk. Målt i brutto driftskostnader tilsvarte dette 8.7 milliarder kr i 2007, jf. kapittel 5.8.

Av de nesten 39.000 årsverkene som kom til i kommunal pleie- og omsorgstjenester i perioden 1996-2007, var halvparten knyttet til heimebaserte tjenester for brukere under 67 år, tilsvarende ca. 10 milliarder kr målt i brutto driftskostnader, jf. kapittel 5.8. I lys av denne ’forvandlingen’ virker SINTEFs konklusjon rimelig:

Kommunehelsetjenesten har vokst, ikke fordi en har fått nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, men fordi forståelsen av hva kommunehelsetjeneste bør være og skal være, har endret seg, og

⁶³ I Morgenbladet 21.8.2009 er enkelte leger og forskere bedt om å kommentere det empiriske grunnlaget for de påståtte unødvendige innleggelsene ved norske sykehus. Her pekes det bl. a på at erfaringsunderlaget for de nevnte 400.000 unødvendige innleggelsene både er uklart, spinkelt (etterbehandlingsavdelingen ved Saubstad i Trondheim) og usikkert.

kommunene har fått muligheter for i større grad å realisere kommunehelsetjenestenes mål. (SINTEF 2004, s. 36).

Den store veksten i, og de omfattende endringene i innretningen av, kommunenes pleie- og omsorgstjenester, har i betydelig grad vært nyttet til nye oppgaver overfor nye grupper av brukere. Det er i denne forstand at større oppgaveforeskyvninger framfor alt har funnet sted. Dette er av helt andre dimensjoner enn de oppgaver som kommunen måtte ha overtatt fra spesialisthelsetjenesten på somatikkens område.

7 Utvikling av nye oppgaver i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

7.1.1 Innledning

I kapittel 1 pekte vi innledningsvis på at et viktig fokus i denne utredningen er oppgaver/pasientgrupper som enten *overføres* til eller *overtas* av de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene. Vi framholdt at det siste tilfellet ville måtte gjelde oppgaver som 'overtas' som følge av f.eks. teknologisk utvikling eller som følge av uavtalt glidning i hvem som tar ansvar for oppgavene. Oppgavene favner m.a.o. ikke bare dem som er overtatt p.g.a. statlige reformer, men også oppgaver kommunene mer eller mindre har utviklet på egenhånd *over tid*.

Vi viste her til den sterke veksten og nyorienteringen som har funnet sted, særlig i de helserelaterte og medisinske delene av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til yngre brukergrupper. Vi viste til en utvikling der kommunene *på egenhånd har utviklet tiltak, også for nye brukergrupper*, og hevdet at kommunene framfor alt har *tatt* oppgaver. Det er likevel et interessant spørsmål om noen av disse oppgavene/pasientgruppene egentlig hører hjemme i 2. linjetjenesten, og ville blitt håndtert der dersom kommunene hadde vært mindre initiativrike. Det vil i så fall kunne betraktes som en oppgaveoverføring fra 2.linjetjenesten til 1.linjetjenesten.

I tilbudsdokumentet pekte vi på at i takt med at kommunene gjennom 1990-åra *differensierte* de heimebaserte tjenestene i volum, utviklet en også etter hvert et differensielt *innhold* i tjenestene. Det ble gradvis etablert en vifte med tiltak og samarbeidsformer (f.eks. den 'store' og 'lille' integrasjon). En opprettet rehabiliterings- og avlastningstiltak, trygghetsavdelinger og noen ganger avdelinger for mentalt reduserte, samt enheter for lindrende behandling. Sjøl om kommunene muligens noen ganger har drevet fram en del av tiltakene delvis av økonomiske grunner, har endringene også sammenheng med endringer i det ideologiske verdigrunnlaget.

Ved NIBR er denne utviklingen tidligere bl.a. beskrevet i rapporten *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer* (Brevik 2003a). Utviklingen er også beskrevet i rapport om *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten* fra SINTEF (Kalseth et al., SINTEF 2004).

Om endringer i forhold til oppgaver som eventuelt er blitt overført til - eller som overtas av, kommunehelsetjenesten - anførte vi i tilbudsdokumentet at det foreligger få om noen statistiske inntak til å dokumentere hvilke nye enkeltoppgaver de kom-

munale pleie- og omsorgstjenestene har utviklet og tatt over, ut over det som generelt går fram av Pleie- og omsorgsstatistikken i KOSTRA når det gjelder type institusjoner, kommunale boliger, type hjemmetjeneste, rehabiliteringstiltak, samt sosiale og praktiske tjenester, som f.eks. matombringing, støttekontakt, BPA, avlastning og trygghetsalarm, og ulike aktivitetstiltak - dagsentre, eldrecentre (KOSTRA grunnlagsdata). Statistikken er mer sparsom for helserelevante og medisinske tiltak.

Nye oppgaver – nye enkelttiltak eller endret innretning?

Når en reiser spørsmålet om 'nye' oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene, er det i utgangspunktet nærliggende å tenke på ulike spesifikke tiltak og enkeltoppgaver, som f.eks. matombringing eller intravenøs tilførsel av ernæring. Men vår gjennomgang av utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene i denne utredningen har vist at det er langt mer fruktbart å nærme seg spørsmålet om nye oppgaver mer i betydning av *endret innretning*, d.v.s. langs linjene med endret *målretting, organisering og bruk* av tjenestene og tjenestetypene, f.eks. mot nye brukergrupper med fornyete kombinasjoner av tjenester og tiltak og med endret dosering. Flexibilitet og intensitet er f.eks. relevante stikkord i en slik sammenheng.

Fordi vi med nye oppgaver særlig forstår endret innretning av tjenestene, har vi lagt vekt på å analysere oppgaveendring i forhold til f.eks. *sammensetningen* av heimebaserte tjenester med særlig vekt på den rolle hjemmesykepleien ser ut til å spille, jf. kapittel 4. Bruken av tjenester målt ved *intensitet*, d.v.s. omfang av hjelp per bruker, er et annet eksempel på innretning som er viktig for forståelsen av *fordeling og prioritering* i bruken av pleie- og omsorgstjenestene.

7.1.2 Nye oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene

Av omsorgsfaglige, omsorgsideologiske og dels økonomiske grunner har de fleste kommunene gradvis utviklet og etablert et bredt, mangfoldig og fleksibelt tilbud i pleie- og omsorgstjenestene. De har framfor alt *endret innretningen* av tjenestene. Kommuneøkonomien har gitt rom for denne ressursmessige og kompetansemessige styrkingen av tjenestene, dels innenfor den tradisjonelle eldreomsorgen, men framfor alt i forhold til nye og yngre brukergrupper.

Vår gjennomgang av utviklingen av pleie- omsorgstjenestene fra slutten av 1980-åra og fram til i dag i denne utredningen har vist at tjenestene har vært gjennom en så omfattende utvikling at de langt på vei står fram som en sterkt *fornyet* sektor. Om vi særlig holder fokuset på de heimebaserte tjenestene, har omsorgssektoren i stor grad *endret innhold, form og funksjon*.

I kapittel 2-5 har vi gjort rede for utviklingen over tid i bruken av ulike typer tjenester og tiltak i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og innretningen av dem, særlig med vekt på ulike grupper av yngre brukere. Der er *substansielle* sider ved endring i oppgaver beskrevet. Her gir vi en *summarisk karakteristikk* av sentrale kjennetegn ved utviklingen av oppgaver og tiltak i disse kommunale tjenestene. Det gjør vi med vekt på *endret innretning* av tjenestene, økt fleksibilitet og mangfold, økt intensitet og medikalisering av tjenestene, særskilte trekk ved endringer i heldøgnsomsorgen, og videre-

utviklingen av overordnede mål. Vi starter imidlertid med de sentrale trekkene ved ressursbruken⁶⁴.

(1) Sterk vekst i bruk av ressurser og utvidelse mot yngre brukere og kommunale boliger

- betydelig økning i *kostnads- og årsverksinnsatsen* – f.eks. 43.000 nye årsverk i perioden 1993-2007
- tiltakende ressursbruk har *økt og utvidet tilbudet til yngre brukere* i heimebaserte tjenester. Etter 1992 - bare vekst i brukere under 67 år
- historisk sterk økning i omfanget av nye boliger har etablert *bomessige alternativer* til institusjon. Omsorgstjenestene er blitt bolig- og hjemliggjort
- avinstitusjonalisering - flere tiltak og en økt differensiering av tiltak
- yngre og nye brukergrupper - brukere med somatiske sykdommer, psykiske lidelser, rusavhengige, kreftpasienter og døende pasienter er kommet til i stort omfang.

(2) Endret innretning i bruk av de heimebaserte tjenestene

De heimebaserte tjenestene har over nokså få år radikalt skiftet *innretning* gjennom store endringer i forhold til:

Medikalisering

- de heimebaserte tjenestene har gått fra å være orientert mot praktisk hjelp til i større grad å bli rettet mot pleiefaglige oppgaver
- hjemmesykepleien har vært involvert i hele tilveksten - et klart uttrykk for den medisinske delens sterke framvekst
- økt kompetanse i bruk og økt bruk av medisinsk teknisk utstyr.

Mange som tidligere ville blitt institusjonsbeboere kan nå bo i egne hjem og motta hjelp til pleie, stell og behandling.

Intensitet

- økning i intensiteten av hjelp og omsorg både i heimebaserte tjenester og i institusjon – dobling av innsats per bruker i de heimebaserte tjenestene både til eldre og yngre brukere i løpet av 10 år
- omprofilering mot mer intensiv hjelp, bl.a. oppnådd ved at en i større grad får hjemmesykepleie eller tjenester i kombinasjon
- mer intensiv bruk av omsorgsboligene ved omfattende bruk av heimebaserte tjenester og ofte med fast bemanning, gjør at disse fungerer som enheter med heldøgns pleie- og omsorg.

⁶⁴ Dette temaet er også gjort rede for i NIBR-rapport 2010:2, *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*, kapittel 8.1, *Noen generelle endringstrekk i pleie- og omsorgstjenestene etter 1988*.

I underkant av 10.000 eldre bor i dag i boliger med heldøgns pleie- og omsorg. I tillegg bor omtrent like mange under 67 år i slike boliger.

Fleksibilitet og mangfold

- fleksibel tildeling av tjenester ut fra den enkeltes behov og ikke etter standarder (d.v.s. ikke litt regelmessig hjelp/plass i institusjon)
- generelt større mangfold i tiltak og oppgaveløsninger med større bredde i tilbudene
- endret bruk av heimebaserte tjenester har skapt et supplerende tilbud i forhold til institusjonene
- smidige løsninger basert på endret organisering av tjenestene
- økt fleksibilitet ved flere plasser tilegnet rehabilitering og avlastning av heimeboende brukere.

Avinstitusjonalisering og differensiering av tilbudet har gjort at behov som tidligere ble dekket ved plassering i sykehjem eller ved langtidsopphold i sykehus, nå dekkes ved heimebaserte tjenester i omsorgsboliger eller i ordinære private heimer.

Individuell tilpasning

- økt bruk av individuelt tilpassede og tilrettelagte tjenester til brukere med svært varierende og ofte ressurskrevende hjelpebehov
- mer omfattende hjelp knytta til rehabilitering, behandling og pleie
- økt individuell tilpassing og økt omfang av hjelp til særskilte målgrupper som også tidligere har hatt hjelp.

Gjennom endret innretning av pleie- og omsorgstjenestene gjennom de endringer og tilpasninger som vi her har listet opp, har kommunene egenhendig dyktiggjort seg til å ta nye oppgaver for nye brukergrupper i langt større omfang enn tidligere.

(3) Særskilt trekk med mest relevans for eldre og institusjonene.

Vi nevner her noen endringer med særlig relevans for de eldre og institusjonene:

- fysisk opprustning og kvalitetsforbedring av sykehjemmene – innføring av enerom. Rehabilitering om modernisering av henimot halvparten av plassene - med økt fysisk kvalitet
- etablering av omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg også for eldre
- differensiert bruk av sykehjems plasser tilgjengelige for heimeboende
- flere, hyppigere og endret bruk av, kortidsplasser
- skjermete enheter i demensomsorgen
- etablering av avlastnings- og rehabiliteringsplasser og palliative enheter.

Nedbygging av aldershjem, betydelig nybygging av omsorgsboliger, moderat nybygging av sykehjem, men differensiert tilbud her kombinert med sterk satsing på hjemmesykepleie, har gjort kommunene i stand til å møte utfordringene i den mer ressurskrevende delen av tjenestene på en fornyet måte. Dette er også realisert ved økt vekt på godt samarbeid mellom institusjonene, de heimebaserte tjenestene og legetjenesten.

(4) Overordnede mål

Gjennom den endrete innretningen av pleie- og omsorgstjenestene har en samtidig over tid endret verdigrunnlaget og de overordnede målene for tjenestene. Vi peker her bl.a. på:

- økt intensitet i tjenestebruken viser at forståelsen av hva som er 'nødvendig', har endret seg. Økt intensitet, særlig for yngre brukere, kan oppfattes som endring i forståelsen av hva som er verdige tjenester
- målretta og mer intensiv bruk av heimebaserte tjenester har realisert målsettingen om at den enkelte kan bli boende i egen bolig så lenge som mulig
- endret verdigrunnlag – den enkeltes integritet og verdighet er styrket
- en styrking av den hjelpetrequendes rettsstillingsposisjon
- det er tatt viktige skritt mot normalisering av folks liv på tross av skrøpelighet.

7.1.3 Nye oppgaver innen hjemmesykepleien og helsetjenesten

Det har blitt hevdet at kommunene etter hvert i noen grad også har utviklet *kompetanse innen medisinsk teknologi* - ved bruk av legemidler og prosedyrer, i det en bl.a. anvender mer avansert teknisk medisinsk utstyr ved ulike intravenøse behandlinger, bruk av respirator, dialysebehandling og palliativ behandling. Det er imidlertid i liten grad dokumentert hvordan en slik utvikling har medført vesentlige endringer og økninger i kommunenes innsats. I kapittel 6.7 har vi på grunnlag av sparsom empiri gjort rede for situasjonen m.h.t. nye oppgaver i kommunenes helse- og pleietjenester ved bruk av faglig spesialisert hjelp og ny medisinsk teknologi. Vi viser til denne gjennomgangen når det gjelder denne typen oppgaver.

SINTEF har tidligere (Kalseth et al., SINTEF 2004) pekt på at det finner sted en utvikling hvor stadig flere pasienter krever kompetanse utover den grunnleggende sykepleien. Her nevner vi en del medisinsk-tekniske prosedyrer, som har vært og er på vei inn i den kommunale sykepleien, som f.eks.:

- intravenøs antibiotikabehandling
- intravenøs væskebehandling
- bruk av intravenøs ernæring/sondeernæring
- smertebehandling med blant annet smertepumper
 - o lindrende behandling,

- behandling av kols
- behandling av infeksjoner
- medikamentjusteringer
- komplisert sårbehandling
- oppfølging av pasienter med respirator
- dialysebehandling.

Det er på det rene at en rekke kommuner yter denne typen tilbud. Men det foreligger etter vår kunnskap verken empiriske data som forteller om *utbredelse* eller om *hvor mange* personer som ytes disse ulike typene behandlingstilbud på landsbasis, jf. våre anføringer om dette i kapittel 6.4.

7.1.4 Kommunene har tatt nye oppgaver i stort omfang

Utviklingen slik vi her har beskrevet den - med økning i ressurser, bredde og mangfold i innretningen av de heimebaserte tjenestene, vekst i profesjonsgruppene og økt mangfold i boliger og institusjoner - har oftest gjort kommunene i stand til å ta et langt bredere ansvar enn tidligere.

Pleie- og omsorgstjenestene har både vokst og endret seg. Dette ikke fordi en direkte har fått overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, slik det ofte hevdes:

men fordi forståelsen av hva kommunehelsetjeneste bør og skal være har endret seg, og kommunene har fått muligheter for i større grad å realisere kommunehelsetjenestens mål. Fordi kommunehelsetjenesten har vokst i volum, kompetanse og tiltak, er kommunehelsetjenesten i dag i stand til å ta på seg oppgaver som tidligere i langt større grad lå til spesialisthelsetjenesten. Når liggetiden har gått ned, kan en si at sykehusenes reduserte liggetid er gjort mulig gjennom kommunehelsetjenestens vekst og utvikling. I denne forstand kan en si at kommunehelsetjenesten har fått nye oppgaver (Kalseth et al., SINTEF, 2004, s.36).

I tråd med påpekingene i den nevnte SINTEF-rapporten, har den prinsipielle forståelsen av hva som er pleie- og omsorgstjenestenes oppgaver endret seg. Det er ikke slik at kommunene i særlig grad har blitt formelt tildelt nye oppgaver, eller at det har skjedd en reell flytting av allerede eksisterende oppgaver mellom nivåene. Kommunene har derimot *dyktiggjort seg sjøl*, slik at de *mer* er blitt i stand til å realisere omsorgstjenestenes økende og endrede oppgaver i tråd med nyvunne innsikter, prinsipper og mål.

Også Wiesløf-utvalget viste i denne sammenhengen til den nevnte SINTEF-rapporten og framhevet at kommunenes gjennomføring av gode målsetninger har ført til at det totale omfanget av tjenester har vokst mer enn økningen i antall nye pasienter. Utvalget peker samtidig på at

noe av veksten har etter all sannsynlighet også kommet som følge av økte faglige ambisjoner hos de ansatte. De fleste pasienter og pårørende ser på dette som en positiv utvikling. Det kan likevel være et problem at en betydelig prioritering av de samlede ressursene er forårsaket av fagmiljøene, og skjer utenfor den politiske debatten (NOU:2005:3, s. 51). Det siste kommer vi tilbake til i kapittel 8.

7.2 Endring og vekst i ulike profesjonsgrupper i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1997-2007⁶⁵.

7.2.1 Innledning

En del av arbeidet med denne utredningen har vært å gå gjennom og gjøre rede for nye oppgaver som pleie- og omsorgstjenestene har tatt opp gjennom de seinere åra. I tilbudsdokumentet pekte vi på at et

vesentlig inntak til å belyse oppgaveutviklingen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren befinner seg i SSBs statistikk over fagpersonell i sektoren. Vi vil ta for oss både utviklingen i innslag av klassiske profesjoner som leger, sykepleiere, vernepleiere og fysioterapeuter samt nye faggrupper som aktivitører, miljøarbeidere, ergoterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger (s. 4).

Dette foreslo vi å gjøre ved å analysere utviklingen i antall årsverk i de respektive profesjonene (SSB, KOSTRA grunnlagsdata).

Vår gjennomgang forøvrig har vist at det foreligger sparsomt empirisk belegg for å dokumentere innstrømming av spesifikke nye oppgaver, og endringer i konkrete oppgaver og gjøremål, jf. vår redegjørelse og drøfting av dette i kapittel 7.1. Vi legger derfor til grunn at en analyse av eventuelle endringer i profesjonssammensetning i pleie- og omsorgstjenestene kan være et mer indirekte inntak til å komme på sporet av oppgaveendringer som vår gjennomgang så langt bare har kunnet gi en sparsom empirisk belystning av.

Hvis det er slik at det har funnet sted betydelige omlegginger i innholdet og profesjonaliteten i de oppgaver pleie- og omsorgstjenestene utfører, må det til en viss grad kunne spores i endret sammensetning av årsverksinnsatsen etter type arbeid og profesjon. Hvis den store veksten har funnet sted uten at sammensetningen er endret i særlig grad, må det i utgangspunktet kunne tolkes slik at veksten har skjedd i oppgaver noenlunde innenfor de samme fagfeltene. Nye oppgaver kan imidlertid ha vært taklet ved endringer i kompetanse innenfor de samme profesjoner. På den andre sida, hvis enkelte profesjoner har vunnet fram på bekostning av andre, må det kunne tolkes som en indikator på endret innretning av tjenestene.

I vedlegg IV til kapittel 7 har vi gjort rede for beregningsgrunnlaget og mer detaljerte trekk i utviklingen 1997-2007, der det også er gjengitt data for årene 1999, 2001,

⁶⁵ Dette temaet er også gjort rede for i NIBR-rapport 2010:2, *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*, kapittel 8.2.

2003 og 2005. Der gjør vi rede for endringen i antallet årsverk absolutt og relativt for hele perioden 1997-2007, slik:

- Absolutt og relativ endring i sammensetning av årsverk for personalet i pleie- og omsorgssektoren etter profesjon og utdanning 1997-2001 og 2003-2007
- Relativ fordeling og endringer i relativ fordeling av årsverk etter profesjon og utdanningsnivå. 1997 og 2001 og endring 1997-2001 og 2003-2007
- Relativ fordeling av årsverk etter profesjon og utdanningsnivå etter hovedgrupper 1997, 2001, 2003 og 2007.

7.2.2 Årsverksvekst og endring 1997-2007

Vi gjør her rede for *endring i antall årsverk* for de ulike profesjonene målt på registernivå⁶⁶, samt den prosentvise endringen i 10-års-perioden. Til slutt *fordeler vi samlet endring i antall årsverk* i perioden mellom de ulike profesjonene.

I løpet av årene 1997-2007 kom det til 27.836 årsverk i pleie- og omsorgssektoren, noe som representerte en økning på 31 prosent.

Antall årsverk til *sykepleie* økte med 27 prosent i perioden, eller med 4.500 årsverk, til 21.250 årsverk i 2007. Andelen av veksten som er knyttet til sykepleiere med spesialisering, er som nevnt i vedlegg IV, vanskelig å beregne p.g.a. statistikkføringen, jf. tabell 7.1. Men det ser ikke ut til å ha vært noen vekst etter 2003.

Hjelpepleierne hadde en innsatsøkning med 3.500 årsverk eller med 13 prosent til 35.000 årsverk i 2007. Men det betyr at deres relative andel ble redusert, jf. vedlegg IV, pkt 1.3.

Gruppen *pleieassistenter/ytere av praktisk bistand* økte litt mer enn gjennomsnittet, eller med 7.900 årsverk, og gjennomførte i 2007 31.300 årsverk i alt, jf. tabell 7.1.

De 3 store hovedgruppene som her er nevnt, sto i 2007 for 87.500 årsverk i kommunal pleie- og omsorg. Men relativt sett er ressursinnsatsen i disse gruppene blitt litt redusert i løpet av tiåret, jf. vedlegg IV, pkt 1.3. Det skyldes i sin helhet - som tidligere nevnt - den relative reduksjonen i hjelpepleierårsverk.

Men dette er i sin tur veid opp ved en betydelig innstrømming av *omsorgsarbeidere* med opplæring fra videregående skole. Antall årsverk knyttet til såkalte omsorgsarbeidere, økte med 7.400 i perioden, jf. tabell 7.1. Det er en økning på nivå med pleieassistenter/ytere av praktisk bistand.

Det synes å ha skjedd en utskiftning av eldre hjelpepleiere med yngre omsorgsarbeidere. Dette synes igjen å henge sammen med et generasjonsskifte blant personalet i pleie- og omsorgssektoren, der tidligere hjelpepleiere uførepensjoneres eller alders-

⁶⁶ Slik vi gjorde rede for i kapittel 5.1, la en om metoden for innsamling av årsverksdata i pleie- og omsorg f.o.m. 2003 (overgang til bruk av *registerdata*). Derfor har vi regnet om årsverksoppgavene *etter skjema* fra foregående år slik at vi her får etablert en *sammenliknbar serie for årsverksdata*. Den foreligger i kapittel 5, tabell 5.1. Vi har her likt for *alle profesjoner* regnet om årsverksdata etter samme brøk. SSB har imidlertid bare gjort dette for årsverk *i alt*. Denne brøken (113.74 prosent) vil nok kunne variere noe etter profesjon. Men vårt anliggende her er å gjøre rede for hovedlinjene i utviklingen 1997 - 2007.

pensjoneres og erstattes med yngre arbeidstakere med fagutdanning fra videregående skole.

Mens det nesten ikke er blitt flere *ergoterapeuter* i pleie- og omsorg, har den *relative* veksten blant *sosionomer*, *barnevernspedagoger* og særlig miljøterapeuter vært stor. Disse gruppene vokste med til sammen 2.900 årsverk i perioden, til 4.900 i 2007, eller med 147 prosent. Særlig er det blitt flere miljøterapeuter. Disse sto for 2.600 årsverk, eller noe over halvparten av årsverkene i denne hovedgruppa i 2007, jf. tabell 7.1.

Miljøterapeut er en fellesbetegnelse for alle med 3-årig høyskoleutdanning og som arbeider i sykepleietjenesten. De aller fleste miljøterapeuter arbeider i dag innenfor psykiatrien, eller i boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming.⁶⁷

⁶⁷ De sentrale arbeidsoppgavene for miljøterapeuter er å utøve målrettet miljøterapeutisk arbeid med veiledning, opplæring, og opptrening, følge opp brukers vedtak i henhold til kvalitetsrutiner og aktuelt lovverk, utøve nødvendig sykepleie, håndtere legemidler i henhold til tjenestens retningslinjer og samarbeide med brukernes pårørende, hjelpeverge, familie og nettverk.

Tabell 7.1 *Utvikling i sammensetning av personalet etter profesjon og utdanning i pleie- og omsorgssektoren 1997-2007. 1997 omregnet*

Profesjon	1997	1997 omregnet	2007	End-ring 97-07	End-ring i prosent	End-ring 97-07 fordelt
1. Psykiatrisk sykepleier	809		1021			
2. Geriatrisk sykepleier	455		1016			
3a. Annen sykepleier m spesialit./videreut.	-		1590			
1-3a. Sykepleiere med spesialitet	(1264)	(1438)	3.627	2.189	152	7,9
3.b Andre sykepleiere	13.401	15.242	17.615	2.373	15,6	8,5
1 – 3. Sykepleiere i alt	14.665	16.680	21.242	4.562	27,3	16,4
4. Vernepleier	2129	2.422	5.143	2.721	123	9,8
5a. Ergoterapeut	525	597	661	64	11	
5b. Sosionom	187	213	941	728	342	
5c. Barnevernspedagog	219	249	657	408	164	
5.d Miljøterapeut (høgskoleutd.)	807	918	2633	1715	187	
5. Ergoterapeut, sosionom o.a.	1738	1.977	4892	2.915	247	10,3
Sum 1-5. Høgskoleutdannet personell	18.532	21.079	31.277	10.198	55	36,6
6a. Aktivitør	1416	1611	1474	- 137	-9	
6b. Omsorgsarbeider	1431	1628	9039	7.411	455	
6c. Barne- og ungdomsarbeider	31	35	624	589	(-)	
6. Aktivør/omsorgsarbeidere	2.878	3.273	11.137	7864	327	28,3
7. Hjelpepleier	27.629	31.425	34948	3523	12,8	12,7
Sum 6-7. Personell med V.G.O.	30.507	34.698	46.085	11.387	37	40,9
8a. Pleiemedhjelper/assistent	8613		2412			
8b. Hjemmehjelper/personlig ass./ andre som yter praktisk bistand	10108		7522			
8c. Annet personell i brukerrettet tjeneste	1856		21363			
8. Pleieassistent/yter av praktisk bistand	20.577	23.404	31.297	7.893	34	28,4
9a. Servicefunksjon for brukere (kjøkken, vaskeri, vaktmester mv)	7582					
9b. Annet personell i administrasjon og ledelse	2236					
9 Service- og administrasjonspersonell	9.818	11.167	9.531	-1.636	- 14,7	- 5,9
						100,0
Alle årsverk	79.435	90.353	118189	27.836	+ 30,8	27.836

Prosentforskjell 1997 ny og gammel registrering:113,74

Denne veksten knytter an til en betydelig tilvekst i årsverk blant *vernepleiere* i samme periode, med 2.700 årsverk. Vernepleierne representerte 5.150 årsverk i 2007 - en dobling på 10 år. Sammen med miljøterapeutene sto de i 2007 for 7.800 årsverk. Disse to profesjonsgruppene arbeider ofte i forhold til utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser, samlet sett antakelig oftest i forhold til utviklingshemmede, som forøvrig aleine brukte 17.730 årsverk i pleie- og omsorg i 2007, jf. kapittel 5.

Oppsummerende vil vi peke på at av en samlet vekst på nærmere 28.000 årsverk i perioden, kom 36,6 prosent blant høyskoleutdannet personell, jf. tabell 7.1, og 40,0 prosent blant personell med videregående utdanning, mens resten falt på pleieassistenter og ytere av praktisk bistand.

For personell med *høyskoleutdanning* er dette vesentlig mer sammenliknet med det forhold at 26,5 prosent av alle hadde utdanning på det nivået i 2007, jf. tabell IV.5 i Vedlegg IV. Men slik vi har vist i Vedlegg IV, førte tilveksten ikke til særlige endringer i den relative fordelingen etter utdanning i bestanden når det gjaldt personell med videregående utdanning, hvor 39 prosent hørte heime her i 2007.

Bortsett fra for vernepleiere, er det tilveksten på omlag 2.900 årsverk blant sosionomer, barnevernspedagoger og miljøterapeuter som særlig kan knyttes til den sterke veksten i antallet unge brukere. Mest sannsynlig dekker disse jevnt over spekteret av somatikk, utviklingshemmede og psykiatri, men dog sannsynligvis mest blant de to sistnevnte. Men samtidig vet vi at det i perioden 1996-2007 – jf. kapittel 5.8 – kom til 19.500 årsverk knyttet til brukere under 67 år. Relativt få av disse gikk til utviklingshemmete, jf. tabell 5.4, idet 17.200 årsverk tilfalt brukere under 67 år med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Det er somatikken og psykiatrien som har vokst mest.

Hvis det er slik at mesteparten av årsverksveksten blant grupper med høyskoleutdanning, som vernepleiere, miljøterapeuter og sosionomer – med 5.200 årsverk, jf. tabell 7.1 – har gått til utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser, står det relativt lite igjen til brukere under 67 år med somatiske sykdommer. Dermed er det mest sannsynlig at mesteparten av årsverksøkningen til disse er dekket inn ved klassisk pleie- og omsorg, ytt fra de tre store hovedgruppene av hjelpepleiere, pleieassistenter/ytere av praktisk bistand og vanlige sykepleiere.

Det synes imidlertid som om pleie- og omsorgstjenesten har gjennomgått en betydelig opprustning i forhold til de grupper i de heimebaserte tjenestene som også av noen er blitt utpekt til å representere hovedutfordringen – nemlig utviklingshemmede og brukere med psykiske lidelser (Romøren 2003).⁶⁸

Men hva med innsatsen i forhold til dem som har hatt den største tilveksten blant de unge målt i årsverk; funksjonshemmede andre enn utviklingshemmede, og særlig i somatikken? Vi har tidligere vist (kapittel 6.7) at det er blant personer med somatiske sykdommer vi finner flest med aktive sammensatte sykdommer som trenger faglig høyt kvalifisert behandling. Sannsynligvis er det også slik i sin alminnelighet. Det er grunn til å reise spørsmål om hvilke profesjoner disse i hovedsak har fått hjelpa fra.

Sjøl om det ikke kan bli annet enn spekulasjoner, er det rimelig å anta at noe kan være løst ved omrokking, d.v.s. at den lavere relative veksten blant f.eks. sykepleiere i større grad kan ha vært forbeholdt unge brukere og at økt pleiefaktor i institusjonene er gjennomført ved bruk av andre profesjoner enn sykepleiere. Kommunene kan m.a.o. ha *endret innretning* i bruken av ulike profesjoner. Når veksten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene oftest er knyttet til mer varig og intensiv

⁶⁸ Vi viser her til kapittel 6.9 hvor vi refererte til at det ved utgangen av 2007 var finansiert 3.858 årsverk til bistand i bolig/støttekontakt/tilrettelagte behandlingstilbud for personer med psykiske lidelser med midler fra staten gjennom *Opptrappingsplan for psykisk helse*.

pleie – d.v.s. at samme antall brukere får mer hjelp - er det sannsynlig at denne pleien i større grad blir ytt av andre grupper enn sykepleiere, og at økningen i antallet sykepleierårsverk i større grad kan knyttes til de nye brukergruppene. Men dette er det i dag vanskelig å belegge empirisk.

I NIBR-rapport 2010:2 (i kapittel 8.2.4) har vi drøftet en mulig positiv sammenheng mellom tilvekst av yngre brukere og profesjonssammensetningen, der vi pekte på at om vi ser bort fra vernepleiere, er det tilveksten med omlag 2.900 årsverk blant *sosionomer, barnevernspedagoger og miljøterapeuter* som muligens særlig kan knyttes til den sterke veksten i antallet unge brukere.

Vår *generelle* vurdering er imidlertid at det neppe har funnet sted betydelige endringer i behovene, som skulle fordrø en vesentlig annen kvalitativ kompetanse enn tidligere hos disse brukerne. Det mener vi bekreftes indirekte ved at det egentlig har vært små endringer i sammensetningen av profesjoner i pleie- og omsorgssektoren.

Oppsummering

Utviklingen viser at det er årsverk knyttet til *klassisk pleie- og omsorgsarbeid* som utgjør den vesentlige andelen av tilveksten i årene 1997-2007, idet 2/3-deler av årsverkstilveksten (18.800 av i alt 27.800 årsverk) var knyttet til *omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, pleieassistenter og ytere av praktisk bistand*.

