

SINTEF A11528

RAPPORT

Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig –
eller best i verden?

Kortversjon

Beate M. Huseby og Bård Paulsen

SINTEF Helsetjenesteforskning
Mai 2009

www.sintef.no





SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim

Besøksadresse:

Teknