

Åsmund Hermansen

Organisering og eierformer innen pleie- og omsorgssektoren

Åsmund Hermansen

Organisering og eierformer innen pleie- og omsorgssektoren

© Fafo 2011
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord.....	4
1 Pleie- og omsorgssektoren – historikk	5
2 Dagens organisering	7
3 Kommunalt og ikke kommunalt eierskap.....	18
4 Kjøp av tjenester og varer som erstatter kommunal tjenesteproduksjon	21
5 New Public Management.....	23
6 Konkurransetsetting	24
7 Andre NPM-inspirerte tiltak	27
8 Oppsummering og drøfting	30
Litteratur.....	39

Forord

I dette notatet beskrives organisering og eierformer innen pleie- og omsorgssektoren i Norge. Innledningsvis gis en beskrivelse av den historiske utviklingen innen sektoren. Videre tar notatet for seg dagens organisering. En sentral dimensjon som belyses er utviklingen i kommunalt og ikke kommunalt eierskap innen sektoren. En annen sentral dimensjon som belyses er forholdet mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg. Notatet behandler også bruken av New Public Management-inspirerte virkemidler innen pleie- og omsorgssektoren og bruken av konkurranseutsetting. Det avsluttes med en oppsummering av hovedpunkter og en kort drøfting.

Prosjektet er utført i forbindelse med prosjektet ”Eldrebølge og sysselsetting” på oppdrag av Samfunnspolitisk avdeling i LO. Prosjektet er ledet av Tove Midtsundstad ved Fafo, som også har kvalitetssikret notatet. Stein Reegård og Samfunnspolitisk avdeling i LO takkes for innspill og kommentarer underveis. En takk også til publikasjonsavdelingen som har ferdigstilt notatet. Ansvar for notatets innhold er helt og holdent forfatterens.

Oslo, mai 2011

Åsmund Hermansen

1 Pleie- og omsorgssektoren – historikk

Perioden fra midten av 1960-tallet til 1980 omtales som den offentlige revolusjonen. Lov om sosial omsorg av 1964 innebar bortfall av de siste juridiske forpliktelser som var pålagt familien når det gjaldt omsorg for voksne hjelpetrequende og representerte begynnelsen på denne perioden (St.meld. nr. 25 (2005-2006), Daatland 1990). Lov om sosialomsorg av 1964, folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970 la til sammen grunnlaget for en omfattende utbygning av pleie- og omsorgssektoren. Den offentlige revolusjonen ble manifestert utover 70-tallet. Fra 1970 og i den påfølgende tiårsperioden ble antall årsverk i omsorgstjenestene fordoblet. Videre kom det midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleie. Antallet som mottok hjemmesykepleie og antallet bosatt på institusjon økte kraftig i denne perioden (St.meld. nr. 25 (2005-2006)), Romøren 1991, 2001).

Etter kraftig vekst ble ordningene og tjenestetilbudet konsolidert og reorganisert utover 80-tallet og frem til midten av 90-tallet. Denne perioden var først og fremst preget av desentralisering og samordning på lokalt nivå. Kommunchelsereformen, sykehjemsreformen og reformen for psykisk utviklingshemmede førte til at kommunene fikk ansvar for et betydelig større antall brukere, og innebar mer enn en fordobling av den kommunale omsorgstjenesten. Kommunene ble pålagt et større ansvar for å yte omsorgstjenester og utvikle et lokalt tjenestetilbud som på en mer helhetlig måte kunne ivareta brukernes sammensatte behov (St.meld. nr. 25 (2005-2006)) Det ble i denne perioden lagt større vekt på at eldre burde få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig. Overføringen av sykehjemmene fra fylkeskommunal til kommunal forvaltning innebar en nedbygging av institusjonsplasser til fordel for en mer intensiv bruk av øvrige tjenester som hjemmebasert omsorg (Brevik 2003). Nedbyggingen av institusjonsplasser medførte en tiltakende selektivitet i tildelingen

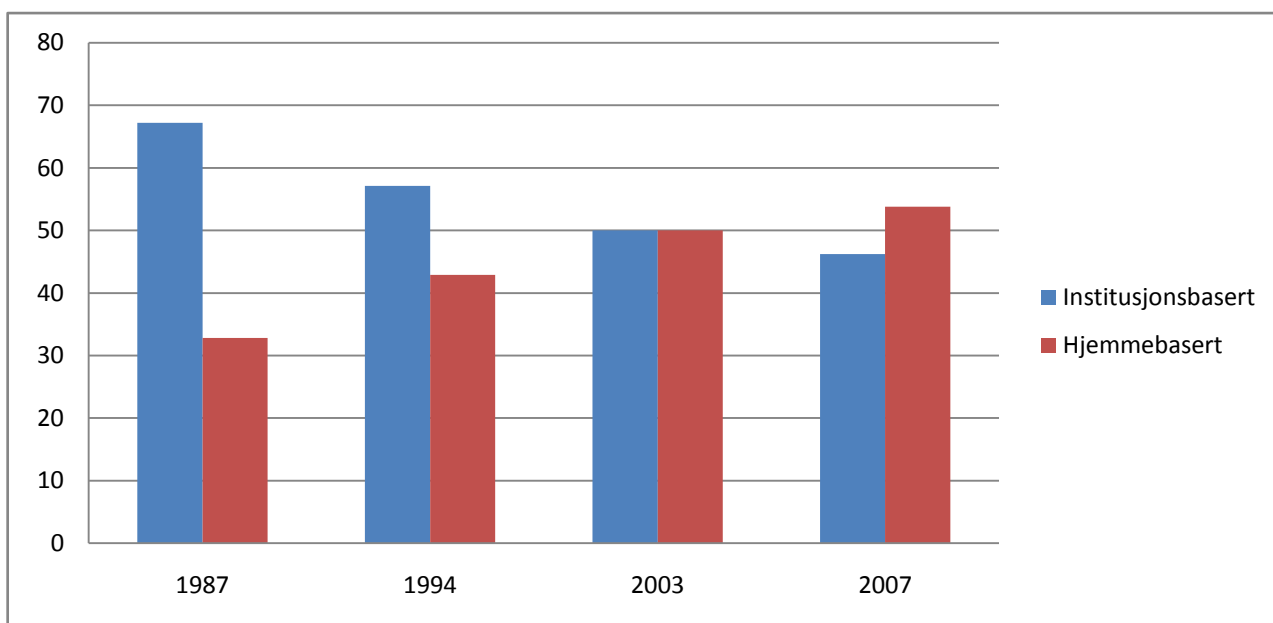
av plasser. Brukere kom senere inn på institusjon og ble der i kortere tid (Daatland m.fl. 1997).

Vekst, fornyelse og effektivisering er tre viktige stikkord for perioden mellom 1995 og 2005. Ekstraordinære statlige virkemidler ble tatt i bruk for å bygge ut kapasiteten og møte utfordringene med en voksende eldre befolkning. Handlingsplan for eldreomsorgen (1998-2001) ble vedtatt og gjennomført i denne perioden. Før 2003 var det flere årsverk i institusjonsbasert omsorg, men i 2003 var det om lag like mange årsverk i hjemmebasert omsorg. Den hjemmebaserte omsorgen endret karakter fra å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand, til å bli et behandlings- og pleietilbud (Brevik 2010, St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

2 Dagens organisering

En sentral utfordring innen dagens organisering av pleie- og omsorgssektoren er å skape en god balanse mellom den institusjonsbaserte og den hjemmebaserte omsorgen. På dette området er det store variasjoner mellom norske kommuner (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Når det gjelder utviklingen over tid, sett i antall årsverk, har det vært en klar dreining i retning av å satse på hjemmetjenester. Figur 2.1 illustrerer fordelingen i andel årsverk mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg fra 1987 til 2007.

Figur 2.1 Andel avtalte årsverk i institusjon og hjemmetjenester 1987–2007 (i prosent)



(Kilde: Brevik 2010)

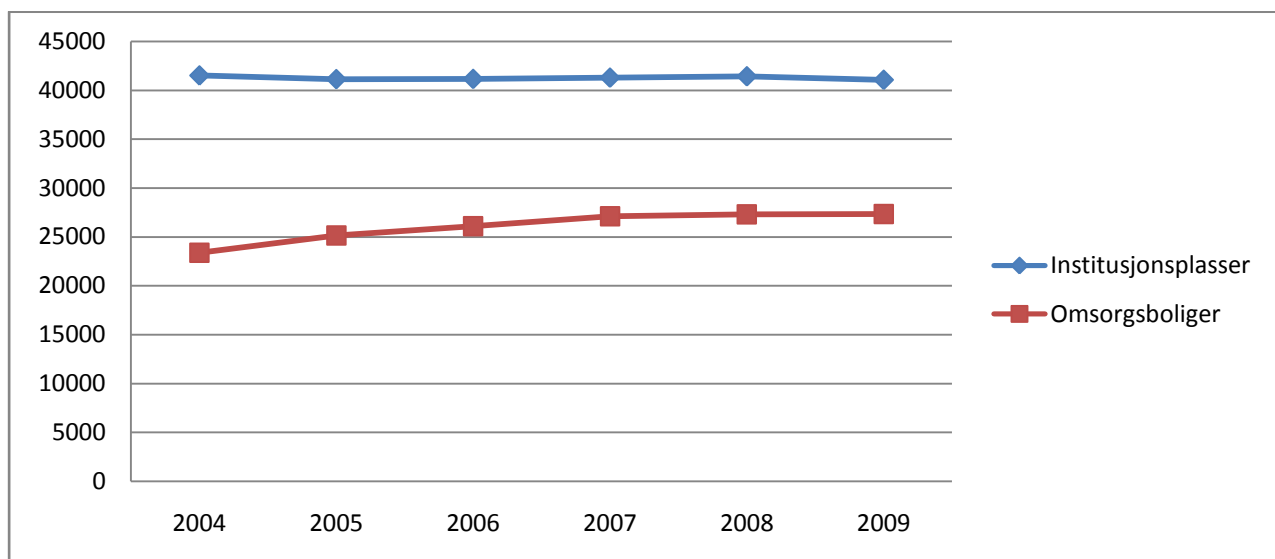
I 1987 var rundt 67 prosent av årsverkene i pleie- og omsorgssektoren innenfor den institusjonsbaserte omsorgen, mens rundt 33 prosent årsverkene var innenfor de hjemmebaserte tjenestene. I 2007 sto den institusjonsbaserte omsorgen for rundt 46

prosent av de avtalte årsverkene innen sektoren, mens de hjemmebaserte tjenestene sto for 54 prosent.

Generelt er det i dag færre som mottar hjemmebasert omsorg. Kommunene kon-sentrerer mer av innsatsen mot de ressurskrevende brukerne. Det skyldes at stadig flere svært hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon, blant annet i form av omsorg i tilpassede omsorgsboliger. De representerer ikke bare eldre bruke-re, men alle aldersgrupper (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Kommunene står fritt til å velge organisatoriske løsninger innen pleie- og omsorgssektoren (NOU 2010:13). En gjennomgang av det juridiske rammeverket for sektoren viser imidlertid at det finnes insentiver for økt bruk av hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger. Gjennom å tilby hjemmebaserte tjenester i omsorgsboliger fremfor institusjonsbasert omsorg, har kommunene større fleksibilitet i tildelingen av tjenester etter den enkelte brukers behov og større muligheter til økt differensiering av tiltak som settes inn (Gautun og Hermansen 2011).