Det er de gruppene som er nevnt her, som nødvendigvis må ha fylt opp de aller fleste av de vel 17.000 årsverkene som kom til i årene fra 1997 til 2007 *til samtlige brukere under 67 år med heimebaserte tjenester*.

I de seinere åra har det vært et sterkt fokus på antatt nye medisinske oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene. Ofte med ståsted i 2. linjetjenestene har det blitt framført generelle resonneringer om betydelig økning i nye slike oppgaver i regi av kommunene. Vår gjennomgang så langt av endring i profesjonssammensetning i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, tyder imidlertid ikke i særlig grad på at det har vært tilfellet.

For å få fram *det vesentlige* som har skjedd i utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de 10 siste åra, inkludert forholdet til 2. linjetjenesten, er det viktig å ikke miste av syne de dominerende og sentrale trekkene. De er framfor alt, etter vår vurdering, knyttet til *tradisjonell pleie- og omsorg i stort omfang også for nyankomne brukere* i perioden.

7.3 Endringer blant hovedprofesjonene i den kommunale helsetjenesten.

Slik vi allerede har vist, har det vært et sterkt fokus på nye medisinske oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene. Ofte med ståsted i 2. linjetjenestene har det blitt framført generelle resonneringer om betydelig økning i nye slike oppgaver i regi av kommunene.

Vår gjennomgang så langt av endring i profesjonssammensetningen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de siste ti år (t.o.m. 2007) indikerer ikke at dette i særlig grad har vært tilfelle. Vi vil imidlertid også se på hvordan utviklingen har vært når det

gjelder hovedprofesjonene i den kommunale helsetjenesten: *legetjenesten og bruken av fysioterapeuter.*

7.3.1 Årsverk i kommunal lege- og fysioterapitjenester i 1997 og 2007

Fra 1997-2007 har det vært en svak økning i antall *fysioterapiårsverk* i kommunehelsetjenesten, fra 3.256 årsverk i 1997 til 3.538 i 2007, d.v.s. en vekst på 11 prosent. Fra 2002 til 2007 var imidlertid antall *fysioterapiårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede* konstant med ca. 350 årsverk.

For *leger* i kommunehelsetjenesten vokste årsverksinnsatsen fra 3.551 i 1997 til 4.396 i 2007, eller med 24 prosent. 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 betraktning hvor svak legeinnsatsen i eldreinstitusjoner jevnlig har vært de 20 siste åra (Brevik 2007b).

I alt var det på landsbasis i 2007 knyttet 670 årsverk til lege- og fysioterapitjeneste direkte knyttet til institusjoner for eldre og funksjonshemmede (ca. 41.000 enheter). Det direkte overlappet mellom kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene er m.a.o. svært lite.

En tidligere evaluering (Sandvik, NFR 2006) har vist at kommunene ikke fullt ut utnytter den mulighet regelverket gir til styrking av det allmennmedisinske offentlige legearbeid i sykehjem, helsestasjon med mer. Evalueringen viser at det er et potensial for bedring av samarbeidet mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten. Men samtidig er det rimelig å anta at om det hadde vært prekært behov for deres arbeid, ville det neppe ha vært slik.

Her minner vi om at Wisløff-utvalget (NOU 2005:3) registrerte at fastlegeordningen har forsterket problemene med å få leger til å dekke de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene⁶⁹. Utvalget mente kommunene må få anledning til å bruke fastlegene til samfunnsmedisinsk arbeid innenfor de 7,5 timer som kan tilpliktes (op.cit., s. 18). En viser til at det er uttrykt bekymring for at fastlegene synes forholdsvis lite involvert i behandlingen av pasientene med de tyngste pleie- og omsorgsbehovene (op.cit., s. 51).

7.3.2 Sammenlikning med årsverksutvikling i en del profesjoner 1997-2007

Slik vi tidligere har vist, kom det til netto 4.562 *sykepleieårsverk* i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste fra 1997 til 2007. Det er flere enn det samlede nivået på legeårsverkene i kommunehelsetjenesten i 2007. Og det kom til 5.164 flere årsverk *blant vernepleiere, miljøterapeuter og sosionomer.*

Nivået for samlet antall årsverk for leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten var 7.933 årsverk i 2007. Til sammenlikning utgjorde alene *økningen* i årsverksinnsats fra 1997 til 2007 for de 4 nevnte profesjonene 9.726 årsverk.

⁶⁹ I sine avtaler kan fastlegene tilpliktes inntil 7,5 timer /uke i ”allmennmedisinsk offentlig legearbeid”, som i hovedsak utgjøres av oppgaver i kommunal eldreomsorg, for eksempel som sykehjemslege, eller i forebyggende helsetjenester som helsestasjonslege og skolelege (NOU 2005:3, s. 29).

Dette viser at man ved vurdering av oppgavefordeling mellom kommunene og 2. linjetjenesten ikke bør fokusere for sterkt på det medisinske og helsetjenestespesifikke (kommunchelsetjenesten). Både i pleie- og omsorgssammenheng og i økonomisk sammenheng *strømmer de aller største ressursene gjennom pleie- og omsorg*. Det sentrale i bildet er den betydelige veksten i kommunal pleie- og omsorg nesten uavhengig av forholdet til 2. linjetjenestene, sjøl når vi holder psykiatrien utenfor.

8 Noen mulige pådrivende faktorer i utvikling og endret innretning av kommunale pleie- og omsorgstjenester de siste 20 åra

8.1 Innledning

Utgangspunktet for utredningen er at oppdragsgiver ønsket en nærmere analyse og dokumentasjon av eventuelle endringer som har skjedd mellom 1. og 2. linjetjenesten, jamfør prosjektspesifikasjonen (konkurransesgrunnlaget) fra oppdragsgiver hvor det heter:

KS ønsker å få en bedre tallmessig dokumentasjon av de endringer som skjer i oppgaveporteføljen til kommunene og få belyst nærmere årsaker og drivere i utviklingen og de ressursmessige konsekvensene for kommunene. Det er særskilt viktig å få vurdert økonomiske virkninger av kostnadsforskyvninger mellom stat og kommune (op.cit. s. 3).

I tilbudsdokumentet (kapittel 3) pekte NIBR på at det

I tillegg til kommunenes egen kompetanseheving og dyktiggjøring av sine tjenester, er det framfor alt de statlige reformene og handlingsplanene som sannsynligvis har lagt de sterkeste føringene i retning av overføring av nye oppgaver i helse- og sosialtjenestene til kommunene. Parallelt med at kommunene ut over i 1990-åra gradvis utviklet og bedret sine tilbud for innbyggere med psykiske lidelser, rusavhengige og yngre i institusjon, begynte en å ta imot mennesker som tidligere hadde fått hjelp i spesialinstitusjoner, men også alvorlig syke og dødende mennesker. En tok etter hvert over brukere fra 2. linjetjenesten.

Vi la således opp til å belyse den betydning ulike statlige reformer og handlingsplaner kan ha hatt for utviklingen. Vi viste her til at foruten *HVPU-reformen* (1991-1995) og dels *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2001/2006), var *Opptrappingsplan for psykisk helse* (1998-2008) samt *Helseforetaksreformen* f.o.m. 2002 de viktigste.

Vi viste til at antall døgnplasser og pasienter i psykiatriske sykehus og sykehjem etter hvert var blitt betydelig redusert, og mer enn Opptrappingsplanen forutsatte, med den sannsynlige følge at kommunene gradvis har tatt over tjenestetilførsel.

Vi understreket at endringene framfor alt var knyttet til tilveksten av brukere under 67 år i de kommunale tjenestene, og la opp til å gi svar på hvilke forhold som har drevet utviklingen i retning av sterk økning i kommunens ressursbruk til personer under 67 år.

Vi vil avslutningsvis i dette kapitlet ta for oss noen av de viktigste drivkreftene som synes å ligge til grunn for de endringer som har skjedd i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de siste 20 åra. Her starter vi med de umiddelbare pådriverne; de statlige handlingsplanene og reformene.

8.2 Statlige reformer og handlingsplaner som pådrivere i utbygging og utvikling av kommunale pleie- og omsorgstjenester

8.2.1 HVPU-reformen

HVPU-reformen - avviklingen av institusjonsomsorgen for psykisk utviklingshemmede og overføring av ansvaret for bo- og tjenestetilbud for utviklingshemmede til kommune - ble vedtatt i 1988 og ansvaret formelt overført til kommunene 1.1.1991. Reformen skulle gjennomføres fram til 1995. Den ble i hovedsak gjennomført i årene 1991-93.

Den hadde sin bakgrunn i det arbeid som ble lagt fram av Lossius-utvalget (NOU 1985:34, *Levekår for psykisk utviklingshemmede*). Den ble fulgt opp i St.meld. nr. 67 (1987-88), *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede*. Gjennomføringen av reformen ble så behandlet i St.meld. nr. 47 (1989-90), *Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*.

Idégrunnet for reformen gjenfinnes imidlertid i Ot.prp. nr. 49 (1987-88), *Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale belsevern for psykisk utviklingshemmede*. Her går det fram at det var bedre og normaliserte levekår som var hovedmålet, idet en ved reformen særlig tok sikte på å:

- bedre og normalisere levekårene
- gjøre det mulig å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre
- avvikle institusjonsomsorgen og bygge ut alternative tilbud

Den bygget på *normaliseringsprinsippet*, d.v.s. at utviklingshemmede skal kunne ha anledning til å leve et liv så nært det 'normale' som mulig. Bak tilbakeføringen til lokalmiljøene lå tanken om likeverd. Alle mennesker skal kunne ta del i de samme velferdsgodene og ha normale levekår. Det betyr at offentlige tjenester utformes med utgangspunkt i den enkeltes behov, i lokalmiljøet av det ordinære tjenesteapparatet. Dette ble sett på som en forutsetning for at utviklingshemmede både kunne bli oppfattet av andre og seg sjøl som fullverdige medlemmer av samfunnet (St.meld. nr. 40 (2002-2003), s. 112).

Prinsippet om normalisering

Reformen ble drevet fram av normaliseringstanken, som gjennom mer enn tjue år hadde fått stadig større tilslutning. I Lossius-utvalgets innstilling var sammenlikningen med andre det prinsipielle utgangspunktet. I St.meld. nr. 47 (1989-90) la en til grunn at utviklingshemmede skal ha levekår slik vi ellers ønsker å ha for våre borgere. I komitéinnstillingen som fulgte, la en vekt på at levekårene for utviklingshemmede skulle bedres og *normaliseres*. En ønsket å legge til rette for at utviklingshemmede så langt som mulig skulle kunne leve og bo sjølstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (Ot.prp. nr. 49 (1987-88)).

Med normalisering mens at *tjenesteytingen* skal ta utgangspunkt i det enkelte menneske som skal gis bidrag til å leve et liv så nært det normale som mulig. I henhold til reformdokumentene bør tjenester ikke knyttes til boligen, men til den enkelte person. Tiltak og tjenester ytes der en bor og av det vanlige tjenesteapparatet. De kommunale tjenestene skal m.a.o. ikke ytes som særomsorg, men som del av tjenestene til alle.

Resultater

Kommunene tok jevnt over på seg de oppgavene de ble pålagt innen rimelig tid. Og hele 8 av 10 var flyttet ut av HVPU-institusjonene i løpet de 3 første åra, d.v.s. i perioden 1991-1993. Kommunen stilte med både boliger og tjenester i nokså stort omfang. De statlige økonomiske tilskuddene var imidlertid omfattende og gjorde reformen realiserbar på relativt kort tid.

HVPU-reformen omfattet også heimeboende utviklingshemmede, som allerede var kommunenes ansvar. All vekst i de heimebaserte tjenestene i perioden 1991-95 gikk til utviklingshemmede, med omlag 13.000 årsverk (Prosjektnotat 3, NIBR, 2009). Det var det første større statlige pådrivende tiltaket for vekst og endra innretning av pleie- og omsorgstjenestene etter at kommunene overtok ansvaret for sykehjemmene i 1988.

HVPU-reformen var det mest profilerte leddet i avinstitusjonaliseringen av pleie og omsorg på 1990-tallet, sammen med ned-institusjonaliseringen av personer med psykiske lidelser og stagnasjonen i institusjonstilbudet for eldre. Reformen plasserer seg sentralt i en større generell bevegelse mot *boliggjøring, individretting og normalisering* av omsorgstjenestene. *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) – med sterkt preg av utbygging av omsorgsboliger – representerer fortsettelsen av denne bevegelsen sammen med omsorgsboligbyggingen og styrkingen av de heimebaserte tjenestene i det psykiske helsevernet i *Opptrappingsplan for psykisk helse*.

8.2.2 Handlingsplan foreldreomsorgen

Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE, 1998-2001) ble lansert i 1996 med bakgrunn i at det hadde vært svak vekst i eldreomsorgen⁷⁰, slik vi har vist i denne utredningen.

HPE var en større statlig satsing for å bedre kapasitet og kvalitet i kommunenes omsorgstjenester. Som handlingsplan innebar den satsing for utbygging av helhetlige pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Den omfattet styrking av hjemmetjenestene, flere plasser i heldøgns pleie- og omsorg, flere omsorgsboliger, fornyelse og

⁷⁰ Framstillingen her er basert på Brevik, NIBR-rapport 2002:18, kapittel 2.12

NIBR-rapport 2010:1

modernisering av eldre institusjonsbygg og ensengsrom i institusjon for alle som ønsker det.

Siden kommunene også i framtida vil måtte ha ansvaret for utforming, bygging og drift av omsorgstjenestene, la staten vekt på at kommunene i regi av HPE i størst mulig grad skulle utforme og bygge ut et pleie- og omsorgstilbud tilpasset lokale forhold og behov⁷¹.

Planen tok til i 1998, og for drift ble HPE-perioden satt til 4 år, 1998-2001. Staten la opp til å bevilge ca. 10 milliarder til drift av omlag 12.000 årsverk i perioden 1998-2001, hvorav 11.585 ble realisert. Av disse kom 9.700 årsverk eller nærmere 80 prosent i de heimebaserte tjenestene, hvorav igjen 4 av 10 gikk til brukere under 67 år (Toresen 2003).

Satsingen omfattet videre i utgangspunktet 19 milliarder kroner til bygging av 24.400 sykehjems plasser og omsorgsboliger. Til sammenlikning var de samlede kostnadene i hele pleie- og omsorgssektoren i primærkommunene om lag 38.5 milliarder i 2000.

Ferdigstilling av bygningene tok imidlertid vesentlig lengre tid. Investeringsperioden og satsingen på bygging ble utvidet, fra den opprinnelige byggeperioden 1998-2002, til 2006. Det ble fra statens side etter hvert (t.o.m. 2005) bevilget tilskudd til investeringer i omlag 40.000 sykehjems plasser (mest til rehabilitering og modernisering) og omsorgsboliger, fordelt omtrent likt på disse formene (Toresen 2003).

Dette var den andre store satsingen fra statens side på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. To tredjedeler av nivåhevingen målt i årsverk i disse tjenestene i 10-årsperioden 1991-2001, kom som resultat av statlige overføringer. Handlingsplaner og statlige bidrag til kommuneøkonomien har vært de sterkeste pådrivende faktorene for utvikling av kommunal pleie- og omsorg de 20 siste åra. Det kommer vi tilbake til i slutten av kapitlet.

8.2.3 Opptappingsplan for psykisk helse

I St.meld. nr. 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet*, ble det pekt på store mangler i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Vi har tidligere, i kapittel 6.3, omtalt *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* (senere utvidet til ut 2008). Til grunn for opptappingsplanen lå en rekke mangler både i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og i kommunene, bl.a. knyttet betydelig underkapasitet, kvalitet, organisering, medvirkning, samhandling og tilgjengelighet.

Planen har hatt som mål å løse utfordringer bl.a. knyttet til utbyggingen av kommunale tjenester, oppfølging etter utskrivning fra sykehus og å motvirke at for mange pasienter ble skrevet ut for tidlig eller at de ikke fikk et tilbud med en gang.

Denne statlige planen forutsatte både en styrking av tjenestetilbudet i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, og det ble lagt vekt på både polikliniske tjenester og et større kommunalt ansvar.

⁷¹ Målsettinger og virkemidler er nærmere omtalt i St. meld. nr. 50 (1996-97), *Handlingsplan for eldreomsorgen* og St. meld. nr. 34 (1999-2000), *Handlingsplanen for eldreomsorgen 2 år etter*.

Kommunene skulle gis økonomisk grunnlag for 4.770 nye årsverk for å drive forebyggende virksomhet og styrke tjenestetilbudene til voksne og barn, samt til unge med psykiske lidelser og problemer.

Måltallet for psykisk helsevern for voksne var 3.760 årsverk i 2008. Dette måltallet synes nådd. I en evalueringsrapport fra Forskningsrådet (2009, kapittel 3.2) viser en til at det er tilført ca. 3.100 årsverk. Men en oversikt fra SINTEF (Ose et al., SINTEF 2009) viste, slik det går fram av tabell 6.7 i kapittel 6, at 3.858 årsverk var tilført ved statlig finansiering ved utgangen av 2007.⁷²

I 2007 ble det utført i alt 9.000 årsverk i det kommunale psykiske helsevernet for voksne, hvor omlag halvparten falt på tjenester finansiert ved statstilskott og halvparten på tjenester og tiltak i regi av kommunene, hvor det meste er kommet etter 1995, anslagsvis 3.500 - 4.000 årsverk i kommunal regi. Her synes staten og kommunene parallelt å ha løftet ut like mye.

Opptrappingsplanen synes m.a.o. å ha fungert som pådriver ut over eget bidrag, analogt til hva som skjedde under HVPU-reformen. Disse *genererende* effektene kommer vi tilbake til i kapittel 8.3.

Forøvrig nevner vi at målet om 2.065 døgnplasser i Distriktpsikiatriske senter ble nesten nådd med 1.833 plasser i 2008. Dessuten var målet under *Opptrappingsplanen* å yte tilskott til oppføring av 3.400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser (St.prp. nr. 1 (2008-2009), HOD, kapittel 10.40 Psykisk helse). Per november 2008 var det ferdigstilt 3.019 slike plasser (Kaspersen et al., SINTEF 2008).

8.2.4 Med de statlige handlingsplanene strømmer unge brukere inn i de heimebaserte tjenestene

De statlige reformene og handlingsplanene har lagt vesentlige føringer på utviklingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, med særlig fokus på de heimebaserte tjenestene og brukere under 67 år.

Slik vi tidligere har pekt på innvarsles ved HVPU-reformen noe relativt nytt, med en påfølgende omfattende tilvekst av yngre brukere andre enn utviklingshemmede i de heimebaserte tjenestene. Denne forvandlingen ble fulgt opp gjennom den statlige satsingen i Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse. Alle har hatt som resultat – også HPE – at de unge brukerne strømmet inn i pleie- og omsorgstjenestene.

Men en annen underliggende forutsetning for denne bevegelsen var den omfattende byggingen av omsorgsboliger fra 1994 og utover gjennom den nye statlige finansieringsordningen i Husbanken for bygging av slike boliger. Dette var igjen også delvis en videreføring av den kommunale boligbyggingen for utviklingshemmede, slik vi har vist i kapittel 3.

⁷² Dette gjaldt 'bistand i bolig', 'støttekontakt' og 'tilrettelagt behandlingstilbud', hvorav det meste sorterer under de heimebaserte tjenestene, jf. vår drøfting av dette i kapittel 6.9.5.

Finansieringsordningen har imidlertid hatt en betydelig sjølstendig påvirkende kraft og har bidratt til det sentrale boliggyringsaspektet ved den nye innretningen av pleie- og omsorgstjenestene.

Og de heimebaserte tjenestene har vokst gjennom alle disse tidsrommene. Bevegelsen mot i tiltakende grad å innrette pleie- og omsorgstjenestene mot de bolig- og heimebaserte, synes også å ha skjedd uavhengig av konjunktorene og delvis uavhengig av statlige satsinger.

8.3 Kommunenes egendykting – kommunene har tatt oppgaver

Vi har vist at de statlige handlingsplanene med øremerkete tilskott til drift og bygging av omsorgsboliger, har vært sentrale pådrivende faktorer for utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene. Men vel så viktig etter 1995 har vært kommunenes økte evne til å ta nye oppgaver, og særlig å utvide dem til flere brukergrupper.

8.3.1 Sterk vekst uten statlige handlingsplaner

Utviklingen av pleie- omsorgssektoren fra slutten av 1980-åra har vært gjennom en så omfattende utvikling at den langt på vei står fram som en fornyet sektor. Med fokus på de heimebaserte tjenestene har kommunale pleie- og omsorgstjenester i stor grad endret innhold, form og funksjon. Økningen i ressurser, bredde og mangfold, veksten i profesjonsgruppene og mangfoldet i boliger og institusjoner, har gjort kommunene i stand til å ta et langt bredere ansvar enn tidligere.

Etter 1995, i perioden 1996-2007, vokste de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med 38.745 årsverk (etter register). Av disse falt vel 29.000, eller 75 prosent på de heimebaserte tjenestene. Av denne tilveksten gikk igjen ca. 19.500, eller 2/3-deler til brukere under 67 år.

Av disse igjen gikk - slik vi viste i kapittel 5.4 - 17.200 nye årsverk til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser, hvorav omlag 10.000 i perioden 2002-2007. Mesteparten av satsingen etter 1995 har imidlertid falt på brukere med somatiske lidelser. De mottok 12.100 årsverk i hjemmetjenestene i 2007, mens personer med psykiske lidelser mottok 8.200 årsverk.

Av de 17.200 årsverkene som disse to store brukergruppene ble tilført i nevnte periode, kom ca. 3.200 til ved statlig finansiering i tilknytning til *Opptrappingsplan for psykisk helse*, jf. kapittel 5.7.2. Resten, eller 14.000 årsverk, er tilført av kommunene⁷³. De aller fleste av disse har gått til brukere med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, uten at disse brukerne har vært gjenstand for statlige handlingsplaner. Kommunene har m.a.o. etter 1995 hevet nivået for disse brukerne i de heimebaserte tjenestene, i betydelig grad på eget initiativ, og i et omfang som tilsvarer hele det statlige driftsbidraget under Handlingsplan for eldreomsorgen. Men staten har likevel bi-

⁷³ Likevel var det slik at 40 prosent av de statige bidragene til driftstilskott til de heimebaserte tjenestene gikk til brukere under 67 år, jf. kap 8.2.2. Disse midlene var i liten grad politisk intendert da det i hovedsak dreide seg om 'Handlingsplan for eldreomsorgen'

dratt også her, gjennom *toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere og vertskommunetilskuddet* (til utviklingshemmede). Det kommer vi til i kapittel 8.6.

Alt dette er knyttet til at kommunene har *videreført og utvidet etablerte oppgaver* samtidig som de dels på eget initiativ *har utviklet nye tiltak*. Det meste av veksten skyldes likevel at en har gitt hjelp *til flere allerede etablerte yngre brukergrupper* og gradvis har gitt *mer hjelp per person*. Både nye brukergrupper og mer hjelp til etablerte, har imidlertid dels fulgt av de nevnte handlingsplanene, særlig HVPU-reformen. Tidlig utskrivning fra sykehus utgjør bare en liten del av dette bildet. jf. også SINTEF 2004, kapittel 6.

8.3.2 Kommunenes egendyktiggjøring

Den omfattende og raske gjennomføringen av HVPU-reformen må, som tidligere nevnt, samtidig ha bydd på erfaringer og lærdom som kommunene har tatt med seg over i åra som fulgte. Det kan vi bl.a. avlese av den betydelige veksten i byggingen av kommunale boliger for yngre brukere, så vel som av framveksten av nye yngre brukere av kommunale heimebaserte tjenester fra 1996 og utover, d.v.s. da den vesentlige innsatsen knyttet til HVPU-reformen var fullført. Det har vi gjort rede for i Prosjektnotat nr. 2 fra denne utredningen.

Kommunenes dyktiggjøring – lærer av og realiserer statlig ideologi

Vi viste i kapittel 8.2 at omlag halvparten av brukerne av heimebaserte tjenester da HVPU-reformen var avsluttet, var kommet fra andre steder enn HVPU-institusjoner. Parallelt til arbeidet med å bygge opp tjenester og boliger for tidligere beboere i HVPU-institusjoner, utviklet kommunene tilsvarende tiltak for like mange som tidligere oftest bodde hos foreldrene. I tillegg til å gjennomføre statlige pålegg, *genereres* tilsvarende tiltak for andre brukere i omtrent like stort omfang.

Det samme skjedde i tilknytning til *Opptrappingsplan for psykisk helse*, slik vi viste i kapittel 6.9. Kommunene hadde ytt omlag like mange årsverk i heimebaserte tjenester og ulike behandlingstilbud i det psykiske helsearbeidet for voksne, som det som var blitt finansiert gjennom de statlige øremerkete tilskuddene. Parallelt med gjennomføringen av den statlige planen utviklet kommunene egne bidrag.

Kommunene var allerede under HVPU-reformen kommet godt i gang med å ta oppgaver som de tidligere ikke hadde hatt. Vår hypotese er at kommunene tok vesentlig lærdom av arbeidet med reformen og utvidet sitt ansvarsområde til andre grupper, som av andre grunner enn utviklingshemming, var i like stor bero for offentlig hjelp og bistand.

De statlige handlingsplanene har ikke bare fungert som statlig finansiert oppgaveoverføring til kommunene. De har like mye virket som *pådrivere* i kommunenes dyktiggjøring og har generert utvikling og læring, slik at kommunene innretter tjenestene annerledes og øker innsatsen, ofte i tråd med den ideologi disse handlingsplanene kviler på. Det kan hevdes at kommunene til overmål realiserer statlige målsettinger.

Denne utviklingen skjøt på nytt fart i årene 1996-97, og fortsatte med midler fra *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Det holdt seg gjennom svekket kommuneøkonomi i årene 2002-2005, for igjen å akselerere i årene 2006-2007, med styrket kommune-

økonomi. Satsingen på yngre brukere i de heimebaserte tjenestene etter 1995 er således ikke knyttet til enkeltperioder og enkeltgrupper (som f.eks. utviklingshemmede), men det har vært jevn vekst også etter at HVPU-reformen ble avsluttet i 1995, helt fram til i dag.

Etter vår vurdering er denne utviklingen i betydelig grad knyttet opp mot strukturelle endringstrekk og generelle utviklingstrekk i velferdssamfunnet, der kommunene har funnet det rimelig ytterligere å ta på seg det ansvar de har tatt. At de i årene etter 1995 har tatt ansvar for en nivåheving i de heimebaserte tjenestene tilsvarende 14.000 årsverk for yngre brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser, er sterk indikasjon på dette.

Hvor de nye brukerne kommer fra

Majoriteten av brukerne med somatiske sykdommer/fysisk funksjonshemming, kan ikke ha kommet fra institusjoner på samme måte som en del av brukerne med psykiske problemer, siden de relativt få institusjonsplassene for disse (f.eks. vanføre-hjemmene) var avviklet før 1995. Og heller ikke er de kommet fra eldreinstitusjoner, siden antallet under 67 år med plass der har vært svakt stigende de 10 siste åra (se NIBR-rapport 2010:2, kapittel 3).

Helsetilsynets undersøkelse fra 2003 viste f.eks. at blant brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i kommunale boliger, var 45 prosent kommet dit heimefra og 26 prosent var kommet fra annen kommunal bolig.

Videre har vi vist at av netto 25.000 nye brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i perioden 1997-2006, var 7 av 10 bosatt i ordinære private boliger (jf. NIBR-rapport 2010:2, kapittel 4.4). Det gjelder enda flere blant dem med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Det enkle svaret på hvor alle disse brukerne kommer fra, er oftest fra egne heimer, ofte foreldreheimen.

Kommunene har tatt oppgaver - forskyvning fra familien til det offentlige

For 20 år siden anførte vi at halvparten av framveksten av en ny offentlig eldreomsorg i perioden 1960-1990 kunne forklares med økningen i antall eldre (Brevik 1989). Den andre halvdelens tilskrev vi en familieomsorg som 'forsvant', d.v.s. ved at det offentlige måtte erstatte en privat omsorg som ble svekket bl.a. gjennom endringer i familiestruktur med sterkt økende aleineboenhet og store endringer i gifte kvinners yrkesaktivitet.

Analogt til denne forklaringen på framveksten av en offentlig 'eldreomsorg', særlig etter 1960, er vår hypotese at den sterkt økende innsatsen for yngre funksjonshemmede av ulike typer, kan føres tilbake til at kommunene gradvis har *tatt på seg oppgaver* som tidligere ble ivaretatt av familien eller ikke var skjøttet på god nok måte.

Vi har samtidig vist at de nye brukerne ofte har omfattende hjelpebehov, særlig dem med somatiske sykdommer, jf. kapittel 5.9, og at de ofte har vel så store hjelpebehov som dem som lenge har vært brukere. Den betydelige økningen i *intensiteten* i hjelpa til yngre brukere er etter vår vurdering av vel så stor interesse som den store økningen i antall brukere. Vi finner f.eks. i kommunale boliger et betydelig innslag av tungt fysisk funksjonshemmede med like omfattende bruk av heimebaserte tjenester som

blant utviklingshemmede. Det må igjen bety at kommunene i det siste 10-året har tatt ansvar for langt flere tungt funksjonshemmede enn tidligere.

Det understøtter vår hypotese om de underliggende drivkreftene: En omforent forståelse i familiene i HVPU-reformens kjølvann av at det er mulig å få kommunal hjelp, kommunenes aksept av rimeligheten i dette, og ikke minst den praktiske oppfølgingen i kommunene.

Samtidig har antakelig også familiene tatt lærdom fra HVPU-reformen, som viste at kommunene også kunne bistå tungt funksjonshemmede bosatt hos foreldrene. Det har m.a.o. også blitt stilt høyere krav til kommunene.

Fagfolkene i kommunene som pådrivere

Noen har knyttet økningen i antallet unge brukere til en omlegging i samfunnets innsats for grupper og problemer som har vært der tidligere, og som nå gjenspeiles i økt innsats i de heimebaserte tjenestene. Dette er imidlertid ikke bare knyttet til handlingsplaner, men også til pådriv fra fagpersonalet i kommunene.

Vår hypotese er at det oftest er fagfolkene i kommunene som har stått for denne utviklingen og at endret innretningen av tjenestene følger av økte faglige ambisjoner hos de ansatte. Kommunene og fagpersonellet har i stor grad levd opp til målsettingene om forbedring av tjenestene til den enkelte pasient, både i volum og kvalitet.

Fordi omsorgstjenesten har vokst i omfang, kompetanse og tiltak, er den i dag i stand til å ta på seg en del oppgaver som tidligere lå til spesialisthelsetjenesten. Slik sett kan det hevdes at kommunene ikke har fått nye oppgaver, men at kommunene i dag er bedre i stand til å realisere helse-, pleie- og omsorgsoppgavene.

Det er imidlertid blitt peket på at ”Det kan likevel være et problem at en betydelig prioritering av de samlede ressursene er forårsaket av fagmiljøene, og skjer utenfor den politiske debatten” (NOU 2005:3, s. 51). Vesentlige deler av den tunge og fornyende innsatsen i pleie- og omsorgstjenestene, særlig for brukere med somatiske sykdommer og funksjonshemming synes å ha blitt til uten vesentlig styring på statelig nivå, siden en i norsk omsorgspolitik sjelden drøfter innretningen av pleie- og omsorgstjenestene (politikkerne taler heller oftest forenklet om ’mer, mer’, eller ’flere, flere’, f. eks sykehjemsplasser).

8.4 Pådriving i innretning og utvikling av kommunale tjenester gjennom samhandling med spesialisthelsetjenesten

8.4.1 Pådriving gjennom samarbeid om statlige handlingsplaner

Arbeidet med de ulike statlige handlingsplanene i kommunene har antakelig - slik vi viste i kapittel 8.2 - hatt betydelig innvirkning på utforming og innretning av de kommunale tjenestene. Samhandlingen med staten har også medført at kommunene ofte har adaptert den omsorgsideologi som har ligget til grunn for handlingsplanene, f.eks. prinsippene om avinstitusjonalisering (HVPU), boliggingjoring hjemmeliggjoring (HPE og OP).

Vi er imidlertid ikke kjent med studier som har belyst denne problematikken. Det er derfor vanskelig å fastslå *i hvor stor grad* samhandling gjennom handlingsplaner har fungert som pådriver i utviklingen av de kommunale tjenestene, ut over den rimelige generelle antakelsen om at de har hatt en slik funksjon, jf. vår drøfting i kapittel 8.2.

8.4.2 Pådriving gjennom spesialisert medisinsk faglig aktivitet og profesjonsutvikling

Det finnes så langt ikke empirisk belegg for at det har skjedd en betydelig forskyvning av faglig spesialiserte tjenester til kommunene, sjøl om slike oppgaver utvilsomt har vært i vekst. Vi kan heller ikke tallfeste hvor mange som behandles ved hjelp av mer f. eks spesialiserte medisinsk-tekniske prosedyrer, men det synes å være relativt få, jf. kapittel 6.7. Vi antar derfor at dette i liten grad har vært pådriver i utviklingen av de kommunale tjenestene.

