

Heidi Gautun og Åsmund Hermansen

# Eldreomsorg under press

Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre





Heidi Gautun og Åsmund Hermansen

## **Eldreomsorg under press**

**Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre**

© Fafo 2011

ISBN 978-82-7422-802-3 (papirutgave)

ISBN 978-82-7422-803-0 (nettutgave)

ISSN 0801-6143

Omslagsfoto: Colourbox.no

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

# Innhold

Forord .....	5
Sammendrag .....	7
<b>Kapittel 1 Innledning .....</b>	<b>15</b>
1.1 Spørsmål som belyses .....	15
1.2 Gangen i rapporten.....	19
<b>Kapittel 2 Data og metode .....</b>	<b>21</b>
2.1 Forskning og analyser av registerdata .....	21
2.2 Kvalitativ intervjuundersøkelse blant sykepleiere .....	22
2.3 Spørreundersøkelsen blant sykepleierne.....	23
2.4 Andre datakilder? .....	26
<b>Kapittel 3 Hvordan har helse- og omsorgstjenestetilbudet til eldre utviklet seg? .....</b>	<b>27</b>
3.1 Har det funnet sted en vekst i tjenestetilbudet til eldre de siste 20 årene?.....	27
3.2 Dagens situasjon .....	31
3.3 Hva påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for de aller eldste brukerne? .....	40
3.4 Dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009 – resultater fra regresjonsanalysene ....	45
3.5 Dekningsgrad av institusjonsplasser og dekningsgrad av hjemmetjenester – ulike forklaringer? .....	51
3.6 Forholdet mellom dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester for de aller eldste brukerne .....	54
3.7 Oppsummering av resultatene fra regresjonsanalysene .....	64
3.8 Sammensetningen av kompetansen i tjenestene .....	66
3.9 Oppsummering.....	74

<b>Kapittel 4 Eldreomsorgstilbudet sett med sykepleiernes øyne ....</b>	<b>79</b>
4.1 Kjennetegn ved informantene.....	79
4.2 Sykepleiernes beskrivelse av eldreomsorgen i den kommunen/bydelen de jobber i .....	80
4.3 Hvordan beskrives kvaliteten på tjenesten eller institusjonen de jobber i? .....	83
4.4 Forebygging .....	87
4.5 Hvordan beskrives kompetansen? .....	88
4.6 Spørsmål kun stilt til de med eldre pasienter i omsorgsboliger.....	90
4.7 Spørsmål kun stilt til ansatte i hjemmesykepleien .....	91
4.8 Samhandlingsreformen .....	93
4.9 Oppsummering.....	94
<b>Kapittel 5 Avslutning .....</b>	<b>97</b>
5.1 Tjenestetilbudet til eldre har blitt redusert.....	97
5.2 Kommunene prioriterer hjemmebaserte tjenester fremfor institusjonsplasser .....	98
5.3 Når sektoren tilføres mer penger, satses det på hjemmebaserte tjenester.....	98
5.4 Kommunenes økonomiske handlingsrom legger de viktigste føringene for utformingen av det institusjonsbaserte tilbudet.....	98
5.5 Kommuner med mindre press på omsorgstjenestene fra yngre brukere tilbyr i større utstrekning institusjonsplasser .....	99
5.6 Sykepleierne gir uttrykk for at en gruppe av de aller mest syke og hjelpetrequende eldre i dag får hjelp på feil omsorgsnivå .....	99
5.7 Hjemmesykepleierne sier 36 prosent av deres eldre brukere som bor hjemme eller i omsorgsbolig, trenger en institusjonsplass.....	100
5.8 Både personell med høy kompetanse og stor bruk av ufaglærte i eldreomsorgen .....	101
5.9 Tidspress går utover kvaliteten på tjenestene som gis eldre .....	101
5.10 Er den satsingen som nå finner sted, tilstrekkelig for å møte fremtidige behov? .....	102
Litteratur .....	103
Vedlegg 1 Spørreskjema til QuestBack-undersøkelsen blant sykepleierne.....	106
Vedlegg 2 til registerdataanalysene i kapittel 3 .....	118
Vedlegg 3 Tabeller til kapittel 4.....	125

# Forord

Fafo fikk høsten 2010 i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) å gjennomføre et prosjekt om helse- og omsorgstilbudet som gis eldre i kommunene. For å belyse eldreomsorgstilbudet har forskerne gjennomgått forskning, analysert registerdata samt utført to egne datainnsamlinger blant sykepleiere som er ansatt i eldreomsorgen i kommunene. Vi vil gjerne takke de seks sykepleierne fra tre kommuner som stilte opp til intervju i desember 2010. Likeledes vil vi takke de 4187 sykepleierne fra hele landet som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsen som vi gjennomførte i januar 2011.

Arvid Libak, avdelingssjef i Samfunnspolitisk avdeling (NSF), spesialrådgiver Anne Marie Flovik (NSF) og spesialrådgiver Åsne Grønvold (NSF) har sittet i en referansegruppe for prosjektet og skal ha stor takk for samarbeidet, innspill, kommentarer og kunnskap de har formidlet underveis i prosjektet. En stor takk rettes også til Dag Rangvald Abrahamsen ved Seksjon for helsestatistikk, Statistisk sentralbyrå, for utmerket service og rask utlevering av registerdata. Vi vil også takke informasjonsavdelingen på Fafo for ferdigstilling av rapporten.

Heidi Gautun (Fafo) har vært hovedforfatter av kapittel 1 Innledning og har skrevet kapittel 4 Eldreomsorgstilbudet sett med sykepleiernes øyne. Kapittel 2 Data og metode og kapittel 5 Avslutning er skrevet i felleskap med Åsmund Hermansen (Fafo). Gautun har hatt hovedansvaret for å utarbeide intervjuguide og spørreskjema til den webbaserte spørreundersøkelsen. Hun har også gjennomført de kvalitative intervjuene. Hermansen har satt opp den webbaserte spørreundersøkelsen og gjennomført datainnsamlingen. Hermansen har også skrevet kapittel 3 Hvordan har helse- og omsorgstilbudet til eldre utviklet seg? samt beskrevet registerdata i innledningskapittelet og i metodekapittelet.

Oslo, mars 2011

Heidi Gautun (prosjektleder) og Åsmund Hermansen



# Sammendrag

## Kapittel 1

I denne rapporten belyses helse- og omsorgstilbudet som gis eldre i norske kommuner. Oppdraget har gått ut på å utarbeide en oversikt over utviklingen av tilbudet med tjenester til eldre, beskrive dagens situasjon og vurdere om dagens tjenestetilbud dekker behovene til den eldre befolkningen.

## Kapittel 2

For å belyse spørsmål som er stilt i innledningskapittelet, vises det i kapittel 2 for det første til annen forskning på feltet og fremstillinger og analyser av registerdata. I tillegg har vi utarbeidet egne fremstillinger basert på KOSTRA-statistikk for årene 2007 til 2009 og gjennomført egne analyser av KOSTRA-statistikk for 2009. For det tredje har vi gjennomført kvalitative intervjuer med seks sykepleiere som jobber innen eldreomsorgen i tre ulike kommuner med ulikt innbyggertall i desember 2010. I januar 2011 ble spørsmål som ble omtalt i intervjuene, undersøkt i en spørreundersøkelse blant et høyt antall sykepleiere (i alt 4187) som jobber i eldreomsorgen i kommuner spredt over hele landet.

## Kapittel 3

I kapittel 3 beskrives utviklingen i tilbudet av helse- og omsorgstjenester til eldre de siste 20 årene. Fremstillingen bygger på foreliggende analyser som er gitt i stortingsmeldinger og handlingsplaner, og analyser som er utarbeidet av andre forskere, for tidsperioden 1989 til 2006, og egne analyser av KOSTRA-statistikk etter 2006. Et sentralt spørsmål som belyses i analyser av statistikk fra 2009, er hva som påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for de aller eldste brukerne. Et annet sentralt

spørsmål som belyses, er hvordan kompetansen er sammensatt i helse- og omsorgstjenestene. Følgende hovedfunn kan fremheves:

### **Utviklingstrekk**

- Institusjonstilbudet har blitt redusert, samtidig som det har skjedd en økt og intensivert bruk av hjemmetjenester de siste 20 årene.
- Institusjonstilbudet består i dag i all hovedsak av sykehjem. Aldershjemmene utgjør, som et resultat av en sterk nedbygging de siste 20 årene, en svært liten andel av det samlede institusjonstilbudet.
- Antallet institusjonsplasser per 1000 innbyggere 80 år og eldre har sunket fra 297 plasser i 1989 til 188 plasser i 2006.
- Det har funnet sted en kraftig vekst i antall omsorgsboliger, men den har ikke kompensert for hele reduksjonen i det institusjonsbaserte tilbudet.
- Samlet har det vært en nedgang i institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre de siste 20 årene.
- Institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre, målt ved antall enheter per 1000 innbyggere 80 år og eldre, var lavere ved avslutningen av «Handlingsplanen for eldreomsorgen» i 2006 enn ved oppstarten i 1998.
- Yngre brukere (under 67 år) har relativt sett opplevd en dobbelt så stor økning i antall mottakere av hjemmetjenester som brukere 80 år og eldre.
- Andelen innbyggere 80 år og eldre som mottok hjemmetjenester sank fra 41 prosent i 1992 til 37 prosent i 2006 på landsbasis.

### **Forhold som påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre**

- Kommunenes ressurser og prioriteringer er av stor betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester til eldre.
- Det er det økonomiske handlingsrommet (kommunenes frie inntekter) og ikke behov (målt i andel innbyggere 80 år og eldre) som legger de viktigste føringene for utformingen av det institusjonsbaserte tilbudet innen dagens kommunale helse- og omsorgstilbud.

- Kommunenes inntekter har også betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, men kommunenes prioritering av sektoren er en viktigere forklaringsfaktor.
- Kommuner med mindre press på omsorgstjenestene fra yngre brukere tilbyr i større utstrekning institusjonsplasser.
- Når helse- og omsorgssektoren tilføres mer penger, satses det på hjemmebaserte tjenester.

### **Sammensetning av kompetanse i tjenestene**

- Ansatte uten relevant fagutdanning utgjorde en betydelig gruppe (33 000 årsverk) innen kommunenes helse- og omsorgstjenester (115 000 årsverk) i 2009.
- Andel personell uten relevant utdanning er noe høyere innenfor hjemmetjenestene sammenlignet med institusjonene.
- Det jobber flere fagutdannede fra videregående (spesielt hjelpepleiere) enn sykepleiere i kommunenes helse- og omsorgssektor.

## **Kapittel 4**

Litt over halvparten (55 %) av de i alt 4187 sykepleierne som har svart på spørreundersøkelsen, jobber i sykehjem. En prosent jobber i aldershjem, og resten jobber i hjemmesykepleien og har eldre pasienter som bor hjemme og/eller i omsorgsboliger. Kun fire prosent jobber i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning.

### **Det er først og fremst omfanget av tilbudet til de aller sykeste og mest hjelpetrengende eldre som ansatte i eldreomsorgstjenestene opplever er for lite bygget ut**

- Et stort flertall svarer at langtidsplasser i sykehjem (74 %), korttidsplasser i sykehjem (60 %) og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning (58 %) ikke er tilstrekkelig bygget ut i forhold til Eldres behov i den kommunen eller bydelen de jobber i.
- 62 prosent svarer at terskelen for å få sykehjemsplass i kommunen eller bydelen er for høy.

- Cirka tre av ti gir også uttrykk for at tilbudet av hjemmesykepleie til eldre er for lite bygget ut.
- Et fåtall etterspør flere omsorgsboliger uten fast bemanning.
- Jo større kommunene er, jo flere oppgir knapphet på tilbudene.
- 75 prosent av sykepleierne i de største byene (innbyggertall over 50 001) svarer at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy, og 80 prosent svarer at det er for få sykehjems- (langtids-) plasser.

### **For lite personell og tidspress går utover kvaliteten på eldreomsorgstilbudet**

- Fire av ti sier kvalitetsforskriften er førende for arbeidsstedet deres.
- Halvparten (53 %) svarer at Eldres behov for trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ikke ivaretas godt i tjenesten eller institusjonen de jobber i.
- 65 prosent svarer at Eldres behov for ernæring, hygiene, pleie og medisinske behov ivaretas godt i tjenesten eller institusjonen de jobber i.
- I alt 79 prosent svarer at tjenesten eller institusjonen de jobber i per i dag, ikke er godt bemannet.
- De største kommunene kommer dårligst ut på alle spørsmålene om ivaretagelse av Eldres behov.
- En større andel ansatte i hjemmesykepleien svarer at Eldres behov dekkes dårlig av deres tjeneste, sammenlignet med sykepleiere som jobber i sykehjem eller aldershjem.
- Under halvparten, 43 prosent, svarer varierende på spørsmålet om eldre i deres tjeneste eller institusjon får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling. 13 prosent svarer nei.
- De største kommunene og hjemmesykepleien kommer dårligst ut, også på spørsmålet om legetilsyn og medisinsk behandling.
- Over halvparten av sykepleierne svarer at de daglig opplever at tiden de har til rådighet til den enkelte eldre pasient, ikke strekker til. 31 prosent svarer at dette skjer hver uke.

### **Få svarer at de har tid til forebygging**

- Et mindretall (22 %) svarer ja på spørsmålet: «Får du nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn tidlig og forhindre forverring i helse-tilstand og hjelpebehov?» Over halvparten svarer det varierer en god del.
- Flest av dem som jobber i småkommunene, oppgir å få tid til forebygging.

### **Det er både personell med høy kompetanse, men også en stor bruk av ufaglærte spesielt i helger, ferier og høytider i eldreomsorgen**

- Det jobber mange fagutdannede sykepleiere og personell med annen helsefaglig bakgrunn i eldreomsorgen. Flere har også tatt etterutdanning.
- Det fremkommer imidlertid både i den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen at det oppfattes å være et svakt punkt at det er stor bruk av ufaglærte, spesielt i helger, ferier og høytider.
- Halvparten svarer i spørreundersøkelsen at det er nok personell med helsefaglig utdanning på dagtid og kveldstid.
- Et stort flertall svarer at det er for mange ufaglærte på jobb i helger, ferier og høytider.
- Jo større kommunene er, jo dårligere kommer de ut på alle spørsmålene. Både på dagtid, kveldstid og netter, helger og i ferier og høytider har de største byene lavest andel personell med helsefaglig bakgrunn og størst bruk av ufaglærte.

### **Hjemmesykepleierne sier 36 prosent av deres eldre pasienter trenger en institusjonsplass**

- Flertallet av eldre pasienter i tjenesten eller institusjonen sykepleierne jobber i, vurderes som å få hjelp på riktig omsorgsnivå.
- Men omtrent 36 prosent av eldre som mottar hjemmesykepleie hjemme eller i omsorgsbolig, vurderes som å trenge en sykehjemsplass (22 %) eller aldershjemsplass (14 %).
- En liten andel, gjennomsnittlig 7 prosent av eldre sykehjemsbeboere, vurderes av sykepleierne som jobber i sykehjem, at hadde hatt bedre av å motta tjenester i eget hjem, og en liten andel, gjennomsnittlig 4 prosent, vurderes at hadde hatt bedre av et omsorgsboligtilbud.

### **Litt under fire av ti hjemmesykepleiere bruker tidsskjemaer for tidsbruk per oppgave de skal utføre hos hver enkelt pasient i tjenesten de jobber i**

- Det er først og fremst de største byene (med et innbyggertall på over 50 001) som bruker tidsskjemaer.
- Tre av ti opplever bruken av skjemaene som en belastning.
- Halvparten svarer at bruken av skjemaene går utover kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre.
- Litt over halvparten opplever at skjemaene er til god hjelp for å planlegge arbeidsdagen.
- Det er flest hjemmesykepleiere fra de største byene som opplever skjemaene som en belastning, og som svarer at tidsskjemaene går utover kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre.

### **I den kvalitative studien sies det at samhandlingsreformen er for lite gjennomtenkt og planlagt, og at det allerede i dag er vanskelig for kommunene å ta imot eldre pasienter som skrives ut fra sykehus**

I spørreundersøkelsen svarer halvparten svært godt eller godt, og 26 prosent svarer verken godt eller dårlig på spørsmålet om hvordan de i dag opplever tilbudet som ytes eldre pasienter som skrives ut fra sykehus i tjenesten eller i institusjonen de jobber i. En liten gruppe svarer varierende eller varierer en god del.

## **Kapittel 5**

Hovedspørsmålet som er belyst i rapporten, er om eldre i dag får den hjelpen de trenger. I studien konkluderes at de fleste får den hjelpen de trenger, men en forholdsvis stor gruppe eldre (anslått til 36 %) som mottar tjenester hjemme eller i omsorgsbolig, ser ut til å trenge et mer omfattende helse- og omsorgstilbud enn det de får i dag.

Andre hovedfunn i studien er disse:

- Tjenestetilbudet til eldre har blitt redusert.
- Når sektoren tilføres mer penger, satses det på hjemmebaserte tjenester.
- Kommunenes økonomiske handlingsrom legger de viktigste føringene for utformingen av det institusjonsbaserte tilbudet.

- Kommuner med mindre press på omsorgstjenestene fra yngre brukere tilbyr i større utstrekning institusjonsplasser.
- Sykepleierne gir uttrykk for at en gruppe av de aller mest syke og hjelpetrengende eldre i dag får hjelp på feil omsorgsnivå.
- Eldreomsorgen kjennetegnes både av personell med høy kompetanse og stor bruk av ufaglærte i eldreomsorgen.
- Tidspress går utover kvaliteten på tjenestene som gis eldre.
- Satsingene som gjøres i helse- og omsorgstjenestene, tar utgangspunkt i at dagens tjenesteapparat dekker behovene i eldrebefolkningen. Dagens tjenesteapparat ser ut til å bestå av for få institusjonsplasser for eldre. Satsingen som gjøres på å bygge ut institusjonstilbudet, kan dermed være for liten og føre til at et økende antall eldre ikke får dekket sine behov. Et for lite antall institusjonsplasser for den mest hjelpetrengende gruppen av eldre vil også kunne føre til at andre deler av tiltakskjeden innenfor eldreomsorgen belastes ytterligere.



# Kapittel 1 Innledning

Høsten og vinteren 2010 ble det satt et sterkt søkelys på eldreomsorgen i media, og flere ga uttrykk for at de var bekymret for at sterkt hjelpetrequende eldre i dag ikke får den hjelpen de trenger. På bakgrunn av denne debatten ba Norsk Sykepleierforbund (NSF) Fafo om å gjennomføre et prosjekt for å belyse helse- og omsorgstilbudet som gis eldre i kommunene.<sup>1</sup> Oppdraget har både gått ut på å utarbeide en oversikt over utviklingen av tilbudet med tjenester til eldre i de senere år, beskrive dagens situasjon og vurdere om tjenestene som tilbys, dekker behovene i eldrebefolkningen. For å belyse eldreomsorgstilbudet viser vi i denne rapporten til annen forskning, gjennomfører egne analyser av registerdata og presenterer funn fra to egne datainnsamlinger som er gjennomført i desember 2010 og januar 2011. Den ene er en kvalitativ intervjuundersøkelse blant et lite antall sykepleiere som jobber i helse- og omsorgstjenesten i tre kommuner med ulikt innbyggertall. Den andre er en spørreundersøkelse som er gjennomført blant 4187 sykepleiere spredt over hele landet.

## 1.1 Spørsmål som belyses

### **Har det funnet sted en vekst i tjenestetilbudet til eldre de siste 20 årene?**

Helse- og omsorgstjenestene består i dag i hovedsak av sykehjem, omsorgsboliger (med tilknyttede hjemmetjenester, enten ambulante og/eller stasjonære) og hjemmetjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Det er disse tjenestene det er satt fokus på i denne rapporten.<sup>2</sup> Helse- og omsorgstjenestene favner en sammensatt gruppe. Tjenestene omfatter alle innbyggere i kommunen med behov for slike tjenester enten de er gamle, funksjonshemmede, i ferd med å dø, har en psykisk lidelse eller har et alvorlig rusmiddelproblem (St.meld. nr. 28 (1999–2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene). En rekke reformer de siste 20 årene har ført til en sterk vekst i antallet yngre brukere av helse- og omsorgstjenestene. Parallelt har det funnet sted en

<sup>1</sup> Å undersøke lege- og spesialisthelsetjenestetilbudet inngår ikke i oppdraget og derfor heller ikke i begrepet helse- og omsorgstilbudet når det anvendes i denne rapporten.

<sup>2</sup> Det finnes også et lite antall aldershjem og annet som består av støtte til sosial inkludering, avlastning, støttekontakt og aktivitetssenter osv. som inngår som en del av pleie- og omsorgstjenesten.

kraftig vekst i helse- og omsorgstjenestene, men hvor mye av denne veksten har gått til eldre? Har omfanget av tjenester til eldre økt, holdt seg stabilt, eller har det skjedd en reduksjon? I offentlige diskusjoner oppstår ofte forvirring på grunn av ulik bruk av tall og statistikk. Forvirringen oppstår fordi bildet fremstår som ulikt når presentasjonen baseres på absolutte tall i vekst i årsverk (ansatte) og antall brukere (mottakere) av tjenester, sammenlignet med når det vises til relative tall i forhold til ansatte personer i målgruppen. Vi vil både gi en oversikt over tilbudet og utviklingen i absolutte tall, for å synliggjøre veksten i antall årsverk og brukere over tid, og relative tall, som gjør det mulig å se hvilke aldersgrupper veksten har funnet sted for. Perioden som blir belyst, er fra 1989 og frem til i dag. Presentasjonen bygger på foreliggende analyser som er gitt i stortingsmeldinger og handlingsplaner, og analyser som er utarbeidet av andre forskere, for tidsperioden 1989 til og med 2006, og egne analyser av KOSTRA etter 2006. En detaljert beskrivelse av dagens situasjon blir gitt ved å gjennomføre egne analyser og fremstillinger av KOSTRA-statistikk fra årene 2007 og 2009.

### **Får eldre hjelp på riktig omsorgsnivå i kommunene?**

Tjenestene har over tid i stadig større grad blitt dreid til å bli ytt til omsorgstrengende utenfor institusjon. Det har vært og er bred politisk enighet om at eldre hjelpetrengende skal bo hjemme og motta hjemmetjenester så lenge som mulig. På bakgrunn av oppslag i media i den senere tid, rapporter fra tilsynsmyndighetene<sup>3</sup> og også en nylig gjennomført undersøkelse av vedtak om sykehjemsplasser (Gjevjon og Romøren 2010) er det grunn til å spørre om utviklingen har gått for langt. Er det mange eldre som mottar hjemmetjenester i eget hjem, som trenger et mer omfattende helse- og omsorgstilbud?

Det har også funnet sted en kraftig vekst i antall omsorgsboliger i kommunene etter at staten gjennom Husbanken opprettet en tilskuddsordning for omsorgsboliger i 1994. Satsingen på å bygge ut omsorgsboliger skyldes i stor grad reformer som har ført til at kommunene har fått ansvar for å tilby tilrettelagte boliger for yngre brukere som tidligere bodde i institusjon. Det har imidlertid også vært en politisk målsetting å bygge ut omsorgsboligtilbudet til eldre for å unngå sykehjemsplassering. Cirka halvparten av omsorgsboligene hadde beboere over 67 år i 2006, de fleste var mye eldre enn 67 år (Romøren 2006). Hvor mye hjelp eldre mottar i omsorgsboligene, varierer. Noen kommuner bruker omsorgsboliger som et supplement til sykehjem, der de primært er

<sup>3</sup> Jamfør oversikt over planlagte tilsyn og områdeovervåkning på eldreomsorgsfeltet på 2000-tallet, som ble oversendt fra Helsetilsynet til Helse- og omsorgsdepartementet 10. november 2010. <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2010/Eldreomsorg-og-tilsyn/?id=16304>

tenkt som et tilbud til eldre med et moderat hjelpebehov. Andre kommuner forsøker å drive omsorgsboligene sine som et alternativ til sykehjem (Romøren 2006).

Det er bred enighet både blant politikere og fagfolk om at omsorgsboliger er et godt tilbud til eldre som har behov for en tilrettelagt bolig, og som kun har behov for litt eller noe hjelp fra hjemmetjenesten. Det er imidlertid uenighet om at de aller mest pleietrengende eldre beboerne i omsorgsboliger, som det blir stadig flere av, får dekket sine behov like godt som i sykehjem. Gis det nok tjenester til eldre som bor i omsorgsboliger? Er heldøgns pleie- og omsorgstilbud, som tilbys i noen av omsorgsboligene, et fullgodt alternativ til institusjon? Flere stiller i dag spørsmålet om utviklingen med å unngå bruk av sykehjem har gått for langt for de mest hjelpetrengende eldre. Gjevjon og Romøren (2010) har nettopp gjennomført en undersøkelse av saksbehandlere som til daglig er med på å avgjøre hvem som skal få sykehjems plass. Flere av disse gir uttrykk for at terskelen har blitt for høy, spesielt i byene. Nesten fire av ti saksbehandlere i Oslo svarer at terskelen for å få sykehjems plass i bydelene eller kommunen er for høy. I 2007 gjennomførte SINTEF Helse en kvalitativ studie i tolv kommuner om ansattes erfaringer med omsorgsboliger for eldre. I studien fremkommer det at de aller sykeste og mest pleietrengende eldre ikke får ivaretatt sine behov for trygghet, sosialt samvær og meningsfull aktivitet i omsorgsboligene (SINTEF 2007). SINTEF-studien har ikke landsrepresentative data, vi har derfor sett det som viktig å følge opp og undersøke i hvilken grad noen av funnene i denne studien er representative på landsbasis, ved å spørre sykepleiere fra hele landet.

### **Er det økonomiske grunner til at kommunene velger omsorgsboligløsningen?**

Stortingsmeldinger, handlingsplaner for eldreomsorgen og statsbudsjetter omtaler omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstilbud som et tjenestetilbud på lik linje med sykehjem. I tillegg bevilges det midler som kan brukes til enten å bygge sykehjem eller omsorgsboliger for å møte behovene til tungt pleietrengende eldre. De fleste kommuner har valgt å satse på å bygge ut omsorgsboligtilbudet fremfor å bygge sykehjems plasser. Er det økonomiske grunner til at kommunene velger omsorgsboligløsningen? Vi har gjennomgått lov- og regelverket for å belyse de økonomiske insentivene ved å bygge ut omsorgsboliger fremfor institusjonsplasser samt omgjøre institusjonsplasser til omsorgsboliger.

Selv om en hovedtrend har vært i stadig større grad å bygge ut omsorgsboligtilbudet, er det forskjeller mellom kommuner i hvor stor grad de velger å satse på institusjonsomsorg eller hjemmetjenester som gis eldre i eget hjem eller i omsorgsbolig. Ved hjelp av KOSTRA-data presenterer vi beskrivende statistikk for å belyse tjenestetilbudet for perioden 2007 til 2009. Videre analyserer vi ved hjelp av KOSTRA-data betydningen

av ulike forklaringsfaktorer som kan forklare forskjeller i dekningsgrad av institusjonsplasser og hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009.

### **Hvordan er sammensetningen av kompetansen i tjenestene?**

Om eldre får et godt helse- og omsorgstilbud, avhenger ikke bare av om de får tjenester, eller hvor mye hjelp de får. Kompetansen både i hjemmetjenesten, sykehjemmene og hos personell knyttet til omsorgsboliger har betydning for om eldre får dekket sine behov. Vi ser det derfor også som viktig å kartlegge sammensetning av kompetanse i tjenestene, målt i hvor stor andel av dem som jobber i eldreomsorgen, det er som har utdanning fra høyskole eller universitet, annen utdanningsbakgrunn, og som er ufaglærte. I rapporten belyses utviklingen for de ulike yrkesgruppene innen helse- og omsorgssektoren, med spesielt vekt på utviklingen i antall årsverk med og uten relevant fagutdanning.

I beskrivelsen av dagens situasjon ser vi det som svært viktig å sammenligne sammensetning av kompetanse innen institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg. En kartlegging av et begrenset utvalg sykehjem og soner for hjemmesykepleie i fire kommuner i 2009 avdekket en stor andel ufaglærte både i sykehjem og hjemmesykepleien (ECON 2009). I tillegg til å kartlegge sammensetning av kompetanse i den hjemmebaserte omsorgen vil vi også presentere beskrivende statistikk for sammensetningen av ulike kompetanse og ufaglærte i den institusjonsbaserte omsorgen på landsbasis.

### **Opplever sykepleierne at de har nok kompetanse, og at de får brukt sin kompetanse?**

I dette prosjektet undersøkes også, gjennom den kvalitative og kvantitative datainnsamlingen vinteren 2010/2011, hvor stor andel av sykepleierne det er som har tatt etterutdanning som er relevant og nyttig i tjenesteytingen til eldre, og om de eventuelt etterlyser tilleggsutdanning. Det er også undersøkt om sykepleierne opplever at de får brukt sin kompetanse i tjenesteytingen til eldre. På bakgrunn av svar i de kvalitative intervjuene er det satt søkelys på forebygging i den landsomfattende undersøkelsen: Det vil si om sykepleierne opplever at de blir gitt tid til å utføre den delen av sykepleien som går ut på å vurdere og følge med på behovsutviklingen til eldre som mottar tjenester, slik at nødvendige tiltak og tjenester kan settes inn på et riktig tidspunkt og forhindre eller bremse en forverring i helsetilstand og hjelpebehov.

## 1.2 Gangen i rapporten

Rapporten er delt inn i fem kapitler. I kapittel 2 Data og metode blir det gjort rede for hvilke datakilder som er benyttet for å svare på spørsmål som er stilt i innledningskapittelet. I kapittel 3 beskrives utviklingen i tjenestetilbudet til eldre de siste 20 årene, samtidig som det gis en mer detaljert beskrivelse av dagens situasjon. I kapittel 4 presenteres funn fra de to undersøkelsene som er gjennomført blant sykepleiere som jobber i eldreomsorgen vinteren 2010/2011. I kapittel 5 Avslutning oppsummeres og diskuteres funnene.



# Kapittel 2 Data og metode

For å belyse spørsmålene som er stilt i innledningskapittelet, vises det for det første til annen forskning på feltet og fremstillinger og analyser av registerdata. For det andre gir vi egne fremstillinger og gjennomfører egne analyser av registerdata fra årene 2007 og 2009. For det tredje gjennomfører vi analyser av egne innsamlede data. Vi har både gjennomført kvalitative intervjuer med seks sykepleiere fra tjenester i tre kommuner og en spørreundersøkelse blant 4187 sykepleiere som jobber i helse- og omsorgssektoren. Prosjektet er gjennomført i tråd med vanlige forskningsetiske retningslinjer og er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Når det gjelder våre egne fremstillinger og analyser av registerdata, baserer disse seg på offentlig tilgjengelige KOSTRA-data fra Statistisk sentralbyrå (SSB). De KOSTRA-dataene som ikke har vært offentlig tilgjengelige, har vi innhentet fra Seksjon for helsestatistikk i SSB.

## 2.1 Forskning og analyser av registerdata

For å belyse hvordan utviklingen av helse- og omsorgstilbudet til de eldre har vært de siste 20 årene frem til og med 2006, og belyse hvorvidt denne utviklingen har ført til at tjenestene til eldre har økt, holdt seg stabile, eller hvorvidt det har skjedd en reduksjon, vil vi referere til foreliggende forskning og offentlige utredninger. I denne fremstillingen vil utviklingen innen den institusjonsbaserte og hjemmebaserte omsorgen stå sentralt. Videre vil utviklingen i helse- og omsorgstilbudet for innbyggere 80 år og eldre sees i sammenheng med veksten i antallet brukere under 67 år for den samme perioden.

For å beskrive dagens situasjon vil vi presentere beskrivende statistikk basert på KOSTRA-data for perioden 2007–2009. I fremstillingen ser vi spesielt på tilbudet til befolkningen 80 år og eldre. Beskrivende statistikk vil bli presentert for å vise dekningsgrad av institusjonsplasser og hjemmetjenester for de som er 80 år og eldre i denne perioden. Videre presenteres beskrivende statistikk for aldersfordelingen mellom brukere i institusjon og brukere av hjemmetjenester. Disse fremstillingene er hentet fra Hermansen (2011a). I tillegg har vi innhentet KOSTRA-data fra Seksjon for helsestatistikk i SSB for å belyse fordelingen av antall gjennomsnittlig tildelte timer i uken med hjemmesykepleie og praktisk bistand for brukere 80 år og eldre i 2009. I

analysene vi gjennomfører med utgangspunkt i KOSTRA-data, settes spesielt fokus på hva som påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009. Dekningsgrad av institusjonsplasser operasjonaliseres som antall beboere på institusjon 80 år og eldre delt på den totale befolkningen 80 år og eldre. Når det gjelder dekning av hjemmetjenester, operasjonaliseres denne variabelen som antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre delt på den totale befolkningen 80 år og eldre.

Videre analyseres hvorvidt ulike forklaringsvariabler er av ulik betydning for å forklare dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. I analysene benytter vi multippel sekvensiell regresjonsanalyse. Ved hjelp av en slik tilnærming er det mulig å studere hvilken betydning ulike forklaringsvariabler har for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester. Videre er det mulig å studere endringer i de ulike forklaringsvariabler når nye grupper med forklaringsvariabler introduseres. I analysene legges en sosioøkonomisk tilnærming til grunn. I den sosioøkonomiske tilnærmingen legges det vekt på betydningen av demografiske, sosiale og økonomiske forholds betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester (Hansen 2000).

Sammensetningen av kompetanse innen tjenestene blir belyst ved å presentere beskrivende statistikk for antall avtalte årsverk innen pleie og omsorg for personell med og uten relevant fagutdanning for perioden 2003 til 2009. Videre presenteres beskrivende statistikk for antall årsverk for de ulike helsepersonellgruppene innen pleie og omsorg for den samme perioden. Disse fremstillingene er hentet fra Hermansen (2011b) som på bakgrunn av KOSTRA-data har beskrevet utviklingen fra 2003 til 2009. Vi har i tillegg innhentet KOSTRA-data fra seksjon for helsestatistikk i SSB for å belyse fordelingen av kompetanse innen institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg i 2009. Videre vil vi presentere beskrivende statistikk, basert på KOSTRA-data, for å illustrere sykepleierdekning og antall årsverk for sykepleiere med videreutdanning. Det er viktig å understreke at disse fremstillingene er basert på antall avtalte årsverk eller planlagt bemanning og ikke faktisk bemanning. En studie gjennomført av ECON (2009) avdekket klare avvik mellom faktisk og planlagt bemanning innen kommunal pleie og omsorg (ECON 2009).

## **2.2 Kvalitativ intervjuundersøkelse blant sykepleiere**

I desember 2010 ble det gjennomført kvalitative intervjuer med seks sykepleiere som jobber i helse- og omsorgstjenesten i tre kommuner. Den ene kommunen hadde et innbyggerantall på cirka 15 000 innbyggere, den andre på cirka 100 000 innbyggere og

den tredje på nesten 600 000 innbyggere. Fire sykepleiere jobbet i hjemmesykepleien, to i sykehjem. To av informantene hadde en lederstilling. Hovedhensikten med å gjennomføre de seks intervjuene var å få innspill til tema og spørsmål i spørreundersøkelsen som ble sendt ut til sykepleiere i alle landets kommuner i januar 2011. Intervjuene har vært svært viktige for å kunne utarbeide et spørreskjema som i størst mulig grad «treffer» den hverdagen sykepleiere opplever i eldreomsorgen i dag. De seks intervjuene er gjennomført ansikt til ansikt og varte mellom 1 og 1½ time hver. Alle de seks informantene er kvinner.