Gjennom å tilby hjemmetjenester i omsorgsboliger eller omgjøre institusjoner til om-sorgsboliger med hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand, vil kommunene kunne skyve deler av utgiftene over på staten. Blant annet vil en del brukere som bor i om-sorgsboliger ha krav på bostøtte for å dekke deler av husleien. Videre dekker staten utgifter knyttet til en del tekniske hjelpemidler, legetjenester, fysioterapi, legemidler og sykepleieartikler for brukere som mottar hjemmebasert omsorg. For brukere i institusjon er det kommunen som dekker disse utgiftene (St.meld. nr. 45 (2002–2003), Gautun og Hermansen 2011). At kommunene i økende grad satser på om-sorgsboliger kommer klart frem i figur 2.2, som illustrerer utviklingen i antall institu-sjonsplasser og omsorgsboliger i tidsperioden 2004 til 2009.

Figur 2.2 Antall institusjonsplasser og omsorgsboliger



(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

Antallet institusjonsplasser har holdt seg relativt stabilt gjennom hele perioden, på i overkant av 40 000 plasser, mens det har vært en relativt kraftig vekst i antall omsorgsboliger. Antall omsorgsboliger har økt fra i overkant av 23 000 i 2004 til i overkant av 27 000 i 2009. Denne utviklingen må ses i lys av at mange kommuner i dag primært benytter det institusjonsbaserte tilbudet til langtidsopphold for sterkt hjelpetrequende eldre. Men veksten i antall omsorgsboliger og den hjemmebaserte omsorgen er også et resultat av at stadig flere eldre ønsker et alternativ til institusjonsplass. Stadig flere eldre med omfattende omsorgsbehov mottar hjemmesykepleie og hjemmetjenester i omsorgsboliger. Omsorgsboligene fungerer dermed både som et supplement og et alternativ til institusjonsomsorgen (St.meld. nr. 25 (2005-2006)), Brevik og Schmidt 2005).

Omsorgsboliger var også et av de store satsningsområdene fra 1998 til 2005 i Handlingsplan for eldreomsorgen, med en utbygning på rundt 20 000 nye omsorgsboligheter (Brevik og Daatland 2007). I omsorgsmeldingen, Mestring, muligheter og omsorg, ble denne veksten sett i forhold til veksten i antallet eldre. Det ble understreket at dekningsgraden for omsorgsboliger i denne perioden hadde økt fra tre til

elleve per 100 innbyggere i gruppen 80 år og eldre (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Denne utbygningen må likevel ses i sammenheng med at antallet plasser i aldershjem ble redusert med hele 9835 i samme periode, mens nettotilgangen av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for personer 67 år og eldre var på 10 750 enheter. Den samlede nettoøkningen for personer over 67 år utgjorde derfor kun 915 enheter (Brevik og Daatland 2007).¹

En spørreundersøkelse om prioriteringene frem mot 2015 viser at et klart flertall av norske kommuner (68 prosent) mener veksten i antall omsorgsboliger vil fortsette. Når det gjelder institusjonsplasser mener også et klart flertall (63 prosent) at antallet vil holde seg på dagens nivå, mens en fjerdedel mener det vil bli færre eller vesentlig færre institusjonsplasser. Generelt viser resultatene at et stort flertall norske kommuner ikke ønsker en reduksjon i antall institusjonsplasser, selv om mange kommuner vil satse sterkt på flere omsorgsboliger (Disch og Vetvik 2009).

En viktig faktor bak økningen i antall omsorgsboliger er den sterke veksten i antall unge brukere. I 1992 utgjorde de som var under 67 år 18 prosent av alle brukere innen den hjemmebaserte omsorgen. I 2005 hadde denne andelen steget til 30 prosent. Den største veksten var i brukere mellom 18 og 49 år (Romøren 2007). Veksten i antall årsverk på rundt 40 000 i perioden 1995 til 2005 har i stor grad tilfalt disse nye unge brukerne (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

Det er de senere årene blitt gjennomført en rekke reformer som direkte eller indirekte har vært avgjørende for utformingen av den hjemmebaserte omsorgen. Veksten i antall yngre brukere må derfor ses i sammenheng med at kommunene har blitt pålagt nye oppgaver. Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, *HVPU-reformen* fra 1991, innebar for eksempel en overføring av rundt 5000 brukere til det kommunale bolig- og omsorgstilbudet. På samme tid ble det kommunale ansvaret for hjemmeboende utviklingshemmede presisert. Det medførte at kommunene måt-

¹ For en mer utfyllende beskrivelse av utviklingen innen pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene, konferer: Gautun, H. og Å. Hermansen (2011), *Eldreomsorg under press – kommunenes helse- og omsorgstilbud til pleietrengende eldre*. Fafo-rapport 2011:12. Oslo: Fafo.

te etablere et tilbud ikke bare til alle som ble overført i forbindelse med HVPU-reformen, men også til et stort antall hjemmeboende utviklingshemmede. Videre innebar reformen at kommunene ble pålagt et klart ansvar for å tilby alle nye brukere som faller inn i denne gruppen, tjenester i kommunal regi. En markant andel av hjemmetjenestemottakerne under 67 år er derfor i dag utviklingshemmede (Romøren 2007).

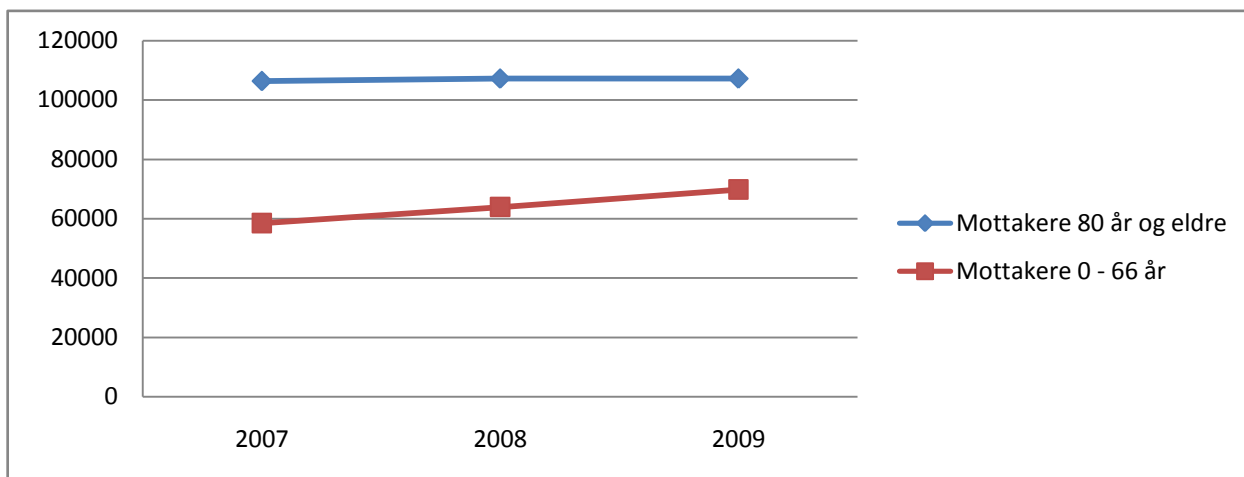
Opptrappingsplanen for psykisk helse har hatt lignede følger for kommunene som HVPU-reformen. Siden oppstart av reformen i 1998 har staten bidratt med en betydelig andel øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene. For den hjemmebaserte omsorgen innebar det at et stort antall boliger og stillinger i kommunene ble øremerket mennesker med psykiske lidelser (Romøren 2007).

Helseforetaksreformen er en tredje reform som har hatt betydning for den hjemmebaserte omsorgen. Den har blant annet ført til redusert oppholdstid på sykehus, og har dermed økt behovet for behandling, etterbehandling og rehabilitering i regi av kommunehelsetjenesten. Omtrent en fjerdedel av dagens hjemmetjenestemottakere under 67 år er pasienter utskrevet fra somatiske sykehus (Romøren 2007).

Flere reformer innen rusomsorgen har også hatt betydning for økningen i antall hjemmetjenestemottakere under 67 år. Selv om helseforetakene er pålagt ansvaret for behandlingstiltak, involverer mye behandling også den ordinære helse- og sosialtjenesten i kommunen. Kommunene har dermed samlet sett fått et økt ansvar for oppfølging av rusmisbrukere (Romøren 2007).

For å gi et oversiktsbilde av utviklingen i forholdet mellom yngre og eldre brukere, illustrerer figur 2.3 utviklingen i antall mottakere av institusjons- og hjemmetjenester for gruppen 80 år og eldre og gruppen 0–66 år, i tidsperioden 2007 til 2009.

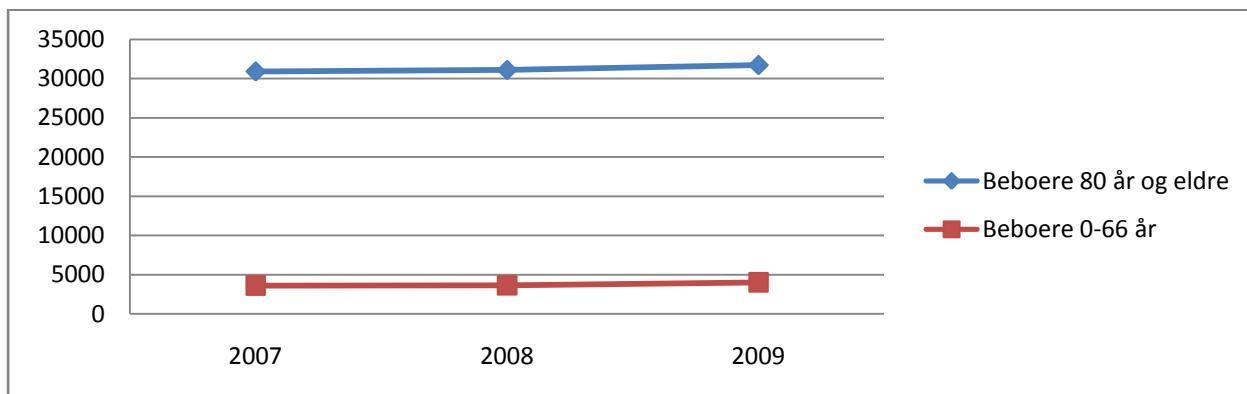
Figur 2.3 Mottakere av institusjons- og hjemmetjenester etter alder



(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

Som figuren illustrerer har antallet mottakere av institusjons- og hjemmetjenester som er 80 år og eldre holdt seg relativt stabilt fra 2007 til 2009, på litt over 100 000. Når det gjelder mottakere 0–66 år derimot, har denne gruppen økt ganske kraftig, fra i overkant av 58 000 i 2007 til i underkant av 70 000 i 2009. Ser man på hvordan disse to gruppene fordeler seg mellom beboere på institusjon og mottakere av hjemmetjenester, kommer det ganske tydelig frem hvilken betydning gruppen 0–66 år har hatt for veksten i hjemmebasert omsorg. Fordelingen mellom de to gruppene på henholdsvis beboere på institusjon og mottakere av hjemmetjenester er illustrert i figur 2.4 og figur 2.5.