Små endringer i sammensetningen av profesjonsgruppene i pleie- og omsorg, slik vi viste i kapittel 7, med en konstant andel sykepleiere og antakelig bare svak vekst i spesialiserte sykepleieoppgaver, og en nesten ubetydelig relativ økning i høgskoleutdannet personell i perioden 1997-2007, tyder heller ikke på vesentlig pådriv gjennom profesjonsendring. Derimot har det vært en betydelig økning i bruk av miljøterapeuter og sosionomer, men ikke i et omfang som tilsier at det har virket som vesentlig pådriver for innretningen av pleie- og omsorgstjenesten.

8.4.3 Læring gjennom samhandling med den psykiatriske spesialisthelsetjenesten

Også i de psykiatriske spesialisthelsetjenestene har det sannsynligvis funnet sted en økt samhandling med kommunene, kanskje særlig gjennom etablering av flere døgnplasser i DPS'er og betydelig større aktivitet overfor disse brukergruppene i sin alminnelighet i kommunene.

I kapittel 6.3 viste vi at det parallelt med en viss nedbygging av døgnplassene i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, har funnet sted en sterk økning i antall behandlede der, fra ca. 30.000 personer i 1998 til ca. 50.000 i 2008. Vi pekte også på at når langt flere brukere er kommet til, må det samtidig bety at *kontaktflata* til de kommunale tjenestene, og samhandlingen med dem, også har økt betraktelig.

En slik utvikling forsterkes ved den økningen som har funnet sted i den *polikliniske virksomheten*, der antallet konsultasjoner økte med 130 prosent i den nevnte perioden. Sjøl om det i flere sammenhenger (Romøren 2003, 2007, Kalseth et al., SINTEF 2004, St.meld. nr. 47 (2008-2009), er pekt på at de største kompetansemessige manglene og utfordringene i kommunene nettopp er i det psykiske helsevernet, er det likevel sannsynlig at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i sin alminnelighet, og særlig gjennom Opptappingsplanen over 10 år, har fungert som en betydelig pådriver i utvikling og innretning av de kommunale tjenestene til disse brukerne. Det finner vi dessuten belegg for i den vekst i tjenestene som kommunene har drevet fram på egen hand parallelt med de årsverk som har vært finansiert gjennom øremerkete tilskudd (jf. kapittel 6.9.5).

8.4.4 Læring og utvikling generelt gjennom samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

I kapittel 6.4 gjorde vi rede for ulike former for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og ulike tiltak i spesialisthelsetjenesten i forhold til kommunene. Vi kom til at denne virksomheten *antakelig* i noen grad har ført til at kommunene har tatt på seg oppgaver som tidligere som oftest ble utført i spesialisthelsetjenesten.

Vi pekte på at omtale av ulike samhandlingsformer og samhandlingstiltak i offentlige dokumenter og rapporter, oftest er preget av å være vage og lite presise i forhold til omfang. Vi refererte også til at *samarbeid* mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten var vurdert til kanskje å ville bli den største utfordringen for et helhetlig helsevesen i åra framover. Det indikerer at det faktiske samarbeidet så langt ikke kan ha vært vurdert som særlig omfattende.

Vi pekte videre på at det var vanskelig å besvare spørsmålet om *i hvilken grad* kommunene etter hvert er tilført kompetanse, enten i regi av sykehusene eller i kraft av seg sjøl, som er av en slik karakter at kommunene er blitt *vesentlig* bedre til å håndtere oppgaver ut over klassisk pleie- og omsorg. Fordi det vises til en rekke tiltak uten at de er *kvantifisert* i årsverk eller på annen måte, blir det vanskelig å vurdere i hvilken grad disse samhandlingsformene og tiltakene har virket som pådrivere i utvikling og innretning av de kommunale tjenestene.

8.4.5 Forholdet til den somatiske spesialisthelsetjenesten - en lite handgrikelig pådrivende faktor

Det har vært en viss vekst i bruk av sykehus i kommunene, idet antall *innlagte* økte med 11 prosent eller med 87.000 personer fra 2000 til 2008, jf. kapittel 6.2. Antall *dagopphold* økte imidlertid radikalt mer, med 82 prosent i samme periode. I tillegg har den polikliniske behandlingen tiltatt samtidig som liggetida er redusert med omlag ett døgn i perioden. Disse utviklingstrekkene må, slik vi tidligere har pekt på, innebære et potensial for *økt bredde i kontakthflata til kommunale helse-, pleie-, og omsorgstjenester*.

Denne utviklingen har nok medført at aktiviteten i kommunene knyttet til utskrevne fra somatiske sykehus, i større grad enn tidligere vil måtte bestå av behandling med økende krav til medisinsk kompetanse. Vi har antydnet dette som en rimelig hypotese. Vi mangler imidlertid empirisk belegg for i hvor stor grad en slik utvikling faktisk har funnet sted.

Dermed er vi ikke i stand til å vurdere i hvilken grad oppgaveforskyvning fra de somatiske sykehusene har virket som pådriver i innretningen og omfanget av de kommunale tjenestene, ut over økt omfang av allmenne pleie- og omsorgsfaglige oppgaver og en generell antakelse om en positiv utvikling i medisinsk retning.

SINTEF har tidligere pekt på at når kommunehelsetjenesten har vokst, så er det

ikke fordi en har fått nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, men ...fordi kommunene har fått muligheter for i større grad å realisere kommunehelsetjenestens mål. Fordi kommunehelsetjenesten har vokst i volum, kompetanse og tiltak, er kommunehelsetjenesten i dag i

stand til å ta på seg oppgaver som tidligere i større grad lå til spesialisthelsetjenesten. Når liggetiden er gått ned, kan en si at sykehusenes reduserte liggetid er gjort mulig gjennom kommunehelsetjenestenes vekst og utvikling... Men utviklingen har ikke i særlig grad medført en endret og prinsipielt ny oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Kalseth et al., SINTEF 2004, op.cit. s. 36).

På den andre sida har vi vist at det over lengre tid har vært knyttet et visst antall liggedøgn til ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus, der det hevedes at manglende behandlingskompetanse i kommunen er en del av årsaksbildet. Dette vises det til i St.meld. nr. 47 (2008-2009). En reiser her i tillegg spørsmålet om hvorvidt kommunene i større grad enn i dag kan ta ansvar for pasientbehandling, pleie, rehabilitering og forebygging. En legger i den sammenheng til grunn at det er en betydelig *unødig* bruk av spesialisthelsetjenester og hevder at *”pasienter harner unødig på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har”* (op.cit. s. 59). Det oppgis at dette dreier seg om ca. 400.000 liggedøgn. Sammen med 150.000 liggedøgn knyttet til ferdigbehandlede pasienter, kommer en opp i 550.000 liggedøgn, som igjen tilsvarer hvert 7. liggedøgn i sykehus i alt i 2007.

Hvis dette er tilfellet, må vi moderere antakelsen om at samhandling mellom 1. og 2. linjetjenestene og forbedret medisinsk kompetanse i kommunene, har fungert som en vesentlig pådriver i utviklingen av de kommunale helse- og pleietjenestene. Nokså motstridende antakelser, føringer og data gjør det etter vår vurdering vanskelig å ta stilling til hvorvidt utviklingen så langt i vesentlig grad ytterligere har dyktiggjort kommunene i deres arbeid i forhold til den somatiske spesialisthelsetjenesten. Og det skyldes igjen etter vår vurdering mangelfull og til dels motstridene empirisk kunnskap om hva som er de faktiske forholdene.

8.5 Noen allmenne drivkrefter bak innstrømming av nye brukere

Det er imidlertid en rekke andre faktorer enn dem vi her har nevnt, som kan ha påvirket utviklingen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren både kvantitativt og kvalitativt, og med hensyn til innretting av tjenestene. Vi skal her ta for oss *noen* slike mulige faktorer som med rimelighet kan antas å ha påvirket utviklingen. Det gjelder demografi, helsetilstand og sykkelighet, utvikling i særskilte sykdommer som ofte fører til betydelige behov for kommunale tjenester samt endringer i holdninger og forventninger. Vi begrenser oss i hovedsak til brukergrupper under 67 år, da det er disse som har økt i antall.

8.5.1 Demografi

Hvis personer i de aktuelle aldersgruppene generelt har blitt flere, vil det kunne tenkes å påvirke etterspørselen etter tjenester. I perioden 1995-2007 har aldersgruppa 18-67 år økt en del (9 prosent). Det var imidlertid ingen endring i antall personer 18-50 år, men en økning på 38 prosent i gruppa 50-66 år (SSB, Befolkningsstatistikk 2009). Likevel er dette lite sett i forhold til den sterke veksten i antallet tjenestemottakere.

Endringer i befolkningssammensetningen etter alder kan derfor bare forklare en del av økningen i antall brukere av heimebaserte tjenester 50-66 år, men ikke noe i økningen blant dem under 50 år, hvor økningen har vært størst.

8.5.2 Sykelighet og helse

Økt sykelighet i befolkningen i sin alminnelighet kan ikke være en vesentlig grunn til økt tjenestebruk i befolkningen under 67 år siden Helseundersøkelsene viser at folks helse jevnt over er blitt bedre. Sjøl om andelen utviklingshemmede i befolkningen er nokså konstant (jf. Prosjektnotat 3), kan det ha blitt noen flere brukere i de heimebaserte tjenestene p.g.a. at gruppas levealder er stigende (Romøren 2007, Thorsen 2004 og Thoresen 2005)⁷⁴. Økningen er likevel beskjeden (vel 3.000 nye brukere etter 1995) og skyldes sannsynligvis mest at tilgjengeligheten til tjenestene har økt, jf. kapittel 6.9.4.

Økt insidens for særskilte sykdomsgrupper med stort behov for kommunale tjenester

Det er bl.a. vist en økt insidens i den yngre delen av befolkningen av kreft og muskel-/skjelettsykdommer⁷⁵. Dette medfører flere oppgaver både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Samtidig ønsker flere å være lengst mulig heime med kreftsykdommen. I dag er det i langt større grad tilrettelagt for at f.eks. pasienter med kreftsykdom skal kunne bo hjemme når det ikke er helt nødvendig å være på sykehus. Dette er muliggjort ved en sterk opprustning av sykepleietjenesten i kommunene.

Den betydelige veksten i antallet yngre brukere de seinere åra, kan etter vår vurdering bare i liten grad tilskrives økt omfang av allmenne helseproblemer i den økonomisk svakstilte delen av befolkningen. Men i forhold til psykiske lidelser og rusproblemer er det antakelig en slik sammenheng.

Helsetilsynsundersøkelsen viser imidlertid at i tillegg til utviklingshemming og psykiske lidelser, er ulike somatiske sykdommer hovedårsak til hjelpebehovet hos brukere under 67 år. I sistnevnte gruppe dominerer ulike nevrologiske tilstander. Dernest følger senfølger av omfattende skade, ofte etter trafikkulykker, og medfødt funksjonshemming annen enn utviklingshemming. Disse to gruppene sammen med ulike nevrologiske tilstander, utgjorde i 2003 65 prosent av angitte hovedårsaker til hjelpebehovet blant brukere under 67 år, og de to sistnevnte utgjorde 35 prosent⁷⁶ (Brevik 2009, tabell 4.5).

Vi betrakter de statistiske opplysningene om utvikling i antallet uførepensjonister etter hovedårsak til uførhet, som et rimelig godt uttrykk for utviklingen i etterspørsel etter kommunale tjenester når det gjelder særskilte diagnoser. Psykiske lidelser har vi behandlet i kapittel 6.9. Økningen her har ikke vært betydelig relativt sett, men likevel

⁷⁴ Utviklingshemmedes levealder er tiltakende og for personer med lettere utviklingshemming er leveladeren omtrent som i den øvrige befolkningen (Thorsen K. et al., 2004).

⁷⁵ Se for eksempel Samfunnsspeilet nr 4, 2004, Statistisk sentralbyrå.

⁷⁶ I kapittel 4, figur 4.1, viste vi at det i 2006 var ca. 21.000 brukere av heimebaserte tjenester under 67 år med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet. Anvender vi de nevnte andelenene på antall brukere i 2006, betyr det at det var 13.500 brukere under 67 år med de tre nevnte hovedtilstandene, hvorav ca. 4.500 hadde senfølger av omfattende skade eller medfødt funksjonshemming annen enn utviklingshemming.

har det blitt nesten 23.000 flere uførepensjonister med denne diagnosen, noe som antakelig har medført tilsvarende økt etterspørsel etter kommunale tjenester.

Antallet uførepensjonister med medfødte misdannelser annet enn utviklingshemming i uføretrygden har imidlertid vært nesten konstant. Av den grunn kan ikke forekomst av slike skader/lyter være noen forklaring på eventuelt økt bruk blant disse.

Tabell 8.1 *Utvikling i ulike diagnosegrupper blant uførepensjonistene (under 67 år) fra 1995 til 2006.*

Diagnose:	Antall 1995	Antall 2006	Endring	Prosent
Psykiske lidelser	67.800	90.452	22.652	33
Sykdommer i muskel-/- skjelettsystem	77.270	97.409	20.139	26
Medfødte misdannelser	6.144	5.970	- 174	- 3
Senfølger etter trafikkulykker	2.600	4.226	1.626	63
Alle	236.301	297.485	61.184	26

Kilde: Trygdestatistisk årbok 1996, og NAV, 2009.

Når det gjelder en annen viktig gruppe av tunge brukere av kommunale tjenester, har det vært en sterk økning. Etter 1995 er det blitt vel 1.600 flere uførepensjonister med senfølger etter trafikkulykker. Men om vi regner at alle disse er brukere av kommunale tjenester i pleie- og omsorg med eksempelvis ett årsverk per person i gjennomsnitt, representerer de ikke mer enn 1.600 årsverk. Til sammenlikning var det i følge våre beregninger en tilvekst på 5.200 årsverk til personer med somatiske sykdommer i alt, bare i perioden 2002-2007, jf. kapittel 5.7. Flere personer med senskader etter trafikkulykker, kan således bare være en mindre del av forklaringen på økt bruk i blant brukere med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet.

8.5.3 Betydningen av tilgang på privat omsorg

Vi har i kapittel 8.3 vist til at kommunene har overtatt oppgaver som tidligere ble regnet som familiens ansvar. Grensene for familieomsorg for utviklingshemmede og andre funksjonshemmede er flyttet nedover. Mange forventer med rimelighet at omsorgsansvaret er over når barnet er blitt 18 år (Romøren 2007).

Samtidig har det blitt pekt på at den private omsorgen er redusert, bl.a. p.g.a. endret familiestruktur. Det foreligger imidlertid svært lite empiri av nyere dato om omfanget av den private omsorgen i Norge (Brevik 1990, Lingsom 1997, Svalund 2005).

En gjennomgang av SSBs tidsbruksundersøkelser for 1980,1990 og 2000 viser at det har vært svært så endringer i andelen voksne som hjelper andre i eller utenfor hushol-

det i løpet av disse åra (Rønning et al 2009)⁷⁷. Seinere landsomfattende analyser foreligger ikke.

Enkelte svenske undersøkelser tyder imidlertid på at den private omsorgen som supplement til den offentlige, har tiltatt (Szebeheley et al. 2005, Sundstrøm og Malmberg, Sosialstyrelsen 2006). Det er vår hypotese også for Norge, bl.a. på bakgrunn av ensidig vekst i hjemmesykepleie, der den private omsorgen substituerer den offentlige og tar den praktiske bistanden (NIBR-rapport 2010:2, kapittel 3).

Men siden den empiriske kunnskapen om dette er svak, foreligger det ikke noe grunnlag for å kunne vurdere hvordan endret tilgang på privat omsorg har påvirket utviklingen av omsorgstjenestene, utover at kommunene har overtatt oppgaver for *sterket hjelpetrequende*, som tidligere lå til familiene.

8.5.4 Endret kunnskap og holdninger

Vi vil rent summarisk peke på noen enkeltforhold som høyst sannsynlig har gjort seg gjeldende og bidratt til økt etterspørsel etter kommunale tjenester, men som det ikke er mulig å kvantifisere betydningen av.

Kunnskap om og holdninger til bruk av kommunale tjenester har endret seg, bl.a. ved at den enkelte bruker/familie observerer og oppdager at nye/flere grupper får hjelp. Tilbudene genererer ny etterspørsel og i neste omgang nye tilbud.

Vi kan ikke måle betydning av kunnskaps- og holdningsendringer, *”men at de bidrar til å øke etterspørselen etter hjemmetjenester i yngre aldersgrupper, kan det ikke herske tvil om”* (Romøren 2007, s. 9). Dessuten har det funnet sted standardhevinger i tjenestene med økende vektlegging av kvalitet og valgfrihet (Kalseth et al., SINTEF 2004, kapittel 6.5).

I tillegg har arbeidet med utviklingen av tjenestene, og endringer i folks allmenne krav, medført at grensene for hva som er ’nødvendige’ ytelser er blitt flyttet. Det gjelder også vurderingen av hva som er et *verdlig* tilbud, jf. kapittel 5.9.

8.6 Samlet oversikt over statlige bidrag til nivåheving i årsverk til heimebaserte tjenester til brukere under 67 år pr 2007

Vi har vist at i perioden 1996-2007 vokste de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år med ca. 19.500 årsverk, jf. kapittel 5.7. Vi viste samtidig at en del av dette ble finansiert gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse, jf. kapittel 6.9.5. Men samtidig yter staten øremerkete tilskott til kommunene til drift av pleie- og omsorgstjenester til brukere under 67 år gjennom den såkalte *toppfinansieringsordningen* for ressurskrevende brukere, og gjennom det såkalte *verts-kommunetilskuddet* til den delen

⁷⁷ Både i 1980 og år 2000 var det 5 prosent i alderen 16-74 år som utførte omsorgsarbeid for andre voksne i husholdet og 8 prosent som gjorde det samme for personer utafør husholdet. Til sammen utgjorde disse innsatsene samlet ca. 100.000 årsverk på landsbasis i begge år, eller det samme som NIBR fant for landet i 1985 (Brevik 1990/St meld nr 25 (2005-2006)). Andelen og omfanget var imidlertid noe større i 1990

av gruppen utviklingshemmede som ikke flyttet ut fra HVPU-institusjonskommunene, etablert i 1991.

a. Øremerkete tilskudd til personer med psykiske lidelser

Gjennom opptrappingsplan for psykisk helse ble det i 2007 finansiert ca. 3.100 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, de fleste rettet mot brukere under 67 år. Forøvrig var det samlede øremerkete tilskudd til *drift av alt psykisk pleie-, omsorgs- og helsearbeid i kommunene i 2008* 3.4 milliarder (hvorav 78 prosent til kommunalt helsevern for voksne).⁷⁸

b. Vertskommunetilskuddet til utviklingshemmede

I 2009 ble det ytt øremerkete tilskudd med 941 mill kroner som fortsatt bodde i de 33 tidligere vertskommunene. Vi legger samme beløp til grunn for 2008⁷⁹. Dette beløpet skulle ut fra vårt beregningsgrunnlag gi rom for omlag 1.800 årsverk til drift i de heimebaserte tjenester til disse brukerne.

c. Toppfinansieringsordningen for særlig ressurskrevende brukere

Den viktigste ordningen med hensyn til direkte statlige overføringer til kommunene gjennom øremerkete tilskudd til drift av tjenester, er *toppfinansieringsordningen for særlig ressurskrevende brukere*⁸⁰, som fra og med 2004 inkluderer tilskuddsordningen for å gi yngre mulighet til å flytte fra institusjon til egen bolig (Brevik 2008).

Toppfinansieringsordningen gjelder bare brukere under 67 år, hvorav omlag 2/3-deler er utviklingshemmede. Den gjør det mulig for kommunene å gi brukerne hjelp i et betydelig større omfang enn hva som hadde vært tilfelle uten denne ordningen.

Med omlag 3 milliarder overført til kommunene i 2008 vil disse midlene, direkte anvendt i brukerretta virksomhet med kostnader satt til 502.000 kr per årsverk i heimebaserte tjenester, maksimum rekke til ca. 6.000 årsverk.

Konklusjon

I alt bidro disse tre ordningene til at staten i 2007/2008 etter våre beregninger finansierte omlag 10.000 - 11.000 av de omlag 20.000 (19.500 i 2007) årsverkene til brukere under 67 år. Det betyr igjen at kommunene i 2008 dekket omlag halvparten av nivåhevingen for disse brukerne siden 1995, jf. kapittel 5.8. Kommunene har dermed

⁷⁸ Vi viser her til *Evalueringsplanen for psykisk helse (2001-2009)*, Forskningsrådet, juni 2009, kapittel 3.2. Oppgaver over årsverk er basert på St prp nr 1 (2008-2009), HOD, programkategori 10.40, tabell 5.19. Seinere rapportering fra SINTEF (2008) viser at det sannsynligvis var ca. 3.850 årsverk, jf. kap 6.9.5 i denne rapporten, tabell 6.7. Vi holder oss her imidlertid til data i St prp nr 1.

⁷⁹ Fra og med 2009 ble den delen av vertskommunetilskuddet som siden 2005 var innlemmet i rammetilskuddet til kommunene (jf. St.prp. nr. 61 (2005-2006) – kommuneøkonomiproposisjonen) ført tilbake til igjen til et *samlet øremerket* vertskommunetilskudd med samlet 941 mill kr, jf. St prp nr 1 (2008-2009), HOD, kap 10.61. Vi legger det beløpet til grunn også for 2008. Videre legger vi til grunn brutto driftskostnader i de heimebaserte tjenestene som i 2007 – slik som i alle våre beregninger forøvrig, dvs. br. kr 502.000 pr årsverk, jf. kap 5.10 – siden vi ikke har beregnet samlet antall årsverk i de heimebaserte tjenestene for 2008. I denne sammenhengen – hvor det er størrelsesordner som gjelder – vil disse eventuelle mindre avvikene ikke være av reell betydning.

⁸⁰ Vi viser her til St. prp. nr. 1 (2008-2009), KRD, s. 102. For 2008 er det utbetalt 2.926 mill kr – en økning på 948 mill i forhold til 2007. I 2008 var det 4.500 ressurskrevende tjenestemottakere i kommunene (op.cit. s. 102). Kommunene får f.o.m. 2008 refundert 85 prosent av lønnsutgifter over innslagspunktet på 800.000 kroner.

tatt betydelige oppgaver for nye brukere for egen regning. Og brukere *under 67 år med somatiske sykdommer*; som i 2007 nyttet ca. 12.000 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, har aldri vært gjenstand for noen statlig handlingsplan.

8.7 Økonomi og omsorgsideologi – underliggende hoveddrivkrefter i utviklingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

8.7.1 Innledning

Vi har i denne utredningen vist at det har vært en til dels sterk og nokså jevn vekst i årsverk og bruk av ressurser i kommunal pleie- og omsorg, sjøl om utviklingen i kortere tidsrom har artet seg noe forskjellig.

Etter vår vurdering vil det være interessant å se nærmere på hvordan veksten i ulike perioder har vært knyttet til konjunkturer, statlig kommunaløkonomisk politikk, særskilte økonomiske føringer ovenfor sektoren (handlingsplaner) samt den omsorgsideologi som har ligget til grunn for slike føringer.

Vi har delt den periodevise gjennomgangen av utvikling i ressursbruk i den kommunale pleie- og omsorgssektoren på den ene sida mellom tidsrom med sterk vekst og på den andre, perioder med svak vekst. Oversikt over utviklingen i årsverksvekst i disse periodene er gjengitt i tabell 8.2 og i figur 8.1.⁸¹

8.7.2 Perioder med sterk vekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1991-2007

1. 1991-1993

Det var bl.a. utviklingen i opinionen på 1980-tallet og Lossius-utvalgets arbeid, som drev fram avinstitusjonaliseringen av hjelpetilbudet for utviklingshemmede (Brevik og Høyland 2007). Men dette ble fulgt opp av statlige bevilgninger som delvis fortsatt eksisterer (vertskommunetilskuddet), sjøl om det alt vesentlige nå overføres til kommunene fra staten gjennom inntekstsystemet.

Det som skjedde den gangen, var epokegjørende. Ikke bare fordi *en tredjedel av økningen i årsverksinnsatsen i åra 1991-2007* kom i løpet av disse tre åra, jf. tabell 8.2, men også fordi arbeidet med reformen antakelig la mye av grunnlaget for utviklingen av kommunale boliger og tjenester for andre yngre brukergrupper i alle åra som fulgte.

I perioden 1991-1993 var det således sterk vekst i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, med 5.000 årsverk per år (etter skjema, jf. figur 8.1), der nesten alt kom i de heimebaserte tjenestene, knyttet til utviklingshemmede og HVPU-reformen. Det var fortsatt lavkonjunktur, men store statlige overføringer til reformen.

⁸¹ I tabell 8.1 er årsverksveksten gjengitt etter register for hele perioden, mens den i figur 8.1 er gjengitt etter skjema for perioden 1989-1997, deretter etter register, jf. omtale av forskjellene i kapittel 5.1. NIBR-rapport 2010:1

2. 1996-1997

I åra 1996-1997 - under full høykonjunktur - er det igjen sterk vekst, med 4.800 årsverk per år (etter skjema), hvorav 7 av 10 kom i de heimebaserte tjenestene og i vesentlig grad knyttet til den store innstrømmingen av yngre brukere andre enn utviklingshemmede.

Gjærevollutvalget la fram sin innstilling i 1992 (NOU 1992:1). Den ga et klart råd om å satse på boliggingjoring og heimebaserte tjenester, slik vi gjorde rede for i kapittel 4. Og med både ideologien og økonomien på plass under høykonjunkturen i 1996-97, skjøt utbyggingen av de heimebaserte tjenestene fart, og framfor alt med vekt på unge brukere.

Tabell 8.2 *Oversikt over tilførsel av årsverk i aktive perioder 1991-2007 fordelt på årsverk i institusjon og i heimebaserte tjenester. Årsverk omregnet etter register for alle år.*

Periode	Heimebasert		Institusjon		I alt	
	Absolutt	Prosent	Absolutt	Prosent	Absolutt	Prosent
1. 1991-1993	14.751	33,4	2.878	20,9	17.629	31,0
2. 1996-1997	7.459	16,9	3.450	25,0	10.909	19,2
3. 1998-2001	9.857	22,3	4.434	32,1	14.291	25,1
4. 2006-2007	8.079	18,3	3.039	22,0	11.118	19,6
Sum 1-4, 11 år	40.146	90,9	13.801	100	53.947	94,9
Øvrige, 6 år	4.042	9,1	- 1.160		2.882	5,1
Alle	44.188	100	12.641		56.829	100

Kilde: Beregninger ved NIBR 2009.

I løpet av de 5 åra 1991-93 og 1996-97 hadde halvparten av veksten i pleie og omsorgstjenestene i perioden 1991-2007 funnet sted, både samlet og i åpen omsorg, jf. tabell 8.2. Og nærmere 8 av 10 årsverk av denne veksten kom i heimebaserte tjenester. De aller fleste gikk til brukere under 67 år. Tida var overmoden for en handlingsplan for 'eldreomsorgen'.

3. 1998-2001.

I tillegg til gode konjunkturer forsterkes kommunenes økonomiske grunnlag gjennom statlige midler i *Handlingsplan for eldreomsorgen*, i kraft av midler både til drift og til bygging. Planen ble lansert i 1996 med bakgrunn i at det hadde vært svak vekst i eldreomsorgen, slik vi har vist.

Samlet statlig bidrag kom i alt opp i 40 milliarder kroner, hvor det som tidligere nevnt ble gitt direkte statsstøtte til drift av 12.000 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Majoriteten av disse årsverkene kom i de heimebaserte tjenestene, hvor 4 av 10 gikk til brukere under 67 år. Gjennom statens fokus på omsorgsboliger, og etter hvert boliger med heldøgns pleie- og omsorg, ble det omsorgsideologiske elementet gitt det økonomiske grunnlaget som var nødvendig for realiseringen.

I løpet av disse 6 åra - fra 1996 til 2001 - fant 44 prosent av veksten i årsverk i omsorgstjenestene i perioden 1991-2007 sted. Det samme gjaldt 40 prosent av årsverksveksten i de heimebaserte tjenestene, jf. tabell 8.2.

Av en samlet vekst på 43.300 årsverk (etter register) i 10-års-perioden 1991-2001 kom 29.000 årsverk i tilknytning til *HVPU-reformen* i 1991-93 og *Handlingsplan for eldreomsorgen* 1998-2001.⁸² Dette utgjør 2/3-deler av nivåøkningen i pleie- og omsorg samlet i disse ti åra. Statlige bidrag 'genererte' m.a.o. 2/3 av veksten.

4. 2006-2007

I løpet av disse åra skyter ressursinnsatsen igjen fart. Det har sammenheng med politisk vilje til å bedre kommuneøkonomien, noe som gjør at pleie- og omsorgstjenestene opplever den sterkeste vekstperioden i løpet av de 20 siste åra, med 5.560 årsverk i gjennomsnitt per år.

Men dette skjer også på toppen i en høykonjunktur. Kommunene kanalisere i stor grad fortsatt den omfattende innsatsen inn i de heimebaserte tjenestene, med ytterligere *forsterket vekt på yngre brukere*. En stevnet som en hadde gjort, både med og mot konjunktorene. Innretningen av tjenestene var for lengst lagt om, og på nasjonalt nivå har en ikke funnet grunn til å endre på dette.

I de fire periodene 1991-93, 1996-97, 1998-01 og 2006-07 - som utgjør 11 av de 17 åra etter 1990 og fram til 2007 - finner 95 prosent av veksten i pleie og omsorgssektoeren sted. All vekst i institusjonsomsorgen skjedde i disse 4 periodene.

Aktivitetsnivået i tjenestene er blitt *betydelig hevet på permanent basis*. Siden har kommunene måttet holde de økte nivåene ved like, samt skape rom for ytterligere. De statlige føringene gjennom to omfattende handlingsplaner fungerte som hovedpådrivere og ga sterke bidrag til veksten i norsk kommunal pleie- og omsorg i 1990-åra.

8.7.3 Perioder med svak vekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1991-2007

1988-1990

I disse tre åra etter at kommunene overtok sykehjemmene i 1988, var det liten vekst i institusjonsomsorgen, med 570 årsverk per år, jf. figur 8.1. Det er lavkonjunktur og omstilling.

1994-1995

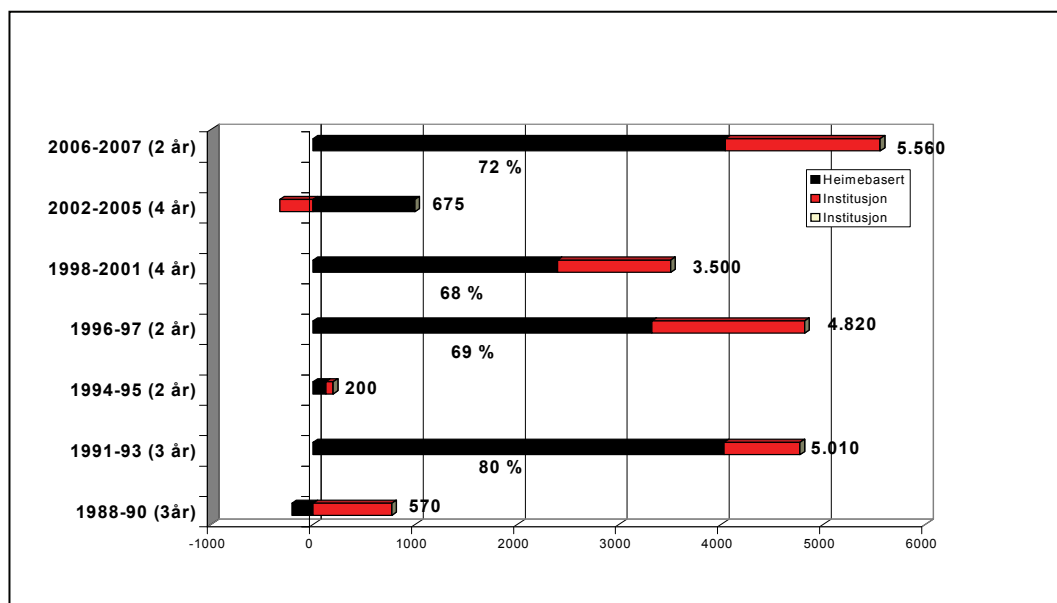
I disse åra var veksten brått over og økningen utgjorde kun 400 årsverk, sjøl om norsk økonomi i 1993 var på vei inn i en langvarig høykonjunktur. Den omfattende satsingen under HVPU-reformen synes å ha fått betydelige konsekvenser i etterkant, både for institusjonene og den åpne omsorgen. Det kan tolkes som et midlertidig 'pust i bakken'.

⁸² I perioden 1991-2001 økte pleie- og omsorgstjenestene med 42.829 årsverk etter register, jf. tabell 8.2 der 1994-1995 inngår med 455 årsverk. Hele veksten i de heimebaserte tjenestene må som tidligere nevnt tilskrives HVPU-reformen med 14.751 årsverk. Med tillegg av 14.291 årsverk (etter register) under HPE 1998-2001, gir det i alt 29.042 årsverk i nivåheving finansiert ved statlige øremerkete tilskott.