Intervjuene er gjennomført som samtaler der intervjuer har forsøkt å la informantene i størst mulig grad selv å fortelle om hvordan de opplever eldreomsorgstilbudet generelt i kommunen/bydelen de jobber i, og spesielt i den tjenesten de jobber i. Det ble utarbeidet en intervjuguide med noen hovedtema og spørsmål i forkant av samtalene. Disse ble utarbeidet på bakgrunn av tidligere forskning og debatten om eldreomsorgstilbudet som pågikk i media. Informantene har i størst mulig grad blitt oppmuntret til å snakke fritt om de tema og spørsmål som opptar dem. Intervjuguiden har kun blitt brukt som en sjekkliste for å sikre at informantene også har omtalt de spørsmålene som vi har ønsket å belyse. De to hovedspørsmålene i intervjuguiden var: «Hvordan vil du beskrive og vurdere helse- og omsorgstilbudet i den kommunen/bydelen du jobber i?» og «Hvordan vil du beskrive og vurdere tilbudet til eldre som tjenesten eller institusjonen du jobber i, gir?» Under de to hovedspørsmålene var det listet opp en rekke stikkord og mer detaljerte spørsmål som intervjuer passet på at ble omtalt i samtalene. Disse gikk ut på at det skulle innhentes informasjon om i hvilken grad informantene opplever at eldre pasienter får hjelp på riktig omsorgsnivå (hjemmetjenester i eget hjem, i omsorgsboliger eller sykehjem) i kommunen/bydelen, hvordan de vurderer kvaliteten i tjenesten de jobber i, tilbudet til demente, spørsmål om kompetanse, hvordan tjenestene/institusjonene er bemannet (faglærte/ufaglærte), om det jobbes forebyggende, og om de ser noen konsekvenser av samhandlingsreformens intensjon om å redusere antall liggedager for utskrivningsklare pasienter for helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

## 2.3 Spørreundersøkelsen blant sykepleierne

I januar 2011 gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant Norsk Sykepleierforbund (NFS) sine medlemmer som jobber i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og som har eldre pasienter. Spørreundersøkelsen er gjennomført ved hjelp av *QuestBack*, som er et nettbasert system for å gjennomføre surveyer som innebærer at det sendes ut e-poster med informasjon med en lenke til selve undersøkelsen. Undersøkelsen

er dermed besvart på nett. Når e-postadresser er på plass, er bruken av QuestBack enkel og kostnadsbesparende sammenlignet med bruk av telefonintervju eller postale spørreskjema. Kvaliteten og svarprosenten på denne typen surveyer er avhengig av tilgang til e-postadresser. En god tilgang på slike adresser gir vanligvis en høy svarprosent.

NFS har ikke e-postadresser til alle medlemmene, men overleverte Fafo de e-postadressene de har til medlemmer som jobber i kommunene. På listen fant vi noen dobbeltregistreringer av e-postadresser (dubletter) og også noen ugyldige e-postadresser. Fordi det i medlemslisten heller ikke var mulig å skille medlemmer som jobber i eldreomsorgen, fra medlemmer som jobber med andre oppgaver i kommuner, er det umulig å beregne svarprosent. Spørreskjemaundersøkelsen er sendt ut til i alt 13 545 sykepleiere ansatt i kommunal sektor. Hvor mange av disse som har andre oppgaver enn innen eldreomsorgen, og hvor mange av e-postadressene som er i faktisk bruk, vet vi ikke. E-postadressene ble slettet umiddelbart etter at spørreundersøkelsen var gjennomført. Analyser er gjort på en anonymisert datafil.

### **Beregning av utvalg og representativitet**

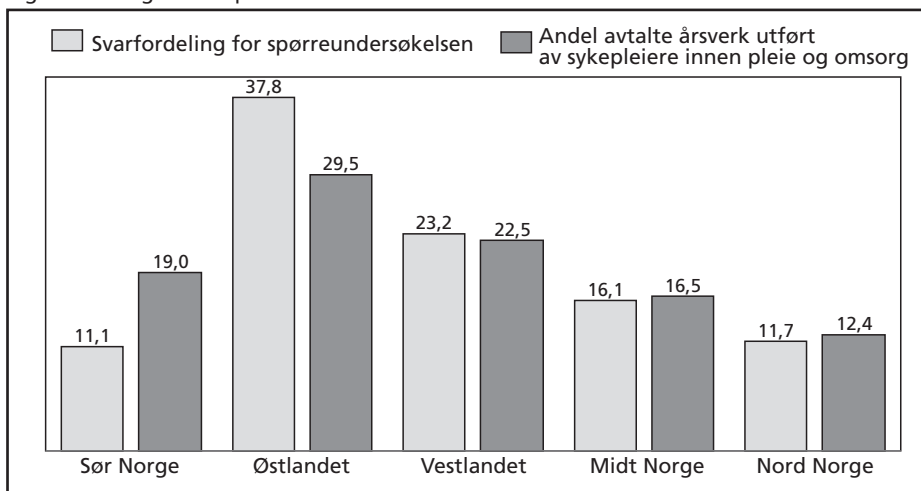
Spørreundersøkelsen ble sendt ut til i alt 13 545<sup>4</sup> sykepleiere ansatt i kommunal sektor. Av disse svarte i alt 4187 på undersøkelsen. Vi anser dette som et godt resultat og er fornøyd med å kunne presentere svar fra et så høyt antall sykepleiere som jobber innen eldreomsorgen. Det var som sagt ikke mulig å skille ut kun de sykepleierne som jobber innen den kommunale helse- og omsorgssektoren. Det var derfor heller ikke mulig å rette henvendelsen kun til den aktuelle målgruppen. De som ikke var i den aktuelle målgruppen, har fått mulighet til å melde seg av undersøkelsen. I alt 1633 benyttet seg av denne muligheten. Noen sykepleiere som faller utenfor målgruppen, kan også ha latt være å svare på undersøkelsen uten å krysse av. Det kan også være at noen av dem som har fått tilsendt undersøkelsen, aldri har åpnet e-posten og tatt stilling til om de vil delta i undersøkelsen. Når antall svar og avmeldinger legges sammen, oppnådde undersøkelsen kontakt med i alt 5820 sykepleiere ansatt i kommunalsektor eller 43 prosent av dem som mottok undersøkelsen.

I figur 2.1 er svarfordelingen i spørreundersøkelsen sammenstilt med andel avtalte årsverk for sykepleiere innen pleie og omsorg, fordelt på landsdel<sup>5</sup>. Slik det fremkommer i figur 2.1, er Sør-Norge noe underrepresentert og Østlandet noe overrepresentert når

<sup>4</sup> 13 545 sykepleiere ansatt i kommunalsektor hadde gyldige e-postadresser.

<sup>5</sup> Sør-Norge inkluderer Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Østlandet inkluderer Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold. Vestlandet inkluderer Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Midt-Norge inkluderer Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Nord Norge inkluderer Nordland, Troms og Finnmark.

Figur 2.1 Geografisk representativitet.



Kilde: Fafos spørreundersøkelse 2011 og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010

andel avtalte årsverk for sykepleiere i den aktuelle landsdelen benyttes for å vurdere den geografiske representativiteten i svarfordelingen. For de øvrige landsdelene er avvikene mellom andelen avtalte årsverk og svarfordelingen minimale. På tross av de nevnte skjevheter virker det rimelig å hevde at undersøkelsen har en god geografisk representativitet.

### Spørreskjemaet

Både av hensyn til svarprosenten og hva som er praktisk mulig å gjennomføre i en spørreskjemaundersøkelse, er det begrenset hvor langt et spørreskjema kan være. Vi har brukt en god del tid på å tenke igjennom og prioritere hvor stort fokus og hvor mange spørsmål som skal stilles om ulike tema. For å unngå at informantene brukte mer enn ti minutter på å svare på spørreundersøkelsen. Fordi vi har ønsket å stille spørsmål om flere tema, har det ikke vært mulig å stille mange detaljerte spørsmål om hvert tema. Informantene er bedt om å vurdere omfanget av ulike helse- og omsorgstjenester til eldre i den kommunen/bydelen de jobber i, og om de opplever at eldre får hjelp på riktig omsorgsnivå. Vi har spurt om hvordan de opplever tilbudet til demente, og om hvordan de opplever tilbudet til eldre pasienter som skrives ut fra sykehus. Det er også stilt en rekke spørsmål om hvordan de vurderer kvalitet og kompetanse i tjenesten eller institusjonen de jobber i. Vi har også stilt spørsmål om forebygging og erfaringer med tidspress. Spørreskjemaet er vedlagt i appendiks.

## 2.4 Andre datakilder?

Det er ulike mulige måter å gå frem på for å undersøke hvorvidt omfang og kvalitet på helse- og omsorgstilbudet til eldre er tilstrekkelig. Ideelt sett hadde det vært ønskelig å kunne supplere de analysene og datainnsamlingene som er gjort i dette prosjektet, med en bruker- eller pårørendeundersøkelse. En slik undersøkelse ville imidlertid vært svært tids- og kostnadskreven og har ikke vært mulig å gjennomføre innenfor rammene for dette prosjektet. Pleietrengende eldre er også en sårbar gruppe både når det gjelder å formidle egne behov, og også når det gjelder å si fra dersom det hjelpetilbudet de mottar, ikke er godt nok. Det kan også være vanskelig for pårørende å ta stilling til og vurdere om helsetilbudet som eldre mottar, er godt nok. Vi har analysert registerdata og i tillegg spurt sykepleiere som er en yrkesgruppe i kommunene som både har omfattende oppgaver overfor eldre hjelpetrengende, og også ansvar for å følge med på endringer i hjelpebehov til den enkelte eldre som mottar tjenester. At ansatte i tjenestene beskriver og vurderer helse- og omsorgstilbudet til eldre, oppfatter vi som å være svært viktig informasjon.

## **Kapittel 3 Hvordan har helse- og omsorgstjenestetilbudet til eldre utviklet seg?**

I dette kapitlet beskrives utviklingen i tilbudet av helse- og omsorgstjenester til eldre de siste 20 årene. Fremstillingen bygger på foreliggende analyser som er gitt i stortingsmeldinger og handlingsplaner, og analyser som er utarbeidet av andre forskere, for tidsperioden 1989 til og med 2006, og egne analyser av KOSTRA-statistikk etter 2006. Dagens situasjon beskrives gjennom egne analyser og fremstillinger av KOSTRA-statistikk for årene 2007 til 2009. Et sentralt spørsmål som belyses i analysene, er hva som påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for de aller eldste brukerne i 2009. Til slutt beskrives sammensetningen av kompetanse i tjenestene ved hjelp av registerdata fra KOSTRA.

### **3.1 Har det funnet sted en vekst i tjenestetilbudet til eldre de siste 20 årene?**

Slutten av 1980-årene markerer starten på en omprofilering av helse- og omsorgstilbudet til eldre. I forbindelse med desentraliseringen av primærhelsetjenesten vedtok Stortinget å tilbakeføre sykehjemmene fra fylkeskommunal- til kommunalforvaltning i 1988. Denne desentraliseringen medførte at kommunene fikk et større ansvar for det totale tjenestetilbudet. Videre ble innovasjonsprosessene i kommunene styrket gjennom muligheten til å se tjenestene i en helhet og sammenheng. En slik samordning på ett forvaltningsnivå skulle sikre en rasjonell utnyttelse av ressursene og at man unngikk uheldige vridningseffekter. Ansvar for pleietrengende skulle ikke kunne skyves over på fylkeskommunen eller omvendt. Kommunene måtte kompensere en stor satsing på ett område med mindre satsing på et annet. Kommunesektoren fikk dermed større frihet og ansvar for prioriteringene, mens staten tok et strammere grep om de samlede ressurser det kunne prioriteres innenfor. Etter dette tidspunktet har ansvaret for hele det offentlige eldreomsorgstilbudet, både i og utenfor institusjon, ligget hos kommunene (Daatland mfl. 1997; St.meld. nr. 25 (2005–2006); Romøren 1991; Romøren 2001; Hermansen 2009).

Det ble utover 1980-årene lagt økende vekt på at eldre burde få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig. Begrunnelsen som ble gitt, var at det var bedre for eldre å motta tjenester i eget hjem. Overføringen av sykehjemmene fra fylkeskommunen til kommunene bidro til en nedbygging av institusjonsplasser. I 1989 lå antallet institusjonsplasser per 1000 innbyggere 80 år og eldre på 297 plasser. Tallet gikk stabilt nedover, og i 2006 lå antallet institusjonsplasser per 1000 innbyggere 80 år og eldre på 188 plasser (Brevik 2010a). Mindre tilgang på institusjonsplasser medførte en tiltakende selektivitet i tildelingen av plass. Utviklingen førte til at brukere flyttet senere inn i institusjon og ble der i kortere tid (Daatland mfl. 1997). Det øvrige tjenesteapparatet, som hjemmebasert omsorg, ble tatt mer intensivt i bruk, blant annet gjennom økt innsats for å hjelpe eldre med mindre omsorgsbehov, men også som et resultat av at hjemmebasert omsorg som oftest kostet mindre. Denne omprofileringen var derfor nært forbundet med strengere prioriteringer i kommuneøkonomien (Brevik 2003; Brevik 2010a; Hermansen 2009).

En del kommuner utviklet i løpet av 1980-årene ifølge Brevik (2010a) en ideologi om at den enkelte bruker burde få dekket sitt hjelpebehov på individuelt grunnlag, uavhengig av boform. Behovet, og ikke boformen, skulle legge føringene for hvordan hjelpebehovet skulle dekkes. Kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (omsorgsboliger) representerte, i motsetning til institusjon, en selvstendig boform hvor den enkelte hadde råderett over egen bolig og økonomi. I 1993 var det om lag 29 000 slike boliger. Boliger av denne typen, som er bygget fra 1994 og frem til i dag, er såkalte omsorgsboliger. Dette er boliger som oppfyller visse standardkrav og er oppført med et betydelig tilskudd fra Husbanken. Antallet kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål økte kraftig i denne perioden, og i 2006 var det om lag 50 000 slike boliger (Brevik 2010a). Omsorgsboliger var et av de store satsingsområdene under «Handlingsplanen for eldreomsorgen» fra 1998 til 2005, med en utbygging på rundt 20 000 nye omsorgsboligheter (Brevik og Daatland 2007). I omsorgsmeldingen «Mestring, muligheter og omsorg» ble denne veksten sett opp mot veksten i antallet eldre. Det ble understreket i meldingen at dekningsgraden for omsorgsboliger hadde økt fra 3 til 11 per 100 innbyggere 80 år og eldre i perioden (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Veksten i antall omsorgsboliger og den hjemmebaserte omsorgen var blant annet et resultat av at stadig flere eldre ønsket et alternativ til institusjonsplass. Antall eldre med omfattende omsorgsbehov som mottok hjemmebaserte tjenester i omsorgsboliger, økte i denne perioden. Omsorgsboligene begynte dermed å fungere både som et supplement og som et alternativ til institusjonsomsorgen. Når det gjaldt den institusjonsbaserte omsorgen, førte denne utviklingen til at det institusjonsbaserte tilbudet i økende grad ble forbeholdt sterkt hjelpetrengende eldre på langtidsopphold (St.meld. nr. 25 (2005–2006); Brevik og Schmidt 2005). Denne utbyggingen må imidlertid sees i sammenheng med at antallet plasser i aldershjem ble redusert med hele 9835 i samme periode, mens nettotilgangen på 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). Når institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre sees samlet, målt ved antall enheter per 1000 innbyggere 80 år og eldre, var den lavere ved avslutningen av «Handlingsplanen for eldreomsorgen» i 2006 enn ved oppstarten i 1998. Den vesentligste reduksjonen var i antall institusjonsplasser, som falt fra 229 institusjonsplasser per 1000 innbyggere 80 år og eldre i 1998 til 188 plasser i 2006 (Brevik 2010a).

En viktig faktor bak økningen i antall omsorgsboliger var den sterke veksten i antall unge brukere i denne perioden. I 1992 utgjorde de 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 nye årsverk på rundt 40 000 i perioden 1995 til 2005 tilfalt i all hovedsak disse nye unge brukerne (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Tall fra SSB i perioden 1992 til 2004 viser at det har skjedd en markant omprofilering av tjenestene innen den hjemmebaserte omsorgen. Andelen som kun mottok praktisk bistand (for eksempel enkel matlaging, rengjøring osv.), gikk ned med 19 prosent, mens andelen som mottok både hjemmesykepleie og praktisk bistand, økte med 23 prosent. Andelen som bare mottok hjemmesykepleie, ble doblet i denne perioden. Sees veksten i bruk av hjemmesykepleie i forhold til brukernes alder, var det brukere mellom 0–49 år som opplevde den aller sterkeste veksten. Blant disse var det en tredobling i antallet som mottok hjemmesykepleie (Romøren 2007).

Det er i den siste 20-årsperioden 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 sees i sammenheng med at kommunene har blitt pålagt nye oppgaver. Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemning, HVPU-reformen, i 1991 innebar 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 måtte etablere et tilbud ikke bare til alle som ble overført i forbindelse med HVPU-reformen, men også for et stort antall hjemmeboende utviklingshemmede. Videre innebar reformen at kommunene ble pålagt et klart ansvar for å tilby alle nye brukere som falt inn i denne gruppen, tjenester i kommunal regi. En markant andel av hjemmetjenestemottakerne under 67 år er derfor utviklingshemmede (Romøren 2007).

Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde lignende 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 kommunen ble øremerket mennesker med psykiske lidelser (Romøren 2007).

*Helseforetaksreformen* er en tredje reform som sies å ha hatt betydning for den hjemmebaserte omsorgen. Den har blant annet ifølge Romøren (2007) ført til redusert oppholdstid på sykehus og dermed økt behovet for behandling, etterbehandling og rehabilitering i regi av kommunchelsetjenesten. Omtrent en fjerdedel av 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).

I 2006 var over 55 000 brukere<sup>6</sup> av hjemmetjenester under 67 år, mot rundt 25 000 i 1992 – en vekst på 30 000 brukere under 67 år i denne perioden. Antallet brukere 80 år og eldre opplevde i samme periode en vekst på i overkant av 12 000 brukere fra rundt 67 000 i 1992 til rundt 80 000 brukere i 2006 (Brevik 2010a). Relativt sett økte dermed antallet brukere under 67 år dobbelt så mye som antallet brukere 80 år og eldre i perioden 1992 til 2006. Videre må denne utviklingen sees i lys av at antall innbyggere 80 år og eldre økte fra 163 000<sup>7</sup> i 1992 til over 215 000 i 2006. Relativt sett sank dermed andel innbyggere 80 år og eldre som mottok hjemmetjenester fra 41 prosent i 1992 til 37 prosent i 2006 på landsbasis.

Utviklingen de siste 20 årene har vært preget av en moderat, men jevn vekst i absolutte tall i sykehjemsplasser og en kraftig reduksjon i antall aldershjemplasser. Innenfor det institusjonsbaserte tilbudet har det derfor, både i antall plasser og dekningsgrad av institusjonsplasser, vært en reduksjon (Brevik 2010a). Dekningsgraden av institusjonsplasser i 2006 utgjorde 53 prosent av nivået i 1980 målt i antall enheter per innbyggere 80 år og eldre. Veksten i antall omsorgsboliger har ikke kompensert for hele reduksjonen i antall plasser i aldershjem, til tross for at omsorgsboligene er blitt bygget ut raskere enn noe annet i moderne norsk omsorgstjeneste. Samlet har det derfor vært en svak nedgang i institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre de siste 20 årene. Når det gjelder de hjemmebaserte tjenestene, har brukere 80 år og eldre opplevd en betydelig vekst de siste 20 årene, imidlertid er det veksten i antallet brukere under 67 år som har vært mest slående. Relativt sett har det vært en dobbelt så stor økning i antall mottakere av hjemmetjenester blant brukere under 67 år som blant brukere 80 år og eldre (Brevik 2010a; Brevik 2010b).

Utviklingen i helse- og omsorgstilbudet til de eldre de siste 20 årene har vært preget av hjemliggjøringen og boligliggjøringen. Disse to utviklingstrekkene har medført en mer

<sup>6</sup> Det er brudd i tidsserien for denne statistikken. Frem til 2006 ble tallet på mottakere innhentet på summariske skjema. Fra og med 2007 er statistikken hentet fra IPLOS-registeret. Tallene for 2007 og senere kan dermed ikke uten videre sammenlignes med tidligere år.

<sup>7</sup> Kilde: Seksjon for befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå 2010.

intensiv bruk av hjemmebaserte tjenester og en kraftig utbygging av omsorgsboliger. Hjemliggjøringen og boligjøringen er de mest markante endringene sektoren har gjennomgått i nyere tid. Brevik (2010b) påpeker at for å kunne forstå hva den kommunale helse- og omsorgssektoren har beveget seg til, må man se på den historiske utviklingen og hva den har beveget seg fra (Brevik 2010b).

Tabell 3.1 Utvikling antall institusjonsplasser og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (utvalgte år). Plasser per 1000 innbyggere 80 år og eldre.

Årstall	1989	1998	2001	2006	Total og prosentvis reduksjon fra 1989 til 2006
Institusjon	297	229	212	188	109 / 37 %
Årstall		1998	2001	2006	Total og prosentvis reduksjon fra 1998 til 2006
Institusjon og kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål*		379	371	338	41 / 11 %

Kilde: Brevik 2010a:74.

\* Brevik (2010a) har beregnet boligene i forhold til personer 67 år og eldre og holder de yngre beboerne av slike boliger utenfor beregningen.

## 3.2 Dagens situasjon

Å skape en god balanse mellom den institusjonsbaserte og den hjemmebaserte omsorgen er en sentral utfordring innen dagens organisering av den kommunale helse- og omsorgssektoren. På dette området er det store variasjoner mellom norske kommuner (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Disse variasjonene må sees i lys av de rammebetingelsene som ligger til grunn for sektoren, og ikke minst i lys av hvilket handlingsrom rammebetingelsene gir kommunene når det gjelder utformingen av tilbudet innen helse- og omsorgssektoren.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i dag regulert gjennom lov om kommunehelsetjenesten og lov om sosiale tjenester. Rettigheter til helsetjenester i kommunen omfatter rett til pleie- og omsorgstjenester i form av hjemmesykepleie, sykehjem eller boform for heldøgns pleie og omsorg. Disse rettighetene er regulert i kommunehelsetjenesteloven (§ 1-3), mens praktisk bistand i hjemmet er regulert i sosialtjenesteloven (§ 4-3). Kommunehelsetjenesteloven stadfester i § 2-1 første avsnitt at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Begrepet nødvendig helsehjelp er i denne sammenheng en rettslig standard. Et medisinskfaglig skjønn med utgangspunkt i den enkeltes behov

vil avgjøre i hvilken grad ønsket om hjelp fremstår som nødvendig. I lovens forarbeider fremgår det videre at forhold som knytter seg til kommunens økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr, kan være relevante vurderingskriterier. I sosialtjenesteloven § 4-3 fremgår det at den som ikke kan dra omsorg for seg selv eller er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a–d. I § 4-2 bokstav d står det at de sosiale tjenestene skal omfatte plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Kommunens økonomi og lokale forhold kan til en viss grad tas hensyn til når det kommer til utformingen av tjenestetilbudet. For tjenester som er regulert i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, er imidlertid kommunene pålagt å tilby tjenester som holder en minstestandard. Dermed har alle med et nødvendig behov, uavhengig av lokalpolitiske eller økonomiske vurderinger, i følge lovgivningen krav på et tilbud som holder et forsvarlig minstenivå (NOU 2004).

Kommuneloven av 1992 gir kommunene relativt stor frihet med hensyn til organisering av tjenestene. Når det kommer til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ble kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven tilpasset kommuneloven i henholdsvis 1993 og 1995. Tar man høyde for rettighetsbestemmelsene, som legger føringene for hva som ansees som hensiktsmessig, er det kommunen som bestemmer hvilke tjenester som skal gis, og omfanget av disse (NOU 2004).

Kommunens handlefrihet vil imidlertid være betinget av de finansielle rammebetingelsene. Finansieringen av tjenestene består av en kombinasjon mellom statlige rammetilskudd, øremerkede tilskudd og egenbetaling (NOU 2004). Rammeoverføringer danner hovedprinsippet for statens finansielle bidrag til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Brevik 2002). Innføringen av rammetilskudd kom som en del av det nye inntektssystemet for kommunene i 1986. Formålet var å gi kommunesektoren større handlefrihet og gi kommunene stabile og forutsigbare inntektsrammer. Videre skulle inntektssystemet bidra til utjevning av de økonomiske forutsetningene for et likeverdig tjenestetilbud. Det er betydelige variasjoner mellom kommuner når det gjelder innbyggernes behov (blant annet målt ved antall eldre) for ulike tjenester og kostnadene knyttet til produksjon av disse tjenestene. Utgiftsutjevningen skal fange opp disse variasjonene gjennom å gi kommunene full kompensasjon for disse kostnadsulempene.<sup>8</sup> Et generelt krav er at kommunene ikke skal kunne påvirke denne fordelingen gjennom egne disposisjoner. Verken aktivitetsnivå eller hvordan tjenestene utføres, påvirker finansieringen (St.meld. nr. 25 (2005–2006); Romøren 1991).

Brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester bidrar til dels direkte til finansieringen av kommunenes utgifter gjennom egenbetaling. Egenbetalingen er både en

<sup>8</sup> For en mer detaljert beskrivelse av kommunenes inntektssystem konferer kommuneproposisjonen 2011(prop. 124 S (2009–2010)).

finansieringskilde og en pris som skal bidra til effektiv ressursutnyttelse. Imidlertid skal ikke egenbetalingen settes så høyt at den enkelte vil avstå fra å søke tjenester de etter medisinske eller sosiale kriterier er blitt tildelt (NOU 2004).

Brukere som bor i omsorgsbolig, omfattes av de bestemmelser som regulerer egenbetaling for hjemmetjenester. Disse brukerne må dekke egne boutgifter og betaler egenandeler for helsetjenester (legehjelp, psykologhjelp, legemidler på blå resept og reiser i forbindelse med behandling) inntil frikortgrensen. Når frikortgrensen er nådd, utstedes et frikort som dekker utgiftene fullt ut resten av året. Brukere med lave inntekter kan søke om statlig bostøtte for å dekke deler av boutgiftene. Når det gjelder brukere i omsorgsbolig, vil det være spesielt aktuelt å søke om å få dekket deler av husleien. Hjemmesykepleie er fritatt for egenandel, men for praktisk bistand kan kommunene kreve en egenandel<sup>9</sup> som tilsvarer selvkost ved produksjon av disse tjenestene (St.meld. nr. 25 (2005–2006)).

Beboere på langtidsopphold i institusjon betaler for et samlet bolig- og tjenestetilbud uten hensyn til omfanget på de tjenestene som ytes. Den enkelte bruker betaler et samlet vederlag, beregnet ut fra den enkeltes inntekt, som dekker utgifter til legetjenester, legemidler, sykepleiemateriell, mat, dagliglivets utgifter, omsorgstjenester, visse hjelpemidler, botilbud og lokaler. Videre skal kommunen dekke alle hjelpemidler som ikke er personlig tilpasset. Den enkelte bruker kan pålegges å betale 75 prosent av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp. Utover grunnbeløpet i folketrygden betales inntil 85 prosent av alle inntekter. Brukere på korttidsopphold i institusjon betaler en fast døgnpris fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (St.meld. nr. 25 (2005–2006)).

Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven gir relativt klare føringer på hvem som har krav på å motta kommunale helse- og omsorgstjenester. Lovene åpner for et visst skjønn, men dette skjønnnet er ikke gjenstand for en lokal politisk behandling. De som oppfyller vilkårene i kommunehelsetjenesteloven og/eller sosialtjenesteloven, har rettskrav på et tilbud som holder et forsvarlig minstenivå, uavhengig av lokalpolitiske eller økonomiske vurderinger (NOU 2004). Det virker derfor rimelig å hevde at kommunene har lite råderett over *hvem* som har rett på å motta helse- og omsorgstjenester. Når det gjelder *hvordan* disse tjenestene skal ytes, nyter imidlertid kommunene, innenfor dagens rammebetingelser, et større handlingsrom. Til tross for at de kommunale inntekter i stor grad er regulert av staten, nyter lokale myndigheter relativt stor autonomi når det gjelder hvordan disse ressursene fordeles mellom de ulike tjenestene. Det er kommunene som bestemmer organiseringen av tjenestene. Videre er det kommunene som avgjør hvilke tjenester som skal gis, og i hvilket omfang, forutsatt at de holder et minstenivå (St.meld. nr. 25 (2005–2006), Hermansen 2009).

<sup>9</sup> Egenandelen kan ikke settes høyere enn at vedkommende bruker beholder tilstrekkelige midler til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger (St.meld. nr. 25 (2005–2006)).

Innenfor dagens rammeverk virker det rimelig å hevde at det ligger 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. Økt satsing på hjemmebaserte tjenester gjør at det institusjonsbaserte tilbudet i større grad kan benyttes til rehabilitering og avlastning i form av korttidsplasser for hjemmeboende brukere. I St.meld. nr. 25 (2005–2006) oppfordres kommuner med et knapt tilbud på korttidsplasser om å vurdere hvorvidt det er faglig og økonomisk hensiktsmessig med en sterkere satsing på hjemmetjenester. En slik satsing er ment å redusere behovet for langtidsopphold i institusjon og dermed frigjøre kapasitet som kan benyttes til ulike korttidstilbud (St. meld. nr. 25 (2005–2006)). Tall for perioden 2004 til 2009 tyder på at kommunene har fulgt denne oppfordringen. I denne perioden økte antallet plasser i institusjon avsatt til korttidsopphold med rundt 2000 plasser (Hermansen 2011a).

Gjennom å tilby hjemmetjenester i omsorgsboliger eller omgjøøre institusjoner til omsorgsboliger 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 omsorgsboliger, ha krav på bostøtte for å dekke deler av husleie. 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)).

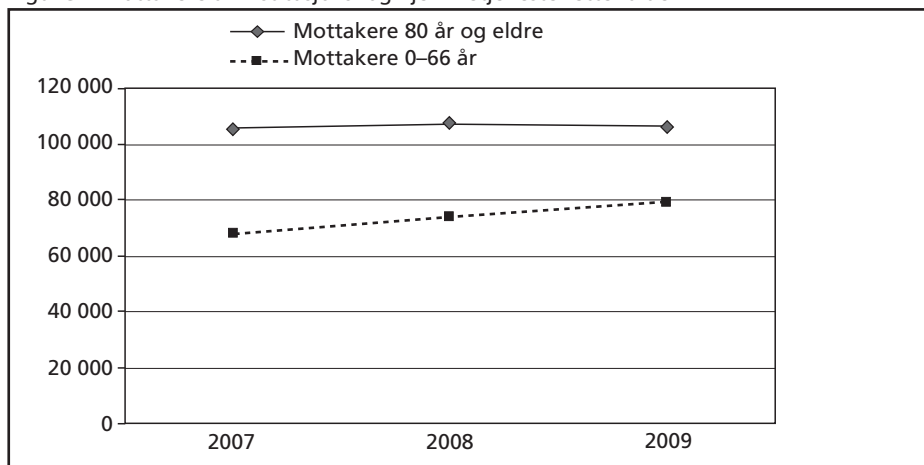
Av omsorgsideologiske og dels økonomiske grunner har kommunene gradvis etablert en helse- og omsorgssektor med et bredt, mangfoldig og fleksibelt tilbud. Rettes oppmerksomheten mot de hjemmebaserte tjenestene, har disse i stor grad endret innhold, form og funksjon (Brevik 2010b).

Innenfor den hjemmebaserte omsorgen konsentrerer kommunene mer av innsatsen mot de ressurskrevende brukerne. Det skyldes at stadig flere svært hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon, blant annet i form av hjemmebasert omsorg i tilpassede omsorgsboliger. De representerer ikke bare eldre brukere, men alle aldersgrupper (St.meld. nr. 25 (2005–2006)).

For å gi et oversiktsbilde av forholdet mellom yngre og eldre brukere illustrerer figur 3.1 antall mottakere av institusjons- og hjemmetjenester for gruppen 80 år og eldre og gruppen 0–66 år i tidsperioden 2007 til 2009 (Hermansen 2011a).

Som figur 3.1 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 de yngste brukerne har hatt for veksten i hjemmebasert omsorg.

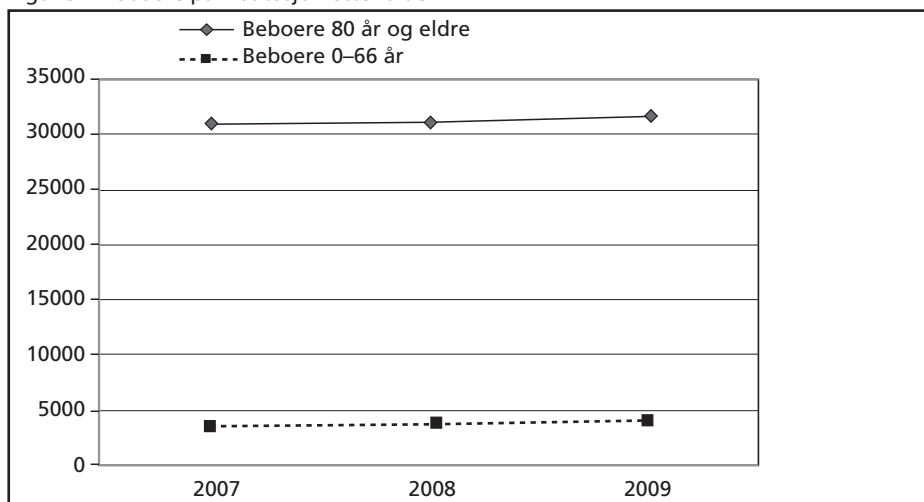
Figur 3.1 Mottakere av institusjons- og hjemmetjenester etter alder.



Kilde: KOSTRA og seksjon for helsestatistikk, Statistisk sentralbyrå 2010<sup>10</sup> publisert i Hermansen 2011a

Fordelingen mellom disse to gruppene, for henholdsvis beboere på institusjon og mottakere av hjemmetjenester, er illustrert i figur 3.2 og figur 3.3 (Hermansen 2011a).

Figur 3.2 Beboere på institusjon etter alder.