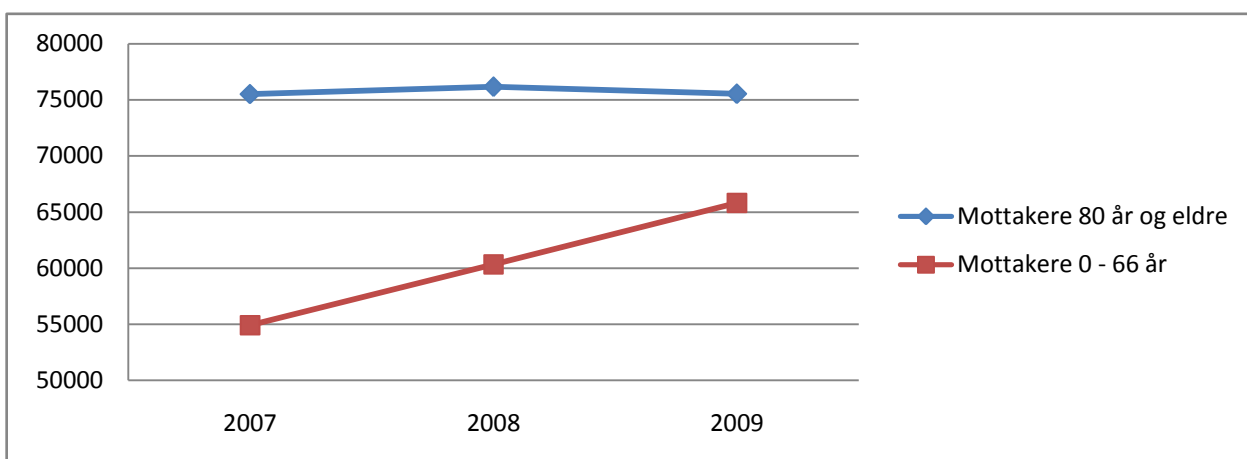
Figur 2.4 Beboere på institusjon etter alder



(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

Slik det fremkommer i figur 2.4 har antall beboere på institusjon 80 år og eldre holdt seg stabilt, på i overkant av 30 000 i tidsperioden mellom 2007 og 2009. Beboere 0–66 år har også holdt seg relativt stabilt, på rundt 4000. Disse tallene illustrerer dermed at kommunene i stor grad benytter det institusjonsbaserte tilbudet til langtidsopphold for sterkt hjelpetrequende eldre (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

Figur 2.5 Mottakere av hjemmetjenester etter alder



(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

Antallet mottakere 80 år og eldre har, på tross av noen svingning, holdt seg relativt stabilt mellom 2007 og 2009. Antallet mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre lå

i 2009 på rundt 75 000. Når det gjelder mottakere 0–66 år har det derimot skjedd en formidabel vekst på de tre årene. Antallet har økt fra i overkant av 54 000 mottakere i 2007 til i overkant av 65 000 i 2009.

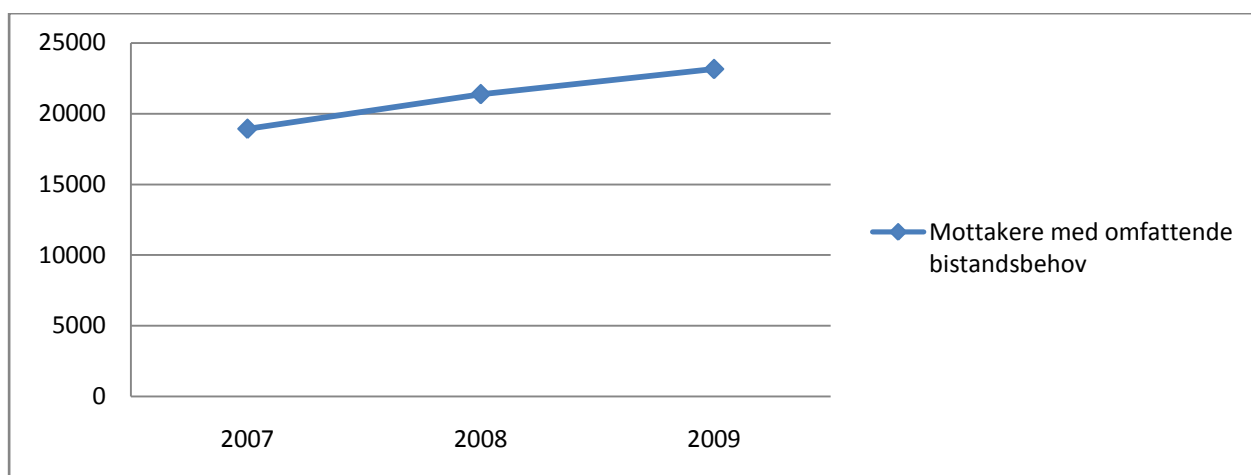
Veksten i antall yngre brukere av hjemmebasert omsorg kan dels forklares med befolkningsutviklingen i de aktuelle aldersklassene. Den økte etterspørselen kan også være et resultat av at disse tjenestene ikke lenger betraktes som forbeholdt eldre (eldreomsorg), men som et omsorgstilbud for mennesker i alle aldre og med et bredt spekter av helseproblemer (Romøren 2007). Når det gjelder kommunenes egne oppfatninger av denne utviklingen, viser en spørreundersøkelse fra 2009 at 80 prosent oppfatter de nye brukerne under 67 år som en stor eller meget stor omsorgsutfordring. Likevel mener 50 prosent av kommunene at de enten i stor eller meget stor grad er i stand til å møte de kommende omsorgsutfordringene, mens 45 prosent mener de bare i noen grad er i stand til å møte disse utfordringene. Et flertall av kommunene uttrykker videre at de frem mot 2015 vil prioritere hjemmebasert omsorg, spesielt omsorgsboliger, i noe sterkere grad enn i dag for å møte omsorgsbehovene hos brukere under 67 år. Det samme mønsteret avtegner seg også når kommunene blir spurt om prioriteringer av omsorgstjenester for dem over 67 år (Disch og Vetvik 2009).

Analyser av KOSTRA-data for 2009 i Gautun og Hermansen (2011), viser at en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for yngre brukere (under 67 år) går på bekostning av det institusjonsbaserte tilbudet til innbyggere 80 år og eldre, når det tas hensyn til kommunenes økonomiske handlingsrom (kommunenes frie inntekter). Videre viser disse analysene at når sektoren tilføres ressurser, satses det i kommunene på hjemmebaserte tjenester. Dekningsgraden av hjemmetjenester for yngre brukere har ikke samme negative betydning når det gjelder omfanget av det hjemmebaserte tilbudet til de aller eldste, på kommunenivå (Gautun og Hermansen 2011).

Tall fra SSB i perioden 1992 til 2004 viser også at det har skjedd en markant endring når det gjelder hva slags hjemmetjenester som ytes. Andelen som kun mottar prak-

tisk bistand (som for eksempel enkel matlaging, rengjøring osv.) har gått ned med 19 prosent, mens andelen som mottar både hjemmesykepleie og praktisk bistand har økt med 23 prosent. Andelen som bare mottar hjemmesykepleie er derimot doblet i samme periode. Ses veksten i bruk av hjemmesykepleie i forhold til brukernes alder, har den aller sterkeste veksten vært for 0–49-åringene. Blant disse har det vært en tredobling i antallet som mottar hjemmesykepleie (Romøren 2007). Dette fordi kommunene i stadig større grad retter mer av sin innsats mot de mest ressurskrevende brukerne, av grunner som er nevnt over (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Nyere tall viser også en klar vekst i antallet hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov (jf. figur 2.6).

Figur 2.6 Hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov



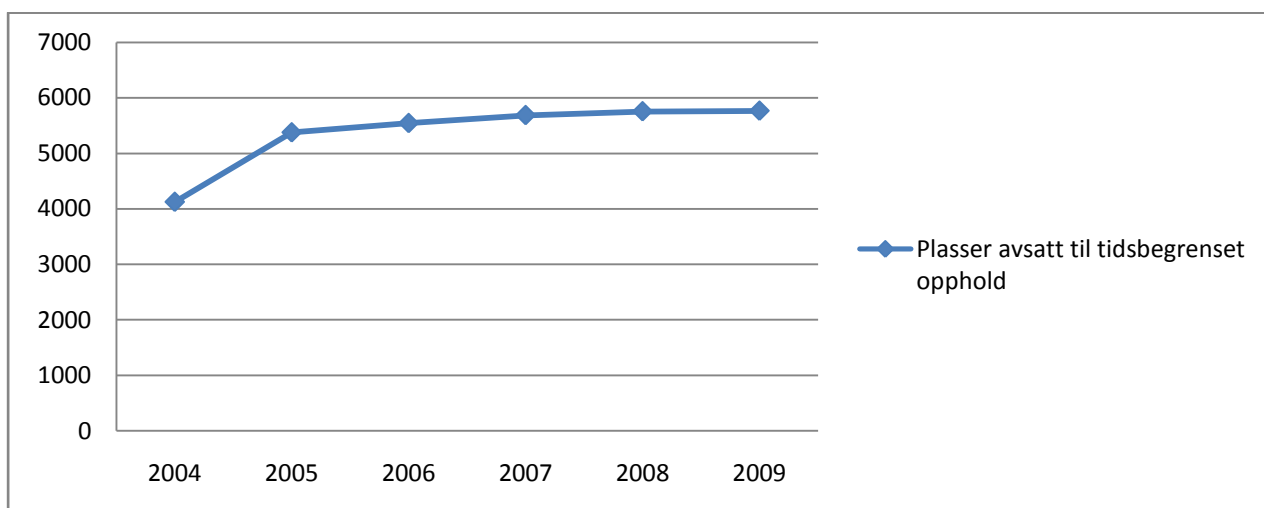
(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

Slik det fremkommer i figur 2.6 har antallet hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov økt fra i underkant av 19 000 i 2007 til rundt 23 000 i 2009, blant annet som følge av at stadig flere svært hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).² Det at stadig flere ressurskre-

² Av brukere med omfattende bistandsbehov i 2007 var det brukere i alderen 18–49 år som fikk flest timer hjelp per uke, over 50 timer i gjennomsnitt. Brukere i aldersgruppene 0–17 og 50–66 år med omfattende bistandsbehov fikk om lag 35 timer per uke, mens de over 67 år fikk 12–15 timer per uke. Yngre med omfattende bistandsbehov ser ut til å være mer hjelpetrengende enn eldre med omfattende bistandsbehov, siden de aller mest hjelpetrengende av de eldre er i institusjon (Gabrielsen m.fl. 2008).

vende brukere mottar tjenester via den hjemmebaserte omsorgen vil kunne innebære at flere kommuner må gjøre tilpasninger i det institusjonsbaserte tilbudet, da flere hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov i avlastningsøyemed vil kunne øke behovet for korttidsplasser i institusjon. Videre har det fra myndighetenes side blitt fremholdt at dersom kommunene har et knapt tilbud av korttidsplasser, bør de vurdere å satse sterkere på hjemmebasert omsorg og gjennom det redusere behovet for langtidsopphold i institusjon. Et redusert behov for langtidsopphold vil igjen frigjøre kapasitet som kan brukes til ulike korttidstilbud (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