2002-2005

I 2001-2002 er vi igjen inne i lavkonjunktur, men konjunktorene bedret seg utover i 2003. Statlig politikk svekker imidlertid kommuneøkonomien. I åra 2002-2005 er vi tilbake til svak vekst på linje med årene 1988-1990, med en tilvekst på 2.700 årsverk eller 675 årsverk per år, men hvor nesten alt gikk til heimebaserte tjenester.

Figur 8.1 *Antall årsverk per år i heimebaserte tjenester og i institusjon i gjennomsnitt for ulike valgte perioder i årene 1988-2007. Absolutte tall og intern fordeling i prosent.*



Kilde: SSB og beregninger ved NIBR 2009

8.7.4 Konklusjon

De *underliggende* hoveddrivkreftene bak vekst og utvikling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har særlig vært *den generelle økonomiske situasjonen* i landet til enhver tid.

Dernest har veksten vært knyttet opp mot utviklingen av en statlig *omsorgsideologi* med *avinstitusjonalisering, boliggjøring og hjemliggjøring av omsorgstjenestene* som sentrale mål og som har vært fulgt opp gjennom romslige statlige tilskudd, f. eks fra *Husbanken* til bygging av omsorgsboliger etter 1994.

Den tredje krafta har vært de *direkte* statelig økonomiske bidragene for å styrke feltet gjennom overføringer i tilknytning til f. eks *HVPU-reformen*, samt føringer mot bygging av omsorgsboliger i tilknytning til *Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptappingsplan for psykisk helse*.

Et eksempel på statlige føringer med motsatt fortegn, var svekkelsen av kommuneøkonomien i perioden 2002-2005 under Bondevik-regjering II, sjøl om deler av svekkelsen også kunne tilskrives lavkonjunktoren 2001-2002.

Like viktig i dette bildet har imidlertid vært kommunenes sterke og kontinuerlige *evne og vilje* til å *forme og innrette* tjenestene etter den nevnte omsorgsdelogien. Kommunene har sjølstendig drevet fram endringene i *innretningen* av tjenestene etter at HVPU-reformen var avsluttet i 1995. De har nyttet det økonomiske handlingsrommet til å satse på *heimebaserte tjenester* og framfor alt å gi et tilbud til titusener av nye yngre brukere. I valg av *innretning* av tjenestetilbudet har kommunene langt på vei vært hoveddrivkrafta. Sjøl under *Handlingsplan for eldreomsorgen* fortsatte innsatsen ufortrødent langs denne linja.

Slik sett har kommunene langt på vei vært hoveddrivkrafta når det gjelder utviklingen av *innretningen* av tjenestetilbudet, sjøl om de statlige bidragene har vært av vesentlig betydning.

Litteratur

- Abrahamsen D. (2007): *Botilbud innenfor pleie- og omsorgstjenestene*, Notat, SSB, 31.8. 2007
- Agenda og Muusmann (2005): *Helseforetakenes funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensiale*, Oslo
- Anthun, K. S. og Paulsen B. (2007): *Samspill mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av eldre pasienter. En pasientforløps-analyse. SINTEF-rapport*
- A1798. SINTEF Helse, Trondheim
- Brevik I.(1990): *Omfang av privat omsorg for eldre i Norge: Resultater av Helseundersøkelsen 1985*. Delnotat for Gjærevoll-utvalget, NIBR/Sosialdepartementet, Oslo 1990
- Brevik I. (2002): *Handlingsplan for eldreomsorgen – regional stats kontroll med kommunenes bruk av øremerkete tilskudd*, NIBR-rapport 2002:18, Oslo
- Brevik I. (2003a): *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer*. NIBR-rapport 2003:17, Oslo
- Brevik I. (2003b): *Handlingsplan for eldreomsorgen og utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene – ledd i en lengre utvikling*. Arbeidsrapport, NIBR, Oslo
- Brevik I. (2003c): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Kommunenes vurdering av planen som redskap i utbyggingen av omsorgstjenestene. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse*. NIBR-notat 2003:114, Oslo
- Brevik I. (2006): *Utviklingshemmedes bo- og tjeneste situasjon. Separat analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003*. NIBR- notat 2006:116, Oslo
- Brevik I. (2007a): *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg. Noen hovedtrekk*, NIBR-notat 2007:102, Oslo
- Brevik I. (2007b): *Eldreomsorgen i Oslo. Tjenester og behovsdekning Sammenliknende analyse av Helsetilsynets undersøkelse i 2003*. NIBR-notat 2007:111, Oslo
- Brevik I. (2007c): *'Der tida står stille'. Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg*. NIBR-rapport 2007:115, Oslo

- Brevik I. (2008a): *Endringer i bruker- og pasientgrupper i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Statistisk analyse av perioden 1998-2006*, Prosjektnotat, NIBR februar 2008, Oslo
- Brevik I. (2008b): *Boliggjøring av sykehjem og institusjonalisering av omsorgsboliger. Bo- og tjenesteforhold for yngre med nedsatt funksjonsevne*. Rapport nr. 1 2008, Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne/NIBR, Oslo
- Brevik I. (2009/2010): *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
- Brevik I. og Høyland K. (2007): *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen*, Rapport NIBR/SINTEF, NIBR, Oslo
- Brevik I. og Daatland S. O. (2007): *Utvikling og status i norsk eldreomsorg. Institusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål 1989-2005*, i Aldring og eldre, nr. 2, Oslo
- Daatland S. O. (1990): *Ressurser og resursbruk i eldresektoren. Dagens mønster og utvikling over tid*, Rapport nr. 5, NGI, Oslo
- Daatland S. O. (1994): *Hva skjer i eldresektoren. Status og utvikling av eldrepolitikken tilbud og tjeneste*, rapport nr. 1 1994. NGI, Oslo
- Daatland S. O. (1997 red): *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*, Rapport 22/97, NOVA, Oslo
- Forskningsrådet (2009): *Evalueringsplan for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*, Oslo
- Gabrielsen B. et al. (2008): *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2006*, Notat 3/2008, SSB, Oslo
- Gabrielsen B. et al. (2008): *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2007*, Notat 42/2008, SSB, Oslo
- Gautun H et al. (2001): *Mellom to senger? Eldre sykebuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*, Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, SNF-rapport nr. 57/01, Bergen
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006): *Kartlegging av oppgavefordeling mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15. februar 2006, Oslo

- Helse- og omsorgsdepartementet - HOD (2006): *Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten – organisatoriske tiltak*, juni 2006, Oslo
- Helsetilsynet (1997): *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998*, Rapport nr. 7/1999, Statens helsetilsyn, Oslo
- Helsetilsynet (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottaker, hjelpebehov og tilbud*, Rapport nr. 10/2003, Statens helsetilsyn, Oslo
- Helsetilsynet (2005): *Pleie- og omsorgstjenestene på strekke*, Rapport 7/2005, Statens helsetilsyn, Oslo
- Helsetilsynet (2006): *Et stykkevis og delt tjenestetilbud*, Rapport nr. 3/2006, Statens helsetilsyn, Oslo
- Hagen T. P. (2009): *Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten*, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO, Skriftserie 2009:6, Oslo
- Hagen H. og Ruud T. (2003): *Pasienter i psykisk helsevern for voksne*, SINTEF Helse, Trondheim
- Hofstad C. og Norvoll R. (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*, SINTEF Unimed, rapport STF8 A033501, Oslo
- Holmås T.H. et al (2007): *Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*, Samfunns- og næringslivsforskning, Arbeidsnotat nr. 4/07, mars 2007, Bergen
- Hviding K. et al (2004): *Samhandling mellom første og andrelinje helsetjenester*, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestene, Oslo
- Kalseth B. et al (2004): *Utviklingsstrekke i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgave utvikling og samspill*, SINTEFrapport, STF78 A045018, Trondheim
- Kalseth B. og Paulsen B.(2008): *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008*, SINTEF Helse, Trondheim
- Kalseth B. (red.) (2009): *Samdata. Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008*, SINTEF, rapport nr. 3/2009, sept 2009 (*Samdata-publikasjoner om det samme 2000-2007*), Trondheim
- Kaspersen S.L et al. (2008): *Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlige øremerkede midler 1999-2007*, SINTEFrapport A8811, Trondheim
- Kjekshus, L. E. (2004): *INTORG – De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003*. STF78 A045005. SINTEF Helse, Trondheim.

- KS (2007): *Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten – økonomiske virkninger og alternativer finansieringsordninger*, Tilbudsforespørsel, FoU-prosjekt, 24.8. 2007, Oslo
- Lauvli M. (1991): *Utbygging av serviceboliger i Norge*, Rapport 2/1991, Norsk gerontologisk institutt, Oslo
- Lauvli M. (1992): *Servicebolig – selvstendig trygghet under samme tak*, Rapport 2/1991, Norsk gerontologisk institutt, Oslo
- Lingsom S. (1997): *The substitution issue: care policies and their consequences for family care*, NOVA-rapport nr. 6/1997, Oslo
- Midttun L. (2009): *SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008* (pasienttelling). Rapport nr. 1/2009, Trondheim
- Morgenbladet (2009): Maria Reinertsen: Jukse-Hansen og Man trenger ikke forske så mye ..', 21.8.2009, Oslo
- Myrvold, T.M. og Helgesen M. (2009): *Kommunalt psykisk helsearbeid*, NIBR-rapport 2009:4, Oslo
- NIBR (2007): *Oppgaveforskyvning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten – økonomiske virkninger og alternative finansieringsordninger*, prosjektbeskrivelse av 17.9. 2007, Oslo
- Norges offentlige utredninger, NOU 1985:34, *Levekår for psykisk utviklingshemmede*, Oslo
- Norges offentlige utredninger, NOU 1992:1, *Trygghet – verdighet - omsorg*, Oslo
- Norges offentlige utredninger, NOU 2001:22, *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonsbemedes barrierer*, Oslo
- Norges offentlige utredninger, NOU 2005:3, *Fra stykkevis til helt*, Oslo
- Ose S. O. et al. (2009): *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon sjekk mot øvrig innføring*, SINTEF, rapport A11269, feb 2009, Trondheim
- Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007a): *Sykehjemsdriften i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet?* Aldring og livsløp nr. 1 2007, NOVA, Oslo
- Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007b): *Bruk av kortidsplasser i sykehjem i de fire store byene i Norge*, Sykepleien nr. 13, Oslo
- Paulsen B. (1992): *Kommunale omsorgstjenester og eldres sykehusbruk*, i Kindseth O. og Bergsland K. (red). Samdata sykehus 1992, NIS-rapport 8/92, Trondheim

- Paulsen, B. og Grimsmo A. (2008): *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre.* SINTEF-rapport A7877. SINTEF Helse, Trondheim
- Pedersen P. B. (2009). *Samdata. Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008*, SINTEF, rapport A12373, Trondheim
- Rikstrygdeverket (1991/1997): *Trygdestatistisk årbok 1990 og 1996*, Oslo
- Romøren T. I. (1995): *HVPU-reformen i forskningens lys*, Oslo: Gyldendal
- Romøren T I (2001): *Den fjerde alder. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år.* Oslo: Gyldendal
- Romøren T. I. (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*, Oslo: i Statens helsetilsyn, rapport nr. 10 2003, Oslo
- Romøren, T.I. og Svorken B. (2003): *Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av "Handlingsplan for eldre omsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag*, NOVA Rapport 12/03, Oslo
- Romøren T.I. (2007): *Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'*, Aldring og livsløp, nr. 1, NOVA, Oslo
- Rønning, R. et al (2009): *Frivillighetenes muligheter i eldreomsorgen.* Rapport nr. 11/2009, Høgskolen i Lillehammer, Lillehammer
- Statistisk sentralbyrå (2002): *Statistisk årbok 2000*, Oslo
- Statistisk sentralbyrå (2004-2008): *KOSTRA, grunnlagsdata, detaljerte nøkkeltall og utvalgte nøkkeltall, 2003 - 2007*, Oslo
- Statistisk sentralbyrå: *Pleie- og omsorgsstatistikk*, Statistikkbanken, hvert år, Oslo
- Statistisk sentralbyrå(2004): *Samfunnsspeilet nr. 4, 2004*, Oslo
- Statistisk sentralbyrå (2006): *Veiledning til utfylling av skjema, Rapportering av kommunale tjeneste produksjonsdata i Kostra*, Oslo
- Statistisk Sentralbyrå (2008): *Pleie- og omsorgsstatistikk, Bebuarar i bustader til pleie- og omsorgsformål etter alder. 1994-2007*, Oslo
- Statistisk Sentralbyrå (2009): *Befolkningsstatistikk 2008, Oslo*

Stortingsdokumenter:

St. meld. nr. 67(1986-87), *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede*

- St. meld. nr. 47(1989-90), *Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*
- St.meld. nr. 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet*
- St. meld. nr. 34(1996-97), *Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplan for funksjonsbemmede* og Inst. S. nr. 114(1997-1998)
- St. meld. nr. 50 (1996-1997), *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*
- St. meld. nr. 34 (1999–2000), *Handlingsplanen for eldreomsorgen 2 år etter*
- St. meld. nr. 31(2001-2002), *Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen og veien videre. 'Fra bus til hender'*
- St. meld. nr. 40 (2002-2003), *Nedbygging av funksjonsbemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*
- St.meld. nr. 45 (2002-2003), *Betre kvalitet i kommunale pleie- og omsorgstjenester*
- 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*
- Ot.prp. nr. 49 (1987-88), *Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingsbemmede.*
- St.prp. nr. 61 (2005-2006), KRD, *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007*
- St. prp. nr. 1 (2008-2009), KRD, *Statsbudsjettet*
- St.prp. nr. 1 (2005-2006), HOD, Statsbudsjettet*
- St.prp. nr. 1 (2007-2008), HOD, Statsbudsjettet*
- St prp nr. 1 (2008-2009), HOD, Statsbudsjettet, 10.40. *Evalueringsplan for psykisk helse (2001-2009), Sluttrapport*
- Sandvik H. red (2006): *Evalueringsplan for fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyser av delprosjekter*, Oslo: Norges Forskningsråd
- Sundström G. og Malmberg B. (2005): *Likhet inför äldreomsorgen? Kommunale variationer och de anhöriga*, Socialstyrelsen, Stockholm
- Svalund J. (2005); *Hjelpebehov og tjenestetilbud*, i Ugreniov: Seniorer i Norge, Statistiske analyser 72, SSB, Oslo
- Szebehely M. (red) 2005): *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsoversikt*. Nordisk ministereråd, Stockholm

-
- Thorsen K. et al (2004) : *Utviklingshemming og aldring*, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Rapport nr. 11, Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Thorsen K. (2005): *Livshistorier, livsløp og aldring. Samtaler med mennesker med utviklingshemming*, Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Toresen, J. (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen – virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk*. NIBR-rapport 2003:11, Oslo
- Tøssebro J (1996): *En bedre hverdag? Utviklingshemmedes levekår etter HVPU-reformen*, Oslo: Kommuneforlaget
- Wimo et al (2002): *Äldre med långvariga vårdbehov i Norden. SNAC-rapport nr. 4* (The Swedish National Study on Ageing and Care), Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldresentrum

Vedlegg til kapittel 6 og 7

Vedlegg I

Om brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester med fortid i 2. linjetjenesten i 2003 (til kapittel 6)

I dette vedlegget er gjengitt resultatene av en analyse ved NIBR av beboere i kommunale eldreinstitusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i 2003. Analysen omhandler de som var kommet dit direkte (siste gang) fra somatiske sykehus eller fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Dette på grunnlag av data fra en omfattende kartlegging som Statens helsetilsyn foretok i januar 2003. Vi er for øvrig ikke kjent med at denne typen analyse er gjort tidligere.

1.1.1 Begrensninger i forhold til tilskrivingssted

Fordeling i forhold til tilskrivingssted, ikke utskrivingssted

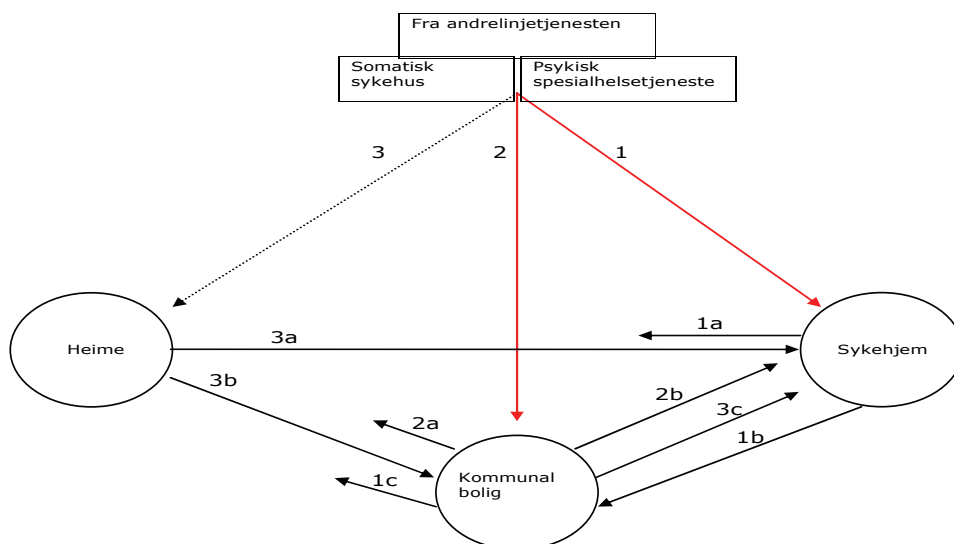
Det er to relative enkle måter å beskrive bevegelsene fra 2. linjetjenesten til de primære kommunale pleie- og omsorgstjenestene på. Den ene ut fra fordeling i forhold til type *tilskrivingssted* (kommunene), den andre ut fra fordeling i forhold type *utskrivingssted* (spesialisthelsetjenesten). Det siste er ikke mulig siden de utskrevne som befinner seg i institusjon eller kommunal bolig, er skrevet ut over flere år – angitt ved oppholdstid – samt at noen vil være døde eller har flyttet videre. Derfor vil vi måtte nøye oss med fordelingen i forhold til tilskrivingssted, og begrenset til kommunale institusjoner og boliger da Helsetilsynets undersøkelse bare omhandler disse. Vi mangler således data om dem som ble skrevet direkte ut til egen ordinær bolig (heim). Og oppgavene gjelder samtidig *ett gitt tidspunkt* (januar 2003), og ikke ett gitt tidsrom, f. eks ett helt år.

I figur VI.1 på neste side gir vi en forenklet oversikt hvor vi ser bort fra eventuelle reinnleggelser i 2. linjetjenestene, og der noen av 'mellomveiene' er utelatt i vår omtale her.

I Helsetilsynets undersøkelse i 2003 kartla en *fra hvor* dagens (januar 2003) beboere i *institusjon* og *kommunale boliger* var flyttet inn fra *siste gang* og det året det skjedde. Fra hvor en kom fra, omfatter ordinær heim, ulike kommunale boliger (med kommunal disposisjonsrett), syke- og aldershjem samt somatiske sykehus og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (psykiatrisk avdeling/-sykehus/-sykehjem, DPS e.l.). De to siste representerer 2. linjetjenesten.

I forhold til kommunale pleie- og omsorgstjenester går det fra 2. linjetjenesten i hovedsak tre direkte veier ut: til sykehjem o.l. (1), til kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (2) og til egne ordinære private heimer (3), jf. figur VI.1.

Figur VI.1. En forenklet skisse av noen ulike mulige flytteveier fra 2. linjetjenesten og fram til ulike oppholdssteder i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. En generell gjennomgang



Om vi tar utgangspunkt i en eller annen tidsperiode, f. eks ett kalenderår, mister vi ved denne typen kartlegging som er nyttet i Helsetilsynets undersøkelse, følgende mulige flyttinger for personer som er flyttet fra 2. linjetjenesten til:

(1) sykehjem: De som først flyttet til sykehjem,

(1a) men som deretter reiste heim til egen ordinær bolig⁸³

(1b) men som deretter flyttet til kommunal bolig (står oppført som kommet fra sykehjem), jf figur VI.2.

(2) kommunal bolig: De som først flyttet til kommunal bolig,

(2a) men som deretter reiste heim til egen bolig

(2b) men som etterpå flyttet til sykehjem (oppført som kommet fra kommunal bolig)

(3) Egen ordinær heim: De som først flyttet til egen ordinære heim,

(3a) men som deretter flyttet til sykehjemmet

(3b) men som deretter flyttet til kommunal bolig.

Slik det går fram av figur VI.1, skjer en rekke flyttinger fra 2. linjetjenesten via egen heim, kommunale institusjoner og boliger før de ender der en nå har opphold. Reelt sett vil det blant beboerne i sykehjem/kommunale boliger, sjøl på ett gitt tidspunkt,

⁸³ Opplysninger om hvor en kom inn fra gjelder bare brukere som bor i eldreinstitusjoner og kommunale boliger. For majoriteten av brukerne - som bor heime - har en ikke tilsvarende opplysninger, verken i forhold til 2. linjetjenesten eller eldreinstitusjoner/kommunale boliger. NIBR-rapport 2010:1

sannsynligvis være flere som har fortid i 2. linjetjenesten enn det antall som går fram av oppgaver om siste flytting, nettopp pga av 'mellom- flyttingene', som alt kan ha funnet sted. Vi vet imidlertid ikke på empirisk grunnlag noe om hvor mange som måtte komme i tillegg.

Om en skulle ha fanget opp disse, burde en ideelt sett ha kartlagt alle kontakter hos brukerne i 1. linjetjenesten med 2. linjetjenestene over flere år eller i løpet av et *gitt tidsrom*, f. eks siste året.

Vår operasjonalisering av flyttinger fra 2. linjetjenesten til eldreinstitusjoner og kommunale boliger

En har som nevnt *ikke* kartlagt hvorvidt brukere som i dag *bor i ordinære boliger* har kommet fra 2. linjetjenesten. De aller fleste utskrivningene fra dette nivået skjer imidlertid til egen ordinær bolig samtidig som langt fra alle i den forbindelse vil være brukere av heimebaserte tjenester.⁸⁴ Disse vil antakelig være en betydelig gruppe. Hvor mange det dreier seg om, vil imidlertid data fra IPLOS 2007 kunne gi svar på.

Vi tar for oss andel og antall flyttinger *fra* somatiske sykehus og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten *til* henholdsvis kommunale eldreinstitusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Og disse refererer seg til *siste* flytting og gjelder disse flyttingene for samtlige med plass i eldreinstitusjoner/kommunale boliger på ett gitt tidspunkt (januar 2003), og ikke slike flyttinger hos en tilsvarende populasjon over tid, f. eks blant dem som har hatt opphold i løpet av ett kalenderår.

Det er således en dobbelt begrensning ved materialet. Den første er knyttet til at kartleggingen gjelder et *gitt tidspunkt* og ikke ett gitt tidsrom. Det andre at flyttingene fra 2. linjetjenesten bare gjelder *siste flytting*. I forhold til 2. linjetjenesten kan kartleggingen bare gjøre rede for en tversnittstilstand, d.v.s. knyttet til et gitt tidspunkt og siste flytting.

På den andre sida kan en forutsette at de forhold en registrerer på et gitt tidspunkt vil kunne være representative for situasjonen ved andre tidspunkt, for eksempel i løpet av hele 2003 eller for f. eks en 3-års-periode. Da utsier data noe om situasjonen til enhver tid innen valgte tidsrom. Og resultatene kan utlegges for eksempel slik: 'Av dem med plass i eldreinstitusjoner i 2003 var for eksempel 13.5 prosent kommet dit *direkte* fra somatisk sykehus'. Men hvor mange som i tillegg er kommet derfra *via* andre oppholdssteder, vet vi imidlertid ikke noe om.

Og det at vi kan relatere de gjennomførte flyttingene til et gitt tidsrom – d.v.s. den samlede tid de enkelte i populasjonen har oppholdt seg der de nå bor ved hjelp av opplysninger om *samlet oppholdstid* for denne 'januar-2003-populasjonen' - gjøre oss ikke i stand til å beregne antall flyttinger som er gjennomført til disse plassene/boligene fra 2.linjetjenesten i løpet av f. eks ett år. Det siste vet vi ikke noe om. Derimot

⁸⁴ En undersøkelse (Statens helsetilsyn, rapport 7/1997) av 1781 pasienter 75 år+ i indremedisinske avdelinger ved 54 somatiske sykehus på en gitt dag høsten 1998, viste at 85 prosent var kommet ditt fra eget hjem, 6 prosent kom fra sykehjem, 3 prosent fra annet sykehus og de resterende 7 prosent kom dit på annen måte. Halvparten (49 %) av de innlagte 75 år+ hadde heimebaserte tjenester (hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie for innleggelsen). Disse data gir god grunn til å anta at også når det gjelder *utskrivninger* av eldre fra somatiske sykehus, så skjer det aller oftest til egen bolig samtidig som en betydelig del har hjemmehjelp/hemmesykepleie i den forbindelse. Bare IPLOS-data kan imidlertid gi oss nærmere kunnskap om dette.

kjenner vi antall flyttinger foretatt i løpet av det siste året blant dem som er beboere på et gitt tidspunkt (her; januar 2003).

Derfor kan vi på grunnlag av disse data ikke avgjøre absolutt hvor mange av dem som den gangen (2003) bodde i for eksempel kommunal bolig som samtidig hadde fortid i det angitte sted/institusjon. Og samtlige med fortid for eksempel i 2. linjetjenesten i eldreinstitusjoner/kommunale boliger, vil imidlertid antakelig være vesentlig flere enn dem som oppgir å ha kommet derfra direkte.

Disse begrensningene ved materialet gjør det vanskelig å relatere våre data til antall utskrivninger fra f. eks somatiske sykehus, fordi disse relaterer seg til et gitt tidsrom, for eksempel pr år eller kan omregnes til pr måned. De utskrivninger som befinner seg i vårt materiale referer seg i prinsippet til *bele det tidsrom* populasjonen i sykehjem/-kommunal bolig har oppholdt seg der, d.v.s. i gjennomsnitt respektive 2,9 år og 4.7 år.

1.1.2 Om operasjonaliseringer av våre analyser

Våre analyser tar utgangspunkt i data om *fra hvor* beboerne i kommunale boliger og eldreinstitusjoner sist kom fra. Og dette særlig med sikte på dem som er kommet dit direkte fra 2. linjetjenesten. Vi analyserer disse brukerne etter type oppholdssted i forhold til alder, hovedårsak til hjelpebehovet og pleietyngde. Videre bringer vi inn omfang i bruken av heimebaserte tjenester samt den tid en har hatt opphold i eldreinstitusjoner og kommunale boliger. På bakgrunn av dette vil vi gjøre beregninger av antall personer som er kommet fra 2. linjetjenesten. På det grunnlag vil vi legge fram regneeksempler som viser omfanget av disse brukernes ressursbruk i eldreinstitusjoner og kommunale boliger under noen eksplisitt gitte forutsetninger.

1.2 Type tilskrivingssted etter alder og hovedårsak til hjelpebehovet

I denne sammenhengen skal vi analysere *fra hvor kom* dagens beboere i eldreinstitusjoner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Og det med sikte på dem som er kommet direkte fra 2. linjetjenesten.

I 2002⁸⁵ var det 1.700 personer under 67 år i eldreinstitusjoner (sykehjem, aldershjem o.l.), mens det var omlag 40.000 personer 67 år+ i slike institusjoner. Det betyr at de yngre utgjorde 4 prosent⁸⁶ av totalen. Om det bare var omfanget som er av interesse, vil yngre personer i eldreinstitusjoner utgjøre svært få og være nesten uten betydning for det samlede kvantitative bildet.

Men i dette prosjektet er vi også opptatt av å analysere den rolle de kommunale pleie- og omsorgstjenestene spiller for ulike brukergrupper, og særlig de yngre etter ulike

⁸⁵ Helsetilsynets undersøkelse ble gjennomført i januar 2003. Ved jevnføring med data fra SSB nytter vi imidlertid 2002 da disse data er pr 31.12. 2002 og derfor nærmere undersøkelsestidspunktet enn data pr 31.12. 2003.

⁸⁶ I følge SSBs Pleie- og omsorgsstatistikk utgjorde personer under 67 år 4,1 prosent av alle med slik plass pr. 31.12. 2002. Den samme andelen i Helsetilsynets materiale fra 2003 var 3,8 prosent.

kjennetegn ved dem som f. eks hovedårsaken til hjelpbehovet, grad av funksjonstap og omfang av faktisk mottatt hjelp.

I denne omgangen viser vi til hvor store relative andeler av dagens beboere i institusjoner og kommunale boliger (tilskrivingssteder) som er kommet fra ulike typer tidligere oppholdssteder (utskrivingssteder).

1.2.1 Tidligere oppholdssted for beboere i eldreinstitusjoner etter alder

Yngre beboere i eldreinstitusjoner etter alder

Fra 2. linjetjenesten

Undersøkelsen viser at en betydelig del, eller 4 av 10 under 67 år, med plass i eldreinstitusjoner er kommet fra 2. linjetjenesten, både fra somatiske sykehus og fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det gjelder særlig personer under 50 år, hvor halvparten kommer herfra, særlig fra somatiske sykehus, jf. tabell VI.1.

Fra kommunale boliger, sykehjem o.l.⁸⁷ eller fra egen heim

Og 3 av 10 kommer fra kommunale boliger, sykehjem o.l. Blant dem under 50 år er hver fjerde kommet dit fra kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål. Ideelt sett burde en forvente at det var omvendt. Det kan tyde på at det er særskilte omstendigheter som ligger til grunn for slik plassering.

Til sist er det nærmere 3 av 10 som kommer fra egen heim, rimeligvis langt flere blant dem 50-66 år enn blant dem under 50 år. Dette antakelig fordi flere i den førstnevnte gruppa er etablert i egen bolig sammenliknet med de yngste.

Tabell VI.1 Personer i eldreinstitusjoner etter type sted/institusjon som de kom inn fra. Fordeling etter alder gruppert. Prosent. Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

Type oppholdssted:	I eldreinstitusjoner						
	Yngre			Eldre			Begge
Alder	0-49	50-66	0-66	67-79	80 år+	67 år+	Alle
Kom inn fra:							
Heimefra	17	31	28	46	52	51	50
Kommunal bolig	26	8	11	7	10	9	9
Sykehjem ol	9	21	19	23	24	24	23
HVPU-institusjon	0	3	2	0,1	0,2	0,2	0,2
Somatisk sykehus	31	21	24	16	13	13	13,5
Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste	17	16	16	7	2	3	3,6
Sum 2. linjetjenesten	48	37	40	23	15	16	17,1
Alle, prosent	100	100	100	100	100	100	100
Alle (n)	35	131	166	820	3.390	4.210	4.412

⁸⁷ Eldreinstitusjoner og lignende vil dag aller oftest bety sykehjem da aldershjems plassene etter hvert er blitt svært få og utgjorde ca 2700 plasser i 2006 og ca 4000 i 2003. Derfor nytter vi likegodt betegnelsen 'sykehjem'.

Eldre beboere i eldreinstitusjoner etter alder

Fra 2. linjetjenesten

Blant de omlag 40.000 eldre i institusjon i 2002/2003 var 16 prosent kommet dit *direkte* fra 2. linjetjenestene, aller oftest fra somatisk sykehus, jf. tabell VI.1. Hvor mange som først kom derfra til kommunal bolig eller til egen heim, for så å ende komme til sykehjemmet, vet vi ikke, jf. drøftingen innledningsvis i kapittel 1.1.3. I aldersgruppa 67-79 år gjaldt dette imidlertid 23 prosent.

Fra kommunale boliger, sykehjem o.l. eller fra egen heim

De fleste eldre kommer imidlertid til sykehjemmet fra egen heim eller fra kommunale bolig, respektive halvparten og hver tredje person 67 år+, jf. tabell VI.1. Men det at hver fjerde (16+9 prosent) er kommet fra 2. linjetjenestene eller kommunale boliger viser at det er et betydelig samspill mellom de ulike aktørene og nivåene.

Oppsummering:

Mens 40 prosent blant dem under 67 år i eldreinstitusjoner kom dit fra 2. linjetjenesten i 2003, gjaldt det samme 16 prosent blant de eldre 67 år+. I alt hadde 17 prosent av beboerne direkte fortid i 2. linjetjenesten. Og samlet kommer ca 8 av 10 fra somatiske 2. linjetjenesten. Det viser at det er en viss, men dog begrenset samvariasjon med 2. linjetjenestenes brukere.

Bringer vi inn det forhold at dette gjelder andeler over flere år, og ikke i det enkelte år, blir andelene vesentlig mindre. Det kommer vi tilbake til sammen med beregninger av absolutt antall personer som kommer til eldreinstitusjoner fra 2. linjetjenesten.

1.2.2 Tidligere oppholdssted for beboere i kommunale boliger etter alder

I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål bodde det i 2002 i alt 46.400 personer, derav 14.400 under 67 år og 32.000 67 år+.

Yngre beboere i kommunale boliger

Fra 2.linjetjenesten

En mindre, men ikke ubetydelig del under 67 år har kommet til dagens kommunale bolig direkte fra 2.linjetjenesten. Det gjelder framfor alt fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, jf. tabell VI.2. Det gjaldt i følge Helsetilsynets undersøkelse 12 prosent av de 14.400 beboerne under 67 år i kommunale boliger i 2002, eller vel 1.700 beboere under 67 år det året.