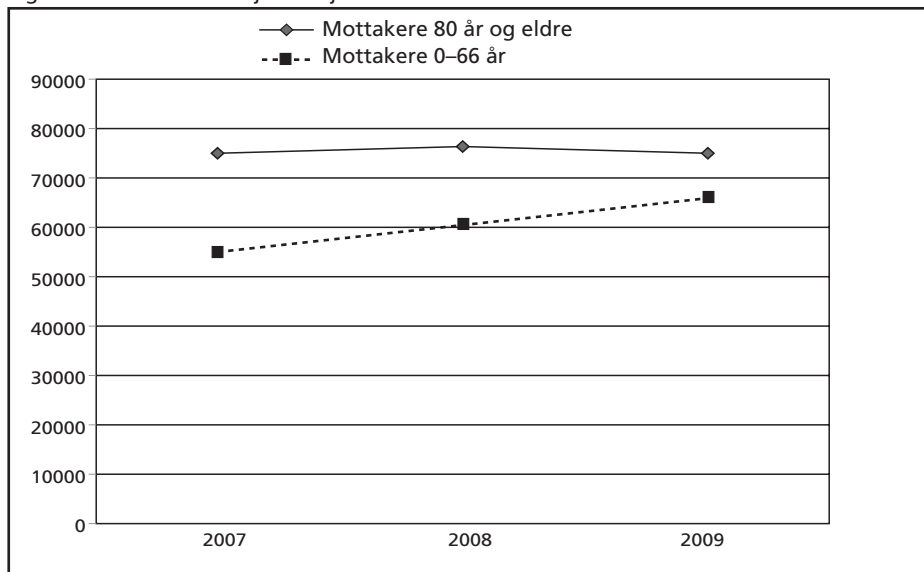


Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010 publisert i Hermansen 2011a

<sup>10</sup> Det er brudd i tidsserien for statistikken over antall mottakere av hjemmetjenester etter alder. Frem til 2006 ble tallet på mottakere innhentet på summariske skjema. Fra og med 2007 er statistikken hentet fra IPLOS-registeret. Tallene for 2007 og senere kan dermed ikke uten videre sammenlignes med tidligere år. Antallet mottakere av institusjonstjenester er basert på KOSTRA.

Slik det fremkommer i figur 3.2, 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 viser dermed at kommunene i stor grad benytter det institusjonsbaserte tilbudet til langtidsopphold for sterkt hjelpetrengende eldre (St.meld. nr. 25 (2005–2006); Hermansen 2011a).

Figur 3.3 Mottakere av hjemmetjenester etter alder.



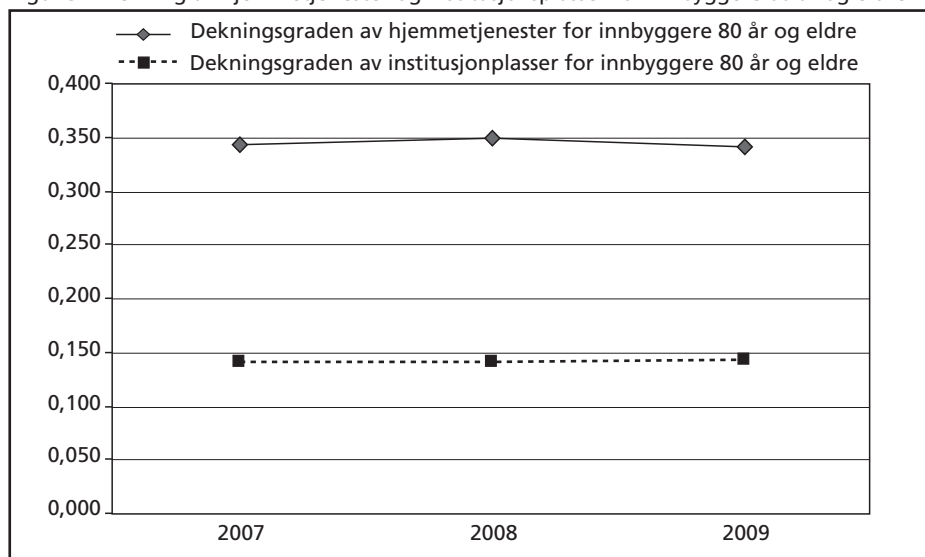
Kilde: Seksjon for helsestatistikk, Statistisk sentralbyrå 2010<sup>11</sup> publisert i Hermansen 2011a

Antallet mottakere 80 år og eldre har, på tross av noe 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 (Hermansen 2011a). Når det gjelder veksten i antall yngre brukere av hjemmebasert omsorg, kan denne utviklingen dels forklares med befolkningsutviklingen i de aktuelle aldersklassene. Den økte etterspørselen etter hjemmebasert omsorg kan også være et resultat av at disse tjenestene ikke lenger betraktes som forbeholdt eldre (eldreomsorg), men et omsorgstilbud for mennesker i alle aldre og med et bredt spekter av helseproblemer (Romøren 2007).

<sup>11</sup> Det er brudd i tidsserien for denne statistikken. Frem til 2006 ble tallet på mottakere innhentet på summariske skjema. Fra og med 2007 er statistikken hentet fra IPLOS-registret. Tallene for 2007 og senere kan dermed ikke uten videre sammenlignes med tidligere år.

Når det gjelder beboere på institusjon og mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre, illustrerer ikke de absolutte tallene dekningsgraden for innbyggere 80 år og eldre. Dekningsgraden av hjemmetjenester og institusjonsplasser er vist i figur 3.4.

Figur 3.4 Dekning av hjemmetjenester og institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.



Kilde: KOSTRA og seksjon for befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå 2010

I likhet med det absolutte antallet beboere i alderen 80 år og eldre på institusjon og det absolutte antallet mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre har dekningsgradene<sup>12</sup> for denne gruppen holdt seg relativt stabile mellom 2007 og 2009. For hjemmetjenester har dekningsgraden ligget på i overkant av 34 prosent hele perioden. Tilsvarende har dekningsgraden av institusjonstjenester ligget på i overkant av 14 prosent.

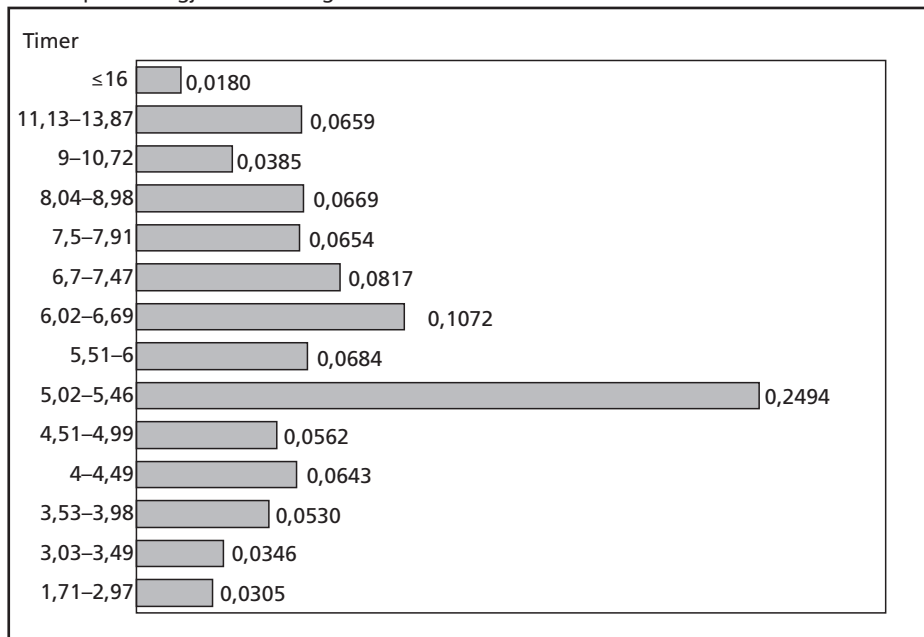
Når det gjelder hjemmetjenester, gir imidlertid dekningsgraden kun en del av bildet. For å få et bilde av omfanget av de hjemmetjenestene som ytes de aller eldste, er andel brukere 80 år og eldre<sup>13</sup> som mottar både hjemmesykepleie og praktisk bistand, fordelt på antall gjennomsnittlig tildelte timer illustrert i figur 3.5<sup>14</sup> (neste side).

<sup>12</sup> Beregnet ved å dele det totale antallet beboere på institusjon 80 år og eldre eller på det totale antallet mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre på det totale antallet innbyggere 80 år og eldre.

<sup>13</sup> Brukertallene som ligger til grunn for denne fremstillingen, er foreløpige tall.

<sup>14</sup> I figur 3.5 er en del kommuner utelatt på grunn av at verdiene for disse kommunene er undertrykt av personvern hensyn. En fullstendig oversikt over disse kommunene er gitt i appendiks.

Figur 3.5 Andel brukere 80 år og eldre som mottok både hjemmesykepleie og praktisk bistand fordelt på antall gjennomsnittlig tildelte timer i uken i 2009.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010<sup>15</sup>

Slik antall gjennomsnittlig tildelte timer er inndelt i figur 3.5, mottok den største andelen brukere 80 år og eldre gjennomsnittlig mellom 5,02–5,46 timer hjemmesykepleie og praktisk bistand i uken i 2009. 56 prosent av alle brukere 80 år og eldre som mottok både hjemmesykepleie og praktisk bistand i 2009, hadde en gjennomsnittlig tildelt tid på mellom 4,51–7,91 timer i uken.

En del brukere 80 år og eldre mottar kun hjemmesykepleie eller praktisk bistand. Andel brukere 80 år og eldre<sup>16</sup> som kun mottar hjemmesykepleie eller praktisk bistand fordelt på antall gjennomsnittlig tildelte timer, er illustrert i figur 3.6<sup>17</sup> og figur 3.7<sup>18</sup>.

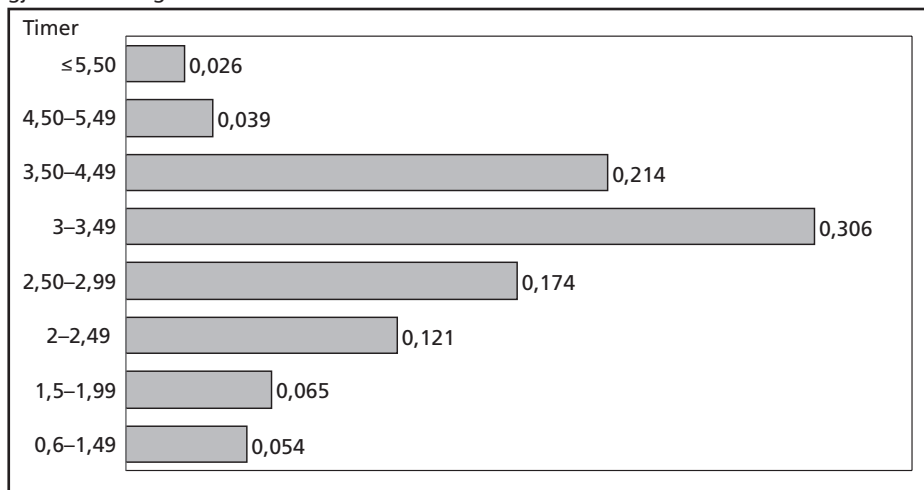
<sup>15</sup> Disse KOSTRA-dataene er ikke offentlig tilgjengelige. Dataene er utlevert av seksjon for helsestatistikk i SSB.

<sup>16</sup> Brukertallene som ligger til grunn for disse fremstillingene, er foreløpige tall.

<sup>17</sup> I figur 3.6 er en del kommuner utelatt på grunn av at verdiene for disse kommunene er undertrykt av personvern hensyn. En fullstendig oversikt over disse kommunene er gitt i appendiks.

<sup>18</sup> I figur 3.7 er en del kommuner utelatt på grunn av at verdiene for disse kommunene er undertrykt av personvern hensyn. En fullstendig oversikt over disse kommunene er gitt i appendiks.

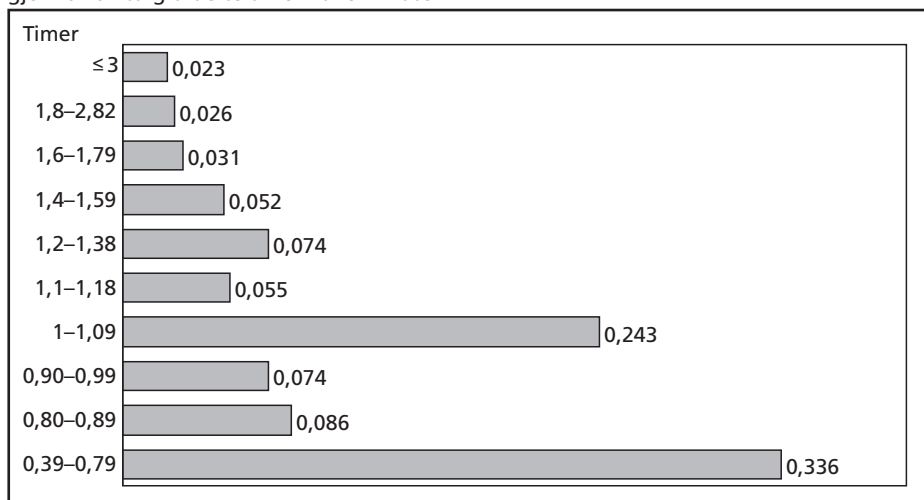
Figur 3.6 Andel brukere 80 år og eldre som kun mottok hjemmesykepleie fordelt på antall gjennomsnittlig tildelte timer i uken i 2009.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010. (Disse KOSTRA-dataene er ikke offentlig tilgjengelige. Dataene er utlevert av seksjon for helsestatistikk i SSB.)

Av brukere 80 år og eldre som kun mottok hjemmesykepleie i 2009, hadde 30,6 prosent et gjennomsnittlig antall tildelte timer på mellom 3–3,49 timer. 69,5 prosent av alle brukere 80 år og eldre som kun mottok hjemmesykepleie, hadde en gjennomsnittlig tildelt tid på mellom 2,50–4,49 timer i uken.

Figur 3.7 Andel brukere 80 år og eldre som kun mottok praktisk bistand fordelt på antall gjennomsnittlig tildelte timer i uken i 2009.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010. (Disse KOSTRA-dataene er ikke offentlig tilgjengelige. Dataene er utlevert av seksjon for helsestatistikk i SSB.)

Slik det fremkommer i figur 3.7, hadde 33,6 prosent av brukere 80 år og eldre som kun mottok praktisk bistand i 2009, et gjennomsnittlig antall tildelte timer på 0,39–0,79 i uken. 74 prosent av alle brukere 80 år og eldre som kun mottar praktisk bistand, har en gjennomsnittlig tildelt tid på mellom 0,39–1,09 timer i uken.

### 3.3 Hva påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for de aller eldste brukerne?

Den deskriptive statistikken som er presentert, gir kun et oversiktsbilde av dagens helse- og omsorgstilbud til innbyggere 80 år og eldre. Dette oversiktsbildet gir ikke innsikt i hvilke forhold som er av betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for denne gruppen. I de kommende analysene av KOSTRA-data er det sentrale siktemålet å belyse hvilke forhold som er av betydning for dekningsgraden<sup>19</sup> av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester<sup>20</sup> for innbyggere 80 år og eldre. Hensikten med disse analysene er nettopp å forklare hvilke forhold som ligger bak variasjoner i dekningsgrader mellom norske kommuner i 2009.

Analysene tar utgangspunkt i en sosioøkonomisk tilnærming. I den sosioøkonomiske tilnærmingen legges det blant annet vekt på betydningen av demografiske, sosiale og økonomiske variabler. Dette er en utbredt tilnærming i studier av variasjoner mellom kommuner når det gjelder tjenestetilbud og utgiftsnivå (Hansen 2000). De sosioøkonomiske variablene vil i de kommende analysene deles inn i fire undergrupper: demografi og geografi, brukergrunnlag, utforming av tjenestetilbudet og ressurser og prioriteringer. De ulike kategoriene vil benyttes som blokker i en sekvensiell regresjonsanalyse.

#### Demografi og geografi

Variasjoner i befolkningens alderssammensetning gir variasjoner i hvilke *behov* norske kommuner står overfor i utformingen av tjenestetilbudet. Andel innbyggere 80 år og eldre<sup>21</sup> inkluderes i analysen som en indikator på behovet for helse- og omsorgstjenester. Antakelsen er at omsorgsbehovet vil være særlig høyt i denne aldersgruppen, og at en

<sup>19</sup> *Dekningsgraden av institusjonsplasser* vil i de kommende analysene operasjonaliseres som antall beboere på institusjon i alderen 80 år og eldre delt på befolkningen 80 år og eldre i 2009.

<sup>20</sup> *Dekningsgraden av hjemmetjenester* operasjonaliseres som antall mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre delt på befolkningen 80 år og eldre i 2009.

<sup>21</sup> *Andelen innbyggere 80 år og eldre* er operasjonalisert ved å dele antall innbyggere 80 år og eldre på det totale antallet innbyggere i hver kommune i 2008.

høyere andel av befolkningen i alderen 80 år og eldre vil føre til høyere dekningsgrad av institusjonsplasser og hjemmetjenester. En høy andel innbyggere i alderen 80 år og eldre gir ikke grunnlag for noen entydige antakelser om hvorvidt en høy andel eldre medfører en høyere dekningsgrad av institusjonsplasser fremfor en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester. Dersom omsorgsbehovene i denne gruppen er store, vil det for den enkelte kommune kunne fremstå som mest hensiktsmessig å ha et godt utbygget institusjonsbasert tilbud. Samtidig brukes i stadig større grad alternativer til institusjon, og stadig flere svært hjelpetrequende brukere mottar tjenester utenfor institusjon. Slik sett vil en høy andel innbyggere i alderen 80 år og eldre kunne føre til en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester (Brevik og Schmidt 2005; St.meld. nr. 25 (2005–2006); Hermansen 2009).

Norske kommuner varierer med hensyn til bosetningsstruktur og andel av befolkningen som bor spredt<sup>22</sup>. Mange kommuner preges av spredt bosetning med store avstander, mens andre preges av en tett bosetning hvor store deler av befolkningen bor i byer eller tettsteder. Tidligere undersøkelser viser at spredt bosetning og lange reiseavstander er en kostnadsulempet innenfor mange kommunale sektorer (NOU 2005). Når det gjelder kommunal pleie og omsorg, vil en spredt bosetningsstruktur og lange reiseavstander kunne innebære smådriftsulemper innenfor den hjemmebaserte omsorgen (Rattsø og Sørensen 1997). Store avstander mellom brukerne av hjemmebasert omsorg vil medføre en større ressursinnsats enn i tilfellet med en tett bosetningsstruktur og kortere avstander. En spredt bosetningsstruktur vil kunne føre til at institusjonsbasert omsorg fremstår som et bedre alternativ med hensyn til ressursutnyttelse. Et slikt resonnement underbygges av ulike undersøkelser som viser at det er en sammenheng mellom andel av befolkningen som bor spredt, og utgiftene til hjemmebasert omsorg (NOU 2005; Hermansen 2009). Når befolkningen bor spredt, vil ikke pleieressursene i samme grad som i kommuner med mindre spredt bosetning kunne konsentreres om helse- og omsorgsoppgavene innen den hjemmebaserte omsorgen. Dermed vil det kunne fremstå som mer hensiktsmessig, også ut fra et kvalitetsperspektiv, å prioritere en høyere dekning innen den institusjonsbaserte omsorgen.

<sup>22</sup> *Andel av befolkningen som bor spredt*, operasjonaliseres ved å summere antallet innbyggere som bor spredt, og dele denne summen på det totale antall innbyggere i de enkelte kommuner. Innbyggere som bor spredt, innbefatter de som, etter SSBs tettstedsdefinisjon, ikke bor i tettsted. Tettsted defineres som en hussamling hvor det må bo minst 200 personer. Normalt skal avstanden mellom husene ikke overstige 50 meter. Det er imidlertid tillatt med et skjønnsmessig avvik utover 50 meter mellom husene i områder hvor det ikke skal eller kan bebygges. Videre skal husklynger som naturlig hører med til tettstedet, tas med inntil en avstand på 400 meter fra tettstedskjernen. Disse husklyngene inngår i tettstedet som satelitter til selve tettstedskjernen. Tettstedets grenser er dynamiske og uavhengig av administrative grenser (Statistisk sentralbyrå 2008).

## Brukergrunnlaget

Brukergrunnlaget legger viktige rammer for utformingen av tjenestetilbudet innen helse- og omsorgssektoren i den enkelte kommune. I kommuner hvor brukere med noe/avgrenset bistandsbehov<sup>23</sup> utgjør en høy andel av alle mottakere av helse- og omsorgstjenester, vil trolig disse bistandsbehovene kunne dekkes gjennom de hjemmebaserte tjenestene. En høy andel brukere med omfattende bistandsbehov<sup>24</sup> vil derimot kunne kreve en større konsentrasjon av helse- og omsorgsressursene, noe som igjen vil gjøre det mer hensiktsmessig å tilby denne gruppen et institusjonsbasert tilbud.

Når det gjelder yngre brukere (brukere i alderen 0–66 år), har det skjedd en formidabel vekst i antall mottakere av hjemmetjenester. Behovene hos de yngre og de eldre brukerne må dekkes med de samme ressursene og innenfor det samme tjenesteapparatet. En høy dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år<sup>25</sup> vil derfor kunne innebære at det er mindre ressurser igjen til de eldste brukerne, noe som vil kunne virke negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for denne gruppen.

## Utformingen av tjenestetilbudet

Utformingen av tjenestetilbudet i den enkelte kommune vil ha betydning for de helse- og omsorgstjenestene som kan tilbys den eldre delen av befolkningen. En lavere andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold<sup>26</sup> innebærer at flere plasser kan tilbys som permanente institusjonsplasser. Det vil igjen trolig virke positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for de aller eldste. Videre virker det rimelig å anta at en lavere andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold medfører mindre behov for hjemmetjenester. Kommuner med en lavere andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold vil dermed trolig ha en lavere dekningsgrad av hjemmetjenester.

<sup>23</sup> *Andel brukere med noe/begrenset bistandsbehov* er operasjonalisert ved å dele antallet brukere med noe/begrenset bistandsbehov på det totale antallet mottakere av pleie- og omsorgstjenester i 2008.

<sup>24</sup> *Andel brukere med omfattende bistandsbehov* er operasjonalisert ved å dele antallet brukere med omfattende bistandsbehov på det totale antallet mottakere av pleie- og omsorgstjenester i 2008.

<sup>25</sup> *Dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år* er operasjonalisert ved å dele antallet mottakere av hjemmetjenester mellom 0–66 år på befolkningen mellom 0–66 år i 2008.

<sup>26</sup> *Andel plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold* er operasjonalisert ved å dele antall plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold på det totale antallet plasser i institusjon i 2008. Deretter er variabelen omkodet til to dummyvariabler. På de to dummyvariablene har kommuner hvor andelen plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold utgjør 0 til 10 prosent, og kommuner hvor andelen plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold utgjør 11 til 21 prosent, blitt tildelt verdien 1. Kommuner hvor andelen plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold utgjør over 21 prosent, er tildelt verdien 0 og utgjør referanse kategorien.

Når det gjelder omfanget av de hjemmebaserte tjenestene, er antallet tildelte timer med hjemmesykepleie i uken<sup>27</sup> og antall tildelte timer med praktisk bistand i uken<sup>28</sup> sentrale mål. Et lavt antall timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand i uken vil innebære at helse- og omsorgsressursene kan fordeles på flere brukere innenfor den hjemmebaserte omsorgen. Det vil igjen gjøre det mulig å tilby et høyere antall innbyggere hjemmebaserte tjenester og dermed innebære en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester. På en annen side vil et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand i uken innebære at kommuner velger å prioritere institusjonsbaserte tjenester i større grad enn hjemmebaserte, noe som igjen vil virke positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. En annen antakelse er at et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand må kompenseres gjennom et økt institusjonstilbud for å dekke omsorgsbehovene hos de aller eldste.

Andel årsverk med fagutdanning fra videregående<sup>29</sup>, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet<sup>30</sup> og antall årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester<sup>31</sup> vil tas med som kontrollvariabler i den kommende analysen. Helse- og omsorgssektoren består av personintensive tjenester, og personellet utgjør derfor en grunnleggende ressurs. Disse tre variablene er dermed viktige kvalitetsmål på de helse- og omsorgstjenestene kommunene kan tilby sine innbyggere.

<sup>27</sup> *Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken* er operasjonalisert som en dummyvariabel. Kommuner som i gjennomsnitt tildelte mellom 1 og 5 timer praktisk bistand i uken i 2008, tillegges verdien 1. Kommuner som i gjennomsnitt tildelte mer enn 5 timer praktisk bistand i uken i 2008, tillegges verdien 0 og utgjør referansekategori.

<sup>28</sup> *Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken* er operasjonalisert som en dummyvariabel. Kommuner som i gjennomsnitt tildelte mellom 1 og 5 timer hjemmesykepleie i uken i 2008, tillegges verdien 1. Kommuner som i gjennomsnitt tildelte mer enn 5 timer hjemmesykepleie i uken i 2008, tillegges verdien 0 og utgjør referansekategori.

<sup>29</sup> *Andel årsverk med fagutdanning fra videregående* er operasjonalisert ved å dele antall avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste med fagutdanning fra videregående på det totale antallet årsverk i brukerrettet tjeneste i 2008.

<sup>30</sup> *Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet* er operasjonalisert ved å dele antall avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste med fagutdanning fra høyskole/universitet på det totale antallet årsverk i brukerrettet tjeneste i 2008.

<sup>31</sup> *Antall årsverk i brukerrettet tjeneste per mottaker av pleie- og omsorgstjenester* er operasjonalisert ved å dele antall avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste på antallet mottakere av pleie- og omsorgstjenester i 2008. Deretter er variabelen omkodet til to dummyvariabler. På de to dummyvariablene har kommuner hvor antall årsverk i brukerrettet tjeneste tilsvare 0,2 til 0,5 årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester, og kommuner hvor antall årsverk i brukerrettet tjeneste tilsvare 0,51 til 0,61 årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester, blitt tildelt verdien 1. Kommuner hvor antall årsverk i brukerrettet tjeneste er over 0,61 årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester, tildeles verdien 0 og utgjør referansekategori.

## Ressurser og prioriteringer

Helse- og omsorgstjenester er tjenester med høy inntektselastisitet. Høye inntekter vil dermed slå relativt sterkt ut i et større tilbud, mens lave inntekter vil slå tilsvarende sterkt ut i et mindre tilbud (Rattsø og Sørensen 1997). Det er derfor ikke spesielt overraskende at både dekningsgrad, i form av tilbud i forhold til antall eldre, og standard, i form av pleiepersonell per bruker, varierer systematisk med inntektsnivå. Sammenhengen mellom kommunestørrelse og inntektsnivå gjør at det spesielt er de minste kommunene som har mest ressurser per innbygger og dermed har muligheten til å tilby innbyggerne et godt utbygget tilbud. Frie inntekter per innbygger<sup>32</sup> tas med som et mål på det økonomiske handlingsrommet. Det virker rimelig å anta at høye frie inntekter per innbygger, som innebærer et større økonomisk handlingsrom, vil virke positivt inn på dekningsgraden av både institusjonsplasser og hjemmetjenester for befolkningen 80 år og eldre.

Mange norske kommuner har opplevd høy gjeldsvekst de senere år. For å undersøke betydningen gjeld har for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester, inkluderes netto lånegjeld per innbygger<sup>33</sup> i analysen. Antakelsen er at lav netto lånegjeld per innbygger vil innebære et større økonomisk handlingsrom og dermed virke positivt inn på dekningsgraden av både institusjonsplasser og hjemmetjenester for befolkningen 80 år og eldre. Imidlertid er det slik at mange kommuner tar opp lån nettopp for å kunne bygge ut tjenestetilbudet til sine innbyggere. Dermed virker det også rimelig å anta at kommuner med lav netto lånegjeld per innbygger har lavere dekningsgrader av institusjonsplasser og hjemmetjenester.

Når de kommunale inntektene stort sett er gitt i form av frie inntekter, er det interessant å studere prioriteringsmønsteret, det vil si studere hvordan ulike kommuner fordeler disse inntektene mellom ulike tjenester og brukergrupper (NOU 2005; Rattsø og Sørensen 1997). Når det økonomiske handlingsrommet i form av kommunale inntekter er bestemt av statlige reguleringer, blir hovedoppgaven for de lokale beslutningstakerne å prioritere innenfor disse rammene (Sørensen 1989). Andel nettoutgifter til pleie og omsorg<sup>34</sup> tas med som et mål på hvor høyt pleie og omsorg prioriteres i forhold til andre kommunale sektorer. At helse- og omsorgssektoren prioriteres i form av større ressursinnsats, muliggjør en mer ressurskrevende utforming av tjenestetilbu-

<sup>32</sup> *Frie inntekter per innbygger* er operasjonalisert ved å dele de frie inntektene på antall innbyggere i 2008 og subtrahere med tusen.

<sup>33</sup> *Netto lånegjeld per innbygger* er operasjonalisert ved å dele netto lånegjeld på antall innbyggere i 2008. Deretter er variabelen omkodet til en dummyvariabel. Kommuner som har 0–35 000 kroner i netto lånegjeld per innbygger i 2008 tillegges verdien 1. Kommuner som har mer enn 35 000 kroner i netto lånegjeld per innbygger i 2008, tillegges verdien 0 og utgjør referanse-kategorien. Noen ytterst få kommuner har negativ netto lånegjeld per innbygger, det vil si formue. Disse inkluderes også i referanse-kategorien.

<sup>34</sup> *Andel nettoutgifter til pleie og omsorg* er operasjonalisert ved å dele nettoutgifter til pleie og omsorg på nettoutgifter totalt i 2008.

det. Dette vil igjen kunne virke positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser. På den annen side vil en prioritering av helse- og omsorgssektoren i sin helhet kunne reflektere et ønske om å gi flest mulig et tilbud. Sammenlignet med institusjonsbasert omsorg vil den samme ressursmessige innsatsen innen hjemmebasert omsorg kunne gi langt flere gjennomsnittlige brukere et tilbud innen pleie og omsorg. En prioritering av helse- og omsorgssektoren i sin helhet vil dermed også kunne virke positivt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester (Hermansen 2009).

Motstridende krav fra yngre og eldre dominerer i stor grad beslutningsprosessene i norske kommuner. Siden grunnskole og eldreomsorg utgjør kjerneoppgaver for norske kommuner, må ulike aldersgrupper konkurrere om de samme ressursene (Borge og Rattsø 1995). Kommunale utgifter til grunnskole vil måtte konkurrere med utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andel nettoutgifter til grunnskole<sup>35</sup> tas med som et mål på hvor høyt grunnskolen prioriteres i forhold til andre kommunale sektorer. En høyere andel nettoutgifter til grunnskole vil innebære mindre ressurser til andre kommunale sektorer. Det virker dermed rimelig å anta at en høyere andel nettoutgifter til grunnskolen virker negativt inn på både dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester.

### **3.4 Dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009 – resultater fra regresjonsanalysene<sup>36</sup>**

I tabell 3.2 er resultatene for analysen av dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2009 presentert. De fire undergruppene av sosioøkonomiske variabler (demografi og geografi, brukergrunnlag, utforming av tjenestetilbudet og ressurser og prioriteringer) er benyttet som blokker i den sekvensielle analysen.

De sekvensielle analysene i tabell 3.2 tegner et interessant bilde når man ser på resultatene for andel innbyggere 80 år og eldre og andel av befolkningen som bor spredt. Når man tar hensyn til de ulike ressurs- og prioriteringsvariablene i modell fire i tabellen, virker andel innbyggere 80 år og eldre negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser. Kommuner med en høy andel innbyggere 80 år og eldre har lavere dekningsgrad av institusjonsplasser. Andelen innbyggere som bor spredt, er signifikant, selv etter at man tar hensyn til ressurs- og prioriteringsvariablene i modell fire, det betyr

<sup>35</sup> *Andel nettoutgifter til grunnskole* er operasjonalisert ved å dele nettoutgifter til grunnskole på nettoutgifter totalt i 2008.

<sup>36</sup> For en fullstendig oppsummering av alle resultater konferer tabell 3.7.

Tabell 3.2 Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2009.

	Modell 1 B (BETA)	Modell 2 B (BETA)	Modell 3 B (BETA)	Modell 4 B (BETA)
Konstant	.102***	.159***	.134***	.073
Andel innbyggere 80 år og eldre	.484** (.136)	.542*** (.152)	.353* (.099)	-.407* (-.085)
Andel av befolkningen som bor spredt	.063*** (.303)	.063*** (.304)	.058*** (.280)	.023* (.212)
Andel brukere med noe/avgrenset bi-standsbehov		-.026 (-.057)	-.019 (-.040)	-.027 (-.050)
Andel brukere med omfattende bistandsbehov		-.135*** (-.149)	-.126*** (-.139)	-.087** (-.120)
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år		-.856*** (-.124)	-.504 (-.073)	-.970*** (-.137)
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent)			.025*** (.217)	.018*** (.167)
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent)			.010 (.087)	.003 (.031)
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer)			.014** (.120)	.004 (.060)
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer)			.024*** (.179)	.024*** (.182)
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50)			-.018*** (-.162)	-.003 (-.051)
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61)			-.004 (-.033)	-.001 (-.006)
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående			-.012 (-.015)	.050 (.059)
Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet			-.002 (-.002)	.057 (.064)
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner)				.003*** (.502)
Netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner)				-.005 (-.045)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg				-.001 (-.001)
Andel nettoutgifter til grunnskole				-.118 (-.091)
N	399	399	399	399
Justert R <sup>2</sup>	.155	.177	.246	.409

\*:  $p \leq 0.10$ , \*\*:  $p \leq 0.05$ , \*\*\*:  $p \leq 0.01$

at kommuner med en høy andel innbyggere som bor spredt, har høyere dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.

Slik det fremkommer i tabell 3.2, er andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov uten betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Dette resultatet er som forventet. Mer interessant er det derimot å se at andel brukere med omfattende bistandsbehov virker negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser. Dette innebærer at kommuner med en høy andel brukere med omfattende bistandsbehov har lavere dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. En mulig fortolkning av dette resultatet er at en høy andel brukere med omfattende bistandsbehov innebærer såpass store kostnader at kommunene ikke har ressurser til å utvide det institusjonsbaserte tilbudet til befolkningen som er 80 år og eldre. Denne fortolkningen finner støtte i at resultatet for andel brukere med omfattende bistandsbehov fortsatt er signifikant når det tas hensyn til de ulike ressurs- og prioriteringsvariablene i modell fire.

Resultatene i tabell 3.2 viser at dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år virker negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Disse resultatene viser dermed at kommuner med en høy dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år har en lavere dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Dette gir støtte til antakelsen om at en høy dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år innebærer at det er mindre ressurser igjen til de eldste brukerne, noe som virker negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser. Denne fortolkningen finner støtte i at resultatet for dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år fortsatt er signifikant og negativt når det tas hensyn til de ulike ressurs- og prioriteringsvariablene i modell fire.

Utformingen av tjenestetilbudet har betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Kommuner med en lav andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0–10 prosent) har høyere dekningsgrad av institusjonsplasser. Dette gir støtte til antakelsen om at kommuner med en lav andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold kan tilby flere permanente institusjonsplasser, noe som virker positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for de aller eldste. Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11–21 prosent)<sup>37</sup> har ingen betydning for dekningsgrad av institusjonsplasser for de aller eldste.

Et lavt antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) har ingen betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser. På den annen side har kommuner med et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) høyere dekningsgrad av institusjonsplasser. Dette gir støtte til antakelsen om at et lavt antall tildelte timer

<sup>37</sup> Konfidensintervallene til variablene *andel plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold (0–10 prosent)* og *andel plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold (11–21 prosent)* overlapper hverandre. Dermed er ikke resultatet for disse to variablene signifikant forskjellig.

med hjemmesykepleie må kompenseres gjennom et økt institusjonstilbud for å dekke omsorgsbehovene hos de aller eldste.