Figur 2.7 Plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold



(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

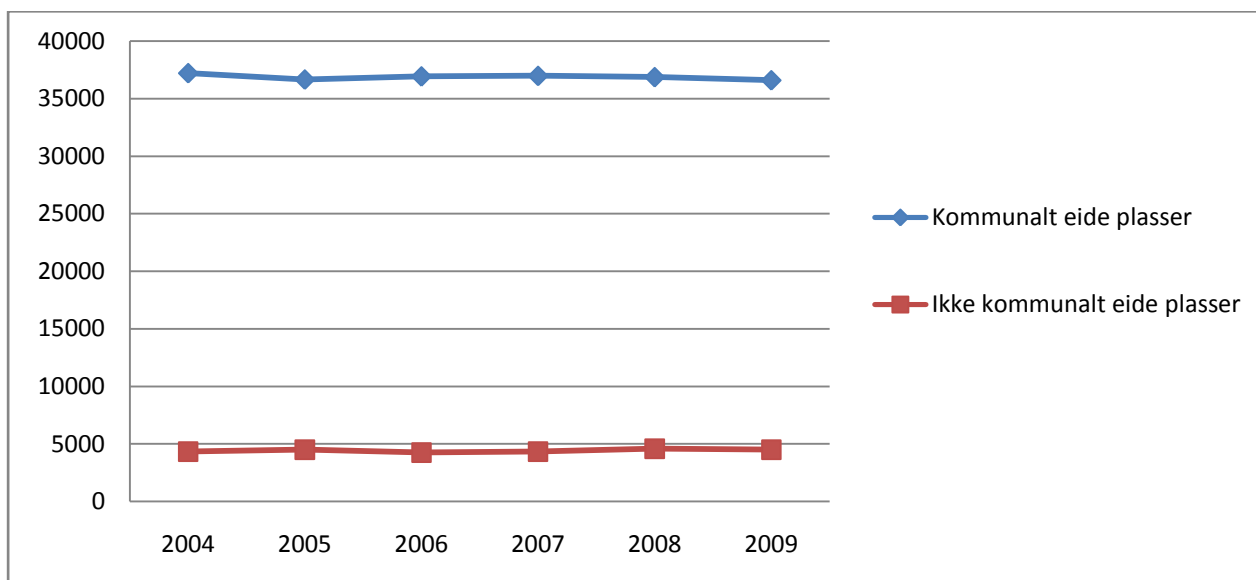
Slik det fremgår av figur 2.7 har det også vært en vekst i antall plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold, i tråd med intensjonen fra sentrale myndigheter. Plasser avsatt til tidsbegrenset opphold har økt fra i overkant av 4000 plasser i 2004 til i underkant av 6000 plasser i 2009. Denne veksten kan være et resultat av de anbefalinger statlige myndigheter har fremsatt. I tråd med disse anbefalingene varslet Stoltenberg II-regjeringen i omsorgsmeldingen også innføring av et nytt investerings-tilskudd for blant annet å styrke kommunenes tilbud av korttidsplasser. I de tilfeller hvor det samlede institusjonstilbudet ikke var tilstrekkelig, skulle dette investerings-

tilskuddet sikre at kommunene bygde opp et tilstrekkelig korttidstilbud (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

3 Kommunalt og ikke kommunalt eierskap

Når det gjelder organiseringen av pleie- og omsorgssektoren utgjør skillet mellom kommunalt og ikke kommunalt eierskap en viktig dimensjon. Figur 3.1 viser utviklingen i kommunalt eide og ikke kommunalt eide plasser i institusjon i perioden 2004 til 2009.

Figur 3.1 Kommunalt eide og ikke kommunalt eide plasser i institusjon



(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

Slik det fremkommer i figur 3.1 har andelen ikke kommunalt eide³ plasser i institusjon holdt seg relativt stabil på i underkant av 5000 mellom 2004 og 2009, mens andelen kommunalt eide plasser har ligget i overkant av 35 000 plasser. En vanlig prak-

³ Andelen ikke kommunalt eide plasser er beregnet ved å subtrahere "Kommunale plasser i institusjoner" (Plasser i kommunale institusjoner lokalisert i kommunen. Data hentet fra skjema 5 pkt 2. Gjelder bare sykehjem, aldershjem og boform med heldøgns omsorg med kommunal eier) med "Plasser i institusjon lokalisert i kommunen" (Plasser i sykehjem, aldershjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie. Ikke barneboliger/avlastningsinst. Det er ikke korrigert for utleieplasser. Gjelder både kommunale og private plasser og statlige plasser (sykehjem kombinert med helseforetak, f.eks fødestue).

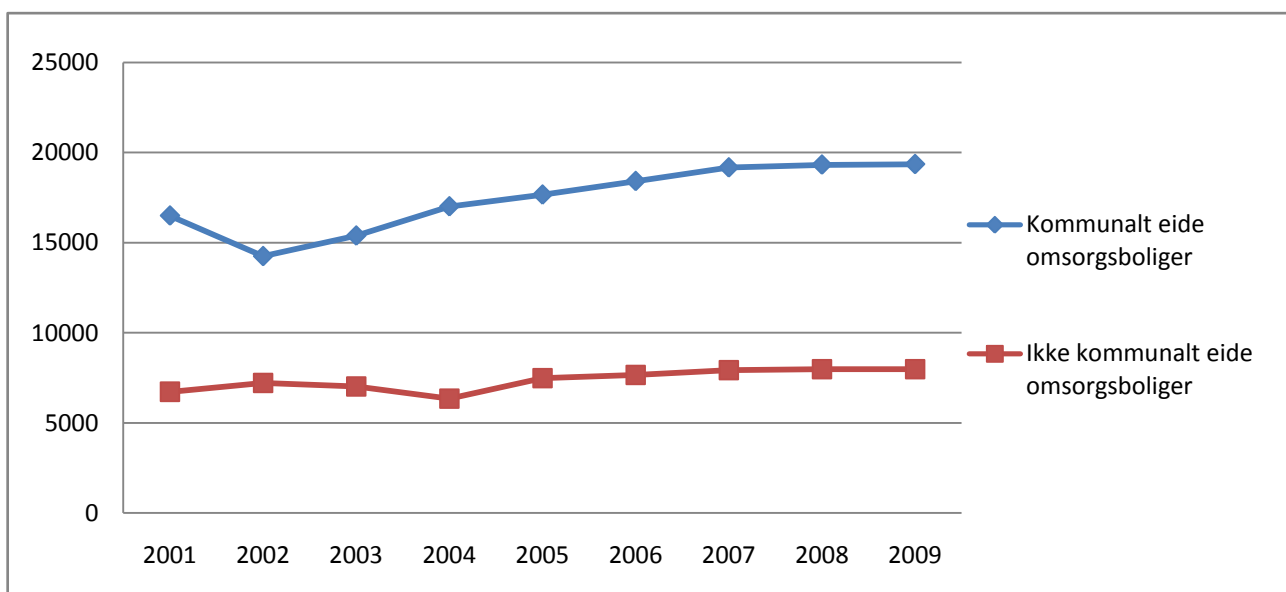
sis i mange kommuner har vært å sette ut oppgaver til private gjennom å inngå avtaler med ideelle organisasjoner om drift av institusjonsplasser. Mange av plassene som ikke er kommunalt eid er derfor drevet av ideelle organisasjoner. Statistikk fra SSB viser at rundt 90 prosent av institusjonene var kommunalt eid i 2000, 7 prosent var eid av ideelle organisasjoner, mens bare 3 prosent var eid av kommersielle aktører (NOU 2005). De institusjonene som eies av ideelle organisasjoner inngår som en del av kommunenes samlede omsorgstilbud på lik linje med de kommunalt eide, og skiller seg i lite grad fra de kommunalt eide institusjonene (NOU 2005). En nylig dom i EFTAs overvåkningsorgan ESA slår også fast at disse ideelle organisasjonene kan prioriteres når kommunene skal kjøpe pleie- og omsorgstjenester. Regelverket for offentlige anskaffelser gir rom for utelukkende å invitere ideelle organisasjoner når det holdes anbudsrunder, noe som kan utelukke kommersielle konkurrenter (Kommunal rapport 2010).

En rekke av de private kommersielle virksomhetene er gamle og veletablerte. Det kan derfor være fruktbart å skille disse private virksomhetene i tradisjonelle kommersielle institusjoner og nye kommersielle institusjoner. Når det gjelder de tradisjonelle kommersielle institusjonene er det som regel private personer som eier bygningene, for eksempel gjennom et aksjeselskap, og som driver institusjonen som et enkeltmannsforetak eller som et aksjeselskap. De ”nye” kommersielle selskapene, på den annen side, konsentrerer seg primært om å levere tilbud på drift av institusjonsplasser, og de fleste er datterselskaper av store, internasjonale selskaper. Det ble i lang tid spådd en sterk vekst i antall nye kommersielle institusjoner, men veksten har vært langsom (Dahle og Bjerke 2001).

Innen den hjemmebaserte omsorgen utgjør ikke skillet mellom kommunalt og ikke kommunalt eierskap en like sentral dimensjon, da den hjemmebaserte omsorgen ikke vil være knyttet til selve boligen. Likevel kan eierstruktur når det gjelder omsorgsboliger si noe om hvorvidt kommuner prioriterer å bygge ut i kommunal regi eller hvorvidt det er enkeltpersoner, borettslag eller stiftelser som står for utbyggingen.

Figur 3.2 viser utviklingen i kommunalt eide og ikke kommunalt eide omsorgsboliger i perioden 2004 til 2009.

Figur 3.2 Kommunalt eide og ikke kommunalt eide omsorgsboliger



(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

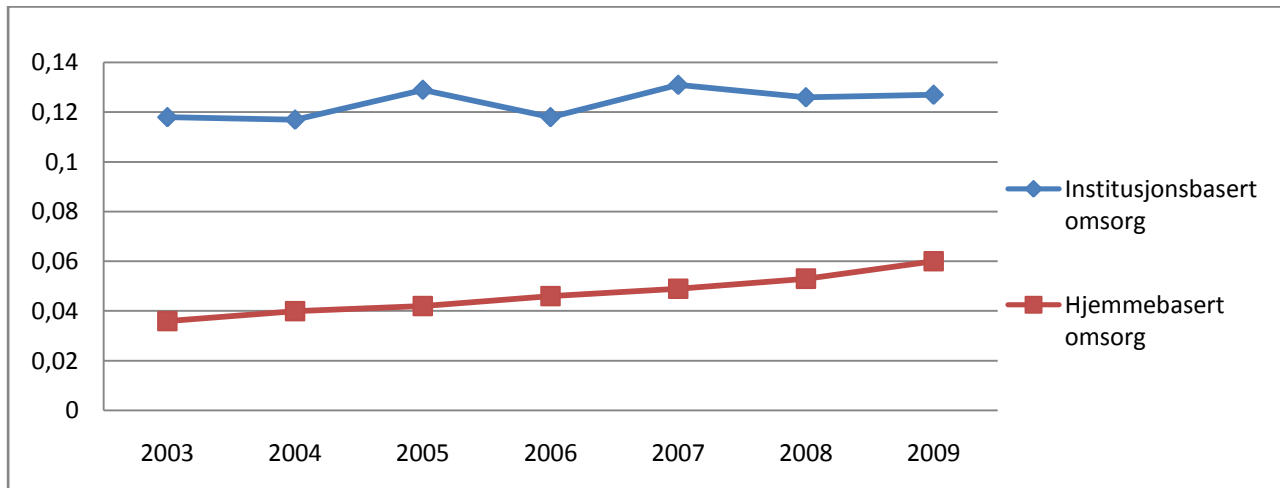
Slik det fremkommer i figur 3.2 har andelen ikke kommunalt eide⁴ omsorgsboliger steget fra litt i overkant av 6000 i 2004 til rundt 8000 boliger i 2009. Andelen kommunalt eide omsorgsboliger har steget fra rundt 14 000 i 2002 til i overkant av 19 000 boliger i 2009. De omsorgsboligene som ikke er kommunalt eid er enten eid av privatpersoner eller organisert som borettslag eller stiftelser. Uansett eierform er det kommunene som står for tildeling av omsorgsboliger og som utpeker eller godkjenner beboere eller kjøpere i de tilfeller hvor andre står som eiere av boligen (Husbanken 2010).