Fra kommunale boliger, sykehjem o.l. eller fra egen heim

Videre tyder undersøkelsen på betydelige omflyttinger fra en kommunal bolig til en annen idet hver 4. beboer i 2002/2003 under 67 år kom til dagens kommunale bolig fra en annen slik bolig, jf. tabell VI.2. Relativt få (8 prosent) kom fra kommunale sykehjem, Flesteparten under 67 år i kommunal bolig var kommet dit direkte heimefra.

Det siste tyder samtidig på at kommunene i forhold til disse brukerne har 'tatt oppgaver', og bare i mindre grad blitt 'påført oppgaver'.

Tabell VI.2 Beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål etter type sted/institusjon som de kom inn fra. Fordeling etter alder gruppert. Prosent. Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003

Type oppholdssted	I kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål							
	Yngre				Eldre			Begge
Alder	0-29	30-49	50-66	0-66	67-79	80 +	67 +	Alle
Kom inn fra:								
Heimefra	66	42	40	45	72	82	79	69
Kommunal bolig	17	28	28	26	12	8	10	14
Sykehjem ol	5	2	6	8	8	8	8	7
HVPU-institusjon	2	13	12	11	0,8	0,1	0,3	3
Somatisk sykehus	1	2	2	2	2	1	1,6	1,7
Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste	9	13	11	12	5	0	1,8	4,4
Sum 2. linjetjenesten	10	15	13	14	7	2	3,4	6,1
Alle, prosent	100	100	100	100	100	100	100	1000
Alle (n)	151	422	413	986	733	1797	2.565	3.551

Eldre beboere i kommunale boliger

Fra 2. linjetjenesten

Rimeligvis er det svært få som kommer direkte fra 2. linjetjenesten og til en kommunal bolig for pleie- og omsorgsformål, særlig blant dem 80 år+, hvor det i 2003 gjaldt 2 prosent av dem som bodde i slike boliger. I aldersgruppa 67-79 gjaldt det imidlertid 7 prosent, jf. tabell VI.2. Hvorvidt disse har bodd i slik bolig tidligere, d.v.s. forut for sykehusoppholdet, eller om de først kom ditt direkte uten å ha bodd slik tidligere, vet vi ikke.

Fra kommunale boliger, sykehjem o.l. eller fra egen heim

Majoriteten av eldre, eller 8 av 10, kommer til den kommunale boligen fra egen bolig. Og nærmere 2 av 10 kommer fra annen kommunal bolig eller fra sykehjem, jf. tabell VI.2. Det siste viser at det for eldre foregår en mer omfattende bevegelse fra sykehjem til kommunale boliger enn fra 2. linjetjenesten og til slik bolig målt i andelen personer som er berørt av slike flyttinger.

Oppsummering.

Blant eldre i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål var svært få, eller 3 prosent, kommet dit direkte fra 2. linjetjenesten. Av samtlige i slike boliger var 6 prosent kommet dit direkte fra 2. linjetjenesten, hvorav 7 av 10 fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det siste er i stor grad knyttet til yngre brukere. Ellers var 7 av 10 av samtlige beboere kommet til den kommunale boligen heimefra, mens 2 av 10 av alle var kommet fra andre kommunale boliger eller sykehjem.

1.2.3 Tidligere oppholdssted for beboere i eldreinstitusjoner etter hovedårsak til hjelpebehovet

Yngre beboere

Somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet

Vi har i annen sammenheng vist⁸⁸ at personer med somatiske sykdommer og psykiske lidelser utgjør nærmere 8 av 10 under 67 år med plass i eldreinstitusjoner.

Og blant dem med *somatiske sykdommer* var 39 prosent kommet dit fra somatiske sykehus og 23 prosent fra annet sykehjem, jf. tabell VI.3. Bare en fjerdedel kom dit fra privat heim.

Tabell VI.3. Hvilke type sted en er skrevet ut fra når en nå oppholder seg i eldreinstitusjoner.

Andel som kommer fra ulike steder etter hovedårsak til hjelpebehovet. Gruppering av beboere under og over 67 år. Kilde: Statens Helsetilsyns undersøkelse i 2003.

	Yngre – 0-66 år					Eldre – 67 år+				
	Utvik. hemmet	Dem ente	Psyk iske	Soma tiske	Alle	Utvik lings hem.	Dem ente	Psyk iske	Soma tiske	Alle
Heimefra	25	52	17	24	27	23	55	42	48	50
Kommunal bolig	33	14	4	7	10	20	9	10	9	9
Sykehjem ol	8	19	8	23		30	27	21	21	24
HVPU-institusjon	25	0	0	1	3	17	0	0	0	0
Somatisk sykehus	8	0	13	39	27	7	7	3	21	13
Psykiatrisk spes.helsetj.	0	14	58	7	16	7	2	24	0	3
Sum 2. linjetjenesten	8	14	71	46	43	14	9	27	21	16
Alle, prosent	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Alle (n)	12	24	24	89	146	30	1752	371	1952	4105

Psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet

Blant dem med *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet, var 70 prosent kommet dit fra 2. linjetjenesten, de aller fleste fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det er en relativt høy andel og viser at det noen ganger ikke foreligger et tilstrekkelig tilbud i kommunale boliger.

Utviklingshemmede og demente

Utviklingshemmede og demente utgjør en mindre del av yngre i eldreinstitusjoner. Og bare ca 1 av 10 kommer fra 2. linjetjenesten, resten kommer oftest fra kommunale boliger/sykehjem eller direkte heimefra, jf. tabell VI.3.

⁸⁸ I rapporten *Boliggjøring av sykehjem og institusjonalisering av omsorgsboliger. Bo- og tjenesteforhold for yngre med nedsatt funksjonsevne* (Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne/NIBR). Dokumentasjonssenterets skriftserie 01/08) har vi i kapittel 4 gjort rede for sammensetningen av personer under 67 år i eldreinstitusjoner etter hovedårsak til hjelpebehovet i absolutte tall, jf. figur 4.3 i denne rapporten.

Eldre beboere

Somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet

I eldreinstitusjoner hadde i 2003 nærmere halvparten 67 år+ somatiske sykdommer⁸⁹ som hovedårsak til hjelpebehovet.

Hver femte av disse var kommet dit fra *somatisk sykehjem*, jf. tabell VI.3. På somatikens område synes det å være en nokså omfattende kopling til 2. linjetjenesten. Men 3 av 10 kom fra et annet sykehjem eller en kommunal bolig. Det siste tyder på betydelige omskiftninger i det kommunale tilbudet til eldre med somatiske sykdommer. Men halvparten var dog kommet direkte inn heimefra.

Psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet

I underkant av 1 av 10 personer 67 år+ i eldreinstitusjoner har psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet. Av disse var i 2003 hver fjerde kommet dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, jf. tabell VI.3.

Utviklingshemmede og demente

Demente som hovedårsak til hjelpebehovet utgjorde i 2003 i overkant av 4 av 10 med plass i eldreinstitusjoner. Og 9 prosent var kommet dit fra eldreinstitusjoner, jf. tabell VI.3. Majoriteten eller 9 av 10 var kommet fra ordinære private heimer (55 prosent) eller fra andre sykehjem/kommunale boliger (36 prosent).

Oppsummering

Blant dem i eldreinstitusjoner med *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet kom 2 av 10 fra 2. linjetjenestene og hver fjerde her med *psykiske lidelser* kom fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Av demente i sykehjem har 1 av 10 fortid i 2. linjetjenesten. Blant personer under 67 år gjaldt det tilsvarende 46 prosent og 71 prosent. Men siden personer under 67 år utgjør bare 4 prosent av alle med plass i sykehjem, har disse høye andelene minimal innvirkning på totalen.

1.2.4 Tidligere oppholdssted for beboere i *kommunale boliger* etter *hovedårsak* til hjelpebehovet

Yngre beboere

Somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet

Blant dem med *somatiske sykdommer* bosatt i kommunale boliger i 2003, var 7 prosent kommet fra 2. linjetjenesten, mens 15 prosent kom fra sykehjem. Majoriteten, eller 75 prosent, kommer imidlertid hjemmefra eller fra andre kommunale boliger, jf. tabell VI.4.

Psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet

Blant dem med *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet var 4 av 10 kommet fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Hvor mange disse var i alt, kommer vi

⁸⁹ På grunnlag av tabell 6.3v. har vi beregnet sammensetning av beboere 67 år+ i eldreinstitusjoner i 2003 etter hovedårsak til hjelpebehovet. Her går det fram at for 48 % var somatiske sykdommer hovedårsak til hjelpebehovet, for 9 % psykiske lidelser, for 43 % aldersdemens og for 0,7 % var utviklingshemming hovedårsaken.

tilbake til. På den andre sida kom 18 prosent fra andre kommunale boliger, mens 42 prosent kom heimefra, jf. tabell VI.4.

Tabell VI.4. Hvilke type sted en er skrevet ut fra når en nå oppholder seg i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Andel som kommer fra ulike steder etter hovedårsak til hjelpebehovet, Gruppering av beboere under og over 67 år. Kilde: Statens Helsetilsyns undersøkelse i 2003.

	Yngre – 0-66 år					Eldre – 67 år+				
	Utvik. hemmet	Demente	Psykiske	Somatiske	Alle	Utviklingshem.	Demente	Psykiske	Somatiske	Alle
Heimefra	40	-	42	52	44	30	81	66	81	78
Kommunal bolig	33	-	18	25	27	35	11	14	7	9
Sykehjem ol	2		0	15	4	11	7	5	9	8
HVPU-institusjon	22	-		0	11	13	0	0	0	0,3
Somatisk sykehus	0	-	1	6	2	0	1	2	2	2
Psykiatrisk spes.helsetj.	3		39	1	12	11	0	12	0	2
Sum 2. linjetjenesten	3	-	40	7	14	11	1	14	2	4
Alle, prosent	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Alle (n)	478	(5)	243	204	925	46	326	302	1633	2307

Denne fordelingen gir samtidig et godt eksempel på det forhold at kommunene både får og tar nye oppgaver. Kommunene har *gitt et tilbud* i kommunal bolig uavhengig av 2. linjetjenesten like ofte som de har *tatt over* personer fra 2. linjetjenesten.

Utviklingshemmede og demente

Disse gruppene kommer svært sjelden fra 2. linjetjenesten når de bor i kommunale boliger, bortsett fra dem som i sin tid kom fra HVPU-institusjonene, jf. tabell VI.4.

Eldre beboere

Somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet

Personer med somatiske sykdommer er den dominante gruppen i kommunale boliger med beboere 67 år+ og utgjorde i 2003 7 av 10 av samtlige med slik plass⁹⁰.

Svært få, eller 2 prosent, av dem med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet kommunale boliger var kommet direkte fra 2. linjetjenesten, jf. tabell VI.4.

Av disse er imidlertid 8 av 10 kommet fra egen bolig.

Psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet

Blant dem med psykiske lidelser som hovedårsak var imidlertid 14 prosent kommet til kommunale boliger fra 2. linjetjenesten, aller oftest fra den psykiatriske spesialist-

⁹⁰ På grunnlag av tabell 6.4v har vi beregnet sammensetning av beboere 67 år+ i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål i 2003 etter hovedårsak til hjelpebehovet. Her går det fram at for 71 % var somatiske sykdommer hovedårsak til hjelpebehovet, for 13 % psykiske lidelser, for 14 % aldersdemens og for 2 % var utviklingshemming hovedårsaken.

helsetjenesten, jf. tabell VI.4. De fleste, eller 2 av 3, er imidlertid kommet dit direkte fra egen bolig.

Utviklingshemmede og demente

Nesten ingen demente i kommunale boliger er kommet dit direkte fra 2. linjetjenesten. Og blant de få utviklingshemmede 67 år+ er 1 av 10 kommet fra 2. linjetjenesten. De fleste demente, eller 8 av 10, er før øvrig kommet til dagens kommunale bolig fra egen heim.

Alle

Somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet

Blant *alle* med *somatiske sykdommer* bosatt i kommunale boliger i 2003, kom 2 prosent fra 2. linjetjenesten, mens 8 av 10 kom heimefra. Resten var kommet dit fra andre kommunale boliger eller sykehjem, jf. tabell VI.5.

Tabell VI.5. Hvilke type sted en er skrevet ut fra når en nå oppholder seg i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Andel som kommer fra ulike steder etter hovedårsak til hjelpebehovet, Alle.
Kilde: Statens Helsetilsyns undersøkelse i 2003.

	Alle				
	Utvik.hem.	Demente	Psykiske	Somatiske	Alle
Heimefra	39	80	56	79	69
Kommunal bolig	33	12	16	9	14
Sykehjem og lignende	3	7	3	10	7
HVPU-institusjon	21	0	0,4	0	3
Somatisk sykehus	0,2	1	1	2	1,7
Psykiatrisk spes.helsetjen.	2	0	24	0,1	4,7
Sum 2. linjetjenesten	2	1	25	2	6,4
Alle, prosent	100	100	100	100	100
Alle (n)	524	331	545	1837	3237

Psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet

Blant dem med psykiske lidelser som hovedårsak var imidlertid 25 prosent kommet til kommunale boliger fra 2. linjetjenesten, aller oftest fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Og 2 av 10 har kommet fra andre kommunale boliger eller sykehjem. Dette er for øvrig den eneste gruppa som i betydelig omfang har kommet fra 2. linjetjenesten.

Utviklingshemmede og demente

Svært få aldersdemente og utviklingshemmede (3 prosent) som bodde i kommunale boliger i 2003, kom dit fra 2. linjetjenesten. De demente kom omtrent i sin helhet fra egne heimer eller andre kommunale boliger. Hver 5 utviklingshemmede i kommunale boliger var kommet dit direkte fra HVPU. Forøvrig kom 7 av 10 av disse enten heimefra (fra foreldrene) eller fra annen kommunal bolig, jf. tabell VI.5.

1.3 Om pleietyngde og hjelpebehov hos beboere fra 2. linjetjenestene

Vi vil her undersøke hvorvidt personer som kommer fra 2. linjetjenesten eventuelt har større eller mindre hjelpebehov enn dem som er kommet dit de bor i dag annensteds fra. Det ut fra spørsmålet om personer som kommer inn i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har ulike hjelpebehov alt etter hvor de tidligere har oppholdt seg.

1.3.1 Om mål av funksjonsnedsettelse og pleiebehov

I tilknytning til tidligere analyser⁹¹ har vi utarbeidet en detaljert oversikt og en konkret funksjonell beskrivelse av de ulike nivåene for funksjonstap eller pleietyngde (Brevik 2007b). Ved hjelp av data om dette (Barthels ADL-indeks) vil vi kunne analysere i *hvilken grad* de ulike beboerne i eldreinstitusjoner og kommunale boliger er funksjonshemmet og hvor store hjelpebehovene er. Dette er en ofte nyttet metode for å måle omfanget av funksjonssvikt i sentrale egenomsorgsfunksjoner som for eksempel personlig stell, evne til å kle seg, til å spise samt gangførhet. Grad av funksjonstap er vurdert i forhold til noe mer omfattende funksjonssvikt målt i forhold til 10 ulike funksjoner knyttet til evnen til å klare seg i hverdagen på det personlige plan.⁹²

Vi har i et eget vedlegg til Brevik 2007b (Vedlegg IIIa og b) gjort rede for konstruksjon av indeksen og rangering etter grad av funksjonstap i ulike grupper samt beskrivelse av funksjonsnivået. Indeksen gjør oss i stand til rent funksjonelt å beskrive type og grad av funksjonstap hos ulike beboere. Dette målet gjør det også mulig å sammenlikne hjelpebehov hos vår målgruppe med øvrige beboere i sykehjem og ulike grupper yngre funksjonshemmede i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål.

Slik vi har nyttet indeksen, tiltar grad av funksjonstap med tiltakende skåre i indeksen, som går fra 0 til 20. Funksjonsnivå og hjelpebehov nyttes i det følgende som synonyme begreper.

1.3.2 Pleietyngde etter hovedårsak til hjelpebehovet

Her vil vi se nærmere på pleietyngde/hjelpebehov både hos beboere i eldreinstitusjoner og kommunale boliger etter fra hvilke type sted en er skrevet ut fra. Vi analyserer det spesifikt etter hva som er hovedårsak til hjelpebehovet. Dette fordi personer med somatiske årsaker har større hjelpebehov av denne typen enn f. eks personer med psykiske lidelser hvor funksjonstapene ikke bare er knyttet til funksjonstap som måles med Barthels pleieindeks, d.v.s. personlige hverdagsfunksjoner som avhjelpes gjennom praktisk bistand (hjemmehjelp og hjemmesykepleie).

⁹¹ På grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse 2003 har vi tidligere analysert grad av funksjonstap hos personer 67 år+ i institusjon og kommunale boliger (Brevik 2007b) og hos personer under 67 år (Brevik 2008b).

⁹² Det er nyttet 10 funksjoner knyttet til grad av bevegelseevne (a), evnen til å ivareta personlige gjøremål (b), kontroll av vannlating og avføring (c) og evne til å kunne kle på seg og spise (d). De er gjort nærmere rede for i vedlegg II a til Brevik 2007b.

Vi har her slått sammen personer under og over 67 år og analysert alle under ett. Den spesifikke graden av pleietyngde/hjelpebehov etter alder er som tidligere nevnt, analysert i Brevik 2007b og Brevik 2008b.

I eldreinstitusjoner har vi utelatt utviklingshemmede og i kommunale boliger aldersdemente da det her er svært få som kom dit fra 2. linjetjenestene, jf. tabell VI.3 og tabell VI.4.

I denne sammenhengen holder vi oss til gjennomsnitt og unnlater å gjøre rede for spredningen. Dette fordi det jevnt over gjelder få brukere og fordi slik kunnskap vil endre lite på hovedbildet, når formålet er å sammenlikne dem fra 2. linjetjenesten versus de øvrige. Variasjonene innenfor gjennomsnitt har vi imidlertid bl.a. gjort rede for i Brevik 2008b.

For øvrig har vi i avsnittet foran (1.2) gjort rede for hvor mange som relativt sett sokner til de ulike grupper av beboere etter hovedårsak til hjelpebehovet.

Beboere i eldreinstitusjoner

Helsetilsynets undersøkelse i 2003 viste at det ikke var vesentlige forskjeller i hjelpebehov hos personer som var utskrevet fra 2. linjetjenesten og de øvrige beboerne i eldreinstitusjoner og kommunale boliger.

Blant personer med *psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet er behovene-/pleietyngden i gjennomsnitt litt under den hos de øvrige beboerne, d.v.s. de som kommer fra kommunale boliger/sykehjem eller heimefra, jf. tabell VI.6.⁹³

Blant dem med *somatiske sykdommer* som hovedårsak til hjelpebehovet er behovene (pleietyngden) i gjennomsnitt noe høyere når en er kommet fra 2. linjetjenesten enn blant de øvrige, men ikke vesentlig. Det samme gjelder aldersdemente, jf. tabell VI.6.

⁹³ Her nevner vi at andelen personer i eldreinstitusjoner med store eller svært store funksjonstap, eller dem som skårer 10 poeng eller mer i Barthels ADL-indeks, utgjorde 46 prosent blant dem med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet når en ikke var kommet dit fra 2. linjetjenesten, mens andelen var noe lavere (39 prosent) blant dem som kom fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Blant dem med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet og som kom fra 2. linjetjenesten, var andelen med store eller svært store hjelpebehov den samme (2/3-deler) som blant de som bodde i eldreinstitusjoner uten sist å ha kommet dit fra 2. linjetjenesten.

Tabell VI.6. Pleietyngde/hjelpebehov etter hovedårsak til hjelpebehovet og etter fra hvilke type sted en er skrevet ut fra. Beboere i eldreinstitusjoner og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Pleietyngde målt ved gjennomsnittelig poengskåre i Barthels pleieindeks. Kilde: Statens Helse-tilsyns undersøkelse i 2003.

Kom inn fra:	Bor i eldreinstitusjoner				Bor i kommunale omsorgsboliger			
	Psyk	Soma	Dem	Alle	Psyk	Soma	Utvik	Alle
Somatisk sykehus	8,5	12,5	11,9	12,3	4,4	6,6	-	6,2
Psykiatrisk spes.helsetjen.	8,8	12,9	12,6	9,9	2,3	-	6,6	2,9
Øvrige beboere	9,6	11,9	11,2	11,4	2,5	4,9	5,5	4,8
Total	9,4	12,0	11,3	11,4	2,5	5,0	5,5	4,7
Alle (n)	391	1943	1731	4104	520	1772	499	3107

Beboere i kommunale boliger

Personer med *psykiske lidelser* i kommunale omsorgsboliger som kom dit fra 2. linjetjenesten, har behov knyttet til det som tilbys gjennom praktisk bistand på linje med de øvrige med samme hovedårsak til hjelpebehovet i slike boliger, jf. tabell VI.6.

Blant dem med *somatiske sykdommer* som hovedårsak synes hjelpebehovene i gjennomsnitt å være noe større enn blant de øvrige beboerne, men ikke markant. Det samme gjelder til en viss grad de få utviklingshemmede.

Konklusjonen må imidlertid bli at beboere som *kom til kommunale boliger fra 2. linjetjenesten* ikke skiller seg vesentlig ut fra den store majoriteten av øvrige beboere når det gjelder behovet for praktisk bistand i hverdagen. , jf. tabell VI.6.

1.4 Omfang av mottatt praktisk bistand per uke

I denne sammenhengen er det nyttig å få brakt på det rene hvorvidt personer som er kommet til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten fra 2. linjetjenestene jevnt over har mottatt mer eller mindre hjelp pr uke sammenliknet med de øvrige brukerne. Vi minner igjen om at det er relativt få som kom til kommunale boliger fra 2. linjetjenestene, eller i alt 6 prosent, jf. tabell VI.2.

Tabell VI.7. Omfang av praktisk bistand (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) etter hovedårsak til hjelpebehovet og etter fra hvilke type sted en er skrevet ut fra. Beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. Gjennomsnittelig antall timer pr uke*). Kilde: Statens Helsetilsyns undersøkelse i 2003.

Kom inn fra:	Psykiske lidelser	Somatisk sykdom	Utviklings-hemmet	Alle
Somatisk sykehus	3,3	9,4	-	8,5
Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste	10,0	-	23,3	10,9
Øvrige beboere	6,7	7,8	25,4	10,1
Total	7,4	7,8	25,3	10,1
Alle (n)	510	1696	370	2868

*) I denne beregningen er også inkludert et lite mindretall (6-9 prosent blant dem med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet) som bor i slike boliger uten å motta praktisk bistand. Andelene uten praktisk bistand varierer imidlertid lite med om en er kommet fra 2. linjetjenesten eller ikke, og påvirker derfor i ubetydelig grad gjennomsnittene ved sammenlikning.

Det er imidlertid en tendens til at personer med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet og som kom inn fra somatiske sykehus, får noe mer hjelp enn andre, 9.4 timer pr uke, mot 7.9 timer blant de øvrige, jf. tabell VI.7. Det må igjen ha sammenheng med at de disse har tilsvarende større funksjonstap, jf. tabell VI.6.

De som kom til kommunale boliger fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og som hadde psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehovet, mottok vesentlig mer hjelp enn de som ikke kom fra 2. linjetjenesten i denne gruppen, eller 10 timer pr uke mot 6,7 timer for de øvrige beboerne, eller ca 50 prosent mer pr uke, jf. tabell VI.7. Denne mer omfattende bruken må være knyttet til andre forhold enn de typer funksjonstap som måles ved Barthels pleieindeks siden disse skårer omtrent som de øvrige eller litt mindre i denne, jf. tabell VI.6.

Senere skal vi beregne hvor stor andel av den samlede ressursbruken i de heimebaserte tjenestene i kommunale boliger som i 2003 falt på dem som kom hit fra 2. linjetjenesten. Et raskt overslag allerede her vil måtte vise at det vil måtte være nærmere 5 prosent enn 10 prosent av totalen, jf. så kapittel VI.8.

1.5 Andel og antall beboere i eldreinstitusjoner og kommunale boliger etter hvor en kom fra i 2. linjetjenesten

1.5.1 Andel og antall kommet fra 2. linjetjenesten

Vi gjør her rede for *andelen* og *antallet* brukere i 2003 i institusjon (syke-/aldershjem) og i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål som var kommet dit fra *somatisk sykehus* eller *psykiatrisk spesialisthelsetjeneste*.

Relativ andel

Helsetilsynets undersøkelse viser at 17 prosent av beboerne i institusjon i begynnelsen av året 2003 var kommet dit fra *somatisk sykehus* (13,5 %) eller *psykiatrisk spesialisthelsetjeneste* (3,6 %), jf. tabell VI.1. Og blant dem som bodde i ulike *kommunalt disponerte boliger* til pleie- og omsorgsformål hadde 6 prosent kommet dit direkte fra 2. linjetjenesten, 1,7 prosent fra somatisk sykehus og 4,4 prosent fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det var i 2003 m.a.o. 3 ganger så mange som ble skrevet ut til de 42.300 institusjonsplassene som til 46.400 kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål.

Tabell VI.8 Andel og antall brukere i institusjon (syke-/alders hjem) og i kommunalt disponerte boliger som er kommet dit fra somatisk sykehus eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. 2003.

Prosent og absolutte tall. Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

	Institusjon	Kom bolig	Begge	Institusjon	Kom bolig	Alle	
Inn fra	Prosent	Prosent		Abs tall	Abs tall	Abs tall	
Somatisk sykehus	13,5	1,7	8,2	5.700	800	6.500	
Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste	3,6	4,4	4,0	1.500	2.050	3.550	
Begge (n=Helsetilsynet)	17,1 (754)	6,1 (217)	12,2	7.200	2.850	10.050	
Alle n=SSB	4.412	3.551	7.963	42.319*)	46.414*)	88.733	
Etter alder:							
Somatisk sykehus	< 67 år	6,6	29,3	9	400	200	600
	67 år+	93,4	70,7	91	5.300	600	5.900
		100,0	100,0	100	5.700	800	6.500
Psykiatrisk spesialhelset.	<67 år	17,3	71,1	48	250	1.450	1.700
	67 år+	82,7	28,9	52	1.250	600	1.850
			100	1.500	2.050	3.550	
Begge	<67 år	8,8	59,8	23	600	1.700	2.300
	67 år+	91,2	40,2	77	6.600	1.150	7.750
		100,0	100,0	100	7.200	2.830	10.050
Alle abs tall	< 67 år	66	128	194			
	67 år+	683	86	769			
	Alle	749	214	963			

*) Plasser pr 31.12. 2002 i følge Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB, Oslo, hvert år

Oppgaver i absolutte tall

I begynnelsen av 2003 befant det seg i våre ca 42.000 *eldreinstitutionsplasser* 5.700 personer som var utskrevet dit fra sykehus og ca 1.500 som var kommet dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Videre var det ca 800 som hadde blitt utskrevet fra somatisk sykehus til *kommunal bolig* samtidig som det her i tillegg var omlag 2.000 personer som var skrevet ut dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Av de ca 10.000 med plass i eldreinstitutioner og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål og som er kommet dit fra 2. linjetjenesten, kom 65 prosent *fra* somatiske sykehus og 35 prosent *fra* den psykiatriske 2. linjetjenesten, eller respektive 2/3-deler og 1/3-del.

Og en omregning av de oppgitte tallene i tabell VI.8 viser at mens 88 prosent av dem som var utskrevet *fra* somatiske sykehus til eldreinstitutioner/kommunale boliger, befant seg i eldreinstitutioner, gjaldt det tilsvarende 43 prosent av dem som kommer

fra den psykiatriske spesialisthelsetjeneste. Det betyr at flertallet som kom fra den sistnevnte delen av 2. linjetjenesten, flyttet inn i kommunale boliger. Mens eldreinstitutionene er hovedadressen for 9 av 10 av dem som skrives ut fra somatiske sykehus og til kommunale oppholdssteder.

Samlet synes pasienter med fortid i 2. linje tjenesten å være *få i forhold til samtlige med plass i kommunale eldreinstitutioner og boliger*, særlig tatt i betraktning at dette er utskrivninger som referer til alle de år disse har vært beboere i slike institusjoner/boliger, respektive i gjennomsnitt i 2,9 år og 4,7 år, jf. tabell VI.10.

De aller fleste beboere/pasienter i de kommunale institusjonene/boligene er mao komme dit fra andre steder enn 2. linjetjenesten. Halvparten av dem med plass i institusjon i januar 2003 kom f. eks dit fra egen ordinær bolig. Og blant dem i kommunale boliger gjaldt det 70 prosent.

En ikke ubetydelig del er dessuten kommet fra *andre* kommunale institusjoner og boliger. Hvor mange som kommer dit indirekte, f. eks fra heimebaserte tjenester/heimen etter først å ha vært skrevet ut fra 2. linjeinstitutioner – jf. drøftingen innledningsvis til dette kapitlet - kjenner vi ikke.

Personer fra 2. linjetjenesten etter alder

De aller fleste, eller nærmere *8 av 10* som kom fra 2. linjetjenesten til eldreinstitution/kommunal bolig, er personer 67 år+, jf. tabell VI.8. Det gjelder rimeligvis særlig i eldreinstitutioner. Blant dem som kommer fra 2. linjetjenesten blant beboerne i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål er imidlertid *6 av 10* under 67 år. Det har særlig sammenheng med at 71 prosent av dem som kom dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten var under 67 år.

Av de 1.700 personer *under 67 år* i kommunale boliger i 2003 som var kommet til slike boliger direkte fra 2.linjetjenesten, var 1.450 eller *85 prosent kommet dit fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten*.

Av i alt 2.850 personer i kommunale boliger som var kommet direkte fra 2. linjetjenesten, som kom fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, kom 2.050 eller *7 av 10* derfra. I eldreinstitutioner var det omvendt. Her kom 5.700 av 7.200, eller 8 av 10 fra somatiske sykehus, jf. tabell VI.8.

1.5.2 Fra 2. linjetjenesten etter hovedårsak til hjelpebehovet

Vi har tidligere - i kapittel 1.2 - vist at det *relativt* sett var flest med somatiske sykdommer og dels psykiske lidelser som er kommet til eldreinstitutioner og kommunale boliger fra 2. linjetjenesten. Dette gir seg også utslag i de absolutte tallene. Halvparten eller 5.200 personer hadde *somatisk sykdom* som hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell VI.9. Og 4.500 personer eller 86 prosent av disse kom til eldreinstitutioner.

Videre hadde *3.000 psykiske lidelse som hovedårsak til hjelpebehovet*. Av disse kom imidlertid vel 6 av 10 til kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål, jf. tabell VI.9.

Tabell VI.9 Antall brukere i institusjon (syke-/aldershjem) og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål som er kommet dit fra somatisk sykehus eller psykiatriske spesialisthelsetjeneste samt relativ innbyrdes fordeling av disse mellom institusjon og kommunale boliger. Prosent og absolutte tall (avrundet til nærmeste 50 personer). Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

	Institu- sjon	Kom. bolig	Begge	Institu- sjon	Kom. bolig	Alle
Andel inn fra:	Prosent	Prosent	Prosent	Abs tall	Abs tall	Abs tall
Somatisk sykehus	85	15	100	5.700	800	6.500
Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste	43	57		1.500	2.050	3.550
Begge	72	28	100	7.200	2.850	10.050
Alle	4.412	3.551	7.963	42.319	46.414	88.733
Etter hovedårsak:						
Somatisk sykdom						
- Somatisk sykehus				4.400	650	5050
- Psykiatrisk spes.				100	50	150
Sum soma 2. tjenesten	86	14	100	4500	700	5.200
Psykiisk lidelse						
- Somatisk sykehus				100	100	200
- Psykiatrisk spes.				1.050	1.750	2.800
Sum psykiisk 2. tjenesten	39	61	100	1.150	1.850	3.000
Utviklingsh./demente						
- Somatisk sykehus				1.150	50	1.200
- Psykiatrisk spes.				350	250	600
Sum kognitiv 2. tjenesten	84	16	100	1.500	300	1.800

Bare et mindretall fra 2. linjetjenesten som kom til kommunale oppholdssteder, hadde kognitiv svikt, de aller fleste er demente og noen få var utviklingshemmede, jf. kapittel 1.2.3. Dette dreide seg i 2003 om 1.800 personer eller 18 prosent som var kommet fra 2. linjetjenestene. To av tre av disse kom fra somatiske sykehus og vel 80 prosent av alle endte i eldreinstitusjon. Det dreier seg m.a.o. oftest om eldre demente som kom til sykehjemmet fra sykehuset. Men omfanget sett i forhold til alle demente med plass i institusjon, er nærmest svært lite, jf. også tabell VI.3.⁹⁴

1.6 Tid med opphold i institusjon og kommunal bolig etter hvor en kom inn fra

1.6.1 Oppholdstid i eldreinstitusjoner etter hvor en kom inn fra

Kommet inn fra somatisk sykehus

I 2003 var gjennomsnittlig tid for opphold i eldreinstitusjon 2,9 år. Den var den samme for personer 67 år+, men 3.3 år for de få beboerne under 67 år. De som var

⁹⁴ I 2003 hadde ca 43 prosent av personer 67 år+ i syke- og aldershjem aldersdemens som *hovedårsak* til hjelpebehovet, eller omlag 18.000 personer, jf. tabell VI.3. Det viser at under 1 av 10 hadde direkte fortid i 2. linjetjenesten.

kommet inn fra somatisk sykehus, var i gjennomsnitt kommet inn for 2.4 år siden, dog noe lengre for dem under 67 år (3,6 år).

Av tabell VI.10 går det fram at 4 av 10 har hatt plass i ett år eller mindre⁹⁵, mens 1 av 10 har bodd i 7 år eller mer. I tillegg er det 18 prosent som har hatt opphold i 4-6 år (går ikke fram av tabellen). At 28 av 100 har hatt opphold i institusjon (for det alt vesentlige sykehjem) i 4 år eller mer synes mye og må i en god del tilfeller vise at de alternative tilbudene, for eksempel omsorgsboliger med heldøgns omsorg har vært for svakt utviklet.

Tabell VI.10. Oppholdstid i institusjon og kommunal bolig etter hvor en kom inn fra. Antall år i gjennomsnitt og antall år gruppert. Oppgaver for andel med opphold i ett år eller mindre og andel med sju år+. Prosent. Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

Inn fra:	Institusjon			Kommunal bolig		
	Gj.sn	Ett år	Sju år +	Gj.sn	Ett år	Sju år+
Somatisk sykehus	2,4	52	8	2,9	44	12
Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste	5,1	23	26	6,4	27	41
Øvrige	2,9	39	9	4,7	25	25
Alle	2,9	40	10	4,7	26	24

Halvparten (52 %) av dem som har kommet inn i kommunal institusjon fra somatisk sykehus har ett års oppholdstid. Resten har oppholdt seg lenger.

Blant de relativt få institusjonspasientene *under 67 år*, er 60 prosent kommet til institusjon fra sykehus i løpet av ett år. Og mens 21 prosent av de yngre institusjonsbeboerne har hatt opphold i institusjon 7 år eller mer, gjelder det 7 prosent av beboerne 67 år+. Så vidt lange opphold må være knyttet til særskilte forhold⁹⁶.

Kommet fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste

Undersøkelsen viste at det blant alle beboere/pasienter i kommunale eldreinstitutioner i begynnelsen av 2003, var 1.500 personer som hadde kom dit direkte fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Dette synes å ha pågått over nokså lang tid idet det i gjennomsnitt er gått 5,1 år siden de ble skrevet ut – jf. tabell VI.10 - men noe kortere for personer under 67 år (4.3 år). Og for hver fjerde har det gått 7 år eller mer siden de ble skrevet ut. Og for halvparten har det gått 4 år eller mer siden de ble skrevet ut fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til eldreinstitution. Det tyder nokså klart på at slike overføringer har pågått gradvis over en rekke år og har akkumulert seg gjennom det observerte antallet. Det skulle igjen tyde på at halvparten av disse kom til perioden for Opptappingsplan for psykisk helse og halvparten før den tid.

⁹⁵ Undersøkelsen ble gjennomført i januar 2003. De som flyttet inn i denne måneden pluss alle som flyttet inn i 2002 har vi for enkelhets skyld regnet med en oppholdstid på ett år.

⁹⁶ Vi kjenner hoveddiagnosene og kunne for så vidt ha analysert dette nærmere. I omfang vil disse imidlertid utgjøre en liten del, og vi lar det derfor ligge i denne sammenhengen.

1.6.2 Oppholdstid i kommunal bolig etter hvor en kom inn fra

Kom inn fra somatisk sykehus

Slik vi viste i tabell VI.8, er det relativt svært få som kommer til en kommunale pleie- og omsorgsbolig direkte fra sykehus. Gjennomsnittlig tid siden utskrivning fra sykehus er for disse beboerne 2,9 år. Det er vesentlig mindre enn dem som har kommet dit fra andre steder enn 2. linjetjenesten, hvor de fleste har oppholdt seg der i 4.7 år, jf. tabell VI.10. Og for brukere under 67 år har det i gjennomsnitt gått 4.6 år fra utskrivning fra sykehus.

Kom inn fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste

Vel 2.000 av beboerne i kommunale boliger til pleie- eller omsorgsformål, eller 4,4 prosent, var i 2003 kommet dit direkte fra en psykiatrisk spesialistinstusjon. Her har de jevnt over oppholdt seg til dels svært lenge, eller i gjennomsnitt med 6,4 år. Og 4 av 10 har vært her i 7 år eller mer. De sistnevnte var m.a.o. kommet til før 1997.

For personer 67 år+ var gjennomsnittlig botid i kommunal bolig 7,4 år og for dem under 67 år 5.8 år i 2003. Blant de eldste har 62 prosent bodd i kommunal bolig i 7 år eller mer, mot 33 prosent blant dem under 67 år. Det viser at kommunene i ikke ubetydelig grad tok over disse gruppene før *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) og *Opptrappingsplanen for psykiatrien* (OP).

En annen tredjedel var kommet inn i løpet av det siste året (2002). Det tyder på at kommunene her har gitt alternative tilbud over lang tid, men at antallet har økt de seinere åra. Dette mest sannsynlig som en effekt av Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2008).

Dette er for så vidt en klar parallell til utviklingen i denne gruppas plassering i sykehjem. Siden det jevnt over dreier seg om relativt yngre mennesker, kan ikke avgangen ha vært spesiell stor. Derfor representerer dette en akkumulert økning over tid. Om vi kunne forutsette liten eller jevn avgang ved død og flytting til egen bolig, ville vi kunne beregne en slags innstrømningsrate. Den ville måtte tyde på en betydelig vekst i antall personer med psykiske lidelser som kom over fra 2.linjetjenesten til kommunale boliger i årene 2001 og 2002.

Antall faktisk inn fra 2. linjetjenesten korrigert for oppholdstid.

Overlappet mellom 2. linjetjenesten og de kommunale boligene og institusjonen synes liten og enda mindre når vi trekker inn tidsaspektet, d.v.s. fordeler brukerne etter antall oppholdssår. Som vist foran, var bare halvparten av dem med plass i institusjon i 2003 og som var kommet *fra somatisk sykehus*, blitt skrevet ut derfra *i løpet av siste året*. Og for dem med plass i kommunal bolig gjaldt tilsvarende 44 prosent.

Andelene utskrevet siste året *fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten* til eldreinstusjon og kommunal bolig, var respektive 23 prosent og 27 prosent. Regnet om til antall personer gir det som resultat at ca 3.300 av dem med plass i institusjon var utskrevet fra 2. linjetjenesten i løpet av siste året. Tilsvarende var det 900 som kom til kommunal bolig fra 2. linjetjenesten.

Ut fra en gjennomsnittlig oppholdstid for disse på 2,4 år betyr det at de som kom inn i institusjon i løpet av ett år på den tida, utgjorde ca 3.000 personer, eller 7 prosent av alle

med plass i institusjon i 2002/2003. Dette kan vi foreløpig betrakte som et *minstemål* for samhandling mellom kommunale eldreinstitusjoner (sykehjem) og somatiske sykehus *i løpet av ett år*. Undersøkelsen tyder m.a.o. på at relativt få av brukerne i kommunale institusjon kommer direkte fra sykehus i løpet av ett år, idet det var 42.300 med plass i eldreinstitusjoner i 2002, jf. tabell VI.8.

Nå er det imidlertid slik at det er flere som har plass i eldreinstitusjonene i løpet av ett år (bruttostrømmen) sammenliknet med dem som har plass på et gitt tidspunkt (og våre oppgaver er basert på tverrsnittsdata). Disse må også regnes inn i tillegg ut fra kunnskap om gjennomsnittlig oppholdstid, som i eldreinstitusjoner i 2002/2003 var 2,9 år, som igjen gir 14.500 personer utskrevet det året. Hvor mange av disse utskrevene (de fleste ved død) som samtidig hadde kommet fra 2. linjetjenesten, er imidlertid ikke kjent. Og tidsperioden for deres opphold vil i historisk tid ligge lenger tilbake enn både tilsvarende periode for hele belegget og vesentlig lenger enn for dem som kom fra 2. linjetjenesten i løpet av det siste året (2002).

Når vi nevner dette, er det for å minne om kompleksiteten i slike beregninger og at de fordrer data om gjennomstrømming, d.v.s. at brukerne følges over tid etter ulike typer oppholds- og behandlingssteder.

1.7 Oppholdstid i institusjon og kommunal bolig etter hvor en kom fra og etter hovedårsak til hjelpebehovet

Vi gir her til slutt en oversikt over gjennomsnittlig tid fra utskrivning fra 2. linjetjenesten for dem som bor (i 2003) i institusjon eller kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål etter hovedårsak til hjelpebehovet. Her skiller vi mellom utviklingshemming, psykiske lidelser, demens og ulike somatiske lidelser.

Tabell VI.11. Oppholdstid (antall år siden en kom inn) for personer med plass i eldreinstitusjoner og i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål etter hovedårsak til hjelpebehovet i 4 hovedgrupper og etter om en kom ditt fra somatisk sykehus eller den psykiatriske spesialisthelsetjenestene eller ikke. År. Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

	Institusjon				Kommunal bolig			
	Uhm.	Pslid.	Demens	Soma.	Uhm.	Pslid.	Demens	Soma
Somatisk sykehus	(2,0)*	3,7	2,7	2,3	(3,0)	(3,6)	(1,0)	2,9
Psyk spesialisthelsetj.	(9,5)	5,6	3,8	4,5	9,8	5,9	-	(4,7)
Øvrige	5,0	3,5	2,8	2,8	7,3	4,4	3,1	4,3
Alle	5,0	4,1	2,8	2,7	7,4	4,7	3,1	4,2

*) Talloppgaver satt i parentes indikerer at det er få observasjoner.

Av personer som er utskrevet fra sykehus og som i 2003 befant seg i kommunale eldreinstitusjoner hadde dem med *psykisk lidelse* som hovedårsak til hjelpebehovet (en kan ha flere typer årsaker) en oppholdstid på 3,7 år mot 4,1 i gjennomsnitt for alle her med psykisk lidelse som hovedårsak, jf. tabell VI.11 Personer med *somatiske sykdommer* som kom fra sykehus, hadde kortest oppholdstid i eldreinstitusjon med 2,3 år.

Når vi ser bort fra de få utviklingshemmede samlet i institusjon⁹⁷ er det *personer med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet har lengst oppholdstid*. Av disse som kom fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten var gjennomsnittlig oppholdstid i 2003 5,6 år.

Personer med ulike somatiske lidelser eller demens som hovedårsak til hjelpebehovet har ikke lenger oppholdstid etter opphold i somatisk sykehus enn de øvrige beboerne.

⁹⁷ Vi har fant på grunnlag av Helsetilsynets undersøkelse at det var 150 utviklingshemmede i eldre-
insitusjoner i 2003 (Brevik 2008b) og for 2005 fant vi at omlag 300 utviklingshemmede i ulike institu-
sjoner i alt (Brevik og Høyland 2007).

Vedlegg II

Nye oppgaver i kommunenes helse- og pleietjenester ved bruk av faglig spesialisert hjelp og medisinsk-teknologiske prosedyrer (til kapittel 6)

1.1 Innledning

Det har blitt hevdet at kommunene etter hvert i noen grad også har utviklet *kompetanse innen medisinsk teknologi* - ved bruk av legemidler og prosedyrer, idet en bl.a. anvender mer avansert teknisk medisinsk utstyr ved ulike intravenøse behandlinger, bruk av respirator, dialysebehandling og palliativ behandling. Og økt bruk av kortidsplasser i kommunenes sykehjem har lagt til rette for utredning, behandling og pleie før innleggelse og kan slik sett ha forkortet oppholdstid i sykehus.

Det er imidlertid i liten grad dokumentert hvordan en slik utvikling har medført vesentlige endringer og økninger i kommunenes innsats i forhold til sykehusene (Utvalg nedsatt av HOD 2006, s. 20). En viser her til den nevnte undersøkelsen fra *Helsetilsynet i 2003*, hvor en konkluderer med at medisinsk tekniske prosedyrer har en liten plass i kommunenes innsats i forhold til den tidelen av kommunenes brukere med omfattende og spesialisert hjelp i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Utvalg nedsatt av HOD, Oslo 2006, s. 20 / Helsetilsynet/Romøren 2003, s. 81).

Vi har imidlertid i denne sammenhengen foretatt en mer detaljert analyse av data-materialet i Helsetilsynets undersøkelse fra 2003 i tilknytning til spørsmålet om bruk av omfattende og faglig spesialisert hjelp til brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

1.2 Analyse av omfattende og faglig spesialisert hjelp

Som alt nevnt, er denne problematikken allerede analysert av Romøren (Helsetilsynet 2003). Vi har gått gjennom materialet på nytt og analysert det i forhold til brukernes type oppholdssted, alder og hovedårsak til hjelpebehovet.

1.2.1 Om datagrunnlaget i forhold til brukere med faglig spesialiserte hjelp

I Helsetilsynets undersøkelse i januar 2003, ble det for alle (13.240 personer) som inngikk i utvalget avmerket om brukeren mottar 'omfattende og/ eller faglig spesialisert hjelp, så som...1. Respiratorbehandling, 2. Smertebehandling med intravenøs teknikk, 3. Kontroll for adferdsavvik, 4. Cellegiftbehandling, 5. Terminalpleie, 6. Behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer, 7. Andre spesialiserte prosedyrer,... (skriv hva slags)' (Spm 10). I alt var det 1.497 personer som svarte positivt på de ovennevnte spørsmålene.

I tabell VII.1 gir vi en første oversikt over hovedresultatene.

Forklaring til bruken av materialet

Prinsippet for plassering av de 1616 tilfellene med oppgitte prosedyrer for faglig spesialisert hjelp, er at alle med skåre i 1.a-c, er primært ført opp i gruppe 1. Deretter er personer med *terminalpleie* ført opp for seg. Deretter følger alle som har *aktiv behandling for sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse*. Disse er ført opp for seg (av disse er imidlertid 14 pers allerede ført opp i gruppe 1 og 2). På den andre siden er 95 personer med både avvikende adferd (gruppe 4) og sammensatte sykdommer, inkludert i gruppe 3, som vi således har betraktet som primær i forhold til avvikende adferd (gruppe 4). Personer med *kontroll for avvikende adferd* består således bare av personer som bare har dette tiltaket. I alt representerer dette til sammen 119 tilfeller med 2 avkryssinger, eller 7 prosent.

Tabell VII.1. Fordeling av personer med omfattende eller faglig spesialisert hjelp og type behandling og type oppholdssted.

	Alle tilfeller/pers.			Institusjon		Komm. bolig		Ordinær bolig	
	Tilf	Pers	Prosent	Pers	Prosent	Pers	Prosent	Pers	Prosent
a. Respirator	7								
b. Smertebehandling	6								
c. Cellegiftbehandl.	34								
1. Sum a-c	47	44	2,9	5	0,6	15	4,1	24	10,6
2. Terminalpleie	55	53	3,5	42	4,7	6	1,6	5	2,2
3. S sammensatt sykd.	889	875	58,5	549	61,1	174	47,2	152	67,0
4. Avvikende adferd	605	525	35,0	302	33,6	174	47,2	463	20,3
Sum	1616	14971)	100	898	100	369	100,1	227	100,1
+ Andre prosedyrer		11362)							

Kilde: Helsetilsynets undersøkelse 2003.

1) Her er det i 119 tilfeller av 1616 (7 prosent) krysset av for 2 eller flere prosedyrer av de nevnte 6. I gruppe 1 har 3 pers samtidig en annen av prosedyrene 1.a-c. Og 2 med terminalpleie, er alt ført opp under 1.c samtidig som 14 pers i gruppe 3 er alt ført opp i gruppe 1 og 2. Til slutt er 5 pers i gruppe 4 ført opp i 1.a-c og 95 av dem er ført over i gruppe 3.

2) På samme måte som Romøren, har vi sett bort fra avkryssinger for øvrige prosedyrer som forekommer for 1136 personer i tillegg til prosedyrer under 1-4. Dette fordi Romørens gjennomgang viste at dette oftest ikke dreide seg om behandlingsformer som kan karakteriseres som omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp.

3) 3 personer er ikke plasserbare etter type oppholdssted

Her kunne vi imidlertid ha gått inn på analyser på grunnlag av fordeling av *tilfellene* og analysert alle med f.eks. avvikende adferd eller sammensatte sykdommer for seg. Da det uansett er relativt få observasjoner samtidig som flere avkryssninger er relativt få, har vi valgt å analysere de nevnte prosedyrene på *personnivå*, dvs. etter hva som er kodet som hovedprosedyren slik vi her har gjort rede for⁹⁸. Vi finner at 11,3 prosent av utvalget har minst en av de nevnte 6 behandlingsformene, mens Romøren med sin framgangsmåte fant 9,6 prosent.

Men slik vi har gjort rede for i kapittel 1, omfatter ikke denne undersøkelsen brukere som bor heime med enten bare hjemmesykepleie eller hjemmehjelp og disse fanges ikke opp av undersøkelsen. Vi måler således bruken av spesialisert hjelp bare blant de brukerne av heimebaserte tjenester som har *både hjemmehjelp og hjemmesykepleie*. Hvis det relativt sett er flere brukere av slik spesialisert hjelp blant dem med f.eks. bare hjemmesykepleie, vil våre beregninger her gi for lave anslag. Og slik det går fram av tabell VII.2, bor 55 prosent av de få brukerne av respirator-, smerte-, og cellegiftbehandling i ordinære private boliger. Romøren peker imidlertid her på at *"Denne utvalgskjevheten er likevel ikke så stor at den kan endre hovedtrekkene i bildet"* (op.cit. s.78).

1.2.2 Spesialisert behandlingsform etter type oppholdssted

Mens vi i tabell VII.1 fordelte brukerne i ulike typer oppholdssteder etter type spesialisert hjelp, gir vi i tabell VII.2 oversikt over hvordan personer med samme behandlingstype fordeler seg etter type oppholdssted.

Tabell VII.2 Brukere av omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp. Ulike typer hjelp fordelt etter type oppholdssted. Prosent

	Andel under 67 år, prosent	Institusjon	Komm. Bolig	Ordinær bolig	Alle	
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	(N)
1. Sum a-b	14	11	34	55	100	44
2. Terminalpleie	4	79	11	10	100	53
3. Sammensatt sykd.	17	63	20	17	100	875
4. Avvikende adferd	36	58	33	9	100	523₃
Sum, prosent	23	60	25	15	100	1497

Kilde: Helsetilsynet 2003.

De få tilfellene av spesialisert behandling som respirator-, smerte-, og cellegiftbehandling foregår oftest i brukernes egen boliger, 55 prosent i egen ordinær bolig og 34 i kommunal bolig. Bare 1 av 10 har opphold i institusjon når de får slik behandling. Terminalpleie finner imidlertid oftest sted i institusjon.

⁹⁸ Romøren valgte også samme prosedyre, men så bort fra flere avkryssninger. Han behandlet således bare den aktiviteten som det var krysset av for først i lista. Han endte opp med 1.222 personer med de nevnte prosedyrer, eller 9,6 prosent av utvalget (Helsetilsynet 2003, s. 77).

Når det gjelder behandling av *sammensatte aktive sykdommer som krever høy faglig kompetanse* og *kontroll for adferdsavvik*, forekommer disse oftest i institusjon og for en del i kommunal bolig. Vi kommer imidlertid tilbake til en mer korrekt oversikt over dette i tabell VII.7. der vi tar hensyn til hvor mange brukere målt i absolutte tall som har opphold i de ulike bostedstypene (og som gir et noe annet resultat).

Nærmere 8 av 10 (77 %) av disse tilfellene er knyttet til personer 67 år+ og er oftest del av den etablerte eldreomsorgen. Men siden brukerne i alt under 67 år utgjør 21 prosent av alle brukere i 2002, mottar de like ofte/sjelden slike spesialiserte tjenester som personer 67 år+.

1.2.3 Behandling for sammensatte sykdommer og kontroll for avvikende adferd etter hovedårsak til hjelpebehovet

Vi har vist at blant dem med omfattende eller faglig spesialisert hjelp, er det framfor alt to sentrale brukergrupper. På den ene sida gjelder det personer med behandling for *flere aktive sykdommer som krever høy faglig kompetanse*, og på den andre *kontroll for adferdsavvik*. Det siste vil også som regel kreve særskilt faglig kompetanse.

I tabell VII.3 har vi gitt oversikt over hvordan disse to gruppene fordeler seg etter *hovedårsak til hjelpebehovet* i fire hovedgrupper fordelt på type oppholdssted og alder.

Sammensatte sykdommer

Helsetilsynets undersøkelse viser at 75 prosent av disse tilfellene er knyttet til *personer 67 år+ med somatiske lidelser og aldersdemens*, hvor majoriteten befinner seg i eldreinstitutioner. De øvrige bor i kommunale boliger eller i ordinære private boliger⁹⁹. Hvor mange det gjelder i absolutte tall, kommer vi tilbake til i neste avsnitt, jf. tabell VII.5, i avsnitt 1.2.4. I alt er 83 prosent av disse tilfellene knyttet til somatiske sykdommer og aldersdemens.

Bare 12 prosent gjelder i hovedsak personer med psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet, hvorav 9 prosent også her er personer 67 år+. Og bare 4,5 prosent av tilfellene er knyttet til utviklingshemmede. Av særskilte somatiske sykdommer utgjør hjerte- og lungesykdommer 25 prosent av alle med sammensatte sykdommer og slag 15 prosent, mens 8 prosent er knyttet til følger av større skader (Romøren, Helsetilsynet 2003, s. 77).

⁹⁹ Her prosentuerer vi mellom brukerne internt, dvs. på den avhengige variabelens nivå. Disse brukerne representerer relativt sett hver for seg et annerledes antall personer etter om de bor i institusjon, kommunal bolig eller i egen ordinær privat bolig. Derfor vil fordelingen mellom dem regnet om til absolutte tall være noe annerledes, slik det går fram av tabell VII.5 i neste avsnitt. Således er det i følge tabell VII.3 for eksempel 13 prosent av alle 67 år+ med behandling for sammensatte sykdommer bosatt i ordinære boliger, mens målt i absolutte tall gjelder det 21 prosent, jf. tabell VII.5.

Tabell VII.3 Andel brukere med behandling for aktive sammensatte sykdommer og med kontroll for adferdsavvik. Fordeling etter hovedårsak til hjelpebehovet, type oppholdssted og alder.

	Institusjon		Komm. Bolig		Ordinær bolig		Alle Prosent (n)
	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	
Med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse							
Utviklingshemmet	0,6	0,1	3,1	0,1	0,5	0,1	4,5 % (38)
Psykisk lidelse	0,2	6	2	2	1	1	12 % (102)
Aldersdemens	0,1	22	0	1	0	2	25 % (210)
Somatisk sykdom	3	32	2	8	3	10	58 % (483)
Sum 75		54		9		12	100% (833)
Med kontroll for adferdsavvik							
Utviklingshemmet	0,6	0,4	18	2	0,2	0	21 % (110)
Psykisk lidelse	2	12	11	2	2	1	30 % (159)
Aldersdemens	1	34	0,4	0,6	0	2	38 % (196)
Somatisk sykdom	1	5	2	1	0,6	2	11 % (59)
Sum 75		46	29				524

Kilde: Helsetilsynet 2003

Avvikende adferd

Av alle tilfeller der en følger opp med kontroll for avvikende adferd, gjelder dette halvparten personer med psykiske lidelser og utviklingshemmede, respektive 30 prosent og 21 prosent, jf. tabell VII.3. Men de aldersdemente utgjør imidlertid den største gruppen med 38 prosent.

Denne aktiviteten er imidlertid framfor alt knyttet til brukere 67 år+ i institusjoner med psykiske lidelser eller aldersdemens som hovedårsak til hjelpebehovet (46 prosent) og til brukere under 67 år i kommunale boliger med utviklingshemming eller psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet (29 prosent), jf. tabell VII.3. Til sammen utgjør disse brukergruppene 75 prosent av alle med kontroll for adferdsavvik. Vi kommer tilbake til bergninger av hvordan disse fordeler seg i absolutte tall, jf. tabell VII.7.

1.2.4 Samlet oversikt over andel og antall personer med omfattende eller faglig spesialisert hjelp

På grunnlag av data i Helsetilsynets undersøkelse har vi beregnet hvor stor andel som i 2003 fikk omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp av de typer som undersøkelsen har tatt opp.¹⁰⁰

Samtidig kjenner vi antall personer i institusjon og antall personer i kommunale boliger og i ordinære boliger med heimebaserte tjenester¹⁰¹. Med oppgaver for andel

¹⁰⁰ Vi utelater her personer med terminalpleie siden disse utgjør relativt få og finner i hovedsak sted i institusjon, oftest knyttet til eldre, jf. tabell VII.2.

NIBR-rapport 2010:1

brukere og antall brukere i alt kan vi beregne hvor mange det var smed de ulike spesialiserte aktiviteter i 2002/2003 etter type oppholdssted og alder.¹⁰² Grunnlaget for beregningene går fram av tabell VII.4 og resultatene er gjengitt i tabell VII.5.

A. Med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse

Andelen med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse er størst i institusjon og minst i ordinære boliger, jf. tabell VII.5. I 2002/2003 hadde 21 prosent av beboere *under 67 år* i eldreinstitusjoner slik hjelp, mens det gjaldt 5 prosent av brukere under 67 år i ordinær privat bolig. Dette knytter positivt an til de beskrivelsene vi gjorde av yngre i eldreinstitusjoner etter type diagnose i kapittel 3.4, d.v.s. at det var et relativt stort omfang av personer med 'tunge' diagnoser.

Men omregnet i absolutte tall, blir bildet noe annerledes. Bare 25 prosent av alle dem som mottok hjelp ved sammensatte sykdommer, var *under 67 år*, eller ca 2.700 av 11.000 (10.979). Og halvparten av disse igjen (13 prosent) bodde i ordinære private boliger, jf. tabell VII.4. Dette fordi så langt flere av brukerne under 67 år i alt bor i ordinær bolig enn i eldreinstitusjoner.

Brukere med sammensatte sykdommer 67 år+ utgjorde forøvrig 12 prosent *av alle* eldre med plass i eldreinstitusjoner i 2002/2003 mot 2,5 prosent *av alle* bosatt i egen ordinær bolig, jf. tabell VII.5. De utgjør m.a.o. en klart mindre del av brukerne, særlig når de er bosatt utenfor institusjon.

Og regnet av alle med slik hjelp, utgjorde slike brukere 67 år+ i institusjoner 44 prosent. Deretter representerte eldre i egen ordinær bolig 2 av 10, og eldre i kommunal bolig 1 av 10, eller til sammen 75 prosent, jf. tabell VII.5.

¹⁰¹ Vi refererer til personer i kommunale boliger med heimebaserte tjenester. Noen få under 67 år bosatt slik, var uten heimebaserte tjenester i 2002/2003. Det var noen flere blant personer her 67 år+, jf. Brevik 2008a, tabell 3.3 Disse relativt få er holdt utenfor som grunnlag for beregning av antall bosatte med spesialisert faglig hjelp i tabell VII.4 og tabell VII.5.

¹⁰² Vi har gjengitt de talloppgavene som direkte følger av de observerte presenter. Vi har m.a.o. ikke beregnet standardavvik og gjort rede for innen hvilke intervaller de observerte tallene befinner seg. Dette fordi vi her bare er interessert i størrelsesorden. Men generelt er det slik at beregnede avvik avtar med tiltakende utvalgsstørrelse og avtar når prosentfordelingene beveger seg fra 50 mot 0/100. Det vil si at anslagene er sikrer for prosentstørrelser f. eks rundt 5 enn rundt 50. I vårt materiale her gjelder det i gjennomsnitt 4,0 prosent og 6,6 prosent med de to hyppigst forekomne faglige spesialitetene. Dessuten er utvalget svært stort i forhold til universet (et tilnærmet 10-prosents-utvalg). Antall beregnede personer i de ulike gruppene kan slik sett antas å være nokså pålitelige.

Tabell VII.4. Andel og antall personer med behandling for sammensatte sykdommer, kontroll for adferdsavvik og med respirator-, smerte-, eller cellegiftbehandling etter type oppholdssted og alder. Prosent og absolutte tall.

	Institusjon		Kommunal bolig		Ordinær bolig		Alle
	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	
A. Med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse							
Andel i prosent	21,1	11,9	7,0	4,0	5,0	2,5	6,6 % 875
Alle respondenter (n)	166	4.210	986	2.530	807	4.373	(13094)*
							13240
Alle bosatte	1.714	40.605	13.605	27.990	28.029	92.488	205.891
Alle med behandling	362	4.832	952	1.120	1.401	2.312	10.979
Alle fordelt i prosent	3	44	9	10	13	21	100
Antall < 67 år/67 år+	2.715	8.264					10.979
Andel < 67 år/67 år+	25%	75%					100
B. Med kontroll for adferdsavvik							
Andel i prosent	16,9	6,4	14,4	1,2	2,4	0,6	4,0%525
Alle med behandling	290	2.599	1.959	336	673	550	6.407
Alle fordelt i prosent	5	40	31	5	11	9	100
Antall < 67 år/67 år+	2.922	3.485					6.407
Andel < 67 år/67 år+	45 %	55 %					100
C. Med respiratorbehandling/smertebehandling med intravenøs teknikk/cellegiftbehandling ‰							
Andel i prosent	0	1,29	2,6	4,7	5,4	4,3	3,32 ‰
Alle med behandling	0	52	35	132	151	398	768
Alle fordelt i prosent	0	7	5	17	20	52	100
Antall < 67 år/67 år+	186	582					768
Andel < 67 år/67 år+	24 %	76 %					100
Alle med beh. A-C	652	7.483	2.946	1.588	2.225	3.260	18.154
Alle fordelt i prosent	4	40	15	8	12	22	100
Antall < 67 år/67 år+	5823	12.331					18.154
Andel < 67 år/67 år+	32 %	68 %					100

Kilde: Helsetilsynet 2003

*)146 personer er ikke plasserbar etter alder. Det reduserer utvalget her fra totalt 13.240 til 13.094 respondenter.

Av samlet 11.000 slike brukere i alle aldre, befant 47 prosent (5.200) seg i eldreinstitusjoner, 19 prosent i kommunale boliger (2.100) og 34 prosent i ordinære boliger (3.700), jf. tabell VII.5. Det betyr at disse brukerne fordeler seg med omlag halvparten i institusjon og halvparten på personer i boliger, dvs. at like mange tas hand om på denne måten i åpen omsorg som i institusjon. Vi minner til slutt om at dette er

en vesentlig annen fordeling enn den som gikk fram av tabell VII.2, hvor f.eks. 17 prosent var beregnet til å oppholde seg i egen ordinær bolig.¹⁰³

Tabell VII.5. Andel og antall personer med behandling for sammensatte sykdommer, kontroll for adferdsavvik og med respirator-, smerte-, eller cellegiftbehandling etter type oppholdssted og alder. Prosent og absolutte tall.

	Institusjon		Kommunal bolig		Ordinær bolig		Antall/andel med	
	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	Abs t	Prosent
A. Med behandling for flere akt. sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse								
Andel i prosent	21,1	11,9	7,0	4,0	5,0	2,5	875	6,6
Ant. Med behandling	362	4.832	952	1.120	1.401	2.312	10.979	5,3
Alle fordelt i prosent	3	44	9	10	13	21	100	
B. Med kontroll for adferdsavvik								
Andel i prosent	16,9	6,4	14,4	1,2	2,4	0,6	525	4,0
Ant. Med behandling	290	2.599	1.959	336	673	550	6.407	3,1
Alle fordelt i prosent	5	40	31	5	11	9	100	
C. Med respiratorbehandling/smertebehandling med intravenøs teknikk/cellegiftbehandling								
Andel i promille	0	1,29	2,6	4,7	5,4	4,3	44	0,3
Ant. Med behandling	0	52	35	132	151	398	768	0,4
Alle fordelt i prosent	0	7	5	17	20	52	100	
Alle med A-C								
Alle med behandling	652	7.483	2.946	1.588	2.225	3.260	18.154	8,8
Alle fordelt i prosent	4	40	15	8	12	22	100	

Kilde: Helsetilsynet 2003

B. Med kontroll for adferdsavvik

Blant brukere under 67 år i eldreinstitusjoner og kommunale boliger, ble respektive 16,9 prosent og 14,4 prosent kontrollert i tilknytning til adferdsavvik, jf. tabell VII.5. Og 45 prosent av disse brukerne var under 67 år, eller 2.900 av 6.400 personer i 2002/2003.

¹⁰³ Dette har klar sammenheng med at i utvalget for Helsetilsynets undersøkelse er omlag 90.000 brukere av i ordinære boliger med enten bare hjemmehjelp eller hjemmesykepleie utelatt. Det gir en relativ stor skeivfordeling etter type oppholdssted i utvalget i forhold til universet, og som fører til en underestimert av omfanget av brukere i ordinære boliger ved den type beregninger som er gjort i tabell VII.2. Dette er gjort utførlig rede for i Brevik 2008a, kapittel 3.1.2.

Blant eldre 67 år+ i eldreinstitusjoner, var slik kontroll knyttet til 6,4 prosent av alle med plass (2.600 personer), mens det samme gjaldt 1 av 100 i boliger, jf. tabell VII.5. Dette er m.a.o. en nokså perifer størrelse i den åpne omsorgen.

Av samlet 6.400 brukere med kontroll for adferdsavvik i 2002/2003, var 45 prosent knyttet til brukere med plass i institusjon, 36 prosent til beboere i kommunale boliger, mens 20 prosent var bosatt i ordinære boliger. Det betyr at 8 av 10 var direkte underlagt et kommunalt regime.

C. Med respirator-, smerte- eller cellegiftbehandling

I alt var det i 2002/2003 svært få, eller 4 promille av brukerne – eller omlag 750 personer - som på et gitt tidspunkt i året rapporteres å ha behandling i tilknytning til bruk av respirator, cellegift eller smertebehandling med intravenøs teknikk. Dette viser at teknisk medisinsk behandling er en svært beskjeden foreteelse i norsk pleie- og omsorg på det tidspunktet. Og den har et langt mindre omfang enn den betydning den har vært tillagt i forhold til antakelsene i et spesialisthelsetjenesteperspektiv, jf. vår påpeking av dette i det innledende avsnittet til dett kapitlet.

Men i motsetning til å være innlagt i institusjon, eller å motta heimebaserte tjenester eller å være kontrollert for adferdsavvik, er dette foreteelser og behandlingsformer som vil måtte ha relativt kortere varighet. Det vi her måler - både i Helsetjenesteundersøkelsen og i Pleie- og omsorgsstatistikken - er bruken på ett gitt tidspunkt - eller 'til enhver tid'. Antallet brukere i løpet av året kjenner vi ikke, men det må rimeligvis være større. Dette er en begrensning som vi bør ilegge en viss vekt ved vurderingene i forhold til øvrige opplysninger, som også er basert på tverrsnittsdata, dvs. tilstanden til enhver tid.

Denne typen behandling dreier seg på same måte som for behandling for sammensatte sykdommer, i 3 av 4 tilfeller om brukere 67 år+. Disse behandlingsformene finner imidlertid i liten grad sted i institusjoner, men er nesten i sin helhet knyttet til brukere i egne boliger, kommunale eller private. Det slik at *7 av 10 med slik behandling bor i egen privat bolig* og 2 av 10 i kommunal bolig. Dette er vesentlig forskjellig fra personer med behandling for sammensatte sykdommer, hvor bare hver fjerde hadde opphold i egen privat bolig. Sjøl om det gjaldt få, eller omlag 550 personer i 2003, bør dette være verdt å legge merke til.

D. Brukere med faglig spesialisert behandling i alt

I 2002/2003 var det ifølge Helsetilsynets undersøkelse omlag *18.000 personer som til enhver tid var underlagt spesialisert faglig behandling* av den typen vi her har tatt opp. Disse utgjorde 8,8 prosent av alle (205.891) brukere av institusjonsplasser og heimebaserte tjenester i 2002/2003. Her utgjorde brukere med sammensatte sykdommer 5,3 prosent av alle, personer med kontroll for adferdsavvik 3,1 prosent og personer med behandling i tilknytning til respirator og lignende 0,4 prosent av samtlige brukere. Det var m.a.o. under 12.000 som til enhver tid var til særskilt behandling for sammensatte helseproblemer eller var brukere av særskilte medisinske prosedyrer.

Av alle disse har samlet sett 44 prosent opphold i institusjon og 23 prosent i kommunale boliger. Det betyr at 2 av 3 er direkte underlagt et kommunalt oppholdsregime. Den øvrige tredjedelen bor i ordinære private boliger. De fleste tilfellene befinner seg innenfor en godt etablert kommunal organisering av tjenestene.

Antallet personer som er omfattet av slike tiltak er således svært lite i forhold til antall brukere i pleie- og omsorgssektoren. Romøren konkluderer her med at *"i motsetning til hva en vanligvis antar, har de medisinske-tekniske prosedyrene en liten framtrædende plass Somatiske sykehus overfører også mange krevende oppgaver til kommunehelsetjenesten, men disse ser foreløpig ut til å ligge innenfor et kompetanseområde personalet er vant til, og som de bebersker"* (Helsetilsynet/Romøren 2003, s. 81).

1.2.5 Pleietyngde og mottatt hjelp hos brukerne

Vi skal her kort gjøre rede for pleietyngde målt med Barthels ADL pleieindeks og omfang i bruk av heimebaserte tjenester målt ved antall timer pr uke hos brukere med behandling for sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse hvor vi sammenlikner med øvrige brukere.

Barthels indeks måler omfang av funksjonssvikt i forhold til sentrale omsorgsfunksjoner (for nærmere omtale av Barthels pleieindeks viser vi til Brevik 2007c). Et indirekte mål for grad av funksjonstap gir samlet bruk av hjelp fra de heimebaserte tjenestene pr uke. Mens Barthels pleieindeks refererer til alle brukere, gjelder omfang av hjelp fra de heimebaserte tjenestene bare dem som bor utenfor institusjon. Vi sammenlikner her med brukere som ikke har slik behandling. De er så mange at de nærmest representerer gjennomsnittet for alle brukere.

Tabell VII.6. *Brukere med behandling for sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse etter pleietyngde og omfang i bruk av heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet og alder. Sammenlikning med øvrige brukere.* Kilde: Helsetilsynet 2003

	Alle brukere – Barthels pleieindeks – poeng i gjennomsnitt				Heimebaserte tjenester – timer pr uke i gjennomsnitt			
	Under 67 år		67 år+		Under 67 år		67 år+	
	Med	Uten	Med	Uten	Med	Uten	Med	Uten
Utviklingshemmet	10,2	5,2	12,3	6,5	26,5	24,6	15,6	11,0
Psykiske lidelser	2,7	1,2	8,7	5,0	9,7	5,0	8,1	5,7
Aldersdemens	(-)	5,7	12,6	8,7	-	6,4	9,3	6,9
Somatiske sykd.	10,9	5,7	11,1	5,8	17,3	8,0	8,4	5,6
Alle	8,9	4,3	11,3	6,4	16,6	11,5	8,5	5,8
Ant svarpers.(n)	123	1367	689	9022	87	1229	183	5803

Undersøkelsen viser at disse brukerne jevnt over har vesentlig større hjelpebehov sammenliknet med dem uten slik behandling, både målt ved pleieindeks eller målt i forhold til antall timer med heimebaserte tjenester, jf. tabell VII.6. De med flere aktive sammensatte somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet har jevnt over dobbelt så stor hjelpebehov og får dobbelt så mye hjelp per uke.

1.2.6 Mer om faglig spesialisert behandling etter hovedårsak til hjelpebehovet

I avsnitt 1.2.3 gjorde vi rede for fordelingen av brukere med behandling for *sammensatte sykdommer* samt kontroll for *adferdsavvik*. Der viste vi til dette avsnittet (1.2.6), hvor vi legger fram resultatet av våre beregninger av antall slike brukere målt i absolute tall etter hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell VII.8.

Men først vil vi gjøre rede for denne bruken uttrykt ved *bruksrater*, dvs. hvor mange av samtlige som er brukere av de ulike behandlingsformene. Disse går fram av tabell VII.7a og b.

Tabell VII.7a Andel og antall brukere med behandling for aktive sammensatte sykdommer og med kontroll for adferdsavvik. Fordeling etter hovedårsak til hjelpebehovet, type oppholdssted og alder samt relativ fordeling etter hovedårsak. Kilde: Helsetilsynet 2003

	Institusjon		Kommunal bolig		Ordinær bolig		Alle
	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	
A. Med behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse							
Andeler med slik behandling i prosent							
Rater							
Utviklingshemmet	3,4	0	2,8	0	0,5	0	5,6
Psykisk lidelse	1,4	1,1	2,1	0,7	1,2	0,2	6,5
Aldersdemens	0,7	4,5	0	0,5	0	0,3	8,0
Somatisk sykdom	15,1	6,5	2,0	3,0	3,2	2,0	6,5
Alle	20,6	12,1	6,9	4,2	4,9	2,5	6,7%(833)
Alle respondenter (n)	146	4.121	935	2.321	729	4.141	(12.393)*
							13240
Alle bosatte	1.714	40.605	13.605	27.990	28.029	92.488	
Oppgaver i absolute tall							
Utviklingshemmet	58	0	381	0	140	0	5 % 579
Psykisk lidelse	24	447	274	196	336	185	13 % 1462
Aldersdemens	12	1827	0	140	0	277	20 % 2256
Somatisk sykdom	259	2639	261	840	905	1850	61 % 6754
Alle med behandling	353	4.913	916	1.176	1.381	2.312	11.051
Alle m beh. alder*)	362	4.832	952	1.120	1.401	2.312	10.979

*) Når vi analyserer materialet med brukerne fordelt etter hovedårsak til hjelpebehovet er det noen flere som faller ut pga noen flere uten opplysninger om hovedårsak, mens det er noen flere med når vi bare splitter på alder, respektive 13.094 og 12.393, jf. tabell VII.5. Det er årsak til noen mindre avvik i beregninger av antall brukere i underkategorier som alder og type oppholdssted. Vi har her for ordens skyld gjengitt resultatene slik det går fram når en bare nytter alder som grupperingsvariabel, jf. tabell VII.5 og den siste linje i tabellen 'Alle med beh. alder'.

Det er *utviklingshemmede*, personer med *psykiske lidelser* og brukere med *aldersdemens* som *relativt sett* hyppigst mottar behandling for sammensatte sykdommer eller kontroll for adferdsavvik. For begge de to tiltakene *under ett* gjelder det respektive 22

prosent, 15 prosent og 16 prosent. Blant brukere med somatiske sykdommer, er det imidlertid bare 7 prosent som har disse to typene tiltak. Og *kontroll for adferdsavvik omhandler* 16 prosent av utviklingshemmede og respektive 9 og 8 prosent blant personer med psykiske lidelser eller aldersdemens som hovedårsak til hjelpebehovet, jf. tabell VII.7b.

Tabell VII.7b. Andel og antall brukere med kontroll for adferdsavvik. Fordeling etter hovedårsak til hjelpebehovet, type oppholdssted og alder samt relativ fordeling etter hovedårsak. Kilde: Helsetilsynet 2003

	Institusjon		Kommunal bolig		Ordinær bolig		Alle
	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	
B. Med kontroll for adferdsavvik							
Andeler med slik behandling i prosent							
Rater							
Utviklingshemmet	2,1	0	10,3	0,3	0,1	0	16,3
Psykisk lidelse	7,5	1,5	3,9	0,4	1,8	0,1	8,9
Aldersdemens	3,4	4,3	0,2	0,1	0	0,2	7,5
Somatisk sykdom	4,8	0,6	0,9	0,3	0,4	0,2	0,8
Alle	17,8	6,4	15,3	1,1	2,3	0,5	4,1
Alle respondenter (n)	146	4.121	935	2.321	729	4.141	(12.393)*
							13240
Alle bosatte	1.714	40.605	13.605	27.990	28.029	92.488	
Oppgaver i absolutte tall							
Utviklingshemmet	36	0	1346	84	28	0	24% 1494
Psykisk lidelse	129	609	510	112	504	92	31% 1956
Aldersdemens	58	1746	27	28	0	184	33% 2043
Somatisk sykdom	82	243	122	84	112	184	13% 827
Alle med behandling	305	2.598	2.005	308	644	460	6.320
Alle m beh. alder*)	290	2.599	1.959	336	673	550	6.407

*) samme som under tabell VII.7a.

Romøren viser i sin analyse av disse dataene til relativt høye bruksrater i de gruppene vi nevner her. Fordi det er disse personene som *relativt sett* oftest tas hand om i pleie- og omsorgstjenestene, trekker han den konklusjon at det "er personer som ellers ville ha befunnet seg i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste eller i det tidlige HVPU som representerer de største utfordringene (op.cit. s. 78). Det er "håndteringen av komplekse tilstander hos mennesker med psykiske lidelser, utviklingshemming eller aldersdemens som dominerer. Det betyr i klartekst at det er psykiatireformen og HVPU-reformen som har gitt kommunene de faglig mest utfordrende oppgaver i dag" (op.cit. s. 81).

Men dette er imidlertid bare delvis riktig. På bakgrunn av de beregninger vi har gjort av antall personer med behandling for sammensatte sykdommer og kontroll for adferdsavvik, jf. tabell VII.7 a og b¹⁰⁴ trer et noe annet bilde fram.

Når det gjelder behandling for sammensatte sykdommer, utgjør utviklingshemmede og personer med psykiske lidelse bare 18 prosent, jf. tabell VII.8. Hele 6 av 10 med slik behandling, er personer med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet.

Det er innen somatiske sykdommer og demens, fortrinnsvis i eldreinstitusjoner, at denne typen behandling finner sted, i det 4.900 personer med slik behandling er eldre i eldreinstitusjoner, jf. tabell VII.8. Den er m.a.o. framfor alt knyttet til klassisk kommunal eldreomsorg. Tilfellene som gjelder psykiatri, er relativt få og oftest knyttet til eldre personer. Andelen med faglig behandling for aktive sammensatte sykdommer med høy faglig kompetanse knyttet til *personer under 67 år med psykiske lidelser og utviklingshemmede*, utgjør omlag 1200 personer eller 11 prosent av alle med slik behandling.

I tilknytning til denne typen sammensatte oppgaver er det ikke særlig riktig - som tidligere nevnt - å hevde at *"det er psykiatireformen og HVPU-reformen som har gitt kommunene de faglig mest utfordrende oppgavene de har i dag"* (Helsetilsynet 2003, s. 81). Men det kan delvis være riktig i forhold til disse gruppernes bruk i pleie- og omsorg i sin alminnelighet, fordi de etter hvert utgjør grupper med ofte svært omfattende bruk av heimebaserte tjenester, særlig utviklingshemmede, slik vi har vist i kapittel 5.

¹⁰⁴ I tabell VII.7a og b har vi gjort rede for grunnlaget av våre beregninger. Her går det fram hvor relativ stor andel som faller på hver brukergruppe etter hovedårsak til hjelpebehovet og etter type oppholdssted samtidig som det er gjort rede for antall bosatte i absolutte tall i 2002, jf. også tabell VII.4.

Tabell VII.8 Antall brukere med behandling for aktive sammensatte sykdommer og med kontroll for adferdsavvik. Fordeling etter hovedårsak til hjelpebehovet, type oppholdssted og alder samt relativ fordeling etter hovedårsak. Kilde: Helsetilsynet 2003.

	Institusjon		Kommunal bolig		Ordinær bolig		Antall/andel med	
	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	< 67 år	67 år+	Abs t	Prosent
A. Med behandling for flere akt. sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse								
Utviklingshemmet	58	0	381	0	140	0	579	5
Psykisk lidelse	24	447	274	196	336	185	1462	13
Aldersdemens	12	1827	0	140	0	277	2256	20
Somatisk sykdom	259	2639	261	840	905	1850	6754	61
Alle med behandling	353	4.913	916	1.176	1.381	2.312	11.051	100
B. Med kontroll for adferdsavvik								
Utviklingshemmet	36	0	1346	84	28	0	1494	24
Psykisk lidelse	129	609	510	112	504	92	1956	31
Aldersdemens	58	1746	27	28	0	184	2043	33
Somatisk sykdom	82	243	122	84	112	184	827	13
Alle med behandling	305	2.598	2.005	308	644	460	6.320	100
A+B Alle med behandling for sammensatte sykdommer samt kontroll for adferdsavvik								
Utviklingshemmet	94	0	1727	84	168	0	2073	12
Psykisk lidelse	153	1056	784	308	840	277	3418	20
Aldersdemens	70	3573	27	168	0	461	4299	25
Somatisk sykdom	341	2882	383	924	1017	2034	7581	43
Alle med behandling	658	7511	2921	1484	2025	2772	17.371	100

Men for *kontroll for adferdsavvik* utgjør personer med utviklingshemming og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet 55 prosent av alle disse brukerne. Brukere med aldersdemens utgjør imidlertid også 33 prosent, jf. tabell VII.8.

Legger vi så sammen disse to hovedgruppene av behandling og kontroll/oppfølging, er 1/3-del (32 %) *utviklingshemmete* eller personer med *psykiske lidelser*, dvs. ca 5.500 personer i 2002/2003. Personer med aldersdemens utgjør 1/4-del, eller omlag 4.000-4.500 brukere.

Den største gruppen er imidlertid brukere med *somatiske sykdommer*, idet disse utgjorde 43 prosent i 2002/2003 eller omlag 7.500 personer. Tyngdepunktet befinner seg i somatikken både fordi det er de hyppigst forekomne særskilte behandlingsformer og fordi brukere med somatiske sykdommer er den største brukergruppen.

Vedlegg III

Bruk av ressurser i kommunal pleie og omsorg knyttet til personer som kommer fra spesialisthelsetjenestene (til kapittel 6)

A. Noen forutsetninger for beregning av ressurser knyttet til personer som er kommet fra 2. til 1. linjetjenesten

Slik vi har vist i kapittel 6.5, gir Helsetilsynets undersøkelse opplysninger om hvem som er kommet fra 2. linjetjenesten og til sykehjem samt hvor mange brukerretta timer de som bor i kommunale boliger mottar. Vi har derfor behov for å regne om fra brukerretta timeverk til avtalte årsverk analoge til de som går fram av statistikken.

Forholdet mellom avtalte og effektive timeverk i de heimebaserte tjenestene.

Så langt har det ikke foreligget offentlig statistikk etter 1993 som viser fordelingen i årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester i kommunal pleie- og omsorg. Og vi har heller ikke kunnskap om brukerretta tidsbruk i forhold til avtalte årsverk. Før vi går videre må vi derfor framskaffe dette.

Fordelingen av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester har vi på ulike måter beregnet. Resultatene foreligger i Prosjektnotatet nr. 1 *Om utvikling i årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1992-2007* (Brevik 2009), som det også er referert til i kapittel 5.1.2 i denne utredningen. Vi viser til dette.

Brukerretta timebruk i følge IPLOS

I IPLOS har en registrert antall timer samlet mottatt heimebaserte tjenester pr uke etter bl.a. alder. Dette gjelder brukerretta timebruk og registreringen er basert på opplysninger i skjema for enkeltvedtak som til enhver tid foreligger. Dette utgjør da definisjonen av brukerretta timebruk. Resultatene for 2007 foreligger her i tabell VIII.1.

Tabell VIII. 1. Antall personer med heimebaserte tjenester etter type tjeneste og alder samt antall timer samlet mottatt hjelp pr uke og sum ukeverk etter alder og relativ fordeling av uketimer etter alder. 2007.

	Bare praktisk bistand	Bare hjemmesykepleie	Både praktisk bistand og hsp	Brukere i alt	Timer pr uke	Uketimer	Andel prosent
0-49	8766	16696	6285	31747	13,9	441.286	40,4
50-66	5986	9536	7226	22748	9,3	211.556	19,4
67-79	9456	11197	10485	31138	4,3	133.893	12,2
80-89 r	17576	16678	23506	57760	3,9	225.264	20,6
90 år +	3974	3852	9421	17247	4,7	81.061	7,4
I alt	45758	57957	56923	160638	6,7	1.093.060	100

Kilde: SSB, IPLOS, Statistikkbanken

Her går det fram at 160.638 brukere av heimebaserte tjenester brukte 1.093 tusen timer pr uke i 2007.

Vi nevner her at 60,8 prosent av samla bruk falt på brukere under 67 år og 40 prosent på personer under 50 år.

Avtalte timeverk

På grunnlag av våre bergninger av fordelingen av årsverk mellom heimebaserte tjenester og institusjon (Brevik 2009) går det fram at 63.639 årsverk gikk til heimebaserte tjenester, her forstått som 'kjernetjenester knyttet til pleie, omsorg og hjelp til heimeboende- KOSTRA f254 (dvs praktisk bistand (hjemmehjelp) og hjemmesykepleie) + 'aktivisering og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede' KOSTRA f234 (eldresentre, dagsentre o.l.).

Da vi i vår sammenheng referer oss til kjernetjenestene, d.v.s. 'heimebasert tjenester' må årsverkene under 'aktivisering', eller ca 4.000 årsverk i 2007, trekkes fra. Det betyr at avtalte årsverk i de heimebaserte tjenestene i 2007 var $63.639 \text{ årsverk} - 4.000 = 59.636 \text{ årsverk}$.

De fleste i de heimebaserte tjenestene arbeider 35,5 timers uke, mens noen få arbeider noe mer, f. eks fysioterapeuter arbeider 36,4 timer. Vi legger her til grunn 35,5 timer med 47 arbeidsuker i året.

Her kommer imidlertid til fratrukk de timer som er knyttet til sykefravær og familie, som svangerskapspermisjon, fravær pga sykt barn, velferdspermisjoner og eventuelt opplæring og etterutdanning, dvs tid som verken indirekte eller direkte er relatert til brukerne av tjenestene.

Langtidssykefraværet i disse gruppene er ofte opp under 10 prosent. I tillegg kommer korttidsfraværet, som vi foreløpig stipulerer til minimum 5 prosent. Hvis vi til dette stipulerer øvrige fravær til 5 prosent, utgjør dette tilsammen 20 prosent. Det avtalte årsverket utgjør etter dette pr idag: $35,5t * 47 * 80/100 = 1.334 \text{ timeverk}$.

Til dette kommer så *all indirekte tid* i forhold til arbeidet med brukeren, som reiser, møter, administrasjon og lignende.

Tabell VIII. 2. Beregning av forholdet mellom effektive timeverk i de heimebaserte tjenestene registrert i IPLOS og avtale timeverk i de samme tjenestene. 2007.

Heimebaserte tjenester 2007	Uketimer / årsverk	Timer pr uke	Antall uker	Fratrekk sykdom, velferd	Sum årlige timeverk	Effektive timer i prosent av alle timeverk
Effektive Timer	1.093.060		52		56.839.120	953/57,12 %
Avtalte timer	59.639 årsv	35,5	47		99.507.671	1.668/100%
Avtalte timer – fratrekk				- 20 %	79.606.100	1.334/80 %

Kilde: IPLOS og beregninger ved NIBR

Denne beregningen viser at indirekte tid i tillegg til tid gått med til sykdom og familie-relatert fravær utgjør $1.334t - 953t = 381$ timer, mens sykdom og øvrig fravær utgjør 334 timer av det avtalte årsverket på 1.668 timer.

Effektiv tid forstått som brukerretta tid i henhold til enkeltvedtak, utgjorde i 2007 57,12 prosent av avtalte timer. $57,12/100$ er den brøken vi nytter når vi regner om fra brukerretta timeverk pr uke iht. Helsetilsynets undersøkelse til årsverk.

Etter vår kunnskap har det foreligget sparsomt med data om forholdet mellom avtalte årsverk i pleie- og omsorgssektoren og den delen av denne tida som nedfeller seg i direkte brukerretta arbeid, d.v.s. tid hos brukeren. En undersøkelse i Nord-Trøndelag i midten av 1980-åra viste at omlag halvparten av hjemmesykepleiernes arbeidstid ble brukt i kontakt med pasienten (Nygård og Hansvik 1986). Og det er blitt anført at i takt med tiltakende profesjonalisering av personalet i de heimebaserte tjenestene, er en økende andel av arbeidstida blitt til indirekte tid i det en har fått lønn under sykdom, og tid er nyttet til kurs, utdanning og møter. Og videre er det anslått at 1/3-del av hjemmesykepleiernes tid blir brukt på reise mellom pasientene (Daatland 1997, s. 71).

Vår oppgave her er imidlertid ikke å utmåle indirekte tid i den heimebaserte virksomheten. Likevel er vi avhengig av nokså sikre anslag når vi skal regne om fra brukerretta tid til avtalt tid, d.v.s. få til en jamnføring med de statistiske data om årsverksbruken i sektoren.

B. Bruk av ressurser i kommunal pleie- og omsorg knyttet til personer som kommer fra spesialisthelsetjenestene

Vi vil nå gi noen eksempler på beregninger av ressursbruk eller eventuell slik bruk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene knytta til personer som er skrevet ut fra 2. linjetjenestene til primærtjenestene.

1 Ressursbruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester knyttet til personer skrevet ut fra somatiske sykehus

Vi legger her fram grunnlaget for 3 *illustrerende beregninger* i forhold til utskreven pasienter fra somatiske sykehus. Hensikten er å presentere *alternative størrelser og mål* for 'mellomværendet' mellom somatiske sykehus og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene knyttet til pasienter som kommer derfra eller den delen som er ferdigbehandlet og oppholder seg der pga antatte mangler i de kommunale tjenestene. Vi ønsker m.a.o. å få *en målestokk for denne problematikken* knytta til alternativ ressursbruk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

1.1 Sykehusopphold forstått som avlastning for eldreinstitusjoner (sykehjem). Beregninger i tilknytning til kap. 6.8.3

Liggetiden i somatisk sykehus for personer 70 år+ i 2002 var 7,67 dager¹⁰⁵. Vi fant at ca 3.000 med plass i eldreinstitusjoner i januar 2003, var kommet dit i løpet av det siste året, d.v.s. i løpet av 2002. Til sammenlikning var det i alt 234.000 utskrivninger (døgnopphold) knyttet til personer 70 år+ i løpet av 2002, jf tabeller i tabellvedlegg II, bak i dette notatet. Videre forutsetter vi at samtlige var kommet til sykehuset fra eldreinstitusjoner (mens de fleste i realiteten vil være kommet fra kommunale boliger eller ordinære heimer med eller uten kommunale pleie- og omsorgstjenester), d.v.s. vi gjør en maksimumsberegning.

Dette gir $3.000 * 7,67 \text{ døgnopphold} = 23.010 \text{ døgnopphold}$.

Annet steds¹⁰⁶ har vi beregnet ressursinnsatsen knyttet til samlet drift av eldreinstitusjoner, representerte samlet 53.475 årsverk for året 2002, eller 1,26 årsverk pr plass¹⁰⁷.

Dette leder til følgende beregning av hvor mange årsverk sykehusoppholdene representerte i kommunale sykehjem: $23010/365 * 1,26 = 79 \text{ årsverk}$ ¹⁰⁸. Til dette kommer for ordens skyld 3 årsverk knytta til de $800 * 44 \text{ prosent} = 350$ personer på årsbasis

¹⁰⁵ Dette er beregnet på grunnlag av tabell VIII.3, som gjengir hoveddata for antall døgnopphold, liggedager og antall dager pr døgnopphold (liggetid) etter alder for perioden 1999-2007.

¹⁰⁶ *Om utvikling i årsverk i kommunale pleie- og omsorgstjenester (1980/1992-2007)*, prosjektnotat, NIBR, januar 2009.

¹⁰⁷ I 2002 ble det i følge våre beregninger anvendt 53.475 årsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (syke- og aldershjem) samtidig som det var 42.319 slike plasser. Det gir 1,26 årsverk pr plass.

¹⁰⁸ I tillegg kommer de 800 som ble skrevet ut til kommunal bolig (jf. tabell 6.3 i kapittel 6.5)

som kom fra sykehus til kommunale boliger, jf fotnote til tabell 6.14, d.v.s. i **alt 82 årsverk**.

De 79 årsverka utgjorde **0,15 prosent** av samlet årsverksinnsats i kommunale eldreinstitusjoner i 2002/2003.

Om vi doblet antallet som er kommet fra sykehus til sykehjem og kommunale boliger i 2002, vil det likevel være tale om kun nokså ubetydelige størrelser.

1.2. Mulig effekt på fordringen av kommunale tjenester som resultat av redusert liggetid i somatisk sykehus fra 2003 til 2008. Beregninger i tilknytning til kapittel 6.8.5.

Vi ser her bort fra økningen i antall døgnopphold fra 2002 til 2008 siden disse i det vesentlige er knyttet til en standardheving som stat og kommuner må bære i fellesskap. Således setter vi antall utskrivninger (døgnopphold) i 2008 lik antallet i 2003, d.v.s. 828.876 opphold, jf tabell 6.1 i kapittel 6.2. Om liggetida hadde vært den samme i 2003 som i 2008, ville en med slik liggetid (4,7 dager) hatt 581.000 færre liggedøgn i 2003 enn en faktisk hadde. Differensen i forhold til 2008 skyldes i sin helhet redusert liggetid.

Uten direkte sammenlikning her refererte Hero til at det i 2008 var knyttet 389.000 liggedager knyttet til såkalte langtidsliggende¹⁰⁹

Om vi videre forutsetter at disse 581.000 liggedøgn ble dekket opp i kommunale sykehjem, ville dette representerer $581.000/365 \cdot 1,35 = 1.591$ sykehjemsplasser eller 2.150 årsverk.

1.3. Effekt av mer-liggetid i somatiske sykehus blant pasienter 70 år og eldre som følge av manglende kapasitet/kompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Beregninger i tilknytning til kapittel 6.8.6.

Det har lenge – siden tidlig på 1980-tallet - vært pekt på at det har vært et betydelig innslag, særlig av eldre ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus. Og liggetiden er etter vært betydelig redusert. For personer 80 år+ ble den redusert med 1,7 dager, fra 8,59 dager i 1999 til 6,90 i 2007, og for personer 70-79 tilsvarende med 1,6 dager, fra 7,97 til 6,38.

Om vi anlegger det resonnement at denne reduksjonen i liggetid i sin helhet skyldes at kommunene har forbedret sin evne og kapasitet til å ta imot pasienter fra sykehus tilsvarende tidligere i 2007 sammenliknet med 1999, ville en ved det samme antall utskrivninger som i 1999, men med liggetid som i 2007, ha redusert oppholdene i somatiske sykehus med 355.000 liggedøgn i 2007, jf tabell VIII.3 nedenfor.

¹⁰⁹ Langtidsliggedager er de liggedager som strekker seg ut over trimpunktet i den enkelte DRG (Hagen 2009, s 18). Hvor mange ferdigbehandlede disse representerer, vet vi ikke, men i St meld nr 47 (2008-2009) operer en med 150.000 liggedøgn knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Tabell VIII.3. *Døgnopphold, liggedager og liggedager pr døgnopphold etter alder i somatiske sykehus 1999-2007.*

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Døgnopp									
Alder	700302	694703	724635	741581	783529	796493	809970	824441	811649
0-9 år	65021	62845	64958	64561	66047	65681	67593	67071	64538
10-19 år	30601	31037	32123	32626	34138	35139	35240	37491	38237
20-39 år	160871	158316	159070	160036	166559	167265	165569	166760	161928
40-59 år	142904	143631	153691	160781	174522	177733	179827	178750	173361
60-69 år	83706	81346	86185	89780	97248	102973	109807	117579	120673
70-79 år	120195	117625	120765	120765	123639	123038	122123	122821	120195
80 år +	97004	99903	107843	113032	121376	124664	129811	133969	132717
Uoppgitt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Liggedager									
Alder	4277469	4164478	4205050	4203253	4205396	4128353	4139064	4145506	4024321
0-9 år	307624	294952	291393	286995	285613	276186	283355	277052	267993
10-19 år	118220	114410	116800	112623	114260	113377	111835	117052	118629
20-39 år	686815	666005	652024	637710	625596	600128	587120	577778	550341
40-59 år	789411	792130	794396	803422	808558	795767	792022	774792	744201
60-69 år	584128	559379	569845	568666	585198	597694	622616	651445	660641
70-79 år	957529	911729	912622	896069	870657	837082	807618	794457	767011
80 år+	833742	825873	867970	897768	915514	908119	934498	952930	915505
Dager per døgnopp									
Alder	6,11	5,99	5,80	5,67	5,37	5,18	5,11	5,03	4,96
0-9 år	4,73	4,69	4,48	4,45	4,33	4,20	4,19	4,13	4,15
10-19 år	3,86	3,69	3,64	3,45	3,35	3,22	3,17	3,12	3,10
20-39 år	4,27	4,21	4,10	3,98	3,76	3,59	3,55	3,47	3,40
40-59 år	5,53	5,51	5,17	5,00	4,63	4,48	4,40	4,34	4,29
60-69 år	6,98	6,87	6,61	6,33	6,02	5,80	5,67	5,54	5,47
70-79 år	7,97	7,75	7,56	7,42	7,04	6,80	6,61	6,47	6,38
80 år og over	8,59	8,27	8,05	7,94	7,54	7,28	7,20	7,11	6,90

Kilde: SSB, 2008

Om vi forutsetter at disse kunne ha blitt erstattet ved bruk av eldreinstusjoner (sykehjem) i tilsvarende antall døgn, ville dette omregnet til plasser/årsverk i kommunale sykehjem representere følgende:

$355.000/365 \cdot 1.18 = 973$ sykehjems plasser/1.148 årsverk i kommunale eldreinstusjoner. Dette utgjorde i 1999: $973/43.200 = 2,25$ prosent av plassene og årsverkene i eldreinstusjoner og av årsverkene 1999 ($1.148/50.861 = 2,25$ prosent). I forhold til våre 434 kommuner representerer dette i gjennomsnitt 2,2 institusjonsplass pr kommune.

1) Faktoren 1.18 refererer til antall årsverk i institusjonsomsorg i alt (KOSTRA f253+f261) delt på antall plasser, dvs $50.861 \text{ årsverk} / 43.240 \text{ plasser} = 1,18$

På bakgrunn av disse resultatene fra disse 3 eksemplene, må det etter vår vurdering være rimelig å trekke den konklusjon at det er et misforhold mellom den oppmerksomhet denne problematikken har fått gjennom årene og dens faktiske størrelse i forhold til aktiviteten i kommunal pleie- og omsorg.

2 Mulig omfang av kommunale tjenester til ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus. Beregninger i tilknytning til kapittel 6.10.2

Helse- og omsorgsdepartementet har gjort beregninger som viser at det i 2008 var 145.000 liggedøgn knyttet ferdig behandlede pasienter i alle aldre som ikke var friske nok til å reise hjem, men som ikke har noe tilbud utenfor sykehus. Om vi her forutsetter at det for samtlige liggedøgn skyldtes manglende tilbud i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, fortrinnsvis i sykehjem og at problemet kunne løses ved et tilbud i kommunale institusjoner, står vi igjen med følgende regnestykke:

$145.000 / 365 * 1,32 = 397$ sykehjemsplasser/524 årsverk i institusjon¹¹⁰. Dette er mindre enn **1 plass pr kommune i gjennomsnitt** og $397 / 41.257 = 0,96$ prosent av plassene i kommunale eldreinstitusjoner i 2007. Kostnadmessig er det pr år tale om ca 298 mill kroner.¹¹¹

1) Faktoren 1.32 refererer til antall årsverk i institusjonsomsorg i alt (KOSTRA f253+f261) delt på antall plasser i 2007, d.v.s. $54.550 \text{ årsverk} / 41.257 \text{ plasser} = 1,32$

Fenomenet 'ferdigbehandlede i somatiske sykehus' kan maksimalt oversettes til drift av 400 sykehjemsplasser til en samlet kostnad av 300 mill kr i 2007. Dette under den *urealistiske* forutsetning at dette i sin helhet kan tilskrives utilstrekkelige pleie- og omsorgstjenester. Men uansett årsak er dette henvist til å måtte representere svært små størrelser sett i forhold til den kommunale hverdagen i pleie- og omsorgssektoren, med 118.000 årsverk i 2007 og 63 milliarder i brutto driftskostnader.

Dette er i kommunal pleie- og omsorgssammenheng marginalt og reduseres antakelig i virkelighetenes verden mest til ulike 'rusk i logistikken' mellom kommunene og sykehusene.

Vi har gitt eksempler på størrelsesorder knyttet til personer som kommer fra somatiske sykehus til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Disse høyst ulike tilnærmingene gir imidlertid et resultat som viser at ressursinnsatsen knyttet til dette regnet om til nødvendig innsats fortrinnsvis i kommunale sykehjem, dreier seg om få årsverk og marginale andeler. Det siste eksemplet fra Helse- og omsorgsdepartementet -

¹¹⁰ Vi nytter her årsverkskostnadene på plass i 2007 da tilsvarende data for 2008 ikke foreligger.

¹¹¹ Dette beregnet ut fra samlede driftskostnader til eldreinstitusjoner (KOSTRA f 253+f261) i 2007 tilsvarende 31.005.374 tusen kroner og 41.257 institusjonsplasser: $31.005.374 / 41.257 = 751.500$ kr.

som er det mest realistiske - i forhold til problematikken knyttet til 'ferdigbehandlede' pasienter som vi har illustrert her, gir som resultat at disse liggedøgnene representerer **1 prosent** av årsverksinnsatsen i de kommunale eldreinstitusjonene og 0,4 prosent av samlet årsverksbruk i kommunal pleie- og omsorg i 2007.

3 Effekt i kommunene av reduserte døgnplasser i psykiatrisk 2.linjetjeneste 1998-2008

Vi har tidligere vist (tabell 6.3, i kapittel m6.5) at 3.550 personer er skrevet ut fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til kommunale eldreinstitusjoner og kommunale boliger, respektive 1.500 og 2.050 personer. Vi vet imidlertid ikke noe om hvorvidt disse kom fra permanente, lengre eller midlertidige opphold i slike 2. linjeinstitusjoner.

I beregningene som følger legger vi imidlertid til grunn at de som har plass i kommunale boliger jevnlig over hele året har hjelp i det omfang som Helsetilsynets undersøkelse viser og som går fram av tabell VIII. 4 nedenfor.

Her går det fram at det i 2003 ble utført 1.200 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene til personer som sist kom til slike boliger fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Opptappingsplan omfatter både personer som kommer fra 2. linjetjenesten og brukere som allerede befinner seg i kommunene. Videre er det virksomhet på dette området i kommunal regi for andre enn dem som omfattes av opptappingsplanen, dvs for dem som over lengre tid har vært brukere av kommunale heimebaserte tjenester og dem som er kommet til nylig Her vil det være svært vanskelig å skille det ene fra det andre. Vi vil seinere komme tilbake til hvor stor andel av ressursene i de heimebaserte tjenestene som er knyttet til personer med psykiske lidelser.

Tabell VIII.4. Effektive timeverk og ordinære årsverk på årsbasis knyttet til personer som er skrevet ut fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og fra somatiske sykehus til kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål med opphold der per januar 2003.

Heimebaserte tjenester 2003. Inn fra:	Alders- gruppe	Antall* personer	Timer hjelp i alt pr uke	Antall uker	Sum timeverk i året	Ordinære årsverk
Psykiatrisk spesialist helse- tjeneste	< 67 år	1.450	11,2	52	844.480	886
	67 år+	600	9,7	52	302.640	318
Sum psykiatri		2.050				1.204
Somatiske sykehus	< 67 år	200	9,6	52	99.840	105
	67 år+	600	7,6	52	237.120	249
Sum somatikk		800				354 **

*)Antall personer hentet fra tabell VI.9 i vedlegg I til dette kapitlet. **) Vi har her regnet årsverkene for disse på årsbasis, mens de egentlig refererer seg til opphold i sykehus som i 2002 varte i gj. sn. 7,67 døgn. Regnet om iht. faktisk oppholdstid utgjør dette bare ca 7 årsverk.

For de 1.500 som er kommet fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og som befant seg i institusjon i 2002 gikk det i gj. sn. med $53.475 \text{ årsverk} / 42.319 = 1,26$ årsverk i alt pr plass i 2002. Det gir $1.500 * 1,26 = 1.890$ årsverk.

Vedlegg IV

Endring og vekst i ulike profesjonsgrupper i kommunale pleie- og omsorgstjenester 1997-2007 (vedlegg til kapittel 7)

En del av arbeidet med denne utredningen har vært å gå gjennom og gjøre rede for nye oppgaver som pleie- og omsorgstjenestene har tatt opp gjennom de seinere åra. I tilbudsdokumentet pekte vi på at et

vesentlig inntak til å belyse oppgaveutviklingen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren befinner seg i SSBs statistikk over fagpersonell i sektoren. Vi vil ta for oss både utviklingen i innslag av klassiske profesjoner som leger, sykepleiere, vernepleiere og fysioterapeuter samt nye faggrupper som aktivitører, miljøarbeidere, ergoterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger (s. 4).

Dette foreslo vi å gjøre ved å analysere utviklingen i antall årsverk i de respektive profesjonene (SSB, KOSTRA grunnlagsdata).

Vår gjennomgang forøvrig har viser at det foreligger sparsomme empiriske belegg for innstrømming av spesifikke nye oppgaver og endringer i konkrete oppgaver og gjøremål, jf. vår redegjørelse og drøfting av dette i kapittel 7.1. Vi legger derfor til grunn at en analyse av eventuell endringer i profesjonssammensetning i pleie- og omsorgstjenestene kan være et inntak til indirekte å komme på sporet av oppgaveendringer som vår gjennomgang så langt har gitt sparsomme svar på.

Hvis det skulle vise seg at det har funnet sted betydelige dreininger i innholdet og profesjonaliteten i de oppgaver som pleie- og omsorgstjenestene utfører, må det til en viss grad kunne spores i endret sammensetningen av årsverksinnsatsen etter type arbeid og profesjon. Hvis den store veksten har funnet sted uten at sammensetningen er endret i særlig grad, må det i utgangspunktet kunne tyde på at man relativt sett har gjort det samme hele tida. Og omvendt, hvis enkelte profesjoner har vunnet fram på bekostning av andre, må det kunne tolkes som spor av endret innretning av tjenestene.

1.1 Endringer i antall og andel i ulike profesjonsgrupper 1997-2007

I tabell IV.1 og tabell IV.2 har vi gjort rede for sammensetningen av årsverkene i pleie og omsorg etter personalets profesjon i utvalgte år i perioden 1997-2007 både i antall årsverk, endring i årsverk absolutt og relativt samt at vi har fordelt samlet endring mellom profesjonene.

1.1.1 Relativ endring i ulike profesjonsgrupper 1997-2001

Fra 1997 til 2001, d.v.s. under *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2001) vokser pleie- og omsorgssektoren som tidligere vist i kapittel 5.4.2 med 14.000 årsverk eller med 16 prosent på 4 år. Særlig profesjonsgruppene *vernepleiere*, *sosionomer* og *høgskoleutdanna miljøterapeuter* vokste relativt sett betydelig. Aller mest økte *omsorgsarbeidere* med videregående opplæring, jf. tabell IV.1. Nye grupper er på vei inn i omsorgstjenestene.

Grappa pleiemedhjelpere øker også betraktelig (34 prosent), mens det blir færre hjemmehjelpere/personlig assistenter. På den andre sida er veksten moderat blant *sykepleiere* og *hjelpepleiere*.

Tilvekst i årsverk fordelt

Av den samlede årsverkstilveksten i perioden 1998-2001 kom 29 prosent blant *høgskoleutdanna personell* (mens disse utgjorde 24 prosent av bestanden i 2001, jf. tabell IV.3). På den andre siden kom 48,5 prosent hos personell med *utdanning i videregående skole* (omsorgsarbeidere, aktivører og hjelpepleiere, jf. tabell IV.1), mens disse utgjorde 40 prosent av bestanden (alle i gruppa) i 2001, jf. tabell IV.3.

Resten av tilveksten kom blant *service- og administrasjonspersonell* (9 prosent) og *pleieassistenter og ytere av praktisk bistand* (13 prosent). Det er bare i den siste gruppa at innslaget av ufaglærte er stort, men samlet sett er de samtidig få. I all hovedsak er det *skoleutdanna personell* som strømmer inn i omsorgstjenestene i denne perioden.

1.1.2 Relativ endring i ulike profesjonsgrupper 2003-2007

Veksten i profesjonsgruppene *vernepleiere*, *sosionomer* og *høgskoleutdanna miljøterapeuter* forsetter i perioden 2004-2007, men i noe mindre relativt tempo sammenliknet med perioden 1998-2001, jf. tabell IV.2.

Veksten i årsverk blant *omsorgsarbeidere* fortsetter, men i vesentlig mindre relativt og absolutt tempo enn tidligere, idet antall årsverk i denne gruppa øker med 22 prosent, eller 1.620 årsverk (registrerte) i 4-års-perioden fra 2003 til 2007, mot 3.962 årsverk (etter skjema) i 4-års-perioden fra 1997 til 2001, jf. tabell IV.1 og tabell IV.2.

Grappa *pleieassistenter og ytere av praktisk bistand* har ingen vekst, men en ørliten reduksjon i antall årsverk i årene fra 2003 til 2007, bortsett fra en mindre undergruppe med helse og sosialretta utdanning, jf. tabell IV.2, gruppe 8.a.

Veksten i antall årsverk blant *hjelpepleiere* er 15 prosent (4.613 årsverk) i denne perioden og vesentlig høyere enn i perioden 1998-2001, jf. tabell IV.2.

Den relative og absolutte veksten i årsverk blant sykepleiere i alt var 21 prosent i årene 2003-2007, eller dobbelt så mye både relativt og absolutt som i perioden 1998-2001, jf. tabell IV.1 og tabell IV.2. Den tidligere manglende veksten blant disse er nesten kompensert for, jf. kapittel 7.2.2, hvor vi viser at veksten i andel sykepleier i pleie- og omsorg i årene 1997-2007 bare har vært på linje med den allmenne veksten. På tross av innretning mot flere sykepleiefaglige oppgaver og en sterk satsing på heimesykepleie, jf. kapittel 4.2, har sykepleiernes relative andel av årsverkene i pleie- og omsorg *ikke* tiltatt i denne 10-års-perioden. Det er et datum vi bør legge merke til både i forhold til framstillingene om kommunenes påståtte overtakelse av medisinsk faglige oppgaver fra 2. linjetjenesten i stort omfang og i forhold til innretningen mot veksten i brukergrupper under 67 år andre enn utviklingshemmede.

Når det gjelder *sykepleiere med spesialitet* er statistikken noe preget av omlegninger over tid når det gjelder sykepleiere med annen spesialitet enn i psykiatri og geriatri.¹¹² Det gjør det sikrest å se på utviklingen i disse gruppene under ett, d.v.s. sum 1-3a i tabell IV.2.

Og under ett økte antall årsverk knyttet til sykepleiere med spesialitet med 3 prosent eller 100 årsverk fra 2003 til 2007. Hvor stor veksten var i forhold til 1997 og 2001 kan vi ikke avgjøre da en den gangen mangler kategorien 'sykepleier med annen spesialitet'. Men utviklingen i årene 2003-2007 for disse gruppene understøtter heller ikke at vesentlige større ressurser er kanalisert til grupper som utøver spesialisert somatisk, psykiatrisk eller geriatrisk arbeid.

Før vi går videre og presenterer endringene i perioden 1997-2007 både relativt og i absolutte årsverkstall, skal vi repetere hovedtrekk i utviklinga slik vi gjorde rede for den i kapittel 5. Dette for bedre å kunne forstå hva som er rimelig å forvente når det gjelder utviklingen i ressursfordelingen profesjonene i mellom i kommunal pleie- og omsorg i denne perioden.

1.2 Om noe av grunnlaget for endringer i innretningen av årsverksbruken

Vi har tidligere i kapittel 5 gått gjennom årsverksutviklingen i pleie- og omsorgstjenestene i institusjon og i åpen omsorg. Det siste også i forhold til alder og hovedårsak til hjelpebehovet.

Vi viste at mer enn hele årsverksveksten i institusjon ble tatt ut ved økt innsats pr plass/institusjonsbeboer, jf. figur 5.5 i avsnitt 5.10, fra 1,12 årsverk pr plass i 1997 til 1,32 i 2007. Det betyr i hovedsak at det har blitt flere pasienter med større pleiebehov og antakelig flere med sammensatte sykdommer. Men det har alltid vært sterkt pleietrengende i institusjoner, og det har alltid vært eldre med sammensatte syk-

¹¹² De betydelige endringene i gruppene 'psykiatrisk sykepleier' og 'geriatrisk sykepleier' i forhold til gruppen 'annen sykepleier med spesialitet/videreutdanning skyldes at en gikk over til å ta hensyn til at sykepleiere har mange spesialiteter (er registrert med inntil 3 spesialiteter pr person). I 2003 var det bare 'rene' psykiatriske sykepleiere som ble regnet inn. I 2004 ble imidlertid også sykepleiere med psykisk helsearbeid inkludert og i tillegg inkluderte en sykepleiere som hadde enten psykiatri eller psykisk helsearbeid blant sine spesialiteter (men ikke nødvendigvis som nr 1). Dette gjenspeiles bl.a. i økningen i statistikken, særlig blant psykiatriske sykepleiere fra 2003 til 2005, jf. tabell IV.2.

dommer. Poenget er bare det at det har blitt flere av dem. Men behovenes karakter vil i hovedsak måtte være de samme. Lite vil være nytt for kommunene ut over sjølve omfanget og hva som følger av medisinsk teknologisk utvikling. Og det siste er så langt vi kan bringe på det reine, fortsatt lite, jf. kapittel 6.7.

I de heimebaserte tjenestene for eldre har det foregått en tilsvarende utvikling. Det har ikke blitt flere brukere 67 år+, men innsatsen pr bruker økte fra 0,13 årsverk i 1995 til 0,22 i 2006, jf. figur 5.5. i kapittel 5.10. Samtidig har vi vist at innretningen av tilført hjelp er betydelig endret med et sterkt tiltakende bruk av hjemmesykepleie.

For brukere under 67 år andre enn utviklingshemmede, har det imidlertid funnet sted både økning i antall brukere og økt innsats pr bruker. Fra at det i gjennomsnitt ble ytt 0,18 årsverk pr bruker med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet i 1995 ble det ytt 0,39 årsverk i gjennomsnitt i 2006, jf. tabell 5.5 i kapittel 5.9.

Og når vi dekomponerer tilveksten i antall årsverk til brukere under 67 år i alt i perioden 1995-2006, knyttes ca 30 prosent av denne tilveksten til det forhold at det ble flere brukere, mens 70 prosent må tilskrives økt innsats pr bruker i denne perioden. Men også overfor disse vil det i pleie- og omsorgssammenheng i hovedsak måtte dreie seg om tjenester som kommunene alltid har ytt brukere som igjen oftest er kjennetegnet ved varige og ferdigbehandlede tilstander.

Sjøl om langt flere nå mottar hjemmesykepleie, så har kommunene lenge arbeidet med hjemmesykepleiefaglige oppgaver. Poenget er antakelig at innholdet ikke er vesentlig nytt, men at omfanget er så mye større. På det punktet viser vi til en rapport fra SINTEF helse (Kalseth et al 2004) der det heter at

Det er mengden av krevende oppgaver og ikke typen oppgaver som er den største utfordringen. Unntaket er psykiatri, rusbrukere og til dels demente hvor både personell innen pleie- og omsorg og fastleger gir uttrykk for at oppgavene krever mer kompetanse og tilgang til spesialisert hjelp enn hva tilfelle er i dag (op.cit. s.11).

Statens helsetilsyn (rapport 10/2003) påpekte også i tråd med SINTEF Helse at det er *mengden* av oppgaver og ikke typen oppgaver i seg selv som er den største utfordringen for kommunene. Den største utfordringen er kompetanse og oppgavemengden knyttet til pasienter med psykiske problemer, rusbrukere og tildels demente.

På den bakgrunn av disse antakelsene burde vi ikke finne vesentlige endringer i sammensetning av profesjonene i perioden 1997-2007. Det betyr at innretningen i bruken av ulike fagprofesjoner omtrent er den samme og at den betydelige veksten fordeler seg noenlunde jevnt på alle profesjonsgrupper.

1.3 Endringer i relativ fordeling av årsverk mellom profesjonene 1997-2007

Vi vil her gjøre rede for den relative fordeling og endring i relativ fordeling av årsverk mellom de ulike profesjonene i den kommunale pleie- og omsorgssektoren baserte på

oppavene over årsverk i KOSTRA. Grunnlagsmaterialet og bergningene for periodene 1997-2001 og 2003-2007 er presentert separat i tabell IV.3 og IV.4.

De prosentvise fordelingene av årsverkene mellom profesjonene for årene 1997, 2001, 2003 og 2007 er samlet og gjengitt under ett i tabell IV.5.

I denne 10-års-perioden 1997-2007 er sammensetningen av profesjonsgruppene med noen unntak nokså stabil. Profesjonsgruppene *vernepleiere og sosionomer* pluss *høgskoleutdanna miljøterapeuter* har imidlertid doblet sin relative andel av årsverkene i pleie- og omsorg i disse åra, jf. tabell IV.5.

Gruppen *omsorgsarbeidere* o. l. er den som mest har økt sin relative andel av årsverkene, fra 3,6 prosent i 1997 til 9,4 prosent i 2007, jf. tabell IV.5. Denne veksten har delvis sitt motstykke i reduksjonen i den *hjelpepleierårsverkene*s relative andel, med minus 5,2 prosentpoeng i periode. Den siste gruppa er imidlertid fortsatt den største enkeltgruppe i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med 30 prosent av alle årsverk i 2007.

Gruppen *pleieassistenter og ytere av praktisk bistand* sin andel av årsverkene har vært konstant med ca 26 prosent av alle årsverk både i 1997 og 2007.

Den andre gruppa med betydelig relativ reduksjon er *service- og administrasjonspersonell* hvis andel er redusert med 4,3 prosentpoeng på 10 år. Det må bl.a. ha sammenheng med at det faktisk har blitt færre institusjonsplasser og ikke flere eldre brukere i de heimebaserte tjenestene. Et stigende antall årsverk er knyttet til jevnt over det samme omfang av institusjonsplasser og antall brukere når vi ser bort fra brukere av heimebaserte tjenester under 67 år, jf. avsnitt 1.2 foran.

Sykepleiernes andel av årsverkene har også vært konstant i perioden med 18,5 prosent i 1997 og 18,0 prosent av alle årsverk i 2007. Og plassen til *sykepleiere med spesialitet* har heller ikke blitt større, i alle fall ikke etter 2003. Og det er særlig i denne perioden at unge brukere i de heimebaserte tjenestene andre enn utviklingshemmede strømmer i stort inn som brukere, særlig av hjemmesykepleie jf. kapittel 4.2. Det underbygger vår forståelse av sammenhengen mellom vekst i årsverk og oppgavene som løses. Det at innretningen av basis i tjenestene er nokså stabil i kraft av det store omfanget av årsverk knyttet til sykepleie og praktisk bistand er relativt konstant, underbygger at det antakelig er klassisk pleie- og omsorg som hele tida har vært hovedaktiviteten.

Det nye som imidlertid har skjedd er at nye profesjonsgrupper - slik vi her har vist - samtidig er vokst inn i pleie- og omsorgstjenestene i et ikke ubetydelig omfang. Og vår hypotese er at disse i stor grad arbeider opp mot de nye yngre brukergruppene.

Tabeller i Vedlegg IV:

Tabell IV.1. Endring i sammensetning av personalet etter profesjon og utdanning i pleie- og omsorgssektoren 1997-2001. Endring i prosent og endring fordelt. Alle profesjoner. Årsverk etter skjema.

Profesjon	1997	1999	2001	E 97-01	E i prosent	E fordelt
1. Psykiatrisk sykepleier	809	972	1026	217	27	1,8
2. Geriatrisk sykepleier	455	534	674	219	48	1,8
3. Andre sykepleiere	13401	14059	14641	1240	10	10,0
1-3 Sykepleiere i alt	14.665	15.565	16341	1676	11	13,5
4. Vernepleier	2129	2585	3196	1067	50	8,6
5a. Ergoterapeut	525	478	487	(-38)	- 7	
5b. Sosionom	187	317	418	(231)	124	
5c. Barnevernspedagog	219	305	329	(110)	50	
5.d Miljøterapeut (høgskoleutd.)	807	1121	1366	(559)	69	
5. Ergoterapeut, sosionom o.a.	1738	2221	2600	862	50	7,0
Sum 1-5. Høgskoleutdannet personell	18.532		22.137	3.605		29,1
6a. Aktivitør	1416	1572	1641	(225)	16	
6b. Omsorgsarbeider	1431	3723	5393	(3962)	277	
6c. Barne- og ungdomsarbeider	31	67	194	(163)	-	
6. Aktivør/omsorgsarbeidere	2878	5362	7228	4350	151	35,1
7. Hjelpepleier	27629	28653	29291	1662	6	13,4
Sum 6-7. Personell med V.G.O.				6.012		48,5
8a. Pleiemedhjelper/assistent	8613	10606	11524	(2911)	34	
8b. Hjemmehjelper/personlig assistent/andre som yter praktisk bistand	10108	8657	7785	(-2323)	-23	
8c. Annet personell i brukerrettet tjeneste	1856	2359	2893	(1037)	56	
8. Pleieassistent/yter av praktisk bistand	20577	21622	22202	1625	8	13,1
9a. Servicefunksjon for brukere (kjøkken, vaskeri, vaktmester mv)	7582	7839	7986	(404)	5	
9b. Annet personell i administrasjon og ledelse	2236	2522	2979	(743)	33	
9 Service- og administrasjonspersonell	9818	10361	10965	1147	12	9,3
Alle årsverk	79.435	86.370	91.824	12.389	16	12.389

Kilde: KOSTRA grunnlagsdata, SSB.

Tabell IV.2. Endring i sammensetning av personalet etter profesjon og utdanning i pleie- og omsorgssektoren 2003-2007. Endring i prosent og endring fordelt. Alle profesjoner. Årsverk etter register.

Profesjon	2003	2005	2007	E 03-07	E prosent	E03 - 07 fordelt
1. Psykiatrisk sykepleier	217	901	1021	-		
2. Geriatrisk sykepleier	628	845	1016	388		
3.a. Annen sykepleier m spesialitet/videreut.	2680	1355	1590	-		
1-3a. Sykepleiere med spesialitet	3.525	3.104	3.627	102	3	
3b. Sykepleier uten spesialitet/videreut.	13.976	15.858	17.615	3639	26	29,6
1-3. Sykepleiere i alt	17.501	18.962	21.242	3741	21	
4. Vernepleier	3679	4368	5143	1464	40	11,9
5a. Ergoterapeut	467	488	661	194	42	
5b. Sosionom	622	671	941	319	51	
5c. Barnevernspedagog	467	533	657	190	41	
5.d Miljøterapeut (høgskoleutd.)	1773	3019	2633	860	49	
5. Ergoterapeut, sosionom o.a.	3329	4711	4892	1563	47	
Sum 1-5. Høgskoleutdannet personell	24.509	28.038	31.277	6768	28	55,0
6a. Aktivtør	1425	1413	1474	49	3	
6b. Omsorgsarbeider	7419	8131	9039	1620	22	
6c. Barne- og ungdomsarbeider	705	776	624	- 81	- 11	
6. Aktivør/omsorgsarbeidere	9549	10320	11137	1588	17	12,9
7. Hjelpepleier	30335	31518	34948	4613	15	37,5
Sum 6-7. Personell med V.G.O.	39.884	41.838	46.085	6201	16	50,4
8a. Pleieass., hjemmehjelp, brukerretra tj. m helse-sos ut.	1207	1218	2412	1205	100	
8b. Pleieass., hjemmehjelp, brukerretra tj. m annen vg ut.	8336	7345	7522	-814	- 10	
8c. Pleieass., hjemmehjelp, brukerretra tj. uten vg. ut.	22146	19818	21363	-783	- 4	
8. Pleieassistent/yter av praktisk bistand	31.689	28.381	31.297	-392	- 1	-3,2
9a. Servicefunksjon (kjøkken/rengjøring/vaktmester.	3948	3695	4472	524	13	
9b. Administrativt personell	1836	1661	1775	-61	- 3	
9c. Annet, uspesifisert	4018	3460	3284	-734	- 18	
9 Service- og administrasjonspersonell	9.802	8.816	9.531	-271	- 3	-2,2
Alle årsverk	105883	107071	118189	12306	12	12.306

Kilde: KOSTRA, grunnlagsdata, SSB.

Tabell IV.3. Relativ fordeling og endringer i relativ fordeling av årsverk etter profesjon og utdanningsnivå i kommunal pleie- og omsorgssektor. 1997 og 2001 og endring 1997-2001.

Profesjon	1997 abs. T.	1997 prosen t	2001 abs. t.	2001 prosen t	E 97- 01
1. Psykiatrisk sykepleier	809	1,0	1026	1,1	+ 0,1
2. Geriatrisk sykepleier	455	0,6	674	0,7	+ 0,1
3. Andre sykepleiere	13401	16,9	14641	15,9	- 1,0
1-3 Sykepleiere i alt	14.665	18,5	16.341	17,7	-0,8
4. Vernepleier	2129	2,7	3196	3,5	+ 0,8
5a. Ergoterapeut	525		487		
5b. Sosionom	187		418		
5c. Barnevernspedagog	219		329		
5.d Miljøterapeut (høgskoleutd.)	807		1366		
5. Ergoterapeut, sosionom o.a.	1738	2,2	2600	2,8	+ 0,6
Sum 1-5. Høgskoleutdannet personell	18.532	23,4	22.137	24,0	+ 0,6
6a. Aktivitør	1416		1641		
6b. Omsorgsarbeider	1431		5393		
6c. Barne- og ungdomsarbeider	31		194		
6. Aktivør/omsorgsarbeidere	2878	3,6	7228	7,9	+ 4,3
7. Hjelpepleier	27629	34,8	29291	31,9	- 2,9
Sum 6-7. Personell med v.g.o.	30.507	38,4	36.519	39,8	+ 1,4
8a. Pleiemedhjelper/assistent	8613		11524		
8b. Hjemmehjelper/personlig assistent/andre som yter praktisk bistand	10108		7785		
8c. Annet personell i brukerrettet tjeneste	1856		2893		
8. Pleieassistent/yter av praktisk bistand	20577	25,9	22202	24,2	- 1,7
9a. Servicefunksjon for brukere (kjøkken, vaskeri, vaktmester mv)	7582		7986		
9b. Annet personell i administrasjon og ledelse	2236		2979		
9 Service- og administrasjonspersonell	9818	12,4	10965	11,9	- 0,5
Alle årsverk	79.435	100,1	91.824	99,9	-/+6,0

Kilde: KOSTRA, grunnlagsdata, SSB.

Tabell IV.4. Relativ fordeling og endringer i relativ fordeling av årsverk etter profesjon og utdanningsnivå i i kommunal pleie- og omsorgssektor. 2003 og 2007.

Profesjon	2003	2003	2007	2007	E 03-07
1. Psykiatrisk sykepleier	217		1021		
2. Geriatrisk sykepleier	628		1016		
3.a. Annen sykepleier m spesialitet/videreut.	2680		1590		
1-3a. Sykepleiere med spesialitet	3525	3,3	3627	3,1	- 0,2
3b. Sykepleier uten spesialitet/videreut.	13976	13,2	17615	14,9	1,7
1-3. Sykepleiere i alt	17.501	16,5	21.242	18,0	1,5
4. Vernepleier	3679	3,5	5143	4,4	0,9
5a. Ergoterapeut	467		661		
5b. Sosionom	622		941		
5c. Barnevernspedagog	467		657		
5.d Miljøterapeut (høgskoleutd.)	1773		2633		
5. Ergoterapeut, sosionom o.a.	3329	3,1	4892	4,1	1,0
Sum 1-5. Høgskoleutdannet personell	24.509	23,1	31.277	26,5	3,4
6a. Aktivitør	1425		1474		
6b. Omsorgsarbeider	7419		9039		
6c. Barne- og ungdomsarbeider	705		624		
6. Aktivør/omsorgsarbeidere	9549	9,0	11137	9,4	0,4
7. Hjelpepleier	30335	28,6	34948	29,6	1,0
Sum 6-7. Personell med V.G.O.	39.884	37,6	46.085	39,0	1,4
8a. Pleieass., hjemmehjelp, brukerretra tj. m helse-sos ut.	1207		2412		
8b. Pleieass., hjemmehjelp, brukerretra tj. m annen vg ut.	8336		7522		
8c. Pleieass., hjemmehjelp, brukerretra tj. Uten vg. ut.	22146		21363		
8. Pleieassistent/ytter av praktisk bistand	31.689	29,9	31.297	26,5	-3,5
9a. Servicefunksjon (kjøkken/rengjøring/vaktmester.	3948		4472		
9b. Administrativt personell	1836		1775		
9c. Annet, uspesifisert	4018		3284		
9 Service- og administrasjonspersonell	9.802	9,3	9.531	8,1	-1,2
Alle årsverk	105883	99,9	118189	100,1	-/+ 4,9

Kilde: KOSTRA, grunnlagsdata, SSB.

Tabell IV.5. Relativ fordeling av årsverk etter profesjon og utdanningsnivå i den kommunal pleie- og omsorgssektor. 1997, 2001, 2003 og 2007. Hovedgrupper.

Profesjon	1997 Prosent	2001 prosent	2003 prosent	2007 prosent	E97-07
1. Psykiatrisk sykepleier	1,0	1,1		0,9	
2. Geriatrisk sykepleier	0,6	0,7		0,9	
3.a Annen sykepleier m spesialitet/videreut.					
1-3a. Sykepleiere med spesialitet			3,3	3,1	
3. b Sykepleiere uten spesialitet/videreut.	16,9	15,9	13,2	14,9	-2,0
1-3 Sykepleiere i alt	18,5	17,7	16,5	18,0	-0,5
4. Vernepleier	2,7	3,5	3,5	4,4	+1,7
5. Ergoterapeut, sosionom o.a.	2,2	2,8	3,1	4,1	+1,9
Sum 1-5. Høgskoleutdannet personell	23,4	24,0	23,1	26,5	+3,1
6. Aktivør/omsorgsarbeider	3,6	7,9	9,0	9,4	+ 5,8
7. Hjelpepleier	34,8	31,9	28,6	29,6	- 5,2
Sum 6-7. Personell med v.g.o.	38,4	39,8	37,6	39,0	+ 0,6
8. Pleieassistent/yter av praktisk bistand	25,9	24,2	29,9	26,5	+ 0,6
9 Service- og administrasjonspersonell	12,4	11,9	9,3	8,1	- 4,3
Alle årsverk, prosent	100,1	100,0	99,9	100,1	
Alle årsverk, absolutte tall	79.435	91.824	105.883	118.189	-10/+10

Kilde: KOSTRA, grunnlagsdata, SSB.