Når det gjelder kontrollvariablene årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50), årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61), andel årsverk med fagutdanning fra videregående og andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, har ingen av disse betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.

Ressurssituasjonen legger viktige rammer for tjenestetilbudet innen pleie- og omsorgssektoren. Resultatene i tabell 3.2 viser at det økonomiske handlingsrommet, i form av frie helse-inntekter per innbygger, er av betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser. Kommuner med høye frie inntekter per innbygger har som forventet høyere dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Frie inntekter per innbygger er den klart viktigste forklaringsvariabelen<sup>38</sup> av dem som er inkludert i analysen. Dette støtter antakelsen om at høye frie inntekter per innbygger, og dermed et større økonomisk handlingsrom, vil virke positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser. Netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) ble også inkludert i analysen som et mål på det økonomiske handlingsrommet. Slik det fremkommer av resultatene i tabell 3.2, er imidlertid netto lånegjeld per innbygger uten betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.

Hovedoppgaven for lokale beslutningstakere er i all hovedsak å prioritere innenfor det økonomiske handlingsrommet som er bestemt gjennom statlige reguleringer. For å undersøke betydningen av lokale prioriteringer ble andel nettoutgifter til pleie og omsorg og andel nettoutgifter til grunnskole inkludert i analysen. Det er noe overraskende å se at verken andel nettoutgifter til pleie og omsorg eller andel nettoutgifter til grunnskole er av betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.

I tabell 3.3 er resultatene for analysen av dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009 presentert. De fire undergruppene av sosioøkonomiske variabler (demografi og geografi, brukergrunnlag, utforming av tjenestetilbudet og ressurser og prioriteringer) er benyttet som blokker i den sekvensielle analysen.

Stadig flere eldre mottar helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon. På bakgrunn av dette ble det antatt at en høy andel innbyggere 80 år og eldre ville føre til en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester. De sekvensielle analysene i tabell 3.3 tegner i denne sammenheng et interessant bilde. Antakelsen om at en høy andel innbyggere 80 år og eldre ville føre til en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester, får støtte, helt til det tas hensyn til ressurs- og prioriteringsvariablene i modell fire. Når det tas hensyn til ressurs- og prioriteringsvariablene i modell fire, har ikke andel innbyggere 80 år og eldre noen betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre.

<sup>38</sup> *Frie inntekter per innbygger* har den største standardiserte regresjonskoeffisienten i modell fire (BETA).

Tabell 3.3 Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009.

	Modell 1 B (BETA)	Modell 2 B (BETA)	Modell 3 B (BETA)	Modell 4 B (BETA)
Konstant	.319***	.299***	.355***	.206***
Andel innbyggere 80 år og eldre	.618** (.156)	.602** (.152)	.671*** (.169)	.052 (.013)
Andel av befolkningen som bor spredt	.021 (.093)	.015 (.067)	.016 (.070)	.010 (.044)
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov		.004 (.008)	.005 (.009)	.005 (.009)
Andel brukere med omfattende bistands- behov		-.001 (-.001)	.021 (.021)	-.023 (-.023)
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år		1.101*** (.144)	1.069*** (.140)	.560 (.073)
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbe- grenset opphold (0 til 10 prosent)			-.015* (-.113)	-.017* (-.113)
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbe- grenset opphold (11 til 21 prosent)			-.013 (-.101)	-.014* (-.111)
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer)			.009 (.069)	.008 (.065)
Antall tildelte timer med hjemmesyke- pleie i uken (1 til 5 timer)			-.024*** (-.161)	-.025*** (-.165)
Årsverk per mottaker av pleie- og om- sorgstjenester (0,20 til 0,50)			.021** (.169)	.028*** (.222)
Årsverk per mottaker av pleie- og om- sorgstjenester (0,51 til 0,61)			.012 (.092)	.012 (.088)
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående			-.090* (-.096)	-.070 (-.076)
Andel årsverk med fagutdanning fra høgskole/universitet			-.045 (-.045)	-.020 (-.020)
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner)				.001** (.183)
Netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner)				-.006 (-.049)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg				.283*** (.250)
Andel nettoutgifter til grunnskole				.137 (.095)
N	399	399	399	399
Justert R <sup>2</sup>	.046	.059	.100	.133

\*:  $p \leq 0.10$ , \*\*:  $p \leq 0.05$ , \*\*\*:  $p \leq 0.01$

Andelen innbyggere som bor spredt, er heller ikke av betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester.

Slik det fremkommer i tabell 3.3, er andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov uten betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Det ble antatt at i kommuner hvor brukere med noe/avgrenset bistandsbehov utgjør en høy andel av alle mottakere av helse- og omsorgstjenester, vil disse bistandsbehovene kunne dekkes gjennom de hjemmebaserte tjenestene. Resultatet gir ikke støtte til denne antakelsen. Heller ikke andel brukere med omfattende bistandsbehov har betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester. Dette resultatet var imidlertid som forventet.

Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år virker positivt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, helt til det tas hensyn til ressurs- og prioriteringsvariablene i modell fire. Når det tas hensyn til ressurs- og prioriteringsvariablene i modell fire, har ikke dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år noen betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre.

Utformingen av tjenestetilbudet har betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Kommuner med en lav andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold<sup>39</sup> har lavere dekningsgrad av hjemmetjenester. Dette gir støtte til antakelsen om at en lavere andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold medfører mindre behov for hjemmetjenester.

Et lavt antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) har ingen betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester. Når det kommer til betydningen av omfanget av de hjemmebaserte tjenestene, har antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester. Kommuner med et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) har lavere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Dermed støttes ikke antakelsen om at et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken vil innebære at helse- og omsorgsressursen kan fordeles på flere brukere innenfor den hjemmebaserte omsorgen, og at en slik innretning av tjenestetilbudet gjør det mulig å tilby et høyere antall innbyggere hjemmebaserte tjenester, noe som dermed vil innebære en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester.

Når det gjelder kontrollvariablene årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61), andel årsverk med fagutdanning fra videregående og andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, har ingen av disse betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Resultatet for kontrollvariabelen års-

<sup>39</sup> Resultatet er signifikant og negativt både for kommuner hvor *andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold* utgjør 0–10 prosent av samtlige institusjonsplasser, og for kommuner hvor *andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold* utgjør 11–21 prosent.

verk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) er imidlertid signifikant og positivt. Dette innebærer at kommuner med et lavt antall årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) har høyere dekningsgrad av hjemmetjenester.

Resultatene i tabell 3.3 viser at det økonomiske handlingsrommet, i form av frie inntekter per innbygger, er av betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester. Kommuner med høye frie inntekter per innbygger har som forventet høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Dette støtter antakelsen om at høye frie inntekter per innbygger, og dermed et større økonomisk handlingsrom, vil virke positivt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester. Netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) ble også inkludert i analysen som et mål på det økonomiske handlingsrommet. Slik det fremkommer av resultatene i tabell 3.3, er imidlertid netto lånegjeld per innbygger uten betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre.

For å undersøke betydningen av lokale prioriteringer ble andel nettoutgifter til pleie og omsorg og andel nettoutgifter til grunnskole inkludert i analysen. Resultatene fra analysen viser at kommuner som prioriterer helse- og omsorgssektoren, i form av en høy andel nettoutgifter til pleie og omsorg, har høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Det er noe overraskende å se at andel nettoutgifter til pleie og omsorg<sup>40</sup> er den viktigste forklaringsvariabelen når det gjelder dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009. Andel nettoutgifter til grunnskole er uten betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre.

### **3.5 Dekningsgrad av institusjonsplasser og dekningsgrad av hjemmetjenester – ulike forklaringer?**

For å undersøke hvorvidt ulike forklaringsvariabler er av ulik betydning når det gjelder å forklare dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, er differansen mellom regresjonskoeffisientene signifikantstestet. Resultatet er presentert i tabell 3.4 (neste side).

I tabell 3.4 er differansen mellom de ulike regresjonskoeffisientene signifikantstestet for å belyse hvorvidt de ulike forklaringsvariablene er av ulik betydning når det kommer til dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre.

<sup>40</sup> *Andel nettoutgifter til pleie og omsorg* har den største standardiserte regresjonskoeffisienten i modell fire (BETA).

Tabell 3.4 Signifikanstesting av differansen mellom regresjonskoeffisientene.

	Dekningsgrad av institusjons- plasser B (BETA)	Dekningsgrad av hjemme- tjenester B (BETA)	Differan- sen (B-B)
Konstant	.073	.206***	-.133
Andel innbyggere 80 år og eldre	-.407* (-.085)	.052 (.013)	-.459
Andel av befolkningen som bor spredt	.023* (.212)	.010 (.044)	.013
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov	-.027 (-.050)	.005 (.009)	-.032
Andel brukere med omfattende bistandsbehov	-.087** (-.120)	-.023 (-.023)	-.064
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år	-.970*** (-.137)	.560 (.073)	-1.530**
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent)	.018*** (.167)	-.017* (-.131)	.035**
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent)	.003 (.031)	-.014* (-.111)	.017
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer)	.004 (.060)	.008 (.065)	-.000
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer)	.024*** (.182)	-.025*** (-.165)	.049***
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50)	-.003 (-.051)	.028*** (.222)	-.031
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61)	-.001 (-.006)	.012 (.088)	-.013
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående	.050 (.059)	-.070 (-.076)	1.200
Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/ universitet	.057 (.064)	-.020 (-.020)	.770
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner)	.003*** (.502)	.001** (.183)	.002
Netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner)	-.005 (-.045)	-.006 (-.049)	-.001
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg	-.001 (-.001)	.283*** (.250)	-.284**
Andel nettoutgifter til grunnskole	-.118 (-.091)	.137 (.095)	-.255
N	399	399	
Justert R <sup>2</sup>	.409	.133	

\*:  $p \leq 0.10$ , \*\*:  $p \leq 0.05$ , \*\*\*:  $p \leq 0.01$

Differansen mellom regresjonskoeffisientene for dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år er signifikant forskjellig når det gjelder å forklare dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester. Dette gir dermed grunnlag for å konkludere med at dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år er av ulik betydning for de helse- og omsorgstjenestene som ytes til de aller eldste. Høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år virker negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre, men har ingen betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for de aller eldste.

Resultatet for andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) er signifikant forskjellig når det kommer til å forklare dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester. En lav andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) virker positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser og negativt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester. Resultatet gir dermed støtte til antakelsen om at en lavere andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold innebærer at flere plasser kan tilbys som permanente institusjonsplasser. Dette kan igjen virke positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for de aller eldste. Videre støtter resultatet antakelsen om at en lavere andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold medfører mindre behov for hjemmetjenester.

Betydningen av et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) er signifikant forskjellig når det kommer til dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester. Et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) virker positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser og negativt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester. Dette gir støtte til antakelsen om at et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken innebærer at kommuner velger å prioritere institusjonsbaserte tjenester i større grad enn hjemmebaserte, noe som igjen vil virke positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Videre gir det støtte til antakelsen om at et lavt antall tildelte timer med hjemmesykepleie (1 til 5 timer) må kompenseres gjennom et økt institusjonstilbud for å dekke omsorgsbehovene hos de aller eldste.

Prioritering av helse- og omsorgssektoren i sin helhet, i form av andel nettoutgifter til pleie og omsorg, er av ulik betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester. Andelen nettoutgifter til pleie og omsorg har ingen betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser, mens en høyere andel nettoutgifter til pleie og omsorg virker positivt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Slik det fremkommer i tabell 3.4, er denne forskjellen signifikant. Dette gir dermed støtte til antakelsen om at en prioritering av helse- og omsorgssektoren i sin helhet reflekterer et ønske om å gi flest mulig et tilbud. Sammenlignet med institusjonsbasert omsorg vil den samme ressursmessige innsatsen innen hjemmebasert omsorg kunne gi langt flere gjennomsnittlige brukere et tilbud innen

helse og omsorg. En prioritering av helse- og omsorgssektoren i sin helhet virker dermed positivt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester.

### **3.6 Forholdet mellom dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester for de aller eldste brukerne**

For å undersøke hvilken betydning dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre har for dekningsgraden av institusjonsplasser for den samme gruppen, er dekningsgrad av hjemmetjenester inkludert i analysen.

Resultatene i tabell 3.5 viser at høy dekningsgrad av hjemmetjenester virker negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser. Når det gjelder de øvrige forklaringsvariablene, er det kun mindre endringer i resultatene når det tas hensyn til dekningsgraden av hjemmetjenester. Imidlertid er det interessant å se at resultatet for andel nettoutgifter til grunnskole blir signifikant når det tas hensyn til dekningsgrad av hjemmetjenester. En prioritering av grunnskole, i form av høyere andel nettoutgifter til grunnskole, virker dermed negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.

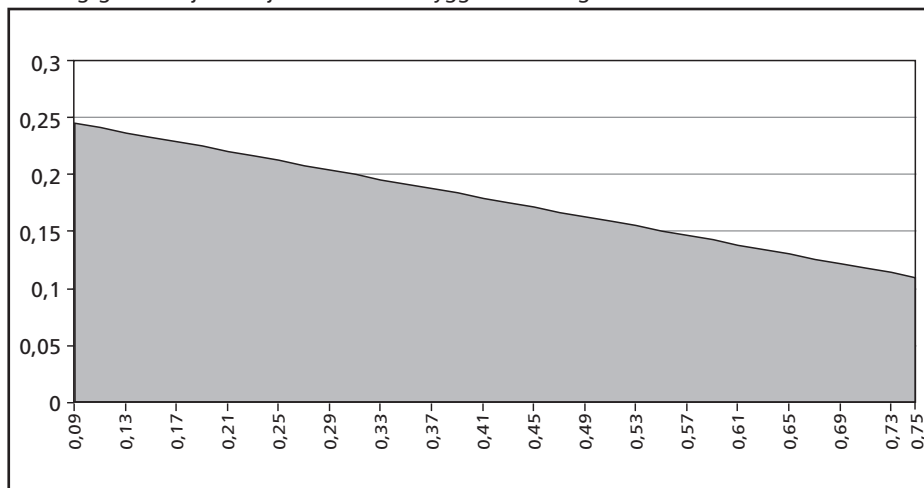
På bakgrunn av resultatene i tabell 3.5 er dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, frie inntekter per innbygger, andel innbyggere 80 år og eldre og dekningsgrad av hjemmetjenester for befolkningen 0 til 66 år. I disse estimatene er de øvrige forklaringsvariablene holdt konstante. Disse estimatene gir et bilde på hvilken betydning dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, frie inntekter per innbygger, andel innbyggere 80 år og eldre og dekningsgrad av hjemmetjenester for befolkningen 0 til 66 år har for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. I figur 3.8 (side 56) er dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre.

Tabell 3.5 Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2009.

	B (BETA)
Konstant	.152***
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre	-.205*** (-.245)
Andel innbyggere 80 år og eldre	-.491** (-.137)
Andel av befolkningen som bor spredt	.024** (.115)
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov	-.032* (-.070)
Andel brukere med omfattende bistandsbehov	-.110*** (-.121)
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år	-.770** (-.112)
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent)	.014** (.120)
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent)	-.001 (-.006)
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer)	.005 (.045)
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer)	.017*** (.127)
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50)	.005 (.043)
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61)	.002 (.015)
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående	.028 (.034)
Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet	.035 (.039)
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner)	.004*** (.532)
Netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner)	-.007 (-.060)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg	.055 (.055)
Andel nettoutgifter til grunnskole	-.130* (-.100)
N	396
Justert R <sup>2</sup>	.452

\*:  $p \leq 0.10$ , \*\*:  $p \leq 0.05$ , \*\*\*:  $p \leq 0.01$

Figur 3.8 Estimert dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre ut fra dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre.



En kommune hvor dekningsgraden av hjemmetjenester for befolkningen 80 år og eldre er 9 prosent<sup>41</sup>, har under de gitte forutsetninger<sup>42</sup> en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser på 24,5 prosent. Til sammenligning vil en kommune hvor dekningsgraden av hjemmetjenester for befolkningen 80 år og eldre er 75 prosent<sup>43</sup>, der alt annet er likt, ha en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser på 10,9 prosent.

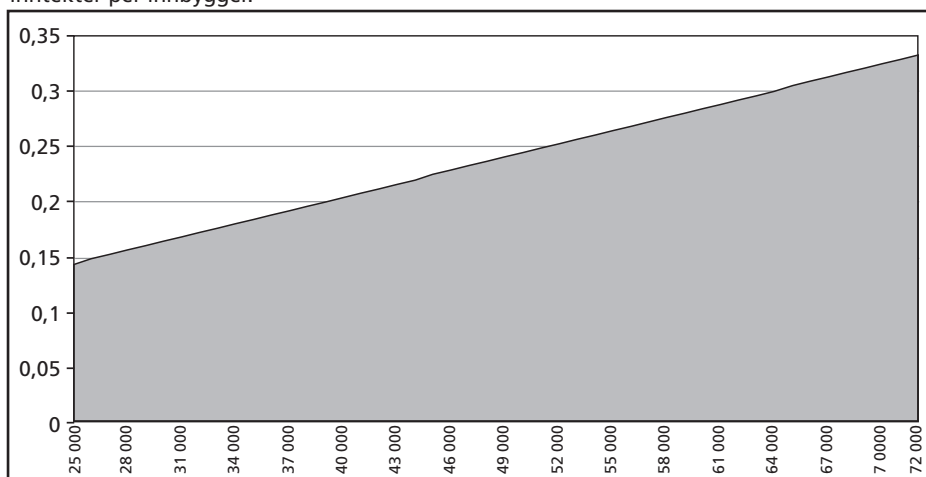
<sup>41</sup> Kommunen med den laveste dekningsgraden av hjemmetjenester i 2008 hadde en dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre på 9 prosent.

<sup>42</sup> De øvrige forklaringsvariablene er holdt konstante og tillagt følgende verdier: Andel innbyggere 80 år og eldre, andel av befolkningen som bor spredt, andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, andel brukere med omfattende bistandsbehov, dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere mellom 0 og 66 år, andel årsverk med fagutdanning fra videregående, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner), andel nettoutgifter til pleie og omsorg og andel nettoutgifter til grunnskole er tillagt gjennomsnittsverdi. Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) er tillagt verdien 1, andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent) er tillagt verdien 0, antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61) er tillagt verdien 0, netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) er tillagt verdien 1.

<sup>43</sup> Kommunen med den høyeste dekningsgraden av hjemmetjenester i 2008 hadde en dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre på 75 prosent.

I figur 3.9 er dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra frie inntekter per innbygger.

Figur 3.9 Estimert dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre ut fra frie inntekter per innbygger.



En kommune med 25 000 kroner<sup>44</sup> i frie inntekter per innbygger har under de gitte forutsetninger<sup>45</sup> en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser på 14,2 prosent. Til sammenligning vil en kommune med 71 000 kroner<sup>46</sup> i frie inntekter per innbygger, der alt annet er likt, ha en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser på 32,6 prosent.

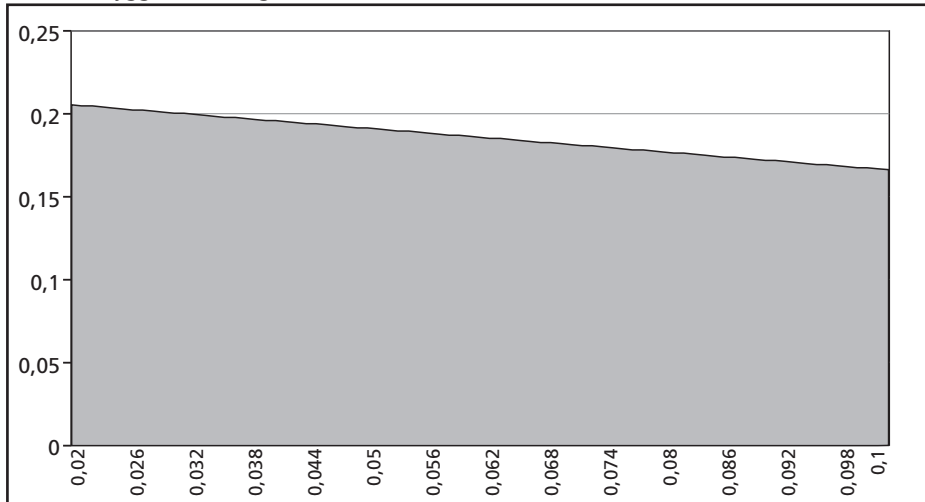
<sup>44</sup> Kommunen med de laveste frie inntektene i 2008 hadde 25 370 kroner i frie inntekter per innbygger.

<sup>45</sup> De øvrige forklaringsvariablene er holdt konstante og tillagt følgende verdier: Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, andel innbyggere 80 år og eldre, andel av befolkningen som bor spredt, andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, andel brukere med omfattende bistandsbehov, dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere mellom 0 og 66 år, andel årsverk med fagutdanning fra videregående, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, andel nettoutgifter til pleie og omsorg og andel nettoutgifter til grunnskole er tillagt gjennomsnittsverdi. Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) er tillagt verdien 1, andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent) er tillagt verdien 0, antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61) er tillagt verdien 0, netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) er tillagt verdien 1.

<sup>46</sup> Kommunen med de høyeste frie inntektene i 2008 hadde 71 310 kroner i frie inntekter per innbygger.

I figur 3.10 er dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra andel innbyggere 80 år og eldre.

Figur 3.10 Estimert dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre ut fra andel innbyggere 80 år og eldre.



En kommune hvor andel innbyggere 80 år og eldre utgjør 2 prosent<sup>47</sup> av befolkningen, har under de gitte forutsetninger<sup>48</sup> en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser på 20,5 prosent. Til sammenligning vil en kommune hvor andel innbyggere 80 år og eldre utgjør 10 prosent<sup>49</sup> av befolkningen, der alt annet er likt, ha en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser på 16,6 prosent.

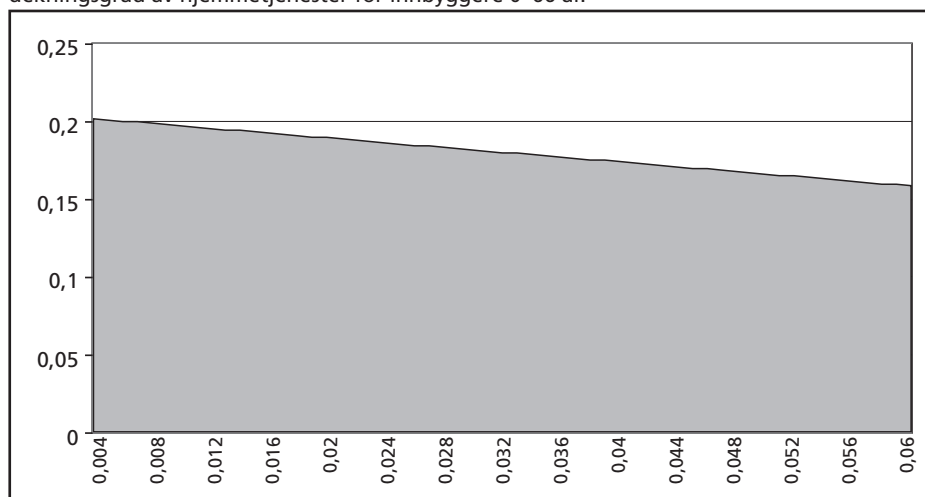
<sup>47</sup> I kommunen med lavest andel innbyggere 80 år og eldre i 2008 utgjorde innbyggere 80 år og eldre 2 prosent av befolkningen.

<sup>48</sup> De øvrige forklaringsvariablene er holdt konstante og tillagt følgende verdier: Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, andel av befolkningen som bor spredt, andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, andel brukere med omfattende bistandsbehov, dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere mellom 0 og 66 år, andel årsverk med fagutdanning fra videregående, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner), andel nettoutgifter til pleie og omsorg og andel nettoutgifter til grunnskole er tillagt gjennomsnittsverdi. Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) er tillagt verdien 1, andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent) er tillagt verdien 0, antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61) er tillagt verdien 0, netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) er tillagt verdien 1.

<sup>49</sup> I kommunen med høyest andel innbyggere 80 år og eldre i 2008 utgjorde innbyggere 80 år og eldre 10 prosent av befolkningen.

I figur 3.11 er dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra dekningsgrad av hjemmetjenester for befolkningen 0 til 66 år.

Figur 3.11 Estimert dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre ut fra dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år.



En kommune hvor dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år er 0,4 prosent<sup>50</sup>, har under de gitte forutsetninger<sup>51</sup> en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser på 20,1 prosent. Til sammenligning vil en kommune hvor dekningsgraden av hjemmetjenester for befolkningen 0–66 år er 6 prosent<sup>52</sup>, der alt annet er likt, ha en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser på 15,7 prosent.

<sup>50</sup> Kommunen med den laveste dekningsgraden av hjemmetjenester for befolkningen 0–66 år i 2008 hadde en dekningsgrad av hjemmetjenester for befolkningen 0–66 år på 0,4 prosent.

<sup>51</sup> De øvrige forklaringsvariablene er holdt konstante og tillagt følgende verdier: Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, andel innbyggere 80 år og eldre, andel av befolkningen som bor spredt, andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, andel brukere med omfattende bistandsbehov, andel årsverk med fagutdanning fra videregående, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner), andel nettoutgifter til pleie og omsorg og andel nettoutgifter til grunnskole er tillagt gjennomsnittsverdi. Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) er tillagt verdien 1, andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent) er tillagt verdien 0, antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61) er tillagt verdien 0, netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) er tillagt verdien 1.

<sup>52</sup> Kommunen med den høyeste dekningsgraden av hjemmetjenester for befolkningen 0–66 år i 2008 hadde en dekningsgrad av hjemmetjenester for befolkningen 0–66 år på 6 prosent.

For å undersøke hvilken betydning dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre har for dekningsgraden av hjemmetjenester for den samme gruppen, er dekningsgrad av institusjonsplasser inkludert i analysen.

Tabell 3.6 Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009.

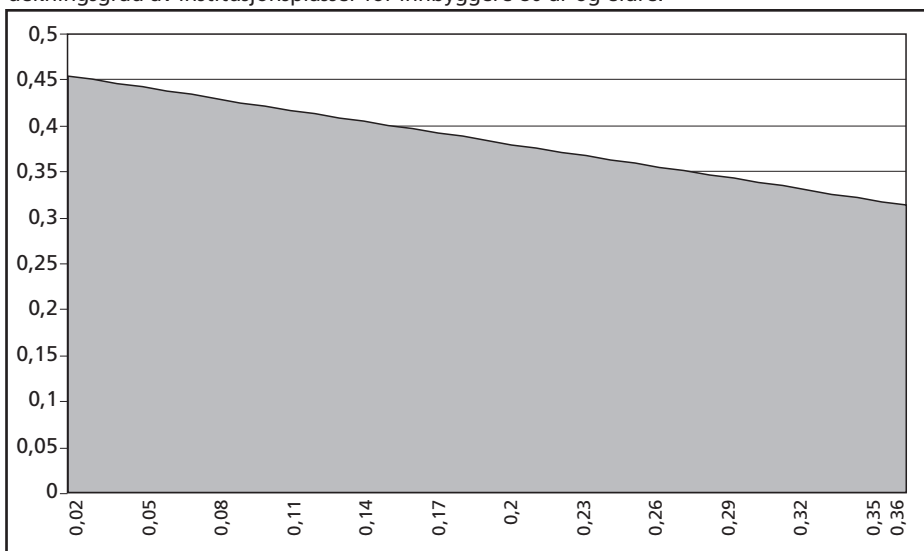
	B (BETA)
Konstant	.231***
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre	-.418*** (-.360)
Andel innbyggere 80 år og eldre	-.204 (-.051)
Andel av befolkningen som bor spredt	.027* (.115)
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov	.001 (.002)
Andel brukere med omfattende bistandsbehov	-.026 (-.026)
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år	.191 (.025)
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent)	-.006 (-.048)
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent)	-.009 (-.070)
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer)	.008 (.068)
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer)	-.017** (-.113)
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50)	.027*** (.212)
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61)	.010 (.078)
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående	-.054 (-.058)
Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet	-.008 (-.008)
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner)	.003*** (.344)
Netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner)	-.008 (-.066)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg	.292*** (.259)
Andel nettoutgifter til grunnskole	.096 (.066)
N	396
Justert R <sup>2</sup>	.212

\*:  $p \leq 0.10$ , \*\*:  $p \leq 0.05$ , \*\*\*:  $p \leq 0.01$

Resultatene i tabell 3.6 viser at høy dekningsgrad av institusjonsplasser virker negativt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester. Når det gjelder de øvrige forklaringsvariablene, er det kun mindre endringer i resultatene når det tas hensyn til dekningsgraden av institusjonsplasser.

På bakgrunn av resultatene i tabell 3.6 er dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre, frie inntekter per innbygger og andel nettoutgifter til pleie og omsorg. I disse estimatene er de øvrige forklaringsvariablene holdt konstante. Disse estimatene gir et bilde på hvilken betydning dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre, frie inntekter per innbygger og andel nettoutgifter til pleie og omsorg har for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. I figur 3.12 er dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.

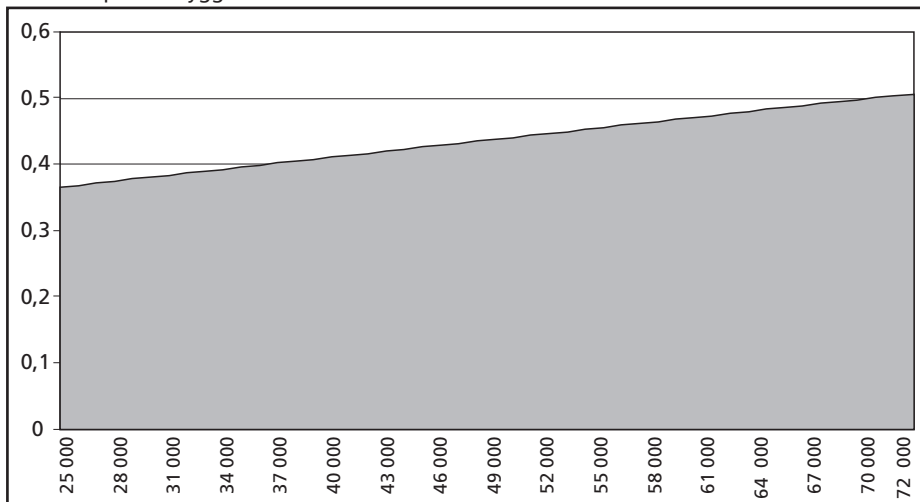
Figur 3.12 Estimert dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre ut fra dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.



En kommune hvor dekningsgraden av institusjonsplasser for befolkningen 80 år og eldre er 2 prosent<sup>53</sup>, har under de gitte<sup>54</sup> forutsetninger en estimert dekningsgrad av hjemmetjenester på 45,7 prosent. Til sammenligning vil en kommune hvor dekningsgraden av institusjonsplasser for befolkningen 80 år og eldre er 36 prosent<sup>55</sup>, der alt annet er likt, ha en estimert dekningsgrad av hjemmetjenester på 31,5 prosent.

I figur 3.13 viser dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra frie inntekter per innbygger.

Figur 3.13 Estimert dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre ut fra frie inntekter per innbygger.



<sup>53</sup> Kommunen med den laveste dekningsgraden av institusjonsplasser i 2008 hadde en dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre på 2 prosent.

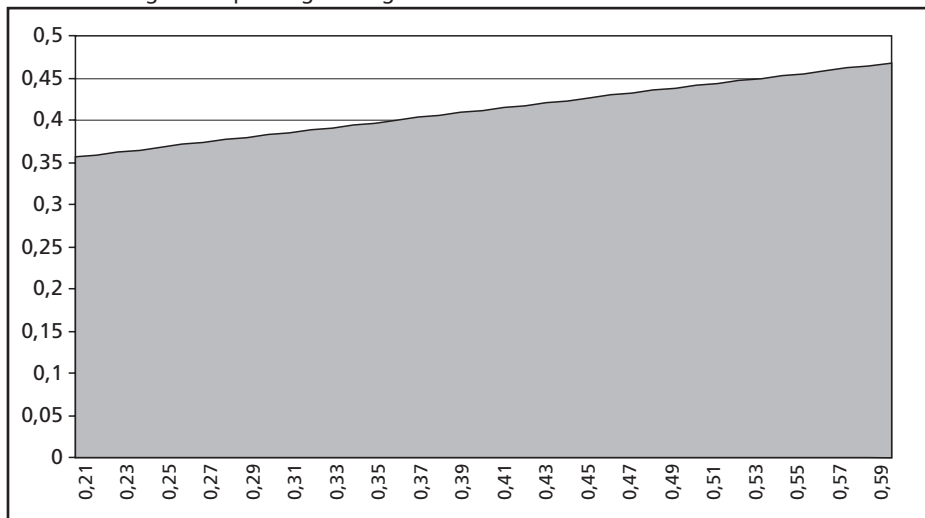
<sup>54</sup> De øvrige forklaringsvariablene er holdt konstante og tillagt følgende verdier: Andel innbyggere 80 år og eldre, andel av befolkningen som bor spredt, andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, andel brukere med omfattende bistandsbehov, dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere mellom 0 og 66 år, andel årsverk med fagutdanning fra videregående, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner), andel nettoutgifter til pleie og omsorg og andel nettoutgifter til grunnskole er tillagt gjennomsnittsverdi. Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) er tillagt verdien 1, andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent) er tillagt verdien 0, antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61) er tillagt verdien 0, netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) er tillagt verdien 1.

<sup>55</sup> Kommunen med den høyeste dekningsgraden av institusjonsplasser i 2008 hadde en dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre på 36 prosent.

En kommune med 25 000 kroner<sup>56</sup> i frie inntekter per innbygger har under de gitte<sup>57</sup> forutsetninger en estimert dekningsgrad av hjemmetjenester på 36,6 prosent. Til sammenligning vil en kommune med 71 000 kroner<sup>58</sup> i frie inntekter per innbygger, der alt annet er likt, ha en estimert dekningsgrad av hjemmetjenester på 50,4 prosent.

I figur 3.14 er dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre estimert ut fra nettoutgifter til pleie og omsorg.

Figur 3.14 Estimert dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre ut fra andel nettoutgifter til pleie og omsorg.



<sup>56</sup> Kommunen med de laveste frie inntektene i 2008 hadde 25 370 kroner i frie inntekter per innbygger.

<sup>57</sup> De øvrige forklaringsvariablene er holdt konstante og tillagt følgende verdier: Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre, andel innbyggere 80 år og eldre, andel av befolkningen som bor spredt, andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, andel brukere med omfattende bistandsbehov, dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere mellom 0 og 66 år, andel årsverk med fagutdanning fra videregående, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, andel nettoutgifter til pleie og omsorg og andel nettoutgifter til grunnskole er tillagt gjennomsnittsverdi. Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) er tillagt verdien 1, andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent) er tillagt verdien 0, antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61) er tillagt verdien 0, netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) er tillagt verdien 1.

<sup>58</sup> Kommunen med de høyeste frie inntektene i 2008 hadde 71 310 kroner i frie inntekter per innbygger.