⁴ Andelen ikke kommunalt eide plasser er beregnet ved å subtrahere "Kommunale plasser i institusjoner" (Plasser i kommunale institusjoner lokalisert i kommunen. Data hentet fra skjema 5 pkt 2. Gjelder bare sykehjem, aldershjem og boform med heldøgns omsorg med kommunal eier) med "Plasser i institusjon lokalisert i kommunen" (Plasser i sykehjem, aldershjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie. Ikke barneboliger/avlastningsinst. Det er ikke korrigert for utleieplasser. Gjelder både kommunale og private plasser og statlige plasser (sykehjem kombinert med helseforetak, f.eks fødestue).

4 Kjøp av tjenester og varer som erstatter kommunal tjenesteproduksjon

En viktig del av bildet når det gjelder organiseringen av kommunale pleie- og omsorgstjenester er i hvilken grad kommunene baserer seg på å kjøpe inn varer og tjenester utenfra. Det kan dreie seg om alt fra kjøp av institusjonsplasser til praktisk bistand i hjemmet. For å få et bilde av omfanget av det private innslaget i pleie- og omsorgssektoren, er kjøp av varer og tjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon i andel av bruttoutgiftene innen sektoren fremstilt i figur 4.1.⁵

Figur 4.1 Kjøp av varer og tjenester fra private som erstatter kommunal tjenesteproduksjon i andel av brutto utgifter



(Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010)

Slik det fremgår av figuren er det private innslaget størst innenfor den institusjonsbaserte omsorgen. I 2009 utgjorde kjøp av varer og tjenester som erstattet kommunal

⁵ Tallene er basert på artsgruppe "Kjøp av varer og tjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon" og funksjonene "253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon" og "254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet" i KOSTRA.

tjenesteproduksjon litt over 12 prosent av bruttoutgiftene innen den institusjonsbaserte omsorgen. Kjøp av varer og tjenester som andel av bruttoutgiftene har likevel holdt seg relativt stabilt gjennom hele perioden fra 2003 til 2009.

Innen den hjemmebaserte omsorgen har det private innslaget vært langt mindre. Tallene viser imidlertid en klar vekst i kjøp av varer og tjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon. I 2003 utgjorde kjøp av varer og tjenester i underkant av 4 prosent av bruttoutgiftene innen den hjemmebaserte omsorgen, mens det private innslaget utgjorde rundt 6 prosent i 2009.

Kjøp av varer og tjenester fra private som erstatter kommunal tjenesteproduksjon, utgjør totalt sett en relativt beskjedne andel av bruttoutgiftene innen pleie- og omsorgssektoren. Det er imidlertid store ressurser som benyttes innen denne sektoren. For kommunene utgjør for eksempel omsorgstjenestene om lag 40 prosent av de samlede utgiftene (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Grovt regnet vil dette si en åttendedel av brutto nasjonalprodukt, gitt at halve budsjettet forbrukes innenfor offentlige sektor, hvor kommunene mottar over halvparten (Hansen 2000). Ser man fremover, vil dessuten utfordringene og dermed utgiftene til pleie- og omsorgssektoren heller øke enn minke, blant annet som en følge av at det blir stadig flere eldre (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Kjøp av varer og tjenester fra private som erstatning for kommunal tjenesteproduksjon utgjør dermed, i et samfunnsmessig perspektiv, betydelige størrelser. I 2009 innrapporterte kommunene, via kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA), for eksempel kjøp av varer og tjenester fra private for rundt 3,7 milliarder kroner innen den institusjonsbaserte omsorgen og for rundt 1,7 milliarder i hjemmebasert omsorg (Statistisk sentralbyrå 2010).⁶

⁶ Tallene er basert på artsgruppe "Kjøp av varer og tjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon" og funksjonene "253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon" og "254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet" i KOSTRA.

5 New Public Management

I likhet med andre deler av offentlig sektor gjennomgår pleie- og omsorgssektoren til stadighet nye reformer og omstillinger. Mange av de siste årenes reformer kan samles under fellesbetegnelsen New Public Management (NPM). Denne reformbølgen, med sitt utspring i en gruppe angloamerikanske land, har preget offentlig sektor i mange land de siste 20 årene (Christensen og Læg Reid 2004). NPM er en global reformbølge, og man finner lignende reformelementer i så vel Australia og New Zealand, som i Norge og Sverige, fire land på hver sin side av kloden (Sahlin-Andersson 2002). Spesielt i New Zealand og Australia ble disse reformene tidlig implementert sammenlignet med resten av verden, og reformene var langt mer dyptgripende og radikale enn det vi finner andre steder. Norge har til sammenligning blitt klassifisert som en nølende reformator (Christensen og Læg Reid 2007). Norges forsiktige tilnærming til New Public Management har resultert i NPM på norsk. Fokuseringen på kostnadseffektivitet har blitt et supplement til, men ikke fortrenget de tradisjonelle forvaltningshensyn (Christensen og Læg Reid 2004).

6 Konkurransetsetting

Når det gjelder pleie- og omsorgssektoren og bruken av NPM-inspirerte reformtiltak, er det spesielt konkurransetsetting som har stått sentralt i den politiske debatten. Dette skyldes dels at flere kommuner har valgt å benytte seg av konkurransetsetting, og dels fordi konkurransetsetting generelt, og innen for pleie- og omsorgssektoren spesielt, har vekket politisk strid (NOU 2005:3). Hensikten med bruk av konkurransetsetting er vanligvis at man ønsker å oppnå en mer effektiv bruk av ressursene gjennom reduserte kostnader og økt produktivitet. Når tjenestene konkurransetsettes, innføres en større eller mindre grad av markedseksposering i produksjonen av tjenestene. Tanken bak denne markedseksposeringen er at konkurranse i seg selv er effektivitetsdrivende. Når det gjelder konkurransetsetting innen pleie- og omsorgssektoren, er det fortsatt slik at det offentlige har ansvar for å tilby tjenestene etter loven, men ikke monopol på å levere tjenestene. Konkurransetsetting forveksles ofte med privatisering. Full privatisering innebærer at det offentlige fraskriver seg ansvaret for tjenesten, og at pris, kvalitet og leveransevilkår fastsettes i markedet som en funksjon av etterspørsel og tilbud. Med andre ord, de lovpålagte oppgavene som inngår i pleie- og omsorgssektoren kan ikke uten videre privatiseres, men kommunen har full anledning til å sette selve produksjonen av tjenester bort til andre gjennom konkurransetsetting (Dønnum m.fl. 2003).

Når en tjeneste konkurransetsettes, skilles det mellom to ulike roller: bestillerfunksjonen og utførerfunksjonen. Det er utførerfunksjonen, eller selve tjenesteproduksjonen, som utsettes for konkurranse eller markedseksposering (Dønnum m.fl. 2003). I 2008 oppga 32 norske kommuner at de hadde innført en bestillerutførermodell innenfor den institusjonsbaserte omsorgen. Innenfor den hjemmebaserte omsorgen gjaldt dette 33 kommuner. Sammenlignet med andre kommunale tjenesteområder var dette tiltaket likevel klart mest utbredt innenfor pleie- og om-

sorgssektoren (Hovik og Stigen 2008). Totalt ble det utført over 35 000 avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste innen pleie- og omsorgssektoren i de kommunene som hadde innført dette tiltaket i 2008. Disse årsverkene tilsvarte 31 prosent av samtlige avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste innen sektoren i 2008. Stoltenberg II-regjeringen vektlegger i sin stortingsmelding om utfordringer i den kommunale pleie- og omsorgssektoren⁷ at et skille mellom forvaltning og drift kan tydeliggjøre både kommunenes ansvar som forvaltere og tjenesteytere. Det legges vekt på at en samling av saksbehandlingsressurser kan bidra til å effektivisere forvaltningen og styrke rettssikkerheten både for de som søker om tjenester og de som mottar tjenester i kommunen. De som yter tjenester vil på sin side kunne konsentrere seg om å gi tjenestemottakerne kvalitativt gode tjenester, i tråd med enkeltvedtaket (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

Utbredelsen av bestiller-utførermodell gir ikke noe klart bilde på innslaget av privat tjenesteyting innen sektoren. Når tjenestene organiseres i en bestiller-utførermodell, innebærer dette kun at det er etablert et tydelig organisatorisk skille mellom de enheter som definerer omfang og kvalitet og bestiller/tildeler-tjenestene, og de enhetene som produserer og leverer disse tjenestene. At kommuner har innført en bestiller-utførermodell innebærer ikke nødvendigvis at utførerfunksjonen er utsatt for markedseksposering eller konkurranse fra andre tilbydere (Hovik og Stigen 2008).

Markedseksposering gjennom konkurranseutsetting innebærer at private foretak, i tillegg til eventuelle kommunale, deltar i en åpen anbudskonkurranse om driften av tjenesten eller utførerfunksjonen (Hovik og Stigen 2008). Det lar seg ikke gjøre å gi noe eksakt bilde på hvor mange kommuner som benytter konkurranseutsetting innen pleie- og omsorgssektoren, i og med at dette antallet er i stadig bevegelse. Generelt er det særlig store bykommuner eller bynære kommuner som benytter konkurranseutsetting eller vurderer å benytte konkurranseutsetting. Det er spesielt den institu-

⁷ St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer.

sjonsbaserte omsorgen som har blitt konkurranseutsatt. Innen den hjemmebaserte omsorgen har konkurranseutsetting til nå blitt benyttet i mindre grad (NOU 2005:3).

En spørreundersøkelse gjennomført i 2004 og 2008, knyttet til kommunal organisering, gir et visst bilde på bruken av konkurranseutsetting i pleie- og omsorgssektoren. I 2004 var det 15 kommuner som rapporterte at de hadde innført konkurranseutsetting innen den institusjonsbaserte omsorgen. Tilsvarende antall for 2008 var 14 kommuner. Når det gjelder den hjemmebaserte omsorgen var det syv kommuner som rapporterte at de hadde innført konkurranseutsetting innen den hjemmebaserte omsorgen i 2004. For 2008 var det tilsvarende antallet ni kommuner (Hovik og Stigen 2008). Totalt ble det utført over 26 000 avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste innen pleie- og omsorgssektoren i de kommunene som hadde innført dette tiltaket i 2008. Disse årsverkene tilsvarte 23 prosent av samtlige avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste innen sektoren i 2008. Når det gjennomføres en anbudskonkurranse, vil vanligvis kommunene selv delta. Konkurransesutsetting innebærer dermed ikke nødvendigvis at private tar over driften av kommunalt eide institusjoner (Dahle og Bjerke 2001). Både innenfor de sektorene av kommunal tjenesteyting der det er mye og de sektorene der det er lite bruk av anbud, viser det seg at private tilbydere i liten grad vinner frem (St.prp. nr. 66 (2002-2003)). En annen spørreundersøkelse blant norske kommuner viser at kun 9 prosent i noen eller stor grad har til hensikt å benytte seg av kommersielle aktører i pleie- og omsorgssektoren i fremtiden. 31 prosent vil i liten grad benytte seg av kommersielle aktører, mens 27 prosent ikke vil benytte kommersielle aktører i det hele tatt. Noe overraskende uttrykker hele 34 prosent av kommunene at de ikke vet hvorvidt de vil benytte seg av kommersielle aktører (Disch og Vetvik 2009).

7 Andre NPM-inspirerte tiltak

Når det gjelder NPM innen pleie- og omsorgssektoren er det ikke bare innslaget av private tjenester og konkurranseutsetting av selve tilbyderleddet som står sentralt. Også ulike andre NPM-inspirerte tiltak er ment å fremme konkurranseeksponering, innen kommunenes egen driftsorganisasjon. Under Bondevik II-regjeringen ble konkurranseeksponering sett på som et viktig virkemiddel for å få mer igjen for pengene i form av bedre effektivitet og kvalitet i den kommunale tjenesteytingen (St. prp. nr. 66 (2002-2003)).

Benchmarking eller sammenlignbare data er et virkemiddel som har fått økt innpass i kommunesektoren de senere årene (St.prp. nr. 66 (2002-2003)). Dette tiltaket innebærer at kommunene samler inn ulik virksomhetsinformasjon for å kunne gjennomføre en systematisk sammenligning over tid. Formålet er å måle prestasjoner i egen virksomhet med seg selv over tid, eller med tilsvarende virksomheter i andre kommuner. Disse sammenligningene skal danne grunnlaget for læring, forbedring og konkurranse. Bruken av benchmarking i kommunesektoren har blant annet blitt drevet frem av prosjektet ”effektiviseringsnettverkene” (St.prp. nr. 64 (2003-2004)). Spørreundersøkelsen knyttet til kommunal organisering, fra 2004 og 2008, avdekker at bruken av sammenlignbare data er relativt vanlig innenfor et bredt spekter av kommunale oppgaver, men spesielt innen de personrettede tjenestene. Innenfor den institusjonsbaserte omsorgen rapporterte 74 kommuner at de hadde tatt dette virkemiddelet i bruk i 2004. Antallet hadde steget til 78 i 2008. Innenfor den hjemmebaserte omsorgen var det 74 kommuner som benyttet sammenlignbare data i 2004, mens 78 kommuner rapporterte at de benyttet virkemiddelet i 2008 (Hovik og Stigen 2008). Totalt ble det utført over 47 000 avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste innen pleie- og omsorgssektoren i de kommunene som hadde innført dette tiltaket i 2008.

Disse årsverkene tilsvarte 42 prosent av samtlige avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste innen sektoren i 2008.

Interne kontrakter er et NPM-inspirert tiltak som går ut på at kommunene etablerer en intern driftskontrakt med kommunenes egen tjenesteenhet. Denne tjenesteenheten får sine inntekter gjennom fakturering av øvrig virksomhet eller såkalt intern fakturering. Når det gjelder pleie- og omsorgssektoren er bruken av internkontrakter lite utbredt og nedadgående. Innenfor den institusjonsbaserte omsorgen var det bare ni kommuner som rapporterte at de benyttet dette tiltaket i 2004, og antallet hadde sunket til fem i 2008. Innen den hjemmebaserte omsorgen var det bare ti kommuner som rapporterte at de benyttet dette tiltaket i 2004, og som for den institusjonsbaserte omsorgen hadde antallet sunket til fem i 2008 (Hovik og Stigen 2008). Totalt ble det utført over 2500 avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste innen pleie- og omsorgssektoren i de kommunene som hadde innført dette tiltaket i 2008. Disse årsverkene tilsvarte 2 prosent av samtlige avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste.

Innsats- og stykkeprisbasert finansiering innen pleie og omsorg er et NPM-inspirert tiltak som har gjennomgått en annen utvikling enn interne kontrakter. Denne finansieringsmetoden innebærer at det offentlige betaler en gitt takst for hver enhet av aktivitet som blir produsert eller utført av offentlige eller private institusjoner. Innenfor den institusjonsbaserte omsorgen var det bare to kommuner som rapporterte at de benyttet dette tiltaket i 2004. Antallet hadde steget til seks i 2008. Innen den hjemmebaserte omsorgen var det også bare to kommuner som rapporterte at de benyttet dette tiltaket i 2004, men antallet hadde steget til 13 i 2008 (Hovik og Stigen 2008). Totalt ble det utført over 18 000 avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste innen pleie- og omsorgssektoren i de kommunene som hadde innført dette tiltaket i 2008. Disse årsverkene tilsvarte 16 prosent av samtlige avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste samme år.

Samlet sett har andelen kommuner som benytter en eller annen form for konkurranseeksponerende tiltak økt fra 60 prosent i 2004 til 77 prosent i 2008. Disse tiltakene

benyttes på stadig flere områder innen kommunesektoren, ikke minst innen personrettede tjenester i som pleie- og omsorgssektoren. Innenfor pleie- og omsorgssektoren er det spesielt bestiller-utførermodellen og sammenlignbare data som gjør seg gjeldende. Konkurransetsetting, interne kontrakter og innsats- og stykkprisbasert finansiering gjør seg gjeldende i mindre grad (Hovik og Stigen 2008).

NPM har ikke bare fokusert på kostnadseffektivitet, men også satt et sterkere søkelys på mykere tiltak som *serviceerklæring og brukergarantier*. I 2008 var det hele 48 prosent av kommunene som hadde innført en serviceerklæring innen pleie- og omsorgssektoren. Disse erklæringene skal gi informasjon om tjenestenes omfang, ytelse og priser. Til forskjell fra serviceerklæringene som gir en ren beskrivelse av tjenestene, skal brukergarantiene garantere tjenestenes omfang, ytelse og pris. Videre skal brukerne være garantert en kompensasjon dersom tjenesten ikke leveres i samsvar med beskrivelsen. I 2008 var det bare 5 prosent av kommunene som rapporterte at de hadde innført en brukergaranti (Hovik og Stigen 2008).

8 Oppsummering og drøfting

Dette notatet har sett på organisering og eierformer innen den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Notatet kan oppsummeres i følgende punkter:

Organisering

- Før 2005 var det flest årsverk i institusjonsbasert omsorg, mens i 2005 var det om lag like mange årsverk i hjemmebasert omsorg.
- Antall institusjonsplasser har de siste årene holdt seg relativt stabilt, mens det har vært en relativt sterk vekst i antall omsorgsboliger.
- Den hjemmebaserte omsorgen har endret karakter fra å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand til å bli et behandlings- og pleietilbud.
- En sentral utfordring innen dagens organisering av pleie- og omsorgssektoren er å skape en god balanse mellom den institusjonsbaserte og den hjemmebaserte omsorgen. På dette området er det store variasjoner mellom norske kommuner.
- Generelt er det i dag færre som mottar hjemmebasert omsorg. Kommunene konsentrerer mer av innsatsen mot de ressurskrevende brukerne.
- En viktig faktor bak den sterke veksten i antall omsorgsboliger har vært økningen i antall unge brukere. Videre mottar stadig flere eldre med omfattende omsorgsbehov hjemmesykepleie og hjemmetjenester i omsorgsboliger.
- Kjøp av varer og tjenester fra private som erstatter kommunal tjenesteproduksjon har de senere årene holdt seg stabilt på rundt 12 prosent av brutto-utgiftene når det gjelder institusjonsbasert omsorg. Når det gjelder hjemmebasert omsorg har andelen vært langt mindre, men det har vært en klar vekst de senere årene.

- I 2008 oppga 32 norske kommuner at de hadde innført en bestillerutførermodell innenfor den institusjonsbaserte omsorgen. Innenfor den hjemmebaserte omsorgen hadde 33 kommuner innført en bestillerutførermodell.
- Det var 14 norske kommuner som i 2008 oppga at de hadde innført konkurranseutsetting innenfor den institusjonsbaserte omsorgen. Når det gjelder den hjemmebaserte omsorgen var det 9 kommuner som oppga at de benyttet tiltaket.
- Samlet sett har andelen kommuner som benytter konkurranseeksponerende tiltak økt fra 60 prosent i 2004 til 77 prosent i 2008. Disse tiltakene benyttes på stadig flere områder innen kommunesektoren, ikke minst innen personrettede tjenester som i pleie- og omsorgssektoren.

Etterspørsel

- Antallet mottakere av hjemmebaserte tjenester i alderen 80 år og eldre har holdt seg relativt stabilt i perioden mellom 2007 og 2009. Mottakere i alderen 0–66 år har derimot opplevd en formidabel vekst i denne perioden.
- Omtrent en fjerdedel av dagens hjemmetjenestemottakere under 67 år er pasienter utskrevet fra somatiske sykehus.
- Til tross for en sterk utbygning i antall omsorgsboliger fra 1998 til 2005 i forbindelse med Handlingsplan for eldreomsorgen, medførte nedbyggingen av institusjonsplasser en nettoøkning på kun 915 boliger avsatt til pleie- og omsorgsformål for personer over 67 år.
- Det har vært en kraftig økning i antall hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov og en klar økning i antall institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold.

Den kommunale pleie- og omsorgssektoren har gjennomgått ulike faser de siste 40 årene og vil stå overfor nye og store utfordringer fremover. De valg som i dag tas når det gjelder organiseringen, vil prege det tilbudet og de tjenestene som skal ytes en voksende eldrebefolkning. Å skape en god balanse mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg er en sentral utfordring for norske kommuner. Det er allerede store variasjoner kommuner imellom, og de kommende utfordringer innen sektoren vil kunne innebære økte forskjeller, og dermed et mer bostedsbetinget tilbud.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven at kommunene har plikt til å yte nødvendige helsetjenester og faglig forsvarlige sosialtjenester til de som har behov for det. Imidlertid har ikke den enkelte bruker i dag rett til å velge hvordan hjelpebehovet skal dekkes, eller hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Der som brukeren har behov for et døgnkontinuerlig tjenestetilbud, kan kommunene tilby dette i brukerens hjem, i en omsorgsbolig eller på institusjon. Tjenesten må, ifølge lovkravet, fremstå som forsvarlig i forhold til hjelpebehovet, og tjenestetilbudet må ikke fremstå som åpenbart urimelig for brukeren (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

Fremover mot 2030 blir det anslått et samlet behov på om lag 60 000 nye institusjonsplasser og omsorgsboliger for både eldre og yngre med behov for heldøgns omsorgstjenester (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). De senere årenes utvikling i antall institusjonsplasser og omsorgsboliger gir en indikator på den fremtidige utviklingen i balansen mellom hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. Slik det har fremkommet har antallet institusjonsplasser ligget relativt stabilt i perioden 2004 til 2009. Omsorgsboliger har derimot hatt en relativt kraftig vekst i samme periode. Denne utviklingen vil høyst sannsynlig fortsette fremover, sett i lys av at et flertall av norske kommuner uttrykker at de planlegger en økt utbygging av omsorgsboliger og at de vil holde antall institusjonsplasser på dagens nivå.

Til tross for en sterk utbygging av omsorgsboliger i perioden 1998 til 2005, utgjorde den samlede nettoøkningen av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål for

personer over 67 år, kun 915 enheter. Dette var i stor grad et resultat av en sterk reduksjon i antall aldershjem. Sett i lys av at et flertall av norske kommuner mener antallet institusjonsplasser vil holde seg stabilt fremover, er det ingen grunn til å anta den samme avinstitusjonaliseringen i absolutte tall i nærmeste fremtid. Når det likevel ikke planlegges med en vekst i antall institusjonsplasser, vil det bli en avinstitusjonalisering i relative tall i og med at det blir flere eldre per gjenværende institusjonsplass. Det virker rimelig å anta at behovet for institusjonsplasser eller institusjonsbasert omsorg vil øke i takt med antall eldre. Det er likevel et åpent spørsmål om behovet vil øke i samme takt som andelen eldre. Én mulighet er at befolkningen generelt og den eldre befolkningen spesielt vil være friskere og i bedre form enn i dag. Det virker imidlertid rimelig å anta at selektiviteten i tildeling av institusjonsplasser vil tilta i takt med et økende antall eldre per gjenværende institusjonsplass. I takt med en økende satsing på omsorgsboliger vil det også trolig skje tilpassninger i det institusjonsbaserte tilbudet, i form av flere plasser avsatt til tidsbegrenset opphold. I tidsperioden 2004 til 2009 har antallet plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold økt med rundt 2000 plasser, mens det totale antallet institusjonsplasser har holdt seg relativt stabilt. Slik det har fremkommet er en av forklaringsfaktorene bak denne utviklingen et investeringstilskudd fra statlige myndigheter, som skal gå til økt utbygging av korttidsplasser i institusjon. Flere plasser til tidsbegrenset opphold vil, i tillegg til et økende antall eldre, gi mindre tilgang på permanente institusjonsplasser.

Når det gjelder balansen mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg er det flere forhold som trekker i retning av økt vekt på hjemmebasert omsorg. For utenom en kraftig vekst i antall omsorgsboliger, har det vært en sterk økning i antallet yngre brukere som mottar hjemmetjenester. Slik det har fremkommet har veksten i antall nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren i stor grad tilfalt disse nye unge brukerne. Dersom antallet nye unge brukere fortsetter å vokse i samme takt som i de senere årene, virker det rimelig å anta at den hjemmebaserte omsorgen vil bli dominerende i forhold til den institusjonsbaserte.

Den sterke veksten i antall yngre mottakere av pleie- og omsorgstjenester fører til at det ikke bare er eldrebølgen som skaper store utfordringer for organiseringen av sektoren, pleie- og omsorgstjenestene må også organiseres slik at de er i stand til å håndtere en stadig større gruppe med yngre brukere. Det er et åpent spørsmål hvordan norske kommuner kommer til å håndtere omsorgsutfordringene knyttet til en voksende yngre brukergruppe. Denne brukergruppen vil kunne komme til å stille andre krav til organiseringen og innretningen på pleie- og omsorgstjenestene enn de eldre brukerne. Forskyvningen i alderssammensetning i retning av flere yngre brukere krever store omstillinger i tjenestetilbudet. Mange av de unge mottakerne trenger hjelp til å fungere i arbeidslivet, og de har trolig større krav og forventninger enn eldre om hjelp til å ha en aktiv og sosial fritid (Otnes 2007). I omsorgsmeldingen trekkes det også frem at en rekke undersøkelser tyder på at det nettopp er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste kommer til kort. Det fremheves i meldingen at økningen i antallet yngre brukere og mangelen på sosiale og kulturelle aktiviteter illustrerer at dagens pleie- og omsorgssektor er mer enn bare pleie- og eldreomsorg (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Et stort flertall av norske kommuner gir uttrykk for at yngre brukere representerer en meget stor omsorgsutfordring, og nærmere halvparten gir uttrykk for at de bare i noen grad er i stand til å møte denne utfordringen. Dette gir grunnlag for å stille spørsmål om hvorvidt norske kommuner vil evne å balansere krav og behov hos den yngre brukergruppen mot krav og behov blant de eldre brukerne. De eldre og yngre brukerne vil trolig ha ulike preferanser når det gjelder både rammen for og innholdet i tjenestene. Yngre brukere som er utviklingshemmede, som er utskrevne pasienter fra somatiske sykehus eller som har psykiske lidelser, har andre hjelpebehov enn eldre brukere (Brevik 2010). Profileringen av pleie- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune og derigjennom hvilke forhold som skal prioriteres, vil også i fremtiden være et ressurs spørsmål. Dette krever avveininger mellom ulike gruppers interesser og behov.

Et annet forhold som trekker i retning av økt vekt på hjemmebasert omsorg, er at stadig flere eldre med omfattende omsorgsbehov mottar hjemmesykepleie og hjem-

metjenester i omsorgsboliger. Omsorgsboligene fungerer dermed både som et supplement og et alternativ til institusjonsomsorgen. Denne utviklingen vil trolig føre til at en økende andel omsorgsboliger vil få et institusjonslignende preg, med heldøgns pleie og omsorg. Videre vil trolig skillet mellom de tjenestene som ytes i institusjon og i disse omsorgsboligene mer eller mindre opphøre. En slik antakelse får støtte i vurderingene fra utvalget som utredet og la frem forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene). I utvalgets lovforslag er ikke institusjonsbegrepet benyttet. Utvalget foreslår å fjerne helt de rettslige skillene mellom tjenester i og utenfor institusjon. Den faglige kvaliteten av det tilbudet som gis skal være uten referanse til bestemte typer arenaer. Dette vil, ifølge utvalget, gi den nødvendige fleksibiliteten overfor tjenestemottakernes behov, samtidig som det gir kommunen frihet til å organisere tjenestene slik det er mest hensiktsmessig ut fra faglige vurderinger. Ifølge utvalget bør de økonomiske styringsmidlene i hovedsak være insentivbaserte og mest mulig generelle, noe som vil legge færre formelle bindinger på kommunen med hensyn til valg av løsninger (NOU 2004: 18). Den økte satsingen på omsorgsboliger fremfor institusjonsplasser vil gi kommunene mer fleksibilitet når det gjelder utformingen av tjenestetilbudet. En slik fleksibilitet vil imidlertid kunne føre til større kommunale variasjoner og dermed til at bosted i økende grad vil kunne bli førende for hvilke tjenester den enkelte mottar.

I en undersøkelse av fremtidige bopreferanser blant personer mellom 57 til 78 år, avdekker Brevik og Schmidt (2005) at mange ønsker alternativer til institusjon når behovet for pleie og omsorg oppstår. Den økte satsingen på omsorgsboliger vil dermed kunne møte bopreferansene hos fremtidige eldre brukere. Videre vil de yngre brukerne, som allerede i dag utgjør en stor andel av beboere i boliger avsatt til pleie- og omsorgsformål,⁸ kunne få et tilpasset tilbud i en omsorgsbolig. Det er likevel grunn til å stille spørsmål om hvorvidt det tilbudet eldre med omfattende pleie- og

⁸ I 2006 utgjorde brukere under 67 år 35 prosent av beboerne i kommunale boliger avsatt til pleie- og omsorgsformål (Brevik 2010).

omsorgsbehov vil få utenfor institusjon, i form av boliger med heldøgns pleie og omsorg, vil oppleves å ha samme standard som det opprinnelige institusjonstilbudet. Videre er det heller ikke bare i tildelingen av tradisjonelle institusjonsplasser de eldste brukerne vil kunne oppleve en økt selektivitet i tildelingen. Når det gjelder boliger med heldøgns pleie og omsorg var det i 2006 flere beboere under 67 år (50,1 prosent) enn beboere over 67 år (49,9 prosent). Slik det har fremkommet tidligere vil et flertall av norske kommuner i sterkere grad prioritere hjemmebasert omsorg, og spesielt omsorgsboliger, for å møte omsorgsbehovene hos brukere både under og over 67 år. I tildelingen av omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg vil dermed behovene til eldre brukere med omfattende pleie- og omsorgsbehov måtte veies mot behov i den yngre brukergruppen.

Når yngre og eldre hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov ses samlet, har det vært en relativt kraftig økning i antallet brukere i denne gruppen. Antallet har økt fra i underkant av 19 000 i 2007 til rundt 23 000 i 2009. Dette har igjen ført til at kommunene i økende grad har konsentrert den hjemmebaserte omsorgen til brukere med omfattende bistandsbehov. Antallet som kun mottar praktisk bistand har gått ned, mens antallet som mottar både praktisk bistand og hjemmesykepleie har økt. Når den hjemmebaserte omsorgen konsentreres om de ressurskrevende brukerne, vil eldre med mindre og praktiske bistandsbehov kunne oppleve et manglende tilbud. Disse vil måtte basere seg på hjelp fra familie eller kjøp av tjenester fra private tilbydere. Et slikt manglende tilbud vil kunne føre til et skille mellom eldre som har økonomi til å kjøpe seg tjenester fra private tilbydere og de som ikke har denne muligheten. Erfaringer fra Sverige viser at i takt med en reduksjon i de hjemmebaserte tjenestene til eldre i alderen 65-84 år på 1990-tallet, økte kjøp av tjenester fra det private markedet. Det var spesielt eldre med høyere utdanning som benyttet seg av private tilbydere for å få praktisk bistand (Szebehely og Trydegård 2007).

I dette notatet har det blitt satt et skille mellom kommunalt og ikke kommunalt eierskap når det kommer til plasser i institusjon og omsorgsboliger. Slik det har fremkommet er det svært få plasser i institusjon som ikke er kommunalt eid. De plassene

som ikke er kommunalt eid er i all hovedsak drevet av ideelle organisasjoner. Plasser som ikke er eid av ideelle organisasjoner er eid av gamle og veletablerte kommersielle virksomheter. De ”nye” kommersielle selskapene konsentrerer seg primært om å levere anbud på drift av kommunalt eide institusjonsplasser. Det har imidlertid vært en liten vekst i slike ”nye” kommersielle virksomheter, noe som må ses i lys av at bruken av konkurranseutsetting innenfor pleie- og omsorgssektoren er svært begrenset. Sett ut fra de private tilbydernes ståsted er de økonomiske marginene i drift av pleie- og omsorgstjenester små. Dette gjør det vanskelig å drive virksomhet innen pleie og omsorg ut fra en bedriftsøkonomisk tankegang om størst mulig overskudd. Skal flere kommersielle aktører komme på banen, må de økonomiske rammene utvides. Når marginene er små, er det også lite å hente for kommunene ved å benytte konkurranseutsetting (Moland 2004). Som det tidligere har fremkommet er det få norske kommuner som kan tenke seg å benytte kommersielle aktører i fremtiden. Videre er det mange kommuner som heller ikke vet hvorvidt de vil komme til å benytte seg av slike aktører. Samlet sett gir det grunn til å anta at konkurranseutsetting heller ikke i fremtiden vil benyttes i utstrakt grad.

Når det gjelder omsorgsboliger har det vært en klar vekst i både kommunalt eide og ikke kommunalt eide boliger. Som det tidligere har kommet frem vil det fremover mot 2030 være behov for 60 000 nye institusjonsplasser og omsorgsboliger. I omsorgsmeldingen blir det lagt til grunn at en del av disse kan finansieres av brukerne (St.prp. nr. 66 (2002-2003)). Med den økte prioriteringen av omsorgsboliger er det dermed grunn til å anta at ikke bare antallet kommunalt eide, men også antallet ikke kommunalt eide omsorgsboliger vil fortsette å stige i årene som kommer.

Til tross for at konkurranseutsetting ikke har fått det store gjennomslaget innen pleie- og omsorgssektoren, er det en rekke NPM-inspirerte tiltak som har fått langt større gjennomslag innen sektoren. Internt i kommunene har det vært en relativt kraftig økning i bruken av konkurranseeksponerende tiltak. I alt har antallet kommuner som benytter ett eller flere konkurranseeksponerende tiltak økt fra 60 prosent i 2004 til 77 prosent i 2008. Blant de mest utbredte tiltakene er bestiller-utførermodell

og benchmarking, eller sammenlignbare data. Erfaringer fra Danmark gir grunn til å stille spørsmål om hvilke følger spesielt bruken av bestiller-utførermodell har for arbeidsforholdene til de ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av bestiller-utførermodellen for de ansattes arbeidsvilkår ble undersøkt i en rekke studier av omstillinger i hjemmetjenesten i København (Ipsen m.fl. 2002, Christiansen og Ipsen 2003, Klausen m.fl. 2003). Disse studiene avdekket at mange ansatte mener bestiller-utførermodellen hadde hatt en negativ innvirkning på arbeidet. Blant de negative virkningene som ble trukket frem var økt arbeidsbelastning og mindre muligheter for bruk av egne evner og kunnskap. Arbeidet ble oppfattet som oppdelt i små og strengt definerte tidsbestemte enheter, som gjorde det vanskelig å ta hensyn til varierende og skiftende behov blant brukerne. Dette igjen førte til en dragkamp om retten til å definere hva tiden skulle brukes til. De ansatte ble stadig konfrontert med å måtte velge mellom det som var vedtatt og det de selv vurderte som viktig for å dekke brukernes behov (Vabø 2007). I en norsk studie (Vabø 2002) og i en dansk studie (Eskelinen m.fl. 2004) gir ledere fra hjemmetjenesten uttrykk for bekymringer knyttet til hvordan de ansatte på sikt vil reagere på å bli fratatt kompetanse og handlingsfrihet. En norsk undersøkelse (Vabø 2002) avdekker at omsorgspersonalet ofte opplever det som lettere å følge sin moralske overbevisning fremfor å utføre det som står oppført i deres formelle arbeidsbeskrivelser. Videre avdekket studien at de praktiske og moralske problemene som oppsto i utførelsen førte til en mindre stram arbeidsdeling mellom bestiller og utfører. Dette finner støtte i en annen norsk undersøkelse (Gammelsæter 2004), som avdekket at det pågår et betydelig samarbeid mellom bestiller og utfører (Vabø 2007). Når det gjelder bruken av benchmarking eller sammenlignbare data virker det rimelig å anta at slike tiltak, hvor hensikten er å måle prestasjoner i virksomheten med seg selv eller andre over tid, virker negativt inn på arbeids- og tidspresset i en allerede krevende sektor på dette området (Trygstad 2009).

Litteratur

- Abrahamsen, D. (2006), Pleie og omsorg: Mer hjemmetjenester til mottakere under 67 år. *Samfunnsspeilet*, 5–6. Statistisk sentralbyrå.
- Brevik, I. (2003), *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer*. NIBR-rapport 2003:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I. (2010), *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn bare eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. NIBR-rapport 2010:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I. og L. Schmidt (2005), *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige Eldres boligpreferanser*. NIBR-rapport 2005:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I. og S. O. Daatland (2007), Utvikling og status i norsk eldreomsorg – institusjoner og kommunale boliger for omsorgsformål 1989 – 2005. *Aldring og livsløp*, 2:2–5.
- Christensen, T. og P. Lægreid (2004), New Public Management i norsk statsforvaltning. I: B. S. Tranøy og Ø. Østerud, red., *Den fragmenterte staten. Reform, makt og styring*. Oslo: Gyldendal.
- Christensen, T. og P. Lægreid (2007), NPM and Beyond – Leadership, Culture, and Demography. Working Paper 3. Bergen: The Rokkan Centre.
- Christiansen, J. M. og S. Ipsen (2003), *Ledelse i en omstillingstid – indenfor hjemmeplejen i Københavns Kommune*. København: CASA og Københavns Kommunes BST.
- Dahle, T og P. Bjerke (2001), *Private sykehjem. En rapport om kommersiell sykehjemsdrift*. Oslo/Bergen: De Facto – kunnskapscenter for fagorganiserte.
- Disch, P. G. og E. Vetvik (2009), *Framtidens omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet. Omsorgsplanlegging i norske kommuner. Status i 2009 – utfordringer mot 2015*. Rapport nr 1/2009. Porsgrunn: Senter for omsorgsforskning Sør.
- Dønnum, H., J. Askim, P. F. Jespersen, O. G. Råd, P. D. Slipher og A. Fløtre (2003), *Evaluering av konkurranseutsetting og omstilling i pleie- og omsorgssektoren. Oslo kommune*. Delrapport. Sandvika: Asplan Analyse.
- Daatland, S. O. (1990), *Ressurser og ressursbruk i eldresektoren*. Rapport 1990:5. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Daatland, S. O., M. Platz og G. Sundström (1997), Status og utviklingslinjer. I: S. O. Daatland, red., *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960–95*. Rapport 1997:22. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Eskelinen, L., E.B. Hansen og M. Fredriksen (2004), *Frit valg – erfaringer med flere leverandører af personlig og praktisk hjælp*. København: AKF Forlag.

- Gabrielsen, B., M. Lillegård, B. Otnes, B. Sundby, D. Abrahamsen og P. Strand (2008), *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLoS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLoSdata for 2007*. Notater 2008/42. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Gammelsæter, P. (2004), *Bestiller-utførermodell i pleie- og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler*. Oslo: Ressurssenteret for omsorgstjenester for Sosial og helsedirektoratet.
- Gautun, H. og Å. Hermansen (2011), *Eldreomsorg under press – kommunenes helse- og omsorgstilbud til pleie-trengende eldre*. Fafo-rapport 2011:12. Oslo: Fafo.
- Hansen, T. (2000), Policyanalyser – har kommunepolitikken noen konsekvenser? I: H. Baldersheim og L. E. Rose, red., *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010), Omsorgsbolig – en veileder. Lokalisert 29.07.10 på: http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Rundskriv_KTA/Rundskriv%20I-27_97.pdf
- Hovik, S. og I. M. Stigen (2008), *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2008:20. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Husbanken (2010), Retningslinjer for tilskudd fra Husbanken til omsorgsboliger og sykehjemsplasser, oppstartingsstilskudd, og kompensasjonstilskudd til dekning av renter og avdrag på lån under Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse. Lokalisert 29.07.10 på: <http://www.husbanken.no/regelverk/hb-nr.nsf/webRegelverk/0E7283813B2D1781C1256F540050B682?OpenDocument>
- Ipsen, S., J. Møller, H. Klausen, C. Lund og A. Eskesen (2002), *Ændringer i arbejde – set fra hjemmehjælperes og sygeplejerskers synsvinkel samt observationer fra arbejdet. Projekt Omstillinger i Københavns Kommunes hjemmepleje – fastholdelse eller udstødning. Delrapport 2 København kommune*. København: CASA.
- Klausen, H., A. M. Eskesen og J. M. Christiansen (2003), *Arbejdsophør i en omstillingstid. Interviews med medarbejdere som ophørte med arbejde i Københavns Kommunes hjemmepleje. Projekt Omstillinger i Københavns Kommunes hjemmepleje – fastholdelse eller udstødning. Delrapport 4 København kommune*. København: CASA.
- Kommunal rapport (2010), Frivillige kan gå foran – ny avgjørelse i EFTAs overvåkningsorgan til fordel for offentlige etater. Lokalisert 30.07.10 på: <http://www.kommunal-rapport.no/id/11201505.0>
- KS (2010), Utviklingen i pleie og omsorg 2004–2008. Lokalisert 30.07.10 på: <http://www.ks.no/PageFiles/7123/PleieOmsorg-rapport%202004-2008.pdf>
- Moland, L. (2004), *Når katta vokser og musene blir mange – om vekst, oppstykkning og nye aktører i pleie- og omsorgssektoren. LOs framtid i offentlig sektor*. Fafo-notat 2004:11. Oslo: Fafo.
- NOU 2004: 18, *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*.
- NOU 2005: 3, *Fra stykkevis til helt*.

- Otnes, B. (2007), *Hjelp til flere utenfor institusjon*. Lokalisert 10.09.10 på:
<http://www.ssb.no/ssp/utg/200705/06/>
- Romøren, T. I. (1991), Tre reformer som endret det kommunale hjelpeapparatet. I: A. H. Nagel, red., *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater forlag.
- Romøren, T. I. (2001), Eldreomsorgen. I: A. Hatland, S. Kuhnle og T. I. Romøren, red., *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal.
- Romøren, T. I. (2007), Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til ”yngreomsorg”? *Aldring og livsløp*, 1:2–10.
- Sahlin-Anderson, K. (2002), National, International and Transnational Constructions of New Public Management. I: T. Christensen og P. Lægreid, red., *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice*. Hampshire: Ashgate Publishing Limited.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
- St.prp. nr. 66 (2002–2003), *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2004 (kommuneproposisjonen)*
- Szebehely, M. og G. B. Trydegård (2007), Omsorgstjenester för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2–3.
- Trygstad, S. C. (2009), *Endringer i norske kommuner og konsekvenser for ansatte. Delrapport 4 Liv og arbeid – mulighetenes arbeidsliv for alle? Et prosjekt om forutsetningene for et bedre og lengre yrkesliv*. Fafo-rapport 14. Oslo:Fafo.
- Vabø, M. (2002), *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Omstillingsarbeid i hjemmetjenesten*. Rapport nr 18/02. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Vabø, M. (2007), *Organisering for velferd – Hjemmetjenestene i en styringsideologisk brytningstid*. Dr.gradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet.

Organisering og eierformer innen pleie- og omsorgssektoren



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-notat 2011:14
ISSN 0804-5135