En kommune hvor andel nettoutgifter til pleie og omsorg utgjør 21 prosent<sup>59</sup>, har under de gitte<sup>60</sup> forutsetninger en estimert dekningsgrad av hjemmetjenester på 35,6 prosent. Til sammenligning vil en kommune hvor andel nettoutgifter til pleie og omsorg utgjør 59 prosent<sup>61</sup>, der alt annet er likt, ha en estimert dekningsgrad av hjemmetjenester på 46,7 prosent.

### 3.7 Oppsummering av resultatene fra regresjonsanalysene

I tabell 3.7 er resultatene fra regresjonsanalysene hvor henholdsvis dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre og dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2008 inngår som forklaringsvariabler, oppsummert. Slik det fremkommer i denne oppsummeringen, virker dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, andel innbyggere 80 år og eldre, andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, andel brukere med omfattende bistandsbehov, dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år, og andel nettoutgifter til grunnskole negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Andel av befolkningen som bor spredt, andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent), antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) og frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) virker positivt inn på dekningsgraden av

<sup>59</sup> Kommunen med lavest andel netto utgifter til pleie og omsorg i 2008 hadde en andel nettoutgifter til pleie og omsorg på 21 prosent.

<sup>60</sup> De øvrige forklaringsvariablene er holdt konstante og tillagt følgende verdier: Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre, andel innbyggere 80 år og eldre, andel av befolkningen som bor spredt, andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, andel brukere med omfattende bistandsbehov, dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere mellom 0 og 66 år, andel årsverk med fagutdanning fra videregående, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) og andel nettoutgifter til grunnskole er tillagt gjennomsnittsverdi. Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent) er tillagt verdien 1, andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (11 til 21 prosent) er tillagt verdien 0, antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50) er tillagt verdien 1, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,51 til 0,61) er tillagt verdien 0, netto lånegjeld per innbygger (0 til 35 000 kroner) er tillagt verdien 1.

<sup>61</sup> Kommunen med høyest andel netto utgifter til pleie og omsorg i 2008 hadde en andel nettoutgifter til pleie og omsorg på 59 prosent.

Tabell 3.7 Oppsummering av resultatene fra regresjonsanalysene.

	Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2009	Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2009
Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (2008)		*** <sub>-</sub>
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre (2008)	*** <sub>-</sub>	
Andel innbyggere 80 år og eldre	*** <sub>-</sub>	
Andel av befolkningen som bor spredt	** <sub>+</sub>	* <sub>+</sub>
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov	* <sub>-</sub>	
Andel brukere med omfattende bistandsbehov	*** <sub>-</sub>	
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år	*** <sub>-</sub>	
Andel institusjonsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold (0 til 10 prosent)	** <sub>+</sub>	
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer)	*** <sub>+</sub>	** <sub>-</sub>
Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50)		*** <sub>+</sub>
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner)	*** <sub>+</sub>	*** <sub>+</sub>
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg		*** <sub>+</sub>
Andel nettoutgifter til grunnskole	* <sub>-</sub>	
N	396	396
Justert R <sup>2</sup>	.452	.212

\*:  $p \leq 0.10$ , \*\*:  $p \leq 0.05$ , \*\*\*:  $p \leq 0.01$

institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Av disse forklaringsvariablene er frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner)<sup>62</sup> den klart viktigste forklaringsvariablen.

Slik det fremkommer av oppsummeringen i tabell 3.7, virker dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre og antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (1 til 5 timer) negativt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Andel av befolkningen som bor spredt, årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (0,20 til 0,50), frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) og andel nettoutgifter til pleie og omsorg virker positivt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Av disse forklaringsvariablene er dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre<sup>63</sup> den viktigste forklaringsvariablen.

<sup>62</sup> *Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner)* har den største standardiserte regresjonskoeffisienten (BETA).

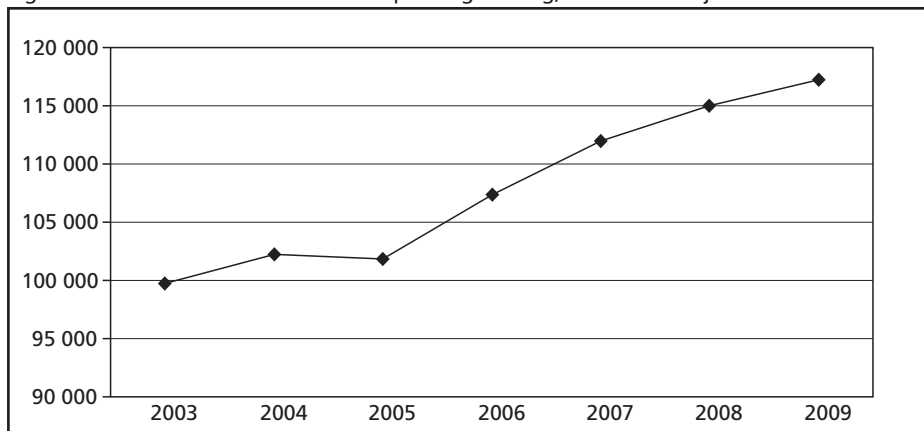
<sup>63</sup> *Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre* har den største standardiserte regresjonskoeffisienten (BETA).

### 3.8 Sammensetningen av kompetansen i tjenestene

Innen helse- og omsorgstjenesten utgjør personellet den grunnleggende ressursen. Alle tjenester som ytes, består av menneskelig innsats. Samspillet mellom ulikt personell og brukere legger grunnlaget for god omsorg. At personellet spiller en så avgjørende og sentral rolle for de tjenestene som ytes innen sektoren, gjør omsorgstjenestene svært sårbare for svingninger i personelldekningen og personellens kompetanse. I sin stortingsmelding<sup>64</sup> om utfordringene innen helse- og omsorgssektoren fremholdt regjeringen Stoltenberg II at den største utfordringen de nærmeste tiårene vil være å skaffe til veie nok fagutdannet arbeidskraft. Videre ble det understreket at målsettingen om de 10 000 nye årsverkene som skulle inn i sektoren i løpet av 2004 til 2009, i hovedsak skulle dekkes av fagutdannet personell (St.meld. nr. 25 (2005–2006); Hermansen 2011b).

Tall fra SSB viser at rundt 442 000 var sysselsatt i norske kommuner i 2009. I og med at mange av disse jobber deltid, tilsvarte dette om lag 340 000 avtalte årsverk. 42 prosent av de avtalte årsverkene ble i samme år utført innen helse- og sosialsektoren (SSB 2010). Slik det fremkommer i figur 3.15, har det vært en relativt kraftig vekst i antall årsverk innen pleie og omsorg i tidsperioden 2003 til 2009 (Hermansen 2011b).

Figur 3.15 Antall avtalte årsverk innen pleie og omsorg, brukerrettet tjeneste.

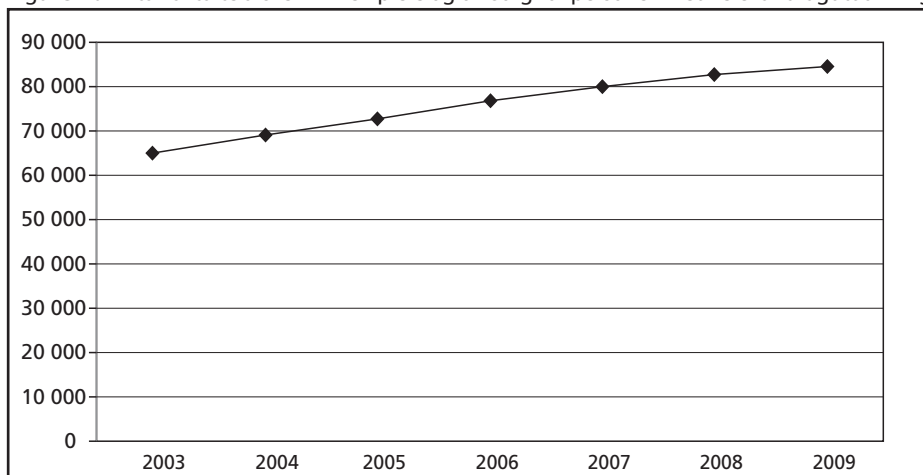


Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010 publisert i Hermansen 2011b

<sup>64</sup> St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer.

Antall avtalte årsverk i den brukerrettede tjenesten innen pleie og omsorg har økt fra rundt 100 000 årsverk i 2003 til i overkant av 115 000 årsverk i 2009. Slik det fremkommer i figur 3.15, har denne veksten i stor grad kommet i perioden 2005 til 2009. Veksten i antall årsverk, som ble fremstilt i figur 3.15, viser at økningen ligger klart innenfor målsettingen om 10 000 nye årsverk. Slik det fremgår av figur 3.16, ble også målsettingen om at denne veksten i hovedsak skulle dekkes av fagutdannet personell, oppnådd (Hermansen 2011b).

Figur 3.16 Antall avtalte årsverk innen pleie og omsorg for personell med relevant fagutdanning.

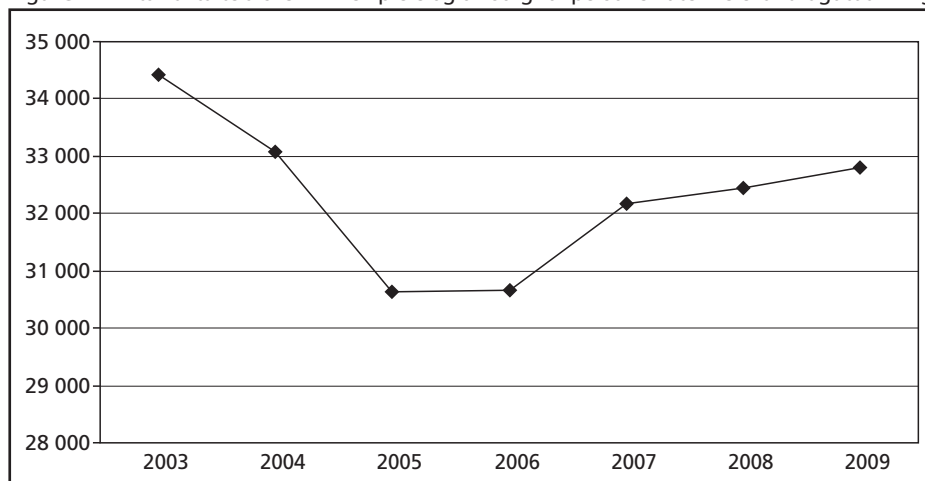


Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010 publisert i Hermansen 2011b

Antall avtalte årsverk innen pleie og omsorg for personell med relevant fagutdanning har økt jevnt i hele perioden fra 2003 til 2009. I 2003 var det rundt 65 000 avtalte årsverk for personell med relevant fagutdanning. Det samme tallet hadde steget til rundt 85 000 årsverk i 2009.

Når det gjelder avtalte årsverk for personell uten relevant fagutdanning, har ikke utviklingen vært like entydig. Slik det fremkommer i figur 3.17, har det i perioden 2003 til 2009 både vært fall og vekst i antall årsverk for ufaglærte (Hermansen 2011b).

Figur 3.17 Antall avtalte årsverk innen pleie og omsorg for personell uten relevant fagutdanning.



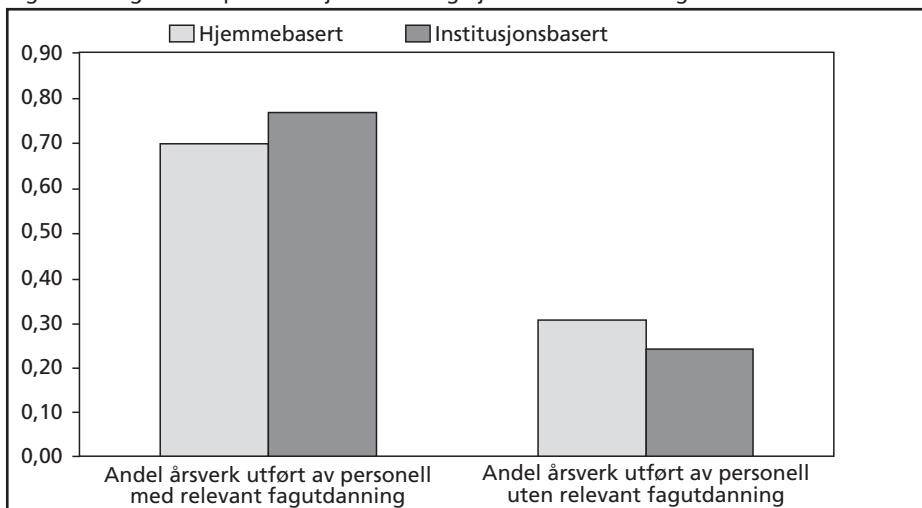
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010 publisert i Hermansen 2011b

Antall avtalte årsverk innen pleie og omsorg for personell uten relevant fagutdanning<sup>65</sup> sank fra i overkant av 34 000 i 2003 til i underkant av 31 000 i 2005. Deretter steg antallet fra i underkant av 31 000 årsverk i 2006 til i underkant av 33 000 årsverk i 2009.

Selv om personell uten relevant fagutdanning utgjør en betydelig gruppe innen helse- og omsorgssektoren, er likevel personell med relevant fagutdanning den klart største gruppen. Slik det fremkommer i figur 3.16, har det vært en jevn vekst i antall avtalte årsverk blant fagutdannede, mens veksten for ufaglærte først kom fra og med 2006 etter en periode med nedgang, slik at 2009-nivået er lavere enn i 2003 (Hermansen 2011b).

<sup>65</sup> *Årsverk uten relevant fagutdanning* i brukerrettet tjeneste er beregnet ved å subtrahere «Årsverk for personell med relevant fagutdanning, registrert på funksjon 234 (Aktivisering og støttetjenester til eldre og funksjonshemmede), funksjon 253 (Pleie, omsorg, hjelp og re-/habilitering i institusjon) og funksjon 254 (Hjemmetjenester knyttet til pleie, omsorg og hjelp til hjemmeboende), ekskludert adm./øk. og servicefunksjoner» med «Årsverk for personell i brukerrettede tjenester, registrert på funksjon 234 (aktivisering av eldre og funksjonshemmede), funksjon 253 (pleie/omsorg i institusjon for eldre og funksjonshemmede) og funksjon 254 (hjemmetjenester), ekskludert adm./øk. og servicefunksjoner».

Figur 3.18 Andel avtalte årsverk i brukerrettede tjenester for personell med og uten relevant fagutdanning fordelt på institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg i 2009.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010. (Disse KOSTRA-dataene er ikke offentlig tilgjengelige. Dataene er utlevert av seksjon for helsestatistikk i SSB.)

Når det gjelder fordelingen<sup>66</sup> mellom årsverk for personell med relevant fagutdanning og årsverk for personell uten relevant fagutdanning<sup>67</sup>, er det klare forskjeller når helse- og omsorgssektoren deles inn i institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg. Fordelingen mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg når det gjelder andel årsverk for personell med relevant fagutdanning og andel årsverk for personell uten relevant fagutdanning i 2009, er fremstilt i figur 3.18.

Andel årsverk for personell med relevant fagutdanning utgjorde rundt 76 prosent innen institusjonsbasert omsorg i 2009, mens den tilsvarende andelen var 69 prosent innen hjemmebasert omsorg. Personell uten relevant fagutdanning sto dermed for rundt 24 prosent av årsverkene innen institusjonsbasert omsorg i 2009 og rundt 31 prosent innen hjemmebasert omsorg.

<sup>66</sup> I alt 165 kommuner er ikke inkludert i denne fremstillingen på grunn av manglende verdier eller fordi disse kommunene antas å ha integrerte tjenester. Hvis kommuner med integrerte tjenester tas med i fremstillingen, vil det gi et misvisende bilde av årsverksfordeling mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg. De 165 kommunene som ikke er tatt med, er redegjort for i appendiks. Fremstillingen bør derfor fortolkes med en viss forsiktighet.

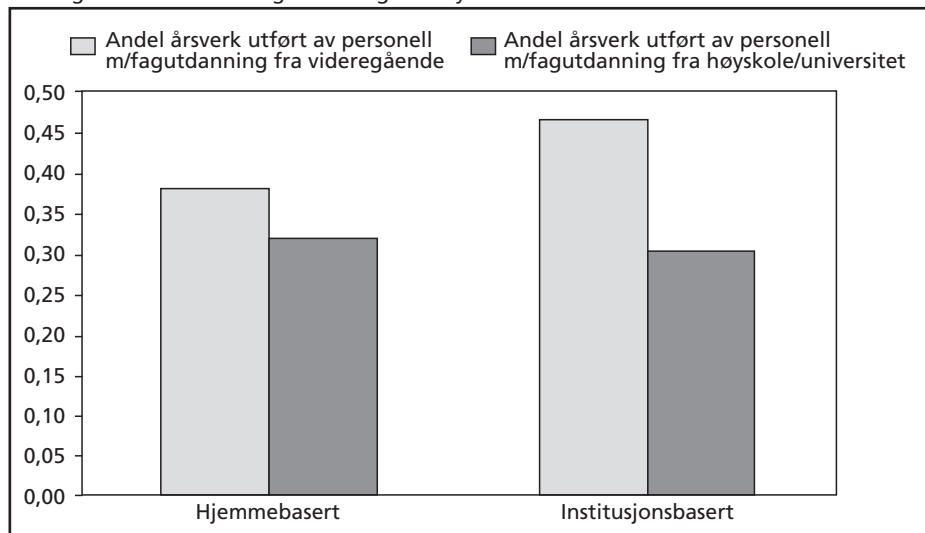
<sup>67</sup> *Årsverk uten relevant fagutdanning* i brukerrettet tjeneste er beregnet ved å subtrahere «Årsverk i brukerrettet tjeneste m/fagutdanning fra videregående» og «Årsverk i brukerrettet tjeneste m/fagutdanning fra høyskole/universitet» med «Årsverk i alt, brukerrettet tjeneste», fordelt på institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg.

Dagens helse- og omsorgstjeneste forvalter en omfattende fagkompetanse, og nye brukergrupper medfører behov for tverrfaglig kompetanse blant personellet (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Personell med relevant fagutdanning innen den brukerrettede tjenesten av helse- og omsorgssektoren består derfor av en rekke ulike yrkes- og utdanningsgrupper. En relativt grov inndeling kan gjøres ved å skille mellom årsverk for personell med fagutdanning fra videregående skole og årsverk for personell med fagutdanning fra høyskole/universitet.

Antall avtalte årsverk i brukerrettede tjenester for personell med fagutdanning fra videregående skole lå i 2009 på rundt 49 000. Til sammenligning sto personell med fagutdanning fra høyskole/universitet i samme periode for rundt 35 000 avtalte årsverk i 2009 (Hermansen 2011b).

For å utvide bildet av fordelingen mellom årsverk i brukerrettet tjeneste for personell med fagutdanning fra videregående og personell med fagutdanning fra høyskole/universitet er fordelingen<sup>68</sup> mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg i 2009 fremstilt i figur 3.19.

Figur 3.19 Andel avtalte årsverk i brukerrettede tjenester for personell med fagutdanning fra videregående eller med fagutdanning fra høyskole/universitet i 2009.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010<sup>69</sup>

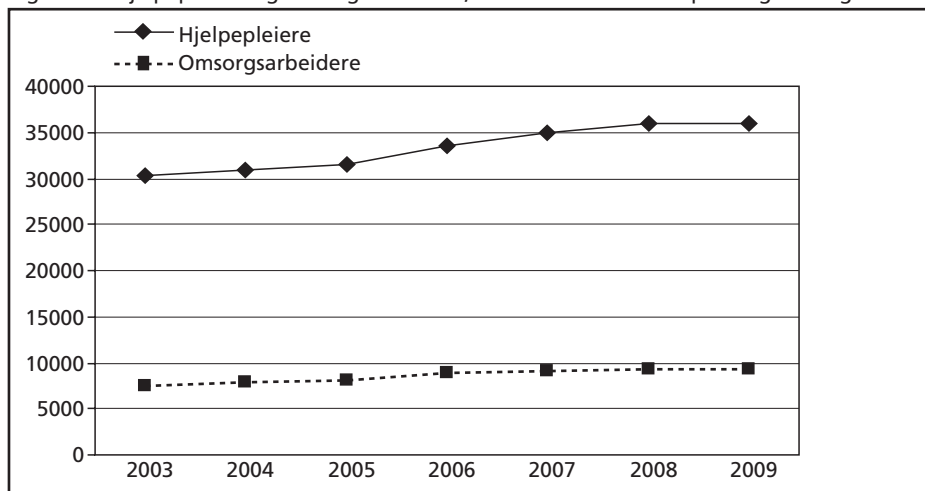
<sup>68</sup> I alt 165 kommuner er ikke inkludert i denne fremstillingen på grunn av manglende verdier eller fordi disse kommunene antas å ha integrerte tjenester. Hvis kommuner med integrerte tjenester tas med i fremstillingen, vil det gi et misvisende bilde av årsverksfordelingen mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg. De 165 kommunene som ikke er tatt med, er redegjort for i appendiks. Fremstillingen bør derfor fortolkes med en viss forsiktighet.

<sup>69</sup> Disse KOSTRA-dataene er ikke offentlig tilgjengelige. Dataene er utlevert av seksjon for helsestatistikk i SSB.

Personell med fagutdanning fra videregående sto for rundt 46 prosent av årsverkene<sup>70</sup> innen institusjonsbasert omsorg i 2009. Rundt 30 prosent av årsverkene innen den institusjonsbaserte omsorgen ble stått for av personell med fagutdanning fra høyskole/ universitet. Personell med fagutdanning fra videregående sto for rundt 38 prosent av årsverkene innenfor hjemmebasert omsorg, mens personell med fagutdanning fra høyskole/universitet sto for rundt 32 prosent av årsverkene i 2009.

Samlet utgjør personell med fagutdanning fra videregående den klart største gruppen fagutdannede. I 2009 sto de for rundt 14 000 flere avtalte årsverk enn personell med fagutdanning fra høyskole/universitet, hvorav hjelpepleierne utgjør den klart største gruppen med fagutdanning fra videregående skole (jf. figur 3.19) (Hermansen 2011b).

Figur 3.20 Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, avtalte årsverk innen pleie og omsorg.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010 publisert i Hermansen 2011b

Antall avtalte årsverk for hjelpepleiere lå på i overkant av 30 000 i 2003. I perioden mellom 2003 og 2009 har antallet økt kraftig. I 2009 sto den samme gruppen for i underkant av 36 000 årsverk innen helse- og omsorgssektoren.

En annen stor gruppe personell med fagutdanning fra videregående skole er omsorgsarbeiderne. I hele perioden mellom 2003 og 2009 har antall avtalte årsverk for omsorgsarbeidere vært i vekst. Denne gruppen sto for i overkant av 7 000 årsverk<sup>71</sup>

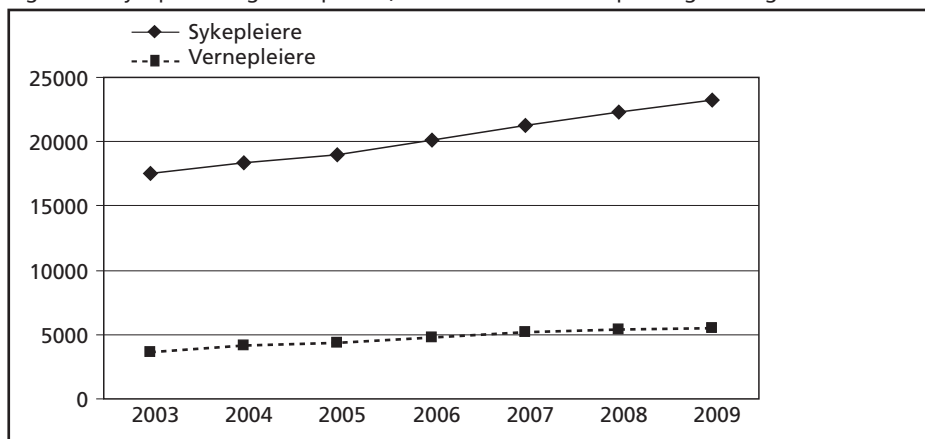
<sup>70</sup> Det er viktig å understreke at disse fremstillingene er basert på antall avtalte årsverk eller planlagt bemanning og ikke faktisk bemanning.

<sup>71</sup> Det er viktig å understreke at disse fremstillingene er basert på antall avtalte årsverk eller planlagt bemanning og ikke faktisk bemanning.

i 2003, mens i 2009 hadde antallet steget til i overkant av 9000 årsverk. Relativt sett har dermed ikke omsorgsarbeiderne opplevd en like kraftig økning i antall årsverk som hjelpepleierne i denne perioden. Imidlertid er omsorgsarbeiderne i ferd med å bli en betydelig yrkesgruppe innenfor helse- og omsorgssektoren (Hermansen 2011b).

Når det gjelder personer med fagutdanning fra høyskole/universitet, er det sykepleiere som utgjør den største gruppen innen helse- og omsorgssektoren. Slik det fremkommer i figur 3.21, har det vært en jevn vekst i antall avtalte årsverk for sykepleiere i perioden 2003 til 2009.

Figur 3.21 Sykepleiere og vernepleiere, avtalte årsverk innen pleie og omsorg.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010 publisert i Hermansen 2011b

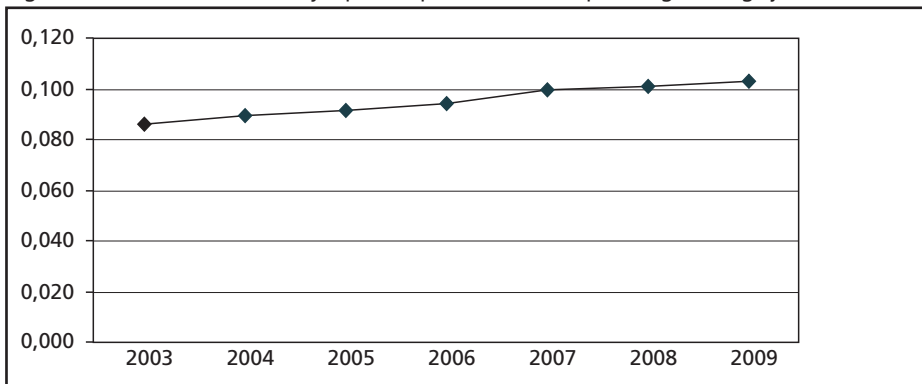
Antall avtalte årsverk for sykepleiere lå på rundt 17 500 i 2003. I perioden mellom 2003 og 2009 har antallet økt relativt kraftig. I 2009 sto den samme gruppen for i overkant av 23 000 årsverk innen helse- og omsorgssektoren (Hermansen 2011b).

En annen betydelig gruppe personell med fagutdanning fra høyskole/universitet, er vernepleiere. Antall avtalte årsverk for vernepleiere innen helse- og omsorgssektoren lå i underkant av 4000 i 2003 og har økt jevnt frem til 2009. I 2009 sto den samme gruppen for rundt 5500 årsverk innen pleie og omsorg (Hermansen 2011b).

Veksten i antall årsverk for sykepleiere, slik den er illustrert i figur 3.21, må imidlertid sees i forhold til veksten i antallet brukere i den samme tidsperioden. I figur 3.22 er avtalte årsverk for sykepleiere per mottaker av pleie- og omsorgstjenester illustrert.

I likhet med det absolutte antallet avtalte årsverk for sykepleiere har avtalte årsverk for sykepleiere per mottaker av pleie- og omsorgstjenester steget i hele perioden mellom 2003 og 2009. I 2003 var det 0,086 årsverk for sykepleiere per mottaker av pleie- og omsorgstjenester. Frem til 2009 steg dette tallet til 0,103 årsverk. Til sammenligning var det totale tallet 0,49 avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste per mottaker av pleie- og omsorgstjenester i 2003, og tallet økte til 0,52 årsverk per mottaker i 2009.

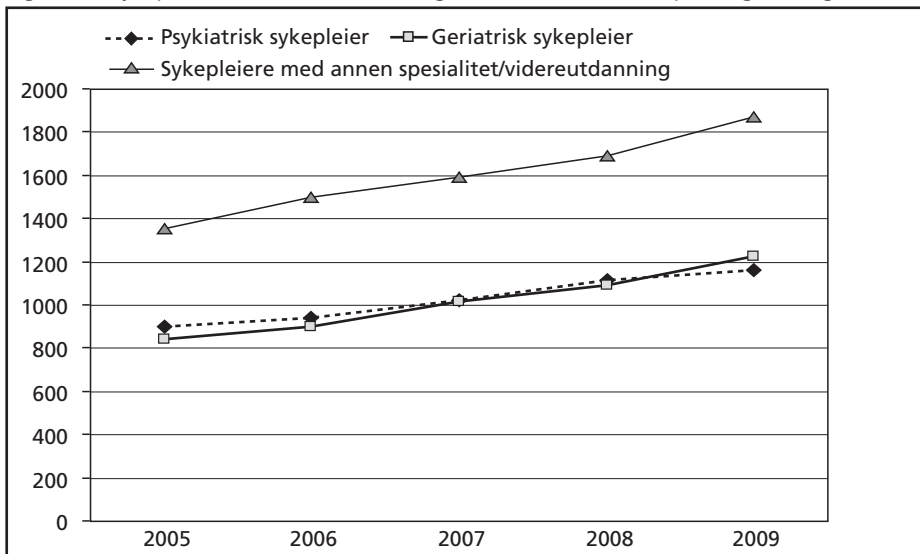
Figur 3.22 Avtalte årsverk for sykepleiere per mottaker av pleie- og omsorgstjenester.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010 publisert i Hermansen 2011b

Utviklingen i antallet årsverk for sykepleiere, slik den fremkommer i figur 3.22, er uavhengig av hvorvidt sykepleierne har videreutdanning eller ikke, dermed illustreres ikke utviklingen i antall årsverk for sykepleiere med videreutdanning. Antall årsverk for sykepleiere med videreutdanning er fremstilt i figur 3.23.

Figur 3.23 Sykepleiere med videreutdanning, avtalte årsverk innen pleie og omsorg.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå 2010

Antall avtalte årsverk utført av sykepleiere med videreutdanning innen geriatri og psykiatri lå på rundt 900 i 2005. I perioden mellom 2005 og 2009<sup>72</sup> har antallet økt relativt kraftig. I 2009 sto de to gruppene for rundt 1200 årsverk<sup>73</sup> hver innen helse- og omsorgssektoren. Sykepleiere med annen videre utdanning har også opplevd en relativt kraftig økning i perioden. Denne gruppen sto for i overkant av 1300 avtalte årsverk i 2003. I 2009 sto den samme gruppen for i underkant av 1900 årsverk innen pleie og omsorg.

### 3.9 Oppsummering

#### **Utviklingen i tjenestetilbudet de siste 20 årene**

I dette kapittelet er foreliggende forskning og offentlige utredninger gjennomgått for å belyse utviklingen i det kommunale helse- og omsorgstilbudet for innbyggere 80 år og eldre de siste 20 årene. Utviklingen kjennetegnes av en reduksjon i institusjonstilbudet og en økt og mer intensiv bruk av hjemmebasert omsorg. Det har vært en moderat, men jevn vekst i absolutte tall på sykehjemsplasser og en kraftig reduksjon i antall plasser i aldershjem. Antallet institusjonsplasser per 1000 innbyggere 80 år og eldre har sunket fra 297 plasser i 1989 til 188 plasser i 2006. Dekningsgraden av institusjonsplasser i 2006 utgjorde 53 prosent av nivået i 1980 målt i antall enheter per innbygger 80 år og eldre. Veksten i antall omsorgsboliger har ikke kompensert for hele reduksjonen i det institusjonsbaserte tilbudet og det til tross for at omsorgsboligene er blitt bygget ut raskere enn noe annet i moderne norsk omsorgstjeneste. Når institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre sees samlet, målt ved antall enheter per 1000 innbyggere 80 år og eldre, var den lavere ved avslutningen av «Handlingsplanen for eldreomsorgen» i 2006 enn ved oppstarten i 1998. Samlet har det derfor vært en nedgang i institusjons- og boligdekningen for innbyggere 80 år og eldre de siste 20 årene. Når det gjelder de hjemmebaserte tjenestene, har brukere 80 år og eldre opplevd en betydelig vekst de siste 20 årene, imidlertid er det veksten i antallet brukere under 67 år som har vært mest slående. Relativt sett har brukere under 67 år opplevd en dobbelt så stor økning i antall mottakere av hjemmetjenester som brukere 80 år og eldre. Utviklingen i helse- og omsorgstilbudet til de eldre de siste 20 årene har vært preget av hjemliggjøringen og boligliggjøringen. Disse to utviklingstrekkene har medført en mer

<sup>72</sup> Perioden er avgrenset til 2005–2009 fordi statistikken etter 2005 er svært mangelfull og derfor ikke vil gi et riktig bilde av antallet avtalte årsverk for sykepleiere med videreutdanning.

<sup>73</sup> Det er viktig å understreke at disse fremstillingene er basert på antall avtalte årsverk eller planlagt bemanning og ikke faktisk bemanning.

intensiv bruk av hjemmebaserte tjenester og en kraftig utbygging av omsorgsboliger. Hjemliggjøringen og boligjøringen er de mest markante endringene sektoren har gjennomgått i nyere tid.

### Dagens situasjon

Å skape en god balanse mellom den institusjonsbaserte og den hjemmebaserte omsorgen er en sentral utfordring innen dagens organisering av den kommunale helse- og omsorgssektoren. 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. Det skyldes at stadig flere svært hjelpetrequende brukere mottar tjenester utenfor institusjon, blant annet i form av hjemmebasert omsorg i tilpassede omsorgsboliger. Økt satsing på hjemmebaserte tjenester gjør at det institusjonsbaserte tilbudet i større grad kan benyttes til rehabilitering og avlastning, i form av korttidsplasser for hjemmeboende brukere. Videre benyttes det institusjonsbaserte tilbudet til langtidsopphold for sterkt hjelpetrequende eldre. Den deskriptive statistikken, som er blitt presentert i dette kapittelet, viser at mottakere av helse- og omsorgstjenester ikke bare representerer eldre brukere, men alle aldersgrupper. Spesielt innen den hjemmebaserte omsorgen utgjør yngre brukere (0–66 år) i dag en betydelig gruppe. Når det gjelder beboere på institusjon, er det brukere 80 år og eldre som utgjør den klart største gruppen. Den deskriptive statistikken gir kun et oversiktsbilde av dagens helse- og omsorgstilbud til innbyggere 80 år og eldre. Dette oversiktsbildet gir ikke innsikt i hvilke forhold som er av betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for denne gruppen. Et sentralt siktemål med analysene i dette kapittelet har derfor vært å belyse betydningen av demografiske, sosiale og økonomiske forhold for variasjonene i dekningsgrad av institusjonsplasser og hjemmetjenester blant norske kommuner i 2009.

Andel innbyggere 80 år og eldre ble inkludert i analysene som en indikator på behovet for helse- og omsorgstjenester. Analyseresultatene i tabell 3.2 viser at en høy andel innbyggere 80 år og eldre virker positivt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser når det ikke tas hensyn til ressurser og prioriteringer. Når det tas hensyn til disse variablene, viser resultatene tvert imot at kommuner med en høy andel innbyggere 80 år og eldre har lavere dekningsgrad av institusjonsplasser. Dette resultatet må sees i lys av at helse- og omsorgstjenester er tjenester med høy inntektselastisitet. Høye inntekter slår dermed relativt sterkt ut i et større tilbud, mens lave inntekter slår tilsvarende sterkt ut i et mindre tilbud. Når det gjelder dekningsgraden av institusjonsplasser, er frie inntekter per innbygger den klart viktigste forklaringsvariabelen. Kommuner med høye frie inntekter per innbygger har høyere dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Disse resultatene gir derfor grunnlag for å hevde at det er det økonomisk handlingsrommet, og ikke behov målt ved andel innbyggere 80 år

og eldre, som legger de viktigste føringene for utformingen av det institusjonsbaserte tilbudet innen dagens kommunale helse- og omsorgstilbud.

Analyseresultatene i tabell 3.3 avdekker at ressurser og prioriteringer ikke bare er viktig når det kommer til dekningsgraden av institusjonsplasser, men også når det gjelder dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Når det tas hensyn til de ulike ressurs- og prioriteringsvariablene, er andel innbyggere 80 år og eldre uten betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. På samme måte som for dekningsgraden av institusjonsplasser er frie inntekter per innbygger en viktig forklaringsvariabel når det kommer til dekningsgraden av hjemmetjenester. Kommuner med høye frie inntekter per innbygger har høyere dekningsgrad av hjemmetjenester. Analyseresultatene i tabell 3.3 tegner imidlertid et interessant bilde når det kommer til resultatene for de ulike ressurs- og prioriteringsvariablene. Andel netto utgifter til pleie og omsorg er ikke bare en viktigere forklaringsvariabel enn frie inntekter per innbygger, men den klart viktigste forklaringsvariabelen av alle når det kommer til dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Det er dermed ikke behov, målt ved andel innbyggere 80 år og eldre, eller det økonomisk handlingsrommet, målt ved frie inntekter per innbygger, som legger de viktigste føringene for utformingen av tjenestetilbudet innen den hjemmebaserte omsorgen, men de lokale prioriteringene av hele sektoren som sådan. Dette er spesielt interessant sett i lys av at andel netto utgifter til pleie og omsorg er uten betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser. Slik det fremkom i tabell 3.4, er denne forskjellen mellom disse resultatene signifikant. Disse analyseresultatene gir derfor grunnlag for å hevde at når norske kommuner prioriterer helse- og omsorgssektoren, prioriteres de hjemmebaserte tjenestene.

For å undersøke betydningen av det høye antallet yngre mottakere av hjemmetjenester ble dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år inkludert i analysene. Analyseresultatene i tabell 3.2 viser at en høy dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år er uten betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre når det ikke tas hensyn til de ulike ressurs- og prioriteringsvariablene. Når det tas hensyn til disse variablene, viser resultatene at en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år innebærer lavere dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre. Når det gjelder dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre, viser resultatene i tabell 3.3 at dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år er uten betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for de aller eldste når det tas hensyn til de ulike ressurs- og prioriteringsvariablene. Behovene hos de yngre og de eldre brukerne må dekkes med de samme ressursene og innenfor det samme tjenesteapparatet. Disse resultatene gir grunnlag for å hevde at høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år går på bekostning av det institusjonsbaserte tilbudet til de aller eldste.

I dette kapitlet har vi også analysert forholdet mellom dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester for de aller eldste brukerne. Analyse-resultatene i tabell 3.5 og tabell 3.6 viser at høy dekningsgrad av hjemmetjenester virker negativt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester, mens høy dekningsgrad av institusjonsplasser virker negativt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester. Disse resultatene er ikke spesielt oppsiktsvekkende, men illustrerer betydningen av lokale prioriteringer mellom ulike tjenester innen det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Kommunene må kompensere en økt satsing på et område med mindre satsing på et annet.

Samlet viser analysene i dette kapitlet at ressurser og prioriteringer er av stor betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester. Når de kommunale inntektene stort sett er gitt, i form av frie inntekter per innbygger, er det imidlertid interessant å studere prioriteringsmønsteret, det vil si studere hvordan norske kommuner fordeler disse inntektene mellom ulike tjenester og brukergrupper. Slik det fremkommer i analysene i dette kapitlet, er fordelingen lokalt, mellom ulike tjenester og brukergrupper, avgjørende for helse- og omsorgstilbudet til de aller eldste. Når det gjelder prioriteringen mellom brukergrupper, er det spesielt interessant å se at en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 0–66 år går på bekostning av det institusjonsbaserte tilbudet til de aller eldste. Videre er det interessant å kunne fastslå at en prioritering av helse- og omsorgssektoren i sin helhet, målt ved andel netto utgifter til pleie og omsorg, er den viktigste forklaringsvariabelen når det kommer til dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Når helse- og omsorgssektoren prioriteres lokalt, er det de hjemmebaserte tjenestene, og ikke det institusjonsbaserte tilbudet, som prioriteres.

### **Sammensetning av kompetanse i tjenestene**

Innen helse- og omsorgstjenesten utgjør personellet den grunnleggende ressursen. I dette kapitlet har vi, ved hjelp av deskriptiv statistikk, beskrevet sammensetningen av kompetansen innen tjenestene. Antall avtalte årsverk i den brukerrettede tjenesten innen pleie og omsorg har økt fra rundt 100 000 årsverk i 2003 til i overkant av 115 000 årsverk i 2009. Slik det fremkommer i dette kapitlet, var den kraftigste veksten i perioden 2005 til 2009. Ansatte uten relevant fagutdanning utgjør en betydelig gruppe med i underkant av 33 000 avtalte årsverk i 2009. Fordelt på institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg er andelen avtalte årsverk for personell uten relevant utdanning noe høyere innenfor hjemmebaserte tjenester enn innenfor institusjonsbaserte tjenester. Selv om personell uten relevant fagutdanning utgjør en betydelig gruppe innen helse- og omsorgssektoren, er likevel personell med relevant fagutdanning den klart største gruppen. Innenfor denne gruppen utfører personell med fagutdanning fra videregående flest avtalte årsverk. I 2009 uførte personell med fagutdanning fra videregående rundt 14 000 flere avtalte årsverk enn personell med fagutdanning fra

høyskole/universitet. Hjelpepleierne utgjorde den største gruppen av personell med fagutdanning fra videregående, mens sykepleierne utgjorde den største gruppen av personell med fagutdanning fra høyskole/universitet. Når det gjelder antall avtalte årsverk for sykepleiere per mottaker av pleie- og omsorgstjenester, har det vært en svak, men jevn vekst fra 2003 til 2009.

## **Kapittel 4 Eldreomsorgstilbudet sett med sykepleiernes øyne**

I dette kapittelet presenteres funn fra to undersøkelser som ble gjennomført vinteren 2010/2011 blant sykepleiere som jobber innen eldreomsorgen. Hovedtyngden i presentasjonen er svar fra en spørreundersøkelse som er gjennomført i januar 2011 blant 4187 sykepleiere som jobber i kommuner spredt over hele landet. Presentasjonen av funn fra den kvantitative undersøkelsen er supplert med svar som er gitt i intervjuer med seks sykepleiere som jobber i eldreomsorgen i tre kommuner med ulikt innbyggertall. To jobber i sykehjem og fire i hjemmesykepleien. Hovedhensikten med å gjennomføre de seks intervjuene var i utgangspunktet å identifisere relevante spørsmål til spørreundersøkelsen, men svarene er også nyttige fordi de gir utdypende og mer detaljert informasjon om spørsmål som er undersøkt i spørreundersøkelsen.

### **4.1 Kjennetegn ved informantene**

I alt 4187 sykepleiere som jobber innen eldreomsorgen har svart på spørreundersøkelsen. Et stort flertall (93 %) er kvinner. Gjennomsnittsalderen er 41 år. Litt over halvparten av informantene jobber i sykehjem (55 %), nesten tre av ti (27 %) jobber i hjemmesykepleien, både med eldre pasienter som bor i eget hjem og i omsorgsbolig. Cirka én av ti (13 %) jobber i hjemmesykepleien og har kun ansvar for eldre pasienter som bor i eget hjem. Fire prosent jobber i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, og en prosent jobber i aldershjem. Gjennomsnittlig antall år respondentene oppgir å ha jobbet innen eldreomsorgen, er 13 år. Gjennomsnittlig antall år de har jobbet innen eldreomsorgen i den kommunen eller bydelen de nå jobber i, er 10 år. Dette tyder på at sykepleierne som jobber innen eldreomsorgen, er en stabil arbeidstakergruppe som ikke flytter mye på seg.

Sykepleiere fra hele landet har deltatt i undersøkelsen, og både små, mellomstore og store kommuner er representert (jf. tabell 4.1, neste side).

Tabell 4.1 Landsdel og innbyggertall i kommunene informantene jobber i. (N = 4099).<sup>74</sup>

<b>Landsdel:</b>	
Sør-Norge	11 %
Østlandet	38 %
Vestlandet	23 %
Midt-Norge	16 %
Nord-Norge	12 %
<b>Innbyggertall i kommunen:</b>	
Færre enn 3000 innbyggere	10 %
3001–10 000 innbyggere	26 %
10 001–20 000 innbyggere	18 %
20 001–50 000 innbyggere	22 %
50 001 innbyggere eller flere	24 %

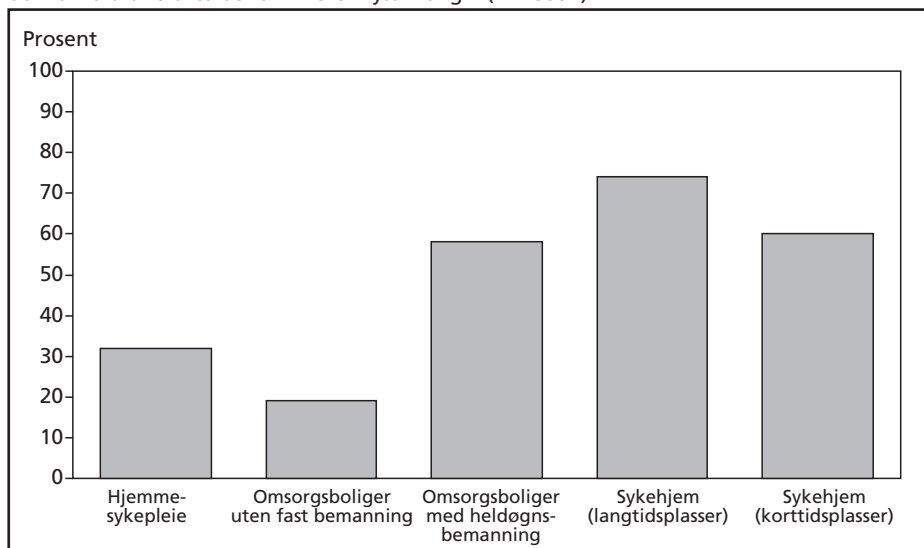
## 4.2 Sykepleiernes beskrivelse av eldreomsorgen i den kommunen/bydelen de jobber i

Informantene ble bedt om å svare på noen spørsmål om eldreomsorgstilbudet i den kommunen (el. bydelen) de jobber i. På spørsmålet om det er noen av følgende tilbud som ikke er tilstrekkelig bygget ut i forhold til Eldres behov, svarer et stort flertall langtidsplasser i sykehjem (74 %), korttidsplasser i sykehjem (60 %) og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning (58 %) (jf. figur 4.1). Det er altså omfanget av tilbudet til de aller mest syke og hjelpetrengende eldre som ansatte i eldreomsorgstjenestene gir uttrykk for at de opplever er for lite utbygget. På spørsmålet om hvordan de vurderer terskelen for å få sykehjems plass i kommunen/bydelen de jobber i, svarer 62 prosent at den er for høy, 34 prosent sier den er passelig, og 4 prosent svarer at den er for lav.

Cirka tre av ti gir også uttrykk for at tilbudet av hjemmesykepleie til eldre er for magert. Et mindretall (19 %) etterspør flere omsorgsboliger uten fast bemanning. Omsorgsboliger uten fast bemanning ble heller ikke etterspurt i den kvalitative intervjuundersøkelsen. En sykepleier sier «Omsorgsbolig er et misvisende begrep, tilrettelagt bolig er et bedre ord. De får ikke noe mer omsorg der enn vanlig hjemmesykepleie» (sykepleier i sykehjem).

<sup>74</sup> Til sammen har 4187 sykepleiere svart på undersøkelsen, men N varierer i tabeller og figurer fordi noen har valgt å la være å svare på noen av spørsmålene.

Figur 4.1 Svar på spørsmålet: «Er det noen av følgende tilbud som ikke er tilstrekkelig bygget ut i forhold til eldres behov? Flere kryss mulig». (N = 3957).



Når vi sammenligner svar fra sykepleiere som jobber i eldreomsorgen i kommuner med ulikt innbyggertall, ser vi at andelen som oppgir knapphet på hjemmesykepleie, og spesielt sykehjemsplasser i kommunene, øker med innbyggertallet. Forskjellene er signifikante. Jo større kommunene er, jo flere oppgir knapphet på tilbudene. Til sammenligning svarer 36 prosent av sykepleierne som jobber i kommuner med et innbyggertall på under 3000, at det er for få langtidssykehjemsplasser, mens i kommuner med et innbyggertall på over 50 001, er tallet 80 prosent (jf. tabell 4.2 i vedlegg 3 i appendiks). Det er også signifikante forskjeller i svar på spørsmålet om terskelen for å få sykehjemsplass er for lav, passelig eller for høy, fra sykepleiere som jobber i kommuner med ulikt innbyggertall. 25 prosent av sykepleierne fra kommuner med et innbyggerantall på under 3000 svarer at terskelen er for høy, mens 75 prosent av sykepleierne fra de største byene (over 50 001 innbyggere) svarer det samme.

Vi har også sammenlignet svar fra sykepleiere som jobber i eldreinstitusjoner (sykehjem og aldershjem), med svar fra sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien. En større andel ansatte i hjemmesykepleien enn ansatte i eldreinstitusjoner gir uttrykk for at alle eldreomsorgstilbudene i kommunene er for knapt bygget ut (jf. tabell 4.2 i vedlegg 3 i appendiks). Forskjellene er signifikante. En større andel ansatte i hjemmesykepleien (68 %) svarer også at terskelen for å få en sykehjemsplass i kommunen er for høy, sammenlignet med hvor stor andel ansatte i eldreinstitusjonene som svarer dette (58 %).

Fem av de seks informantene i den kvalitative intervjuundersøkelsen ga også uttrykk for at tilbudet av sykehjemsplasser er for lite, og at utviklingen med at eldre skal bo

hjemme og motta tjenester så lenge som mulig, har gått for langt. Det ble også sagt at omsorgsboliger, også de med heldøgnsbemanning, ikke gir et pleie- og omsorgstilbud som er fullgodt med sykehjem. En sykepleier som jobber i sykehjem, sier: «Målet nå er at alle skal bo hjemme så lenge som mulig, men det har gått for langt, også når det gjelder bruk av omsorgsbolig. Vi skulle hatt flere sykehjemsplasser. Jeg skjønner ikke hvordan en del av de vi har fått inn, har klart seg hjemme» [...] «Oppslagene i media, i TV 2-nyhetene er ikke enkelttilfeller. Det er sånn det er» (sykepleier i sykehjem). En sykepleier i et sykehjem i en annen kommune sier: «Vi har ikke nok sykehjemsplasser. Korttidsplassene våre blir spist opp av langtidsplasser. De går over til å bli langtidsplasser» (sykepleier i sykehjem). Ansatte i hjemmesykepleien gir uttrykk for at det oppleves belastende for hjemmesykepleien at de må yte hjelp til eldre som trenger et mer omfattende pleie- og omsorgstilbud. «Vi i hjemmesykepleien kan gi mye hjelp, men på et punkt blir det rimeligere å gi hjelp i sykehjem, knekkpunktet er på 20 til 30 timer i uka» [...] «Nå er sykehjem kun for langt fremskrevne alzheimerpasienter. De kommer inn for seint. De klarer ikke å orientere seg og finne ut av sykehjemmet. De burde fått et tilbud når de begynte å bli dårligere» [...] «Noe av det mest sjokkerende jeg har sett, er at noen i hjemmesykepleien er så demente at de ikke kan gi uttrykk for seg selv, men de må likevel bo hjemme. Det blir også sendt hjem eldre pasienter fra korttidsopphold som de har hatt på grunn av brudd, et lite slag eller en infeksjon, som vi i hjemmesykepleien får ansvar for. Om natten har de ikke tilsyn, de blir overlatt til seg selv. De tør ikke reise seg opp om natta og gå på badet og må bruke nattinkontinentutstyr» (hjemmesykepleier).

I tillegg til at hjemmesykepleierne gir uttrykk for at de er bekymret for at en liten gruppe svært pleietrengende eldre, eller demente, ikke får sykehjemsplass, er de også opptatt av en annen gruppe eldre som de mener ikke har det bra i eget hjem. En hjemmesykepleier sier: «De er utrygge, sosialt isolert og har en følelse av ikke å føle seg trygge i sitt eget hjem. Dette med stell og praktiske prosedyrer er ikke så viktig som at de ikke trives hjemme» (hjemmesykepleier). I noen av intervjuene brakte informantene opp aldershjem som tema, og ga uttrykk for at det var synd disse var bygget ned, fordi aldershjem ville vært et godt tilbud til denne gruppen eldre. Omsorgsboliger ble sagt ikke å kunne tilby et like godt tilbud til denne gruppen eldre, fordi de eldre blir sittende alene. En annen informant sier imidlertid følgende: «Vi mangler et ledd. Vi har ikke omsorgsboliger med bemanning. De med angst, eldre som egentlig er oppegående, de kan ikke være alene. Enkelte av disse er i sykehjem i dag, men burde ikke vært på sykehjem» (sykepleier i sykehjem).

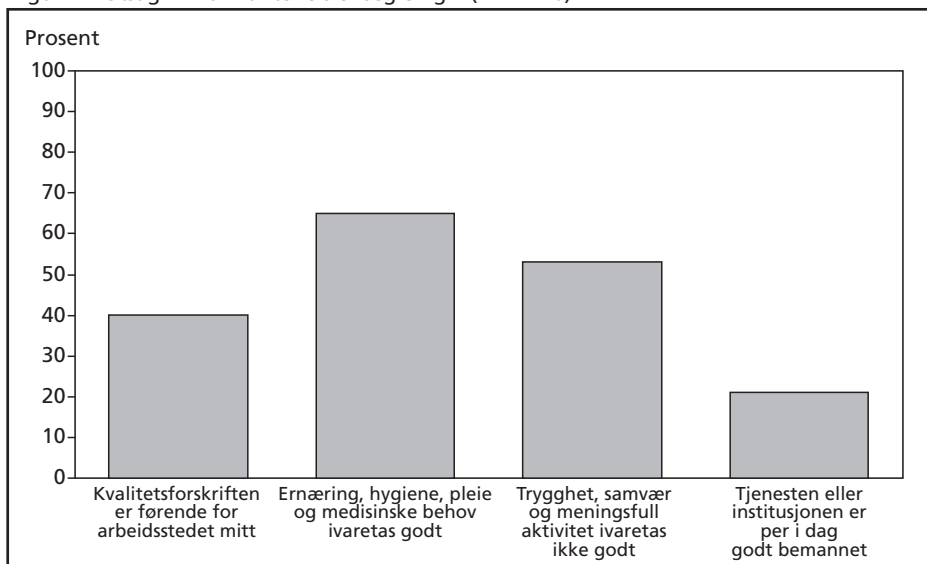
## 4.3 Hvordan beskrives kvaliteten på tjenesten eller institusjonen de jobber i?

Det er også undersøkt hvordan sykepleierne vurderer kvaliteten på tjenesten og institusjonstilbudet som gis eldre. Selv om det over flere år har vært et sterkt søkelys på og gjennomført en rekke studier av kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, er det ikke uten videre enkelt å undersøke kvalitet. Forskere tar ikke utgangspunkt i en felles definisjon av kvalitet og bruker heller ikke felles kvalitetsmål i undersøkelser. Det finnes nesten like mange kvalitetsmål som det finnes undersøkelser av kvalitet, og disse har kommet frem til ulike resultater (Slagsvold 1995, St.meld. nr. 28 Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene). Noen hevder at kvalitet ikke kan defineres eller konkretiseres, fordi det er knyttet til noe helt individuelt og subjektivt, som i stor grad består av følelser og ikke kan formuleres analytisk (St.meld. nr. 28 Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene). Fordi det er ulike oppfatninger om hva som er god kvalitet, er det viktig å synliggjøre hvilke kriterier som undersøkes, og som legges til grunn for konklusjoner om kvaliteten i studier.

I undersøkelsen som er gjennomført blant sykepleierne, er informantene bedt om å vurdere flere utsagn som kan belyse ulike sider ved kvaliteten på tjenesten eller institusjonen de jobber i. For det første går disse ut på om det er en bevissthet om/opptatt av hva som er god kvalitet, det vil si god omsorg for eldre i den tjenesten eller institusjonen de jobber i. Dette er målt ved å spørre om kvalitetsforskriften er førende for deres arbeidssted. For det andre er det spurt om i hvilken grad informantene opplever at eldre får dekket behov som tjenestene er pålagt å dekke gjennom kvalitetsforskriften. Behov som er undersøkt, er grunnleggende og medisinske behov samt behov for trygghet og samvær og meningsfull aktivitet. Det er også undersøkt om sykepleierne vurderer tjenesten eller institusjonen som tilstrekkelig bemannet, noe som knyttes opp mot spørsmål om tidspress i tjenesten eller institusjonen. Et eget spørsmål er stilt om hvorvidt sykepleierne opplever at eldre i deres tjeneste eller institusjon får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling. På bakgrunn av kritikkverdige forhold som er avdekket av tilsynsmyndighetene<sup>75</sup>, er det også stilt spørsmål om hvordan sykepleierne vurderer tilbudet til to grupper eldre, demente og eldre pasienter som skrives ut av sykehus.

<sup>75</sup> Jamfør oversikt over planlagte tilsyn og områdeovervåkning på eldreomsorgsfeltet på 2000-tallet, som ble oversendt fra Helsetilsynet til Helse- og omsorgsdepartementet 10. november 2010. <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2010/Eldreomsorg-og-tilsyn/?id=16304>

Figur 4.2 Utsagn informantene sier seg enig i. (N = 4140).



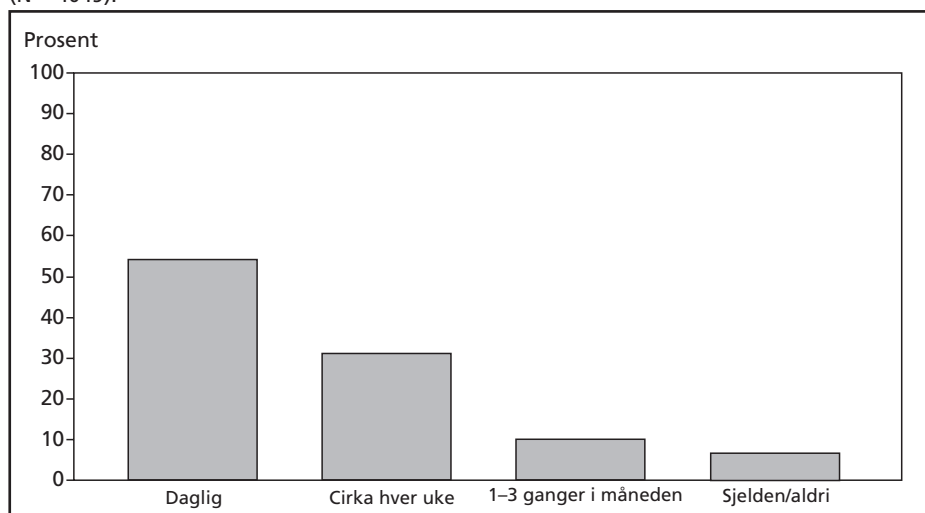
Under halvparten, nærmere bestemt fire av ti, sier seg enig i påstanden om at kvalitetsforskriften er førende for arbeidsstedet deres. Når vi sammenligner svar fra sykepleiere som jobber i kommuner med ulikt innbyggertall, finner vi en positiv og signifikant sammenheng mellom kommunestørrelse og om de sier seg enig i påstanden om at kvalitetsforskriften er førende for arbeidsstedet (jf. tabell 4.3 vedlegg 3 i appendiks). Det er også flere sykepleiere som jobber i eldreinstitusjonene, enn det er sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien, som svarer at kvalitetsforskriften er førende for arbeidsstedet (jf. tabell 4.3 vedlegg 3 i appendiks). At kvalitetsforskriften er førende for tjenesten eller institusjonen de jobber i, behøver imidlertid ikke bety at kvalitetsforskriften blir fulgt. En sykepleier som ble intervjuet, svarte følgende «Ja, vi jobber etter de. Kravene i kvalitetsforskriften er bibelen. Men vi klarer det ikke. Vi dekker de primære oppgavene, men vi klarer ikke alt. Vi har for lite tid til å sitte ned og snakke med de gamle» (sykepleier i sykehjem). Spørreundersøkelsen viser at over halvparten (53 %) av sykepleierne opplever at eldres behov for trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ikke ivaretas godt. 35 prosent sier seg heller ikke enig i påstanden om at eldres behov for ernæring, hygiene, pleie og medisinske behov ivaretas godt i tjenesten eller institusjonen de jobber i. Videre er det kun 21 prosent som sier seg enig i påstanden om at tjenesten eller institusjonen per i dag er godt bemannet.

På alle disse spørsmålene kommer de største kommunene dårligst ut, og ansatte i hjemmesykepleien svarer at behovene til eldre dekkes dårligere av deres tjeneste, sammenlignet med hva sykepleierne som jobber i eldreinstitusjonene, sier (jf. tabell 4.3 i vedlegg 3 i appendiks).

Under halvparten av informantene (44 %) svarer ja på spørsmålet om de opplever at eldre i deres tjeneste eller institusjon får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling, og 43 prosent svarer at det varierer en god del. 13 prosent svarer nei på spørsmålet. Færrest sykepleiere fra de største kommunene (38 %), med et innbyggertall på over 50 001, svarer at eldre får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling. Det tilsvarende tallet for kommuner med et innbyggertall på mellom 10 001 og 50 000 er 40 prosent, og 49 prosent for kommuner med et innbyggertall på mellom 3000 og 10 001. Det er klart flest (60 %) i de minste kommunene, med et innbyggertall på under 3000, som svarer at eldre får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling. Det er en stor og signifikant forskjell mellom svarene fra sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien og i eldreinstitusjoner. Kun 28 prosent av hjemmesykepleierne svarer ja på spørsmålet om de opplever at eldre i deres tjeneste får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling, mens 55 prosent av sykepleiere i eldreinstitusjonene svarer det samme.

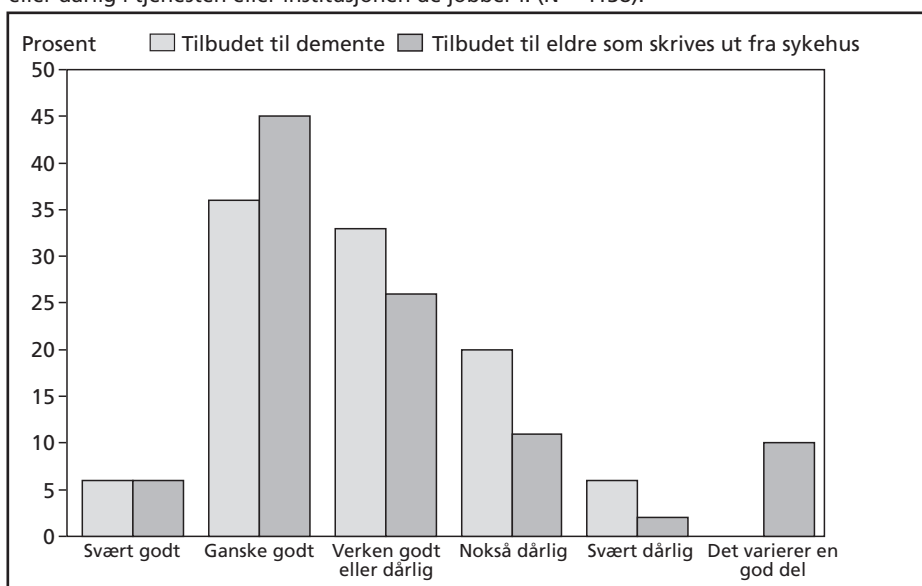
Svarene fra spørreundersøkelsen gir, sammen med svarene i intervjuundersøkelsen, et inntrykk av at eldreomsorgstilbudet mange steder kjennetegnes av for lite personell i tjenestene, som igjen skaper hastverk og tidspress som fører til at flere eldre ikke får dekket behov som tjenestene er pålagt å dekke gjennom kvalitetsforskriften. På spørsmålet: «Opplever du ofte at tiden du har til rådighet til den enkelte eldre, ikke strekker til?», svarer over halvparten (53 %) at dette skjer daglig, og 31 prosent svarer hver uke. Det er små/ingen forskjeller i svarene fra sykepleiere som jobber i små, mellomstore og store kommuner. Men en større andel sykepleiere i eldreinstitusjonene (57 %) enn i hjemmesykepleien (47 %) svarer at de daglig opplever at tiden de har til rådighet til den enkelte eldre, ikke strekker til.

Figur 4.3 Opplever du ofte at tiden du har til rådighet til den enkelte eldre, ikke strekker til? (N = 4049).



En hjemmesykepleier som er intervjuet, sier: «Tidspresset fører til en dårlig kvalitet på arbeidet. Vi har mange ordentlig dårlige pasienter, som det går mest utover. Det er vanskelig med knapp tid. Det skaper utrygghet hos pasienter. Tidspresset utgjør også en stor utfordring i forhold til ernæring. Vi trenger tid til å sitte med den eldre sånn at hun får spist maten» [...] «Jeg har dårlig tid hele tiden. Jeg tar meg litt tid, det går utover lunsjpausen min. Jeg justerer litt, gir noe mer en dag, skjærer litt ned neste gang» (hjemmesykepleier). En sykepleier som ikke jobber i selve tjenesten, men i administrasjonen for hjemmesykepleien, sier: «Jeg opplever hjemmesykepleien vår som en utrolig effektiv tjeneste. De løper ut klokka åtte og spiser lunsj halv ett. De løper i ett. De er svært effektive og ansvarsfulle mennesker. De jobber under tidspress. Noen ganger er det viktig med den kaffekoppen og litt sosialt samvær. Det er et veldig fokus på økonomi i kommunen. Det oppleves som et veldig press at vi ikke skal sløse med ressurser. Både ledere og ansatte synes det er krevende. Hvordan skal vi få til å skjære enda mer ned? Mange eldre er ensomme og vil ha kontakt og prate litt, men ansatte må begrense seg. Vi får ikke de omsorgsfulle hendene i eldreomsorgen, vi skal være så effektive» (sykepleier i hjemmesykepleiens administrasjon). En tredje sykepleier, som har jobbet i eldreomsorgen i 30 år, sier: «Det er for stort fokus på økonomi. Det er stressende og plagsomt for personellet. Vi blir lei oss på de gamles vegne. Vi stiller opp for de gamle. Vi går hjem med dårlig samvittighet hver dag» (informanten gråter) (sykepleier i sykehjem). En fjerde sykepleier knytter også tidspresset til økonomifokuset og sier: «Eldreomsorgen har tapt veldig mye på det økonomiske presset vi er under. Det har tatt av de ti siste årene» (sykepleier i sykehjem).

Figur 4.4 Andel som sier tilbudet til demente og pasienter som skrives ut fra sykehus, er godt eller dårlig i tjenesten eller institusjonen de jobber i. (N = 4138).



Når det gjelder spørsmålene om hvordan de vurderer tilbudet til demente og eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, i tjenesten eller institusjonen de jobber i, svarer 26 prosent at de opplever tilbudet til demente som nokså/svært dårlig, og 23 prosent svarer at de opplever tilbudet til eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, som nokså/svært dårlig eller varierende. Med tanke på samhandlingsreformen og målsettingen om å redusere antall liggedager ytterligere står kommunene overfor en stor utfordring når det gjelder å sikre en medisinsk forsvarlig oppfølging av eldre pasienter.

En sykepleier sier: «Nå skrives folk ut med en gang de er operert i sykehus. Eldre blir bare sendt ut med en gang fra sykehus. De kommer hjem i ikke god forfatning. Det er bare trist» (sykepleier i sykehjem). En sykepleier som har valgt å gå ut av en lederstilling, sier: «Jeg gikk ut av lederjobben i 20XX. Jeg var så sliten. Antallet eldre pasienter økte. De ble dårligere og dårligere. Det har å gjøre med effektivisering i sykehus å gjøre, at de blir skrevet ut av sykehuset dårligere og dårligere, pluss at det ble flere eldre. Det er for få sykehjemsplasser i kommunen knyttet til sykehuseffektivisering» (sykepleier i sykehjem).

## 4.4 Forebygging

Både i de kvalitative intervjuene og i spørreundersøkelsen er det stilt spørsmål om forebygging i tjenesten eller institusjonen de jobber i. På spørsmålet «Får du nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn tidlig og forhindre forverring i helsetilstand og hjelpebehov?» svarer et mindretall (22 %) ja. Over halvparten svarer at det varierer en god del (54 %), og 25 prosent svarer nei. Når vi sammenligner andel fra de minste kommunene (under 3000 innbyggere), små (mellom 3001–10 000), mellomstore (10 001–50 000) og store kommuner (over 50 001) som har svart ja på spørsmålet, finner vi en signifikant forskjell mellom de minste og små kommunene og de mellomstore og store kommunene. Det er ikke mange, men flest fra de minste (28 %) og små (24 %) kommunene som svarer ja til at de får nok tid til forebygging, og færrest fra de mellomstore (19 %) og store kommunene (19 %). Vi finner også en signifikant forskjell mellom svarene fra ansatte i hjemmesykepleien og eldreinstitusjonene. Færre sykepleiere i hjemmesykepleien (18 %) enn i eldreinstitusjonene (23 %) svarer ja på spørsmålet om de får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn tidlig og forhindre forverring i helsetilstand og hjelpebehov.

Også i intervjuene uttrykker sykepleierne et ønske om tid til forebygging og få brukt sitt «sykepleierblikk». På spørsmål om hva sykepleierblikket er, svarer en hjemmesykepleier følgende: «Det er kontinuitet, å kunne observere og vurdere den gamle fra gang til gang og se om en pasient for eksemplet utvikler en forvirringstilstand eller blir alvorlig syk. Vi ser på helheten rundt pasienten. Hvordan hjemmet er, å ta en

titt i kjøleskapet til folk kan si mye om hvordan tilstanden er hos folk. Vi skal danne et helhetlig bilde. Det er utrolig viktig å ha litt tid for å kunne vurdere og forebygge. Vi klarer det ikke om vi bare snur i døra eller bruker fem minutter på den gamle» (hjemmesykepleier). En annen hjemmesykepleier sier: «Vi kunne vært flinkere til å observere og komme med tiltak tidligere. Brukt sykepleierblikket» (hjemmesykepleier). En tredje sier om sykepleierblikket: «Å se om en person går i sjokk, å se at det er et brudd når noen har falt, og et blodtrykksfall, og når en ikke har fått inn mat og drikke. Vi kjenner lukta når det er urinveisinfeksjon. Og ser om eldre får bivirkninger av medisiner» (sykepleier i sykehjem).

## 4.5 Hvordan beskrives kompetansen?

Haukelien, Vike og Bakken (2009) viser i sin forskning at kompetanse har stor betydning for kvalitet. Kompetanse forstås som «en spesifikk konstellasjon av kunnskaper og ferdigheter (som besittes av enkeltindivider eller grupper, og) som utgjør en nødvendig forutsetning for å realisere et bestemt kvalitetsnivå på et produkt eller en tjeneste. Blant annet fordi kompetanse må læres, utøves sammen med eller overfor andre mennesker, kommuniseres og bearbeides – og ofte også kontinuerlig økes – er den et sosialt og organisatorisk fenomen. Den utgjør en egenskap ved sosiale relasjoner og kommer til anvendelse som et aspekt ved den profesjonelle rolleutøvelsen i sosial samhandling» (Haukelien, Vike og Bakken 2009; sitat side 31). Haukelien og medforfattere (2009) påpeker at det kan være vanskelig å påvise konsekvenser av bruk av kompetanse, fordi betydningen av kompetanse først blir synlig når den er fraværende. De viser til en rekke eksempler i sin forskning på at kompetanse skaper muligheter for å tolke og handle på måter som hever den daglige omsorgen utover det å få jobben gjort, og dermed er en grunnleggende forutsetning for kvalitet.

I undersøkelsen som vi har gjennomført blant sykepleiere som jobber i eldreomsorgen vinteren 2011, har vi stilt spørsmål om hvor stor andel ansatte som jobber i tjenestene, til ulike tidspunkt, som har tatt relevant helsefaglig utdanning. At tjenestene er bemannet med personell som samfunnet har utdannet blant annet for å ivareta eldres helsebehov på en faglig forsvarlig og klok måte samt for å være i stand til å følge med på endringer i hjelpebehov, er en forutsetning for å få til god kvalitet i eldreomsorgen, slik den er definert som ivaretagelse av grunnleggende behov i kvalitetsforskriften.

I spørreundersøkelsen svarer de fleste (ni av ti) sykepleiere i eldreomsorgen at de har ledere (nærmeste leder) med sykepleiefaglig utdanning, og at mange av sykepleierne også har tatt videreutdanning. Til sammen har 55 prosent av sykepleierne tatt videreutdanning. Vanligst er at de har bygget på med lederutdanning (21 %), deretter er det flest som har svart geriatri (17 %), og en liten gruppe har tatt videreutdanning i

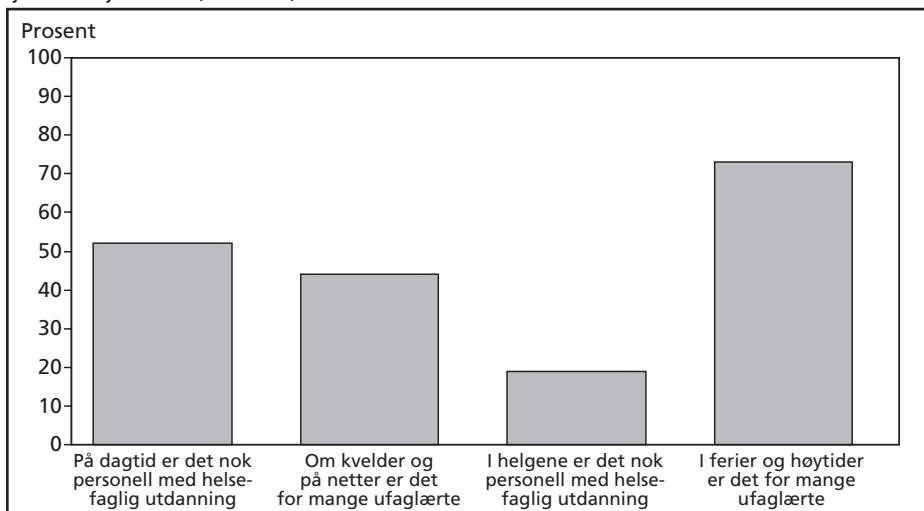
psykiatri (5%) eller kreft (4%). En ganske stor gruppe har også krysset av annet (28 %) og har tatt etterutdanning som ikke er direkte til nytte for tjenesten eller institusjonen de jobber i. Vi har ikke spurt om hvilken videreutdanning de har tatt.

Sykepleierne er også spurt om de ønsker å ta en eller flere etterutdanninger. Det er bare 24 prosent som svarer nei på spørsmålet. Den største gruppen ønsker lederutdanning (27%), den nest største geriatri/demens (24%), og den tredje største ønskede etterutdanningen er innen kreft(20%). 12 prosent svarer at de ønsker videreutdanning innen psykiatri. Også på dette spørsmålet har en stor gruppe (33%)krysset av på svar-kategorien annet.

Både spørreundersøkelsen blant de 4187 sykepleierne og den kvalitative intervjuundersøkelsen viser at det jobber mange fagutdannede sykepleiere som også har tatt etterutdanning, i eldreomsorgen. Det ble også sagt i intervjuundersøkelsen at det jobbes en del med å øke kompetansen i eldreomsorgen, og at det både er flere sykepleiere nå enn tidligere, og at mange tar og også ønsker å ta etterutdanning. Det ble imidlertid påpekt at et svakt punkt i tjenestene er en stor bruk av ufaglærte, spesielt i helger og ferier. En sykepleier som er intervjuet, sier: «Vi har stort sett ikke ufaglærte, med unntak i helgene og ferier. Da er det flere ufaglærte. I helgene er det veldig tynt med sykepleiedekning: Da er det mye ufaglærte her. De har fast helgeturnus» (sykepleier i sykehjem).

I spørreundersøkelsen er sykepleierne stilt fire spørsmål om sammensetning av ansatte med helsefaglig utdanning og ufaglærte i tjenesten eller institusjonen de jobber i. Halvparten svarer at det er nok personell med helsefaglig utdanning på dagtid (jf. figur 4.5), og omtrent like mange sier det er nok personell med helsefaglig utdanning om kveldene. Et stort flertall svarer at det er for mange ufaglærte på jobb i helger, ferier

Figur 4.5 Andel sykepleiere som har sagt seg enig i følgende utsagn om tjenesten eller institusjonen de jobber i. (N = 4140).



og høytider. Jo større kommunene er, jo dårligere kommer de ut på alle spørsmålene (jf. tabell 4.4 vedlegg 3 i appendiks). Både på dagtid, kveldstid og netter, helger og i ferier og høytider har de største byene lavest andel personell med helsefaglig bakgrunn og størst bruk av ufaglærte. Forskjellene i svarene fra sykepleiere som jobber i kommuner med ulikt innbyggertall, er signifikante (jf. tabell 4.4 vedlegg 3 i appendiks).

Når vi sammenligner svar fra sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien og i eldreinstitusjoner, ser vi små forskjeller, med unntak av at det er en større andel sykepleiere i eldreinstitusjonene som oppgir at det er for mange ufaglærte om kvelder og på netter og i ferier og høytider (jf. tabell 4.4. vedlegg 3 i appendiks).

## 4.6 Spørsmål kun stilt til de med eldre pasienter i omsorgsboliger

Til sammen har 1259 av de 4187 sykepleierne som har deltatt i undersøkelsen, svart at de har eldre pasienter som bor i omsorgsboliger. Disse har svart på noen spørsmål om tjenestetilbudet som gis eldre i omsorgsboligene. Et mindretall (35%) sier det ytes for lite tjenester til eldre i omsorgsboligene. Videre svarer et flertall (66 %) at boligene har gode varslingssystemer slik at eldre kan tilkalle personell. Et mindretall (26 %) svarer også at personellet ikke er lett tilgjengelig for eldre i omsorgsboligene. Halvparten svarer at det er en fast personellbase i boligen eller i umiddelbar nærhet.

Når vi sammenligner svar fra ansatte som jobber i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, med svar fra ansatte i hjemmesykepleien med pasienter både i omsorgsboliger og eget hjem, ser vi for det første at et fåtall, kun 173 sykepleiere, er ansatt i

Tabell 4.2 Andel hjemmesykepleiere som sier seg enig i følgende om tjenestetilbudet til eldre som bor i omsorgsboliger.

	Alle	Ansatte i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning	Ansatte i hjemmesykepleien med pasienter både i omsorgsboliger og eget hjem
Det ytes for lite tjenester til eldre i omsorgsboligene.	35 %	38 %	33 %
Det er gode varslingssystemer slik at eldre kan tilkalle personell.	67 %	61 %	63 %
Personal er ikke lett tilgjengelig for eldre i omsorgsboligene.	27 %	14 %	27 %
Det er en fast personalbase i boligen eller i umiddelbar nærhet.	49 %	76 %	42 %
N	1199	173	1086

omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. For det andre finner vi små forskjeller i svar på spørsmålene om det ytes for lite tjenester til eldre i omsorgsboligene, og om det er gode varslingssystemer slik at eldre kan tilkalle personell. Det er imidlertid betydelig flere ansatte i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning som svarer at det er en fast personellbase i omsorgsboligen eller i umiddelbar nærhet. Samtidig er det flest ansatte i hjemmesykepleien med pasienter både i omsorgsboliger og eget hjem som svarer at personellet ikke er lett tilgjengelig for eldre i omsorgsboligene (jf. tabell 4.2).

## 4.7 Spørsmål kun stilt til ansatte i hjemmesykepleien

Til sammen jobber 1594 av informantene som har svart på undersøkelsen, i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien yter hjelp til eldre pasienter som bor hjemme og i omsorgsboliger. I de kvalitative intervjuene ga ansatte i hjemmesykepleien uttrykk for at noen av deres pasienter er altfor syke til å bo hjemme og klare seg med hjelpen fra hjemmesykepleien. Det ble også sagt at det går for lang tid fra de melder fra om at eldre trenger sykehjemsplass, til de eldre får et tilbud. To hjemmesykepleiere sier følgende:

«Vi melder inn til bestillerenheten i bydelen at eldre trenger sykehjemsplass. Det tar lang tid før de får plass. Det går fortere for de som vandrer om natta, men det tar for lang tid også for de. For flere av de jeg har søkt sykehjemsplass for, har jeg ikke hørt noen ting. Etter en tid må jeg purre. Jeg fortsetter likevel å søke, men entusiasmen blir ikke så stor» (hjemmesykepleier).

«Bestillerkontoret gjør ingen vurderingsbesøk hjemme. Jeg skulle ønske det var et tettere samarbeid mellom dem og oss. Det tar så lang tid før vi får oppjustert tid til en bruker som blir sykere. Det blir for stor avstand mellom de som utfører tjenesten, og bestillerenheten. De hører på oss, men det tar så lang tid. Jeg skulle ønske de kunne gå på hjemmebesøk. De har bare en mal, dusj tar så lang tid. Bad tar så lang tid» (hjemmesykepleier).

I spørreundersøkelsen har vi spurt hjemmesykepleierne om de opplever at deres eldre pasienter får hjelp på riktig nivå. Flertallet av de eldre vurderes som å få hjelp på riktig nivå. Men en gjennomsnittlig andel på 22 prosent av de gamle sies at hadde hatt det bedre i sykehjem, og en liten andel av deres eldre brukere blir vurdert til at hadde hatt bedre av å bo i et aldershjem (14 %). Omtrent 36 prosent av eldre som mottar hjemmesykepleie hjemme eller i omsorgsbolig, vurderes altså som å trenge enten en sykehjemsplass eller aldershjemsplass av hjemmesykepleierne. Det er en svak, men ikke signifikant tendens til at en større andel eldre vurderes til å trenge en institusjonsplass jo høyere innbyggertall det er i kommunen de jobber i.

Vi har også spurt sykepleierne som jobber i sykehjem (2219) og aldershjem (50), om de opplever at deres eldre beboere får hjelp på riktig nivå. En mindre andel av

institusjonsbeboerne vurderes som å få hjelp på feil omsorgsnivå. Men det er en liten andel, gjennomsnittlig 7 prosent av eldre sykehjemsbeboere, som vurderes at hadde hatt bedre av å motta tjenester i eget hjem, og en liten andel, gjennomsnittlig 4 prosent, som vurderes at hadde hatt bedre av et omsorgsboligtilbud.

### **Bruk av tidsskjemaer**

På bakgrunn av debatten om tidsskjemaer og «stoppeklokkeomsorg» er hjemmesykepleierne spurt om de bruker tidsskjemaer for tidsbruk per oppgave de skal utføre hos hver enkelt pasient i tjenesten de jobber i, og hvordan de opplever bruken av disse. Under fire av ti (38 %) svarer at de bruker tidsskjemaer. Svært få (15 %) hjemmesykepleiere som jobber i de minste kommunene (under 3000 innbyggere) og små kommuner (18%), med under 10 000 innbyggere, bruker tidsskjemaer. Det er først og fremst de største byene, med et innbyggertall på over 50 001, som har tatt tidsskjemaer i bruk i hjemmesykepleien (58 %). I kommuner med et innbyggertall på mellom 10 001 og 50 000 svarer 43 prosent av hjemmesykepleierne at de bruker skjemaene.

Tre av ti (33 %) av hjemmesykepleierne som bruker tidsskjemaer, svarer at de opplever bruken av tidsskjemaene som en belastning, og halvparten (49 %) svarer at bruken av disse går utover kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre. Litt over halvparten (55 %) opplever at skjemaene er til god hjelp for å planlegge arbeidsdagen. Sykepleierne som følger disse tidsskjemaene, deler seg altså i to nesten like store grupper i vurderingene av om skjemaene er nyttige eller påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet.

Bruk av tidsskjemaer ble også omtalt i tre intervjuer i intervjuundersøkelsen. Også i intervjuene kom det frem litt ulike syn. En sykepleier i hjemmesykepleieradministrasjonen mener tidsskjemaene har blitt feil fremstilt og omtalt i media. Hun sier betegnelsen «stoppeklokkeomsorg» er villedende, fordi listene kun skal være veiledende. Sykepleieren sier at alle eldre får individuelle tjenester, til tross for skjemaene. To andre hjemmesykepleiere er kritisk til bruk av tidsskjemaer og sier at de får tildelt for knapp tid per bruker. Den ene sier at listene ødelegger sykepleierblikket og -tenkningen. Den andre sier: «Alle eldre får individuelle vedtak, men de er satt til et minimum. Det går utover de som får tjenesten, og de som jobber i tjenesten, i form av stress» (hjemmesykepleier).

Små kommuner bruker i liten grad tidsskjemaer, og det kan også se ut til at de få som følger disse, gjør det på en annen måte enn sykepleiere i større kommuner, spesielt de største byene. Det er flest hjemmesykepleiere fra de største byene som opplever skjemaene som en belastning, og som svarer at tidsskjemaene går utover kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre (tabell 4.3).

Tabell 4.3 Hvordan hjemmesykepleiere i kommuner med ulikt innbyggertall opplever å bruke tidsskjemaer for tidsbruk per oppgave de skal utføre hos hver enkelt pasient i tjenesten de jobber i.

	Under 3000 innbyggere	3001–10 000 innbyggere	10 001–50 000 innbyggere	50 001 innbyggere og over
Som en belastning	35 %	27%	33%	34%
Er til god hjelp for å planlegge arbeidsdagen	70%	62%	52%	54%
Går ut over kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre **	48%	35%	46%	54%
N	23	78	317	236

## 4.8 Samhandlingsreformen

En hovedintensjon med samhandlingsreformen er å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I det ligger også å redusere antall liggedager i sykehus (St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid). Målsettingen om å redusere antall liggedager i sykehus er ikke ny. En reduksjon i gjennomsnittlig antall liggedager for pasienter i sykehus har vært en trend helt siden begynnelsen av 1990-årene (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2002, NOU 2005). Tall fra SAMDATA i perioden 2001 til 2005 viser at den eneste aldersgruppen som ikke har hatt en betydelig synkende gjennomsnittlig liggetid i sykehus, er de over 80 (Næss 2008). Eldre har et større behov for spesialisthelsetjenesten enn andre aldersgrupper i befolkningen og har også lengre sykehusopphold enn yngre (NOU, 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste).

I den kvalitative intervjuundersøkelsen som vi gjennomførte i desember 2010, gir informantene uttrykk for at det allerede i dag er vanskelig for kommunene å ta imot eldre pasienter som skrives ut for tidlig. Videre sier de at de opplever at samhandlingsreformen er for lite gjennomtenkt og for dårlig planlagt. Følgende sitater illustrerer skepsisen:

«Den er ikke gjennomtenkt. Hvordan skal vi få til dette i kommunene? Vi klarer det jo ikke i spesialisthelsetjenesten en gang. Vi har ikke nok fagfolk til å spre dette ut enda mer. Vi har ikke nok fagfolk til å ta imot. Vi må styrke det tilbudet vi har! Bruk det! Ikke bygg opp noe nytt! Styrk fag, så får vi det til! Vi trenger ikke noen reform! (sykepleier i sykehjem).

«Jeg tror samhandlingsreformen er dårlig planlagt. Det går for fort. Kommunene greier ikke ta imot så mange dårlige pasienter som trenger behandling» (sykepleier i sykehjem).

«Eldre blir kasteball. Sykehus vil ha de ut fort. Vi synes det er uforsvarlig. Skal de gå for enda kortere liggetid, vil det bli enda mer press på hjemmesykepleien. Og det blir dårligere for eldre pasienter, de blir kasteball. Noen ganger blir de sendt hjem uten resepter eller medisiner fredag kveld» (hjemmesykepleier)

«Det er veldig mange eldre i hjemmesykepleien som skulle vært på sykehjem, som ikke får plass. Og som blir sendt hjem tidlig fra sykehus til hjemmesykepleien, som burde vært i sykehjem» (hjemmesykepleier).

«Skal vi få til samhandlingsreformen, må vi øke kompetansen. Vi må være flere fagutdannede for å klare å ivareta eldre som kommer hjem. Og vi må ha en annen tidssetting på vedtakene. Vi kan ikke bare bruke 10 minutter på hver enkeltoppgave når pasienter blir veldig syke. Jeg er sjokkert over tiden som er satt til stell. Vi vil også trenge videreutdanning i forhold til de med kreft. Og psykiatri, både i forhold til yngre og eldre. Jeg føler selv jeg kommer til kort.» (hjemmesykepleier)

Svar som ble gitt i spørreundersøkelsen blant de 4187 sykepleierne, tyder også på at flere av kommunene allerede før gjennomføringen av samhandlingsreformen har problemer med å yte et tilfredsstillende helse- og omsorgstilbud til eldre pasienter som skrives ut fra sykehus. Vi har spurt om sykepleierne opplever at tilbudet som ytes eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, i tjenesten eller institusjonen de jobber i, er godt eller dårlig i dag. Halvparten svarer svært godt eller ganske godt, og 26 prosent svarer verken godt eller dårlig. En liten gruppe svarer at tilbudet som ytes eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, er svært dårlig eller varierer en god del.

## 4.9 Oppsummering

I alt 4187 sykepleiere som jobber i eldreomsorgen i kommuner spredt over hele landet, svarte i januar 2011 på en rekke spørsmål om helse- og omsorgstilbudet til eldre. Litt over halvparten (55 %) jobber i sykehjem, 1 prosent jobber i aldershjem, og resten jobber i hjemmesykepleien og har ansvar for eldre pasienter som bor hjemme og/eller i omsorgsboliger. Kun 4 prosent jobber i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning.

På spørsmålet om det er noen tilbud som ikke er tilstrekkelig bygget ut i forhold til Eldres behov i kommunen/bydelen de jobber i, svarer et stort flertall langtidsplasser i sykehjem (74 %), korttidsplasser i sykehjem (60 %) og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning (58 %). Det er altså omfanget av tilbudet til de aller mest syke og

hjelpetrengende eldre som ansatte i eldreomsorgstjenestene først og fremst gir uttrykk for at de opplever er for lite bygget ut. 62 prosent svarer at terskelen for å få sykehjemsplass i kommunen/bydelen de jobber i, er for høy. Cirka tre av ti gir også uttrykk for at tilbudet av hjemmesykepleie til eldre er for lite bygget ut. Et fåtall etterspør flere omsorgsboliger uten fast bemanning. Jo større kommunene er, jo flere oppgir knapphet på tilbudene. Hele 75 prosent av sykepleierne i de største byene (innbyggertall over 50 001) svarer at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy, og 80 prosent svarer at det er for få sykehjems- (langtids-) plasser i kommunen eller bydelen til å dekke behovene i eldrebefolkningen. Fem av seks informanter i den kvalitative studien ga også uttrykk for at tilbudet av sykehjemsplasser er for lite, og at utviklingen der eldre skal bo hjemme og motta tjenester så lenge som mulig, har gått for langt. Det ble også sagt at omsorgsboligene, også de med heldøgnsbemanning, ikke gir et helse- og omsorgstilbud som er fullgodt med sykehjem.

Sykepleierne har i spørreundersøkelsen svart på flere spørsmål for å belyse ulike sider ved kvaliteten på tjenesten eller institusjonen de jobber i. Fire av ti sier seg enig i utsagnet om at kvalitetsforskriften er førende for arbeidsstedet deres. Over halvparten svarer at Eldres behov for trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ikke ivaretas godt. 65 prosent svarer at Eldres behov for ernæring, hygiene, pleie og medisinske behov ivaretas godt i tjenesten eller institusjonen de jobber i. I alt 79 prosent svarer at tjenesten eller institusjonen de jobber i per i dag, ikke er godt bemannet. På alle disse spørsmålene kommer de største kommunene dårligst ut, ansatte i hjemmesykepleien svarer at behovene til eldre dekkes dårligere av deres tjeneste, sammenlignet med hva sykepleierne som jobber i sykehjem eller aldershjem, sier om sin tjeneste.

Under halvparten, 43 prosent, svarer at det varierer om eldre i deres tjeneste eller institusjon får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling. 13 prosent svarer at de ikke får det. De største kommunene og hjemmesykepleien kommer dårligst ut, også på dette spørsmålet.

Svarene fra spørreundersøkelsen gir, sammen med svarene fra intervjuundersøkelsen, et inntrykk av at eldreomsorgstilbudet mange steder kjennetegnes av for lite personell i tjenestene, noe som igjen skaper hastverk og tidspress som fører til at flere eldre ikke får dekket behov som tjenestene er pålagt å dekke gjennom kvalitetsforskriften. Over halvparten av sykepleierne svarer at de daglig opplever at tiden de har til rådighet til den enkelte eldre pasient, ikke strekker til. 31 prosent svarer at dette skjer hver uke.

Når det gjelder forebygging, svarer et mindretall (22 %) ja på spørsmålet «Får du nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn tidlig og forhindre forverring i helsetilstand og hjelpebehov?» Over halvparten svarer at det varierer en god del. Vi finner en signifikant forskjell i svarene fra sykepleiere som jobber i henholdsvis de minste, de små, de mellomstore og de store kommunene. Flest fra de små kommunene oppgir å få tid til forebygging.

Når det gjelder spørsmålet om kompetanse, viser både spørreundersøkelsen blant de 4187 sykepleierne og den kvalitative intervjuundersøkelsen at det jobber mange fagutdannede sykepleiere og også personell med annen helsefaglig bakgrunn i eldreomsorgen. Flere har også tatt etterutdanning. Det fremkommer imidlertid i begge undersøkelsene at det oppfattes å være et svakt punkt i eldreomsorgstjenestene at det er en stor bruk av ufaglærte, spesielt i helger, ferier og høytider. Halvparten svarer i spørreundersøkelsen at det er nok personell med helsefaglig utdanning på dagtid og kveldstid. Et stort flertall svarer at det er for mange ufaglærte på jobb i helger, ferier og høytider. Jo større kommunene er, jo dårligere kommer de ut på alle spørsmålene. Både på dagtid, kveldstid og netter, i helger og i ferier og høytider har de største byene lavest andel personell med helsefaglig bakgrunn og størst bruk av ufaglærte.

Flertallet av eldre pasienter i tjenesten eller institusjonen sykepleierne jobber i, vurderes som å få hjelp på riktig omsorgsnivå. Men omtrent 36 prosent av eldre som mottar hjemmesykepleie hjemme eller i omsorgsbolig, vurderes som å trenge en sykehjemsplass (22 %) eller aldershjemsplass (14 %). En liten andel, gjennomsnittlig 7 prosent av eldre sykehjemsbeboere, vurderes av sykepleiere som jobber i sykehjem, at hadde hatt bedre av å motta tjenester i eget hjem, og en liten andel, gjennomsnittlig 4 prosent, vurderes at hadde hatt bedre av et omsorgsboligtilbud.

Under fire av ti (38 %) hjemmesykepleiere bruker tidsskjemaer for tidsbruk per oppgave de skal utføre hos hver enkelt pasient i tjenesten de jobber i. Det er først og fremst de største byene (med et innbyggertall på over 50 001) som bruker tidsskjemaer. Tre av ti opplever bruken av skjemaene som en belastning, halvparten svarer at bruken av skjemaene går utover kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre. Litt over halvparten opplever at skjemaene er til god hjelp for å planlegge arbeidsdagen. Det er flest hjemmesykepleiere fra de største byene som opplever skjemaene som en belastning, og som svarer at tidsskjemaene går utover kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre.

I den kvalitative studien sies det at samhandlingsreformen er for lite gjennomtenkt og for lite planlagt, og at det allerede i dag er vanskelig for kommunene å ta imot eldre pasienter som skrives ut for tidlig fra sykehus. Svar som ble gitt i spørreundersøkelsen blant de 4187 sykepleierne, tyder også på at noen kommuner allerede før gjennomføringen av samhandlingsreformen har problemer med å yte et tilfredsstillende helse- og omsorgstilbud til eldre pasienter som skrives ut fra sykehus.

## Kapittel 5 Avslutning

Helse- og omsorgstilbudet til eldre er i denne rapporten belyst ved å se på annen forskning, beskrivelser fra tilsynsmyndighetene, ved å gjennomføre egne analyser av registerdata og ved å presentere funn fra to egne datainnsamlinger blant sykepleiere som jobber i eldreomsorgen i kommuner spredt over hele landet. Sykepleierne er en yrkesgruppe i kommunene som både har omfattende oppgaver overfor eldre hjelpe-trengende, og som også har ansvar for å følge med på endringer i hjelpebehov til den enkelte eldre som mottar tjenester. At 4187 ansatte i tjenestene har beskrevet og vurdert helse- og omsorgstilbudet til eldre, oppfatter vi som svært viktig informasjon, sammen med de andre datakildene, når vi skal svare på hovedspørsmålet som stilles i denne studien: «Får pleietrengende eldre i dag den hjelpen de trenger?» En hovedkonklusjon i studien er at de fleste får den hjelpen de trenger, men en forholdsvis stor gruppe (anslått til 36 %) som mottar tjenester hjemme eller i omsorgsbolig, ser ut til å trenge et mer omfattende helse- og omsorgstilbud enn det de får i dag.

### 5.1 Tjenestetilbudet til eldre har blitt redusert

Det har ikke funnet sted en vekst i tjenestetilbudet til eldre de siste 20 årene. Andres og egne analyser av registerdata viser tvert imot at institusjonstilbudet (sykehjem og aldershjem) til eldre har blitt redusert, og at veksten i omsorgsboliger til eldre ikke har kompensert for hele reduksjonen i det institusjonsbaserte tilbudet. De fleste av omsorgsboligene kan heller ikke sies å ha erstattet institusjonstilbudet, fordi det i et mindretall av omsorgsboligene tilbys heldøgns pleie og omsorg. Samtidig som institusjonstilbudet har blitt redusert, har det skjedd en økt og intensivert bruk av hjemmetjenester de siste 20 årene.

Den kraftige veksten vi har sett i hjemmetjenestetilbudet, har i størst grad tilfalt yngre brukere (under 67 år). I 2006 var over 55 000 brukere av hjemmetjenester under 67 år, mot rundt 25 000 i 1992 – en vekst på 30 000 brukere under 67 år i denne perioden. Antallet brukere 80 år og eldre opplevde i samme periode en vekst på i overkant av 12 000 brukere fra rundt 67 000 i 1992 til rundt 80 000 brukere i 2006 (Brevik 2010a). Relativt sett økte dermed antallet brukere under 67 år dobbelt så mye som antallet brukere 80 år og eldre i perioden 1992 til 2006. Videre må denne

utviklingen sees i lys av at antall innbyggere 80 år og eldre økte fra over 163 000 i 1992 til over 215 000 i 2006. Relativt sett sank dermed andelen innbyggere 80 år og eldre som mottok hjemmetjenester fra 41 prosent i 1992 til 37 prosent i 2006 på landsbasis.

## **5.2 Kommunene prioriterer hjemmebaserte tjenester fremfor institusjonsplasser**

Når sentrale myndigheter gir uttrykk for at det bevilges økonomiske midler til kommunene for å bygge ut omsorgstilbudet til de aller mest hjelpetrengende eldre, omtales tilskudd til omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg og sykehjem likt. KOSTRA-data viser at det er omsorgsboligløsningen kommunene først og fremst har valgt å bygge ut. Gjennomgangen av lov- og regelverket viser at det kan være økonomisk mer gunstig for kommunene å velge å bygge omsorgsboliger med tilknyttede hjemmetjenester, fremfor sykehjemsplasser, når staten bevilger øremerkede tilskudd til bygging av sykehjem eller omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg. Disse føringene kan være uheldige dersom sykepleierne som har deltatt i undersøkelsene i denne studien, har rett i at omsorgsboliger med hjemmetjenester ikke gir et like godt helse- og omsorgstilbud til eldre som sykehjem.

## **5.3 Når sektoren tilføres mer penger, satses det på hjemmebaserte tjenester**

Analysene av KOSTRA-data viser at kommuner som prioriterer helse- og omsorgssektoren (målt som andel nettoutgifter til pleie og omsorg), har høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. Videre viser analysene at en slik prioritering er uten betydning for det institusjonsbaserte tilbudet til de aller eldste.

## **5.4 Kommunenes økonomiske handlingsrom legger de viktigste føringene for utformingen av det institusjonsbaserte tilbudet**

Analysene viser at det er det økonomiske handlingsrommet (kommunenes frie inntekter) og ikke behov (målt i andel innbyggere 80 år og eldre) som legger de viktigste

føringene for utformingen av det institusjonsbaserte tilbudet innen dagens kommunale helse- og omsorgstilbud. Sammenhengen mellom kommunestørrelse og inntektsnivå gjør at det spesielt er de minste kommunene som har mest ressurser per innbygger og dermed har muligheten til å tilby innbyggerne et godt utbygget tilbud. Funn i spørreundersøkelsen viser at disse forskjellene også oppleves av folk som jobber i helse- og omsorgstjenestene. Det er for eksempel flest sykepleiere i de største kommunene (over 50 001 innbyggere), i alt 75 prosent, som gir uttrykk for at terskelen for å få sykehjems-plass er for høy. Det tilsvarende tallet er 44 prosent for sykepleiere som jobber i små kommuner (under 10 000 innbyggere).

## **5.5 Kommuner med mindre press på omsorgstjenestene fra yngre brukere tilbyr i større utstrekning institusjonsplasser**

Analysen av KOSTRA-data for 2009 viser at en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for yngre brukere (0–66 år) går på bekostning av institusjonstilbudet til innbyggere 80 år og eldre, når det tas hensyn til kommunenes økonomiske handlingsrom (kommunenes frie inntekter). Når det gjelder omfanget av det hjemmebaserte tilbudet til de aller eldste, er dekningsgraden av hjemmetjenester for yngre brukere uten betydning. Hjelmbrekke mfl. (2011) kommer frem til lignende resultater og konkluderer med at andel mottakere av omsorgstjenester under 67 år fortrenger omfanget av eldretjenester. De understreker videre at det har vært et godt gammelt retorisk knep i politikken å uttale at man ikke skal sette svake grupper opp mot hverandre. Men at det med knappe ressurser og stor etterspørsel etter disse tjenestene er nettopp det politikk handler om, og nettopp derfor er politikk krevende (Hjelmbrekke mfl. 2011:213). Hovedoppgaven for lokale beslutningstakere blir å prioritere innenfor det økonomiske handlingsrommet som er bestemt gjennom statlige reguleringer.

## **5.6 Sykepleierne gir uttrykk for at en gruppe av de aller mest syke og hjelpetrequende eldre i dag får hjelp på feil omsorgsnivå**

Et stort flertall av sykepleierne svarer at langtidsplasser i sykehjem (74 %), korttids-plasser i sykehjem (60 %) og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning (58 %) ikke er tilstrekkelig bygget ut i kommunen eller bydelen de jobber i. I 2010 gjennomførte

Gjevjon og Romøren en undersøkelse blant saksbehandlere om vedtak om sykehjemsplass. I denne studien svarer 40 prosent av saksbehandlerne fra storbyen at terskelen for å få sykehjemsplass har blitt for høy. Vi har spurt 4187 sykepleiere som jobber i eldreomsorgen spredt over hele landet, og blant disse er det 62 prosent som svarer at terskelen for å få sykehjemsplass i kommunen eller bydelen er for høy i dag. I de største byene (innbyggertall over 50 001) svarer 75 prosent at terskelen er for høy.

## **5.7 Hjemmesykepleierne sier 36 prosent av deres eldre brukere som bor hjemme eller i omsorgsbolig, trenger en institusjonsplass**

I innledningskapittelet ble det påpekt at tjenestene over tid i stadig større grad har blitt dreid til å bli ytt til omsorgstrengende utenfor institusjon, og at det har vært og er en bred politisk enighet om at eldre hjelpetrequende skal bo hjemme og motta hjemmetjenester så lenge som mulig. På bakgrunn av mediaoppslag, rapporter fra tilsynsmyndighetene og også en undersøkelse Gjevjon og Romøren (2010) gjennomførte blant saksbehandlere om vedtak om sykehjemsplasser i 2010, spurte vi innledningsvis om utviklingen har gått for langt, det vil si om det i dag er mange eldre som mottar hjemmetjenester i eget hjem, og også i omsorgsboliger, som trenger et mer omfattende helse- og omsorgstilbud. Undersøkelsen blant sykepleierne tyder også på at utviklingen med en dreining bort fra sykehjemsplassering har gått for langt. Ifølge de 1594 hjemmesykepleierne som har svart på spørreundersøkelsen, trenger anslagsvis 22 prosent av deres eldre pasienter en sykehjemsplass, og anslagsvis 14 prosent trenger en aldershjemsplass. Aldershjemmene har blitt bygget ned til et fåtall, men har blitt inkludert i spørreskjemaet fordi sykepleiere i intervjuundersøkelsen fremhevet aldershjem som et viktig og ønsket tiltak innen eldreomsorgen. Sykepleierne som jobber i sykehjem, har også svart på spørsmål om de vurderer at deres pasienter får hjelp på riktig omsorgsnivå. En liten andel, gjennomsnittlig anslagsvis 7 prosent, av eldre sykehjemspasienter vurderes som å ha hatt det bedre dersom de mottok tjenester i eget hjem, og en liten andel, gjennomsnittlig anslagsvis 4 prosent, vurderes at hadde hatt bedre av et omsorgsboligtilbud.

Sykepleierne etterspør først og fremst institusjonsplasser, ikke omsorgsboligplasser, til eldre med omfattende pleiebehov. De gir klart uttrykk for at det er for få sykehjemsplasser i dag. Når vi ser på svar på andre spørsmål i undersøkelsen, kan det også se ut som at et for lite antall sykehjemsplasser for denne gruppen eldre er en belastning for resten av tiltakskjeden, det vil si omsorgsboligene og hjemmetjenestene, som må ivareta eldre som er for krevende for det omsorgsnivået de mottar hjelp på. Både i den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen fremkommer det at mange

hjemmesykepleiere opplever et stort tidspress, noe som de gir uttrykk for at både går utover kvaliteten på tjenesten som gis eldre, og det å klare å jobbe forebyggende, altså følge med på endringer i hjelpebehov til den enkelte eldre og sette inn riktig hjelp til riktig tid. Sykepleierne gir spesielt uttrykk for at det er for få ansatte i tjenestene i de største byene. Bruk av tidsskjemaer for tidsbruk per oppgave hjemmesykepleiere skal utføre hos hver enkelt pasient i tjenesten de jobber i, er også mest utbredt i de største byene (over 50 001 innbyggere). Og det er i de største byene flest opplever bruken av disse som en «stoppeklokkeomsorg», som belastende og som å gå utover kvaliteten på tjenesten som gis eldre.

## **5.8 Både personell med høy kompetanse og stor bruk av ufaglærte i eldreomsorgen**

Både gjennomgangen av registerdata og de to undersøkelsene som er gjennomført blant sykepleierne, viser at de fleste som jobber i eldreomsorgen, er helsefaglig utdannet. Den største gruppen er fagutdannede fra videregående (hjelpepleiere), men det er også mange sykepleiere, som har tatt relevant tilleggsutdanning, som jobber i sektoren. Det er viktig å påpeke at KOSTRA-tallene viser oversikter over planlagt bemanning, ikke faktisk bemanning. En undersøkelse fra ECON i 2009 viser at det er en stor forskjell på planlagt og faktisk bemanning, spesielt i helger og høytider. Det fremkom også både i den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen at sykepleierne oppfatter en stor bruk av ufaglærte, spesielt i helger, ferier og høytider som et svakt punkt i eldreomsorgen. KOSTRA-data viser at andel personell uten relevant fagutdanning er noe høyere innenfor hjemmetjenestene enn i det institusjonsbaserte tilbudet.

## **5.9 Tidspress går utover kvaliteten på tjenestene som gis eldre**

Sykepleierne har i spørreundersøkelsen svart på en rekke spørsmål for å belyse ulike sider ved kvaliteten på tjenesten eller institusjonen de jobber i. Flere av sykepleierne, spesielt de som jobber i de største byene, svarer at behovene til eldre dekkes dårlig av tjenesten eller institusjonen de jobber i. Over halvparten av sykepleierne svarer at de daglig opplever at tiden de har til rådighet til den enkelte eldre pasient, ikke strekker til, og 31 prosent svarer at dette skjer hver uke. Et mindretall svarer også at de får nok tid til å følge med på behovsutviklingen til den enkelte eldre slik at tiltak kan settes inn

tidlig og forhindre forverring i helsetilstand og hjelpebehov. I de største byene bruker flere av hjemmesykepleierne tidsskjemaer for tidsbruk per oppgave de skal utføre hos hver enkelt pasient i tjenesten de jobber i. Flere av hjemmesykepleierne i de største byene opplever skjemaene som en belastning og at tidsskjemaene går utover kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre.

### **5.10 Er den satsingen som nå finner sted, tilstrekkelig for å møte fremtidige behov?**

De satsinger som nå gjøres for å bygge ut helse- og omsorgstjenestene, tar utgangspunkt i at dagens tjenesteapparat dekker behovene i eldrebefolkningen. Det er mye som tyder på at tjenesteapparatet allerede i dag er under press og for lite bygget ut, og at det også til en viss grad satses på feil type tjenester. Utviklingen med mindre bruk av sykehjemsplasser ser ut til å ha gått for langt, noe som både fører til at en gruppe av de aller mest pleietrengende eldre i dag ikke får den hjelpen de trenger. En feilplassering av disse i tiltakskjeden fører også til at hjemmetjenesten blir overbelastet.

# Litteratur

- Borge, L.E. og J. Rattsø (1995), «Demographic Shift, Relative Costs and the Allocation of Local Public Consumption in Norway.» *Regional Science and Urban Economics* 25: 705–726.
- Brevik, I. (2002), *Handlingsplan for eldreomsorgen – regional stats kontroll med kommunenes bruk av øremerkete tilskudd*. NIBR-rapport 2002:18. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I. (2003), *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer*. NIBR-rapport 2003:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I. (2010a), *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn bare eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. NIBR-rapport 2010:2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I. (2010b), *Oppgavefordelingen mellom 1.- og 2. linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988–2007*. NIBR-rapport 2010:1. 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. Olav Daatland (2007), «Utvikling og status i norsk eldreomsorg – institusjoner og kommunale boliger for omsorgsformål 1989–2005.» *Aldring og livsløp* 2:2–5.
- 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.
- ECON (2009), *Bemanning i kommunal pleie og omsorg*. Rapport 2009-072.
- 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.

- Gautun, H. (2003), *Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Omsorgsmønstre mellom middelaldrende kvinner og menn og deres gamle foreldre*. Dr.gradsavhandling. Fafo-rapport 420.
- Gautun, H., E. Kjerstad og F. Kristiansen (2002), *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF rapport 57/01.
- Gjevjon, E.R., T.I. Romøren (2010), *Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene?* Rapport. Senter for omsorgsforskning Østlandet.
- Hansen, T. (2000), «Kommunal autonomi – hvor stort er spillerrommet?». I: H. Baldersheim og L.E. Rose, red., *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haukelien, H., H. Vike og R. Bakken (2009), *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten* (EVUK). TF-rapport nr. 252 2009.
- Hermansen, Å. (2009), *Hjemme eller institusjon? En studie av norske kommuners prioriteringer mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg*. Masteroppgave. Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Hermansen, Å. (2011a under publisering), *Organisering og eierformer i pleie- og omsorgssektoren*. Fafo-notat. Oslo: Fafo.
- Hermansen, Å. (2011b under publisering), *Personell og yrkesfordeling i pleie- og omsorgssektoren*. Fafo-notat. Oslo: Fafo.
- Hjelbrekke, S., K. Løyland, G. Møller og I. Vardheim (2011), *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*. TF-rapport nr. 280 2011.
- NOU 2004: 18, *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*.
- NOU 2005: 3, *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*.
- NOU 2005: 18, *Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner*.
- Næss, G. (2008), *Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket?* Rapport 1/2008. Høgskolen i Vestfold.
- Rattsø, J. og R.J. Sørensen (1997), «Kommunen som serviceprodusent/tjenesteyter: Hva forteller norsk kommuneforskning om kommunesektorens effektivitet?». I: H. Baldersheim, J.F. Bernt, T. Kleven og J. Rattsø, red., *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Oslo: Tano Aschehoug.

- 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. Kuhle 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.
- SINTEF Helse (2007), *Kommunenes erfaringer med omsorgsboliger for eldre*. SINTEF A2006.
- Slagsvold, B. (1995), *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. NGI-Rapport 95:1. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.
- Statistisk sentralbyrå (2008), SSBs tettstedsdefinisjon. Lesedato 17.03.09 på URL: <http://www.ssb.no/vis/emner/02/01/10/beftett/om.html>
- Statistisk sentralbyrå (2010), «Sysselsatte i kommunal sektor (registerbasert), 4. kvartal 2009 – 490 000 sysselsatte i kommunal sektor». Lesedato 30.07.10 på URL: <http://www.ssb.no/emner/06/01/komregsys/index.html>
- St.meld. nr. 28 (1999–2000), *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene*.
- St.meld. nr. 45 (2002–2003), *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
- St.med. nr. 47 (2008–2009), *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Sørensen, R.J. (1989), «Det kommunale demokrati: En fortsettelse av rikspolitikken med andre virkemidler?» *Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift* 5 (3):267–292.

# Vedlegg 1 Spørreskjema til QuestBack-undersøkelsen blant sykepleierne

www.questback.com - print preview

file:///C:/Documents and Settings/ah/Desktop/Spørreskjema.htm

## Spørreundersøkelse om helse- og omsorgstilbudet til eldre

Forskningsstiftelsen Fafo gjennomfører et prosjekt på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund om kommunenes helse og omsorgstilbud til eldre. Som en del av prosjektet gjennomfører vi en spørreundersøkelse blant sykepleiere som jobber i kommunene. Vi har fått epost -adresser til medlemmer fra Norsk Sykepleierforbund. Dersom du ikke jobber i eldre omsorgen kan du se bort fra denne henvendelsen. Jobber du i eldreomsorgen håper vi at du kan hjelpe oss med å svare på noen spørsmål. Ditt svar er viktig! Eldre er en sårbar gruppe både når det gjelder å si fra om egne behov, og gi tilbakemeldinger på tjenestene. At ansatte som jobber i eldreomsorgen beskriver og vurderer tilbudet er svært viktig informasjon for å kunne planlegge en god eldreomsorg.

Seniorforsker Heidi Gautun (tlf 22088725) er prosjektleder og ansvarlig for datainnsamlingen. Koplingsnøkkelen mellom epost adresser og svar blir slettet etter at det er gjennomført en runderunde 7 dager etter første gangs utsendelse. Svar fra undersøkelsen blir altså anonymisert, og det vil ikke være mulig å identifisere hvem som har svart. Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Undersøkelsen er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Mvh

Forbundsleder Lisbeth Normann  
Norsk Sykepleierforbund

Seniorforsker Heidi Gautun  
Fafo

### 1) Vil du beskrive eldreomsorgen i din kommune/bydel som:

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig



### 2) Er det noen av følgende tilbud som ikke er tilstrekkelig bygget ut i forhold til eldres behov? (flere kryss mulig)

- Hjemmesykepleie
- Omsorgsboliger uten fast bemanning
- Omsorgsboliger med heldøgns- bemanning
- Sykehjem (langtidsplasser)
- Sykehjem (korttidsplasser)



**3) Er terskelen for å få sykehjemsplass:**

- For lav
- Passelig
- For høy



**4) Hvor jobber du?**

- I sykehjem
- I omsorgsbolig med heldøgns bemanning
- I hjemmesykepleien, med pasienter hjemme og i omsorgsbolig
- I hjemmesykepleien, kun pasienter som bor hjemme
- I aldershjem



**5) Kvalitet og kompetanse**

**6) Kryss av utsagn du er enig i? (flere kryss mulig)**

- Kvalitetsforskriften er førende for arbeidsstedet mitt
- Ernæring, hygiene, pleie og medisinske behov ivaretas godt
- Trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ivaretas ikke godt
- Verdighetsgarantien er et viktig løft for tjenesten/institusjonen
- Tjenesten eller sykehjemmet er per i dag godt bemannet
- På dagtid er det nok personell med helsefaglig utdanning
- Om kvelder/netter er det for mange ufaglærte
- I helgene er det nok personell med helsefaglig utdanning
- I ferier/høytider er det for mange ufaglærte



**7) Opplever du at eldre i din tjeneste eller sykehjemmet får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling?**

- Ja
- Nei
- Det varierer en god del



**8) Får du nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn tidlig og forhindre forverring i helsetilstand og hjelpebehov?**

- Ja
- Nei
- Det varierer en god del



**9) Er tilbudet til demente godt eller dårlig i tjenesten eller sykehjemmet du jobber i?**

- Svært godt
- Ganske godt
- Verken godt eller dårlig
- Nokså dårlig
- Svært dårlig



**10) Er tilbudet til eldre pasienter som skrives ut fra sykehus godt eller dårlig i tjenesten eller sykehjemmet du jobber i?**

- Svært godt
- Ganske godt
- Verken godt eller dårlig
- Nokså dårlig
- Svært dårlig
- Det varierer en god del



**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, med pasienter hjemme og i omsorgsbolig
- Hvor jobber du? - I omsorgsbolig med hekkøgn bemanning

**11) Kryss av utsagn du er enig i: (flere kryss mulig)**

- Det ytes for lite tjenester til eldre i omsorgsboligene
- Det er gode varslingssystemer slik at eldre kan tilkalle personell
- Personalet er ikke lett tilgjengelig for eldre i omsorgsboligene
- Det er en fast personalbase i boligen, eller i umiddelbar nærhet

**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, med pasienter hjemme og i omsorgsbolig  
eller
- Hvor jobber du? - I omsorgsbolig med heldøgns bemanning

**12) Hvor stor andel av eldre i omsorgsboligene vurderer du hadde hatt best av følgende plassering (i prosent)? (SKRIV KUN TALL. IKKE BRUK BOKSTAVER ELLER PROSENTTEGN)****Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, med pasienter hjemme og i omsorgsbolig  
eller
- Hvor jobber du? - I omsorgsbolig med heldøgns bemanning

**13) Omsorgsbolig****Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, med pasienter hjemme og i omsorgsbolig  
eller
- Hvor jobber du? - I omsorgsbolig med heldøgns bemanning

#### 14) Sykehjem

#### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, med pasienter hjemme og i omsorgsbolig  
*eller*
- Hvor jobber du? - I omsorgsbolig med hekløgns bemanning

#### 15) Aldershjem



#### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I omsorgsbolig med hekløgns bemanning  
*eller*
- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, kun pasienter som bor hjemme  
*eller*
- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, med pasienter hjemme og i omsorgsbolig

#### 16) Brukes det skjemaer for tidsbruk per oppgave dere skal utføre hos hver enkelt pasient i tjenesten du jobber i?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I omsorgsbolig med heldøgns bemanning eller
- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, med pasienter hjemme og i omsorgsbolig eller
- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, kun pasienter som bor hjemme og
- Brukes det skjemaer for tidsbruk per oppgave dere skal utføre hos hver enkelt pasient i tjenesten du jobber i? - Ja

#### 17) Opplevs tidsskjemaene som: (flere kryss mulig)

- En belastning for oss som jobber i tjenesten
- Å være til god hjelp for å planlegge arbeidsdagen
- Å gå utover kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre



### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, kun pasienter som bor hjemme

#### 18) Hvor stor andel av pasientene i hjemmesykepleien vurderer du hadde hatt best av følgende plassering (i prosent)? (SKRIV KUN TALL. IKKE BRUK BOKSTAVER ELLER PROSENTTEGN)

### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, kun pasienter som bor hjemme

#### 19) Eget hjem

### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, kun pasienter som bor hjemme

**20) Omsorgsbolig****Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, kun pasienter som bor hjemme

**21) Sykehjem****Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I hjemmesykepleien, kun pasienter som bor hjemme

**22) Aldershjem****Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I aldershjem eller
- Hvor jobber du? - I sykehjem

**23) Hvor stor andel av pasientene i institusjonen vurderer du hadde hatt best av følgende plassering (i prosent)? (SKRIV KUN TALL. IKKE BRUK BOKSTAVER ELLER PROSENTTEGN)**

**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I aldershjem  
*eller*
- Hvor jobber du? - I sykehjem

#### 24) Sykehjem

#### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I aldershjem  
*eller*
- Hvor jobber du? - I sykehjem

#### 25) Omsorgsbolig

#### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I aldershjem  
*eller*
- Hvor jobber du? - I sykehjem

#### 26) Aldershjem

#### Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvor jobber du? - I aldershjem  
*eller*
- Hvor jobber du? - I sykehjem

#### 27) Eget hjem



#### 28) Avviksmeldinger

**29) Har du en lederstilling?**

- Ja
- Nei



**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Har du en lederstilling? - Ja

**30) Er du enig i følgende utsagn? (flere kryss mulig)**

- Ansatte skriver avviksmeldinger i forhold til prosedyrer/vedtak
- Tid til avviksmeldinger burde heller bli brukt på pasientene
- At ansatte skriver avviksmeldinger hever kvaliteten
- Jeg følger opp avviksmeldinger som ansatte skriver
- Ansatte opplever det som en belastning at de må melde feil



**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Har du en lederstilling? - Nei

**31) Er du enig i følgende utsagn? (flere kryss mulig)**

- Jeg skriver avviksmeldinger i forhold til prosedyrer/vedtak
- Tiden til avviksmeldinger burde heller blitt brukt på pasientene
- Å skrive avviksmeldinger hever kvaliteten
- Avvikene jeg skriver blir fulgt opp av nærmeste leder
- Det oppleves som en belastning å måtte melde feil vi gjør



**32) Opplever du ofte at tiden du har til rådighet til den enkelte eldre ikke strekker til?**

- Daglig
- Ca hver uke
- 1-3 ganger i måneden
- Sjelden/Aldri



---

**33) Annet**

---

**34) Er din nærmeste leder sykepleier?**

- Ja
- Nei
- Uaktuelt, jeg er øverste leder



---

**35) Foregår det noen forsknings/utviklingsprosjekter i tjenesten eller sykehjemmet du jobber i?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke



---

**36) Til slutt vil vi stille noen bakgrunnsspørsmål**

---

**37) Er du:**

- Kvinne
- Mann

---

**38) Hvor gammel er du? (SKRIV KUN TALL. IKKE BRUK BOKSTAVER)**

**39) Omtrent hvor mange innbyggere er det i kommunen du jobber i?**

- Færre enn 3000 innbyggere
- 3001-10 000 innbyggere
- 10 001-20 000 innbyggere
- 21 000- 50 000 innbyggere
- 50 001 innbyggere eller flere

---

**40) Jobber du i:**

- Sør Norge
- På Østlandet
- Vestlandet
- Midt Norge
- Nord Norge



---

**41) Hvor mange års jobberfaring har du innen eldreomsorgen (antall år)? (SKRIV KUN TALL. IKKE BRUK BOKSTAVER)**

---

**42) Hvor mange års jobberfaring har du innen eldreomsorgen i den kommunen/bydelen du nå jobber i (antall år)? (SKRIV KUN TALL. IKKE BRUK BOKSTAVER)**

---

**43) Har du tatt noen av følgende etterutdanninger: (flere kryss mulig)**

- Geriatri/demens
- Psykiatri
- Kreft
- Ledelse
- Annet
- Nei

**44) Ønsker du å ta etterutdanning i følgende: (flere kryss mulig)**

- Geriatri/demens
- Psykiatri
- Kreft
- Ledelse
- Annet
- Nei

---

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

## Vedlegg 2 til registerdataanalysene i kapittel 3

Følgende kommuner er ikke inkludert i figur 3.5 Andel brukere 80 år og eldre som mottar både hjemmesykepleie og praktisk bistand, fordelt på antall gjennomsnittlig tildelte timer i uken i 2009:

0121 Rømskog	1743 Høylandet
0439 Folldal	1748 Fosnes
0545 Vang	1749 Flatanger
0615 Flå	1755 Leka
0811 Siljan	1816 Vevelstad
0827 Hjartdal	1825 Grane
0830 Nissedal	1834 Lurøy
0935 Iveland	1835 Træna
0938 Bygland	1851 Lødingen
0941 Bykle	1852 Tjeldsund
1017 Songdalen	1856 Røst
1027 Audnedal	1857 Værøy
1034 Hægebostad	1859 Flakstad
1114 Bjerkreim	1915 Bjarkøy
1129 Forsand	1925 Sørreisa
1141 Finnøy	1928 Torsken
1144 Kvitsøy	1939 Storfjord
1145 Bokn	1940 Gáivuotna Kåfjord
1151 Utsira	2014 Loppa
1232 Eidfjord	2015 Hasvik
1252 Modalen	2018 Måsøy
1265 Fedje	2020 Porsanger Porsángu Porsanki
1412 Solund	2023 Gamvik
1418 Balestrand	2024 Berlevåg
1514 Sande	2027 Unjárga Nesseby
1526 Stordal	2028 Båtsfjord
1557 Gjemnes	
1613 Snillfjord	
1632 Roan	
1717 Frosta	
1723 Mosvik	
1739 Røyrvik	
1740 Namsskogan	

Følgende kommuner er ikke inkludert i figur 3.6 Andel brukere 80 år og eldre som kun mottar hjemmesykepleie, fordelt på antall gjennomsnittlig tildelte timer i uken i 2009:

0121 Rømskog	1825 Grane
0439 Folldal	1834 Lurøy
0545 Vang	1835 Træna
0615 Flå	1851 Lødingen
0811 Siljan	1852 Tjeldsund
0827 Hjartdal	1856 Røst
0830 Nissedal	1857 Værøy
0935 Iveland	1859 Flakstad
0938 Bygland	1915 Bjarkøy
0941 Bykle	1925 Sørreisa
1017 Songdalen	1928 Torsken
1027 Audnedal	1939 Storfjord
1034 Hægebostad	1940 Gáivuotna Kåfjord
1114 Bjerkreim	2014 Loppa
1129 Forsand	2015 Hasvik
1141 Finnøy	2018 Måsøy
1144 Kvitsøy	2020 Porsanger Porsángu Porsanki
1145 Bokn	2023 Gamvik
1151 Utsira	2024 Berlevåg
1232 Eidfjord	2027 Unjárga Nesseby
1252 Modalen	2028 Båtsfjord
1265 Fedje	
1412 Solund	
1418 Balestrand	
1514 Sande	
1526 Stordal	
1557 Gjemnes	
1613 Snillfjord	
1632 Roan	
1717 Frosta	
1723 Mosvik	
1739 Røyrvik	
1740 Namsskogan	
1743 Høylandet	
1748 Fosnes	
1749 Flatanger	
1755 Leka	
1816 Vevelstad	

Følgende kommuner er ikke inkludert i figur 3.7 Andel brukere 80 år og eldre som kun mottar praktisk bistand, fordelt på antall gjennomsnittlig tildelte timer i uken i 2009:

0121 Rømskog	1825 Grane
0439 Folldal	1834 Lurøy
0545 Vang	1835 Træna
0615 Flå	1851 Lødingen
0811 Siljan	1852 Tjeldsund
0827 Hjartdal	1856 Røst
0830 Nissedal	1857 Værøy
0935 Iveland	1859 Flakstad
0938 Bygland	1915 Bjarkøy
0941 Bykle	1925 Sørreisa
1017 Songdalen	1928 Torsken
1026 Åseral	1939 Storfjord
1027 Audnedal	1940 Gáivuotna Kåfjord
1034 Hægebostad	2014 Loppa
1114 Bjerkreim	2015 Hasvik
1129 Forsand	2018 Måsøy
1144 Kvitsøy	2020 Porsanger Porsángu Porsanki
1145 Bokn	2023 Gamvik
1151 Utsira	2024 Berlevåg
1232 Eidfjord	2027 Unjárga Nesseby
1252 Modalen	2028 Båtsfjord
1265 Fedje	
1412 Solund	
1418 Balestrand	
1514 Sande	
1526 Stordal	
1557 Gjemnes	
1613 Snillfjord	
1632 Roan	
1717 Frosta	
1723 Mosvik	
1739 Røyrvik	
1740 Namsskogan	
1743 Høylandet	
1748 Fosnes	
1749 Flatanger	
1755 Leka	
1816 Vevelstad	

Følgende kommuner er ikke inkludert i figur 3.18 Andel avtalte årsverk i brukerrettede tjenester for personell med og uten relevant fagutdanning fordelt på institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg i 2009 og figur 3.19 Andel avtalte årsverk i brukerrettede tjenester for personell med fagutdanning fra videregående eller med fagutdanning fra høyskole/universitet:

1874 Moskenes	1046 Sirdal
1431 Jølster	1924 Målselv
1444 Hornindal	1718 Leksvik
1851 Lødingen	0231 Skedsmo
1211 Etne	1836 Rødøy
1839 Beiarn	1942 Nordreisa
1620 Frøya	1032 Lyngdal
0226 Sørumsund	1917 Ibestad
1664 Selbu	0716 Re (f.o.m. 2002)
0437 Tynset	1244 Austevoll
1613 Snillfjord	1227 Jondal
0439 Follidal	1256 Meland
1245 Sund	0519 Sør-Fron
1653 Melhus	0136 Rygge
1142 Rennesøy	0425 Åsnes
0911 Gjerstad	1102 Sandnes
1832 Hemnes	0124 Askim
0138 Hobøl	1252 Modalen
0528 Østre Toten	1838 Gildeskål
0118 Aremark	1144 Kvitsøy
1018 Søgne	1017 Songdalen
1943 Kvæangen	0127 Skiptvet
0701 Horten	1149 Karmøy
0616 Nes (Busk.)	1617 Hitra
1938 Lyngen	1640 Røros
1141 Finnøy	0826 Tinn
0714 Hof	1112 Lund
1238 Kvam	0628 Hurum
0237 Eidsvoll	0624 Øvre Eiker
1721 Verdal	1027 Audnedal
1925 Sørreisa	1923 Salangen
0217 Oppegård	1834 Lurøy
0125 Eidsberg	0706 Sandefjord
1719 Levanger	0522 Gausdal
0627 Røyken	0625 Nedre Eiker
0833 Tokke	1820 Alstahaug
0814 Bamble	0239 Hurdal
1840 Saltdal	0229 Enebakk
1106 Haugesund	1251 Vaksdal
1428 Askvoll	2019 Nordkapp

Forts. neste side

1233 Ulvik	0111 Hvaler
0235 Ullensaker	1420 Sogndal
0121 Rømskog	0541 Etnedal
0901 Risør	0621 Sigdal
0512 Lesja	0532 Jevnaker
2030 Sør-Varanger	0423 Grue
0227 Fet	0135 Råde
0215 Frogn	1828 Nesna
0806 Skien	1748 Fosnes
1870 Sortland	1648 Midtre Gauldal
0906 Arendal	1514 Sande (M. og R.)
1567 Rindal	1247 Askøy
0434 Engerdal	1411 Gulen
1824 Vefsn	1743 Høylandet
1418 Balestrand	1546 Sandøy
0723 Tjøme	1702 Steinkjer
1845 Sørfold	0604 Kongsberg
1129 Forsand	1871 Andøy
0436 Tolga	1034 Hægebostad
0238 Nannestad	0119 Marker
0929 Åmli	2002 Vardø
1548 Fræna	1114 Bjerkreim
2028 Båtsfjord	1438 Bremanger
1511 Vanylven	1662 Klæbu
1004 Flekkefjord	1029 Lindesnes
1531 Sula	0632 Rollag
1146 Tysvær	1151 Utsira
0403 Hamar	1111 Sokndal
1242 Samnanger	1835 Træna
1520 Ørsta	0633 Nore og Uvdal
1130 Strand	1145 Bokn
1825 Grane	1723 Mosvik
2023 Gamvik	1633 Osen
0926 Lillesand	0511 Dovre
2027 Unjárga Nesseby	0543 Vestre Slidre
1739 Røyrvik	1231 Ullensvang
0615 Flå	1816 Vevelstad
1532 Giske	1856 Røst
1160 Vindafjord	1857 Værøy
0904 Grimstad	1928 Torsken
1243 Os (Hord.)	
0137 Våler (Østf.)	
1922 Bardu	
0722 Nøtterøy	
1253 Osterøy	

## Datasettet

Alle data som inngår i regresjonsanalysene, er hentet fra KOSTRA-statistikken til Statistisk sentralbyrå. De avhengige variablene bygger på 2009-tall, mens de uavhengige variablene bygger på 2008-tall.

## Problematiske enheter

I hovedanalysen er 0123 Spydeberg, 0127 Skiptvet, 0237 Eidsvoll, 0517 Sel, 0618 Hemsedal, 0935 Iveland, 1141 Finnøy, 1144 Kvitsøy, 1151 Utsira, 1238 Kvam, 1252 Modalen, 1265 Fedje, 1816 Vevelstad, 1828 Nesna, 1851 Lødingen, 1928 Torsken, 2011 Guovdageaidnu Kautokeino, 2024 Berlevåg fjernet fordi disse enhetene mangler verdi for «beboere i institusjon 80 år og over» og/eller «mottakere av hjemmetjenester 80 år og over».

Videre er 0519 Sør-Fron, 0827 Hjartdal, 0941 Bykle, 1003 Farsund, 1231 Ullensvang, 1429 Fjaler, 1571 Halså, 1632 Roan, 1859 Flakstad, 2002 Vardø, 2017 Kvalsund, 2019 Nordkapp fjernet fordi disse enhetene mangler verdi for «gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken praktisk bistand» og/eller «gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken hjemmesykepleie» og/eller «gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken totalt». Enheten 0621 Sigdal er fjernet fordi enheten mangler verdi for «netto lånegjeld per innbygger».

I analysen hvor dekningsgrad av institusjonsplasser i 2008 og dekningsgrad av hjemmetjenester i 2008 inngår som uavhengige variabler, er 1723 Mosvik, 1857 Verøy og 1919 Gratangen fjernet fordi disse enhetene mangler verdi for «beboere i institusjon 80 år og over» og/eller «mottakere av hjemmetjenester 80 år og over».

Den bivariate korrelasjonen (Pearsons  $r$ ) mellom «folkemengde i alt» og «plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i institusjon» er på .959 og signifikant på ett prosent nivå. De enhetene som mangler verdi for «plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i institusjon», er derfor tildelt gjennomsnitt, etter kommunestørrelse, som erstatningsverdi. Blant kommuner med 1000–1500 innbyggere er 1129 Forsand, 1926 Dyrøy, 0938 Bygland, 1853 Evenes og 1738 Lierne tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 1501–2000 innbyggere er 1818 Herøy og 1545 Midsund tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 2001–2500 innbyggere er 0432 Rendalen, 1822 Leirfjord, 0543 Vestre Slidre, 0514 Lom tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 2501–3000 innbyggere er 1541 Sande, 0239 Hurdal, 0511 Dovre og 1222 Fitjar tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 3001–3500 innbyggere er 0714 Hof tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 3501–4000 innbyggere er 1134 Suldal tildelt erstatningsverdi.

Blant kommuner med 4001–4500 innbyggere er 1750 Vikna og 1620 Frøya tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 4501–5000 innbyggere er 0520 Ringebu, 1216 Sveio og 1751 Nærøy tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 5001–5500 innbyggere er 1871 Andøy tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 5501–6000 innbyggere er 1662 Klæbu og 0914 Tvedestrand tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 6001–6500 innbyggere er 1624 Rissa tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 6501–7000 innbyggere er 1449 Stryn tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 12 001–12 500 innbyggere er 1663 Malvik tildelt erstatningsverdi.

Den bivariate korrelasjonen (Pearsons  $r$ ) mellom «folkemengde i alt» og «mottakere av hjemmetjenester 0–66 år» er på .980 og signifikant på ett prosent nivå. De enhetene som mangler verdi for «mottakere av hjemmetjenester 0–66 år», er derfor tildelt gjennomsnitt, etter kommunistørrelse, som erstatningsverdi. Blant kommuner med 500–1000 innbyggere er 1857 Verøy og 1723 Mosvik tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 1001–1500 innbyggere er 1919 Gratangen tildelt erstatningsverdi.

Den bivariate korrelasjonen (Pearsons  $r$ ) mellom «folkemengde i alt» og «alle tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov» er på .991 og signifikant på ett prosent nivå. De enhetene som mangler verdi for «alle tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov», er derfor tildelt gjennomsnitt, etter kommunistørrelse, som erstatningsverdi.

Blant kommuner med 400–900 innbyggere er 1739 Røyrvik tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 1000–1500 innbyggere er 0938 Bygland tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 1501–2000 innbyggere er 0439 Folldal tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 2001–2500 innbyggere er 0512 Lesja tildelt erstatningsverdi. Blant kommuner med 2501–3000 innbyggere er 1433 Naustdal tildelt erstatningsverdi.

Totalt inkluderes 399 enheter i hovedanalysen og 396 enheter i analysen hvor dekningsgrad av institusjonsplasser i 2008 og dekningsgrad av hjemmetjenester i 2008 inngår som uavhengige variabler.

### **Signifikantesting av differansene mellom regresjonskoeffisientene**

For å signifikant teste differansene mellom regresjonskoeffisientene er følgende utregning blitt benyttet (Skog 2004:183–184):

$$t > |1.96| = **: p < 0.05$$

$$t > |1.65| = *: p < 0.10$$

$$t = (b_1 - b_2) / (SE(b_1 - b_2))$$

$$SE(b_1 - b_2) = \sqrt{((SE(b_1))^2 + (SE(b_2))^2)}$$

## Vedlegg 3 Tabeller til kapittel 4

Tabell 4.2 Svar på spørsmålet: «Er det noen av følgende tilbud som ikke er tilstrekkelig bygget ut i forhold til eldres behov, sett i forhold til størrelsen på kommunen informantene jobber i, og om de jobber i hjemmesykepleien eller institusjonsomsorgen?»

Innbyggertall i kommunen:	Hjemmesykepleie	Omsorgsbolig u. fast bemanning	Omsorgsbolig m. heldøgnsbemanning	Sykehjem (langtid)	Sykehjem (korttid)	N
Under 3000	31%*	21%	46%*	36%*	45%*	423
3001–10 000	25%	17%	54%	65%	56%	1059
10 001–50 000	31%	17%	59%	76%	59%	1631
50 001 +	34%	18%	54%	80%	59%	4099
<b>Ansatt i:</b>						
Eldreinstitution	27%*	15%*	49%*	69%*	52%	2269
Hjemmesykepleien	33%	22%	62%	73%	64%	1767

\*:p < 0.01

Tabell 4.3 Utsagn informantene sier seg enig i, sett i forhold til størrelsen på kommunen informantene jobber i, og om de jobber i hjemmesykepleien eller institusjonsomsorgen.

Innbyggertall i kommunen:	Kvalitetsforskriften er førende for arbeidsstedet mitt	Ernæring, hygiene, pleie og medisinske behov ivaretas godt	Trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ivaretas ikke godt	Tjenesten eller institusjonen er per i dag godt bemannet	N
Under 3000	35%**	71%*	53%	29%*	423
3001–10 000	38%	69%	53%	25%	1059
10 001–50 000	39%	62%	52%	20%	1631
50 001 +	43%	60%	53%	16%	4099
<b>Ansatt i:</b>					
Eldreinstitution	41%*	71%*	50%*	19%	2269
Hjemmesykepleien	37%	63%	55%	20%	1767

\*:p ≤ 0.01, \*\*:p ≤ 0.05

Tabell 4.4 Andel sykepleiere som har sagt seg enig i en rekke utsagn om tjenesten/institusjonen de jobber i, sett i forhold størrelsen på kommunen informanten jobber i og om de jobber i hjemmesykepleien eller institusjonsomsorgen.

<b>Innbyggertall i kommunen:</b>	På dagtid er det nok personell med helsefaglig utdanning	Om kvelder og på netter er det for mange ufaglærte	I helgene er det nok personell med helsefaglig utdanning	I ferier og høytider er det for mange ufaglærte	N
Under 3000	52%*	38%*	20**	72%*	423
3001–10 000	57%	37%	20%	71%	1059
10 001–50 000	50%	43%	20%	70%	1631
50 001 +	47%	53%	15%	78%	4099
<b>Ansatt i:</b>					
Eldreinstitusjon	51%	58%*	20%	77%*	2269
Hjemmesykepleien	53%	42%	23%	68%	1767

\*:p < 0.01, \*\*:p < 0.05



# Eldreomsorg under press

I denne rapporten belyses kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Registerdata viser at tjenestetilbudet til eldre har blitt redusert, både institusjonstilbudet og hjemmetjenestetilbudet. I kvalitative intervjuer med seks sykepleiere, og i en spørreundersøkelse blant 4187 sykepleiere som jobber innen eldreomsorgen, kommer det fram at tilbudet til de aller sykeste og mest hjelpetrengende eldre er for dårlig utbygget. I tillegg preges tjenestene av for lite personell og av tidspress, noe som går ut over kvaliteten på omsorgen.



**Fafo**

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 2011:12  
ISBN 978-82-7422-802-3  
ISSN 0801-6143  
Bestillingsnr. 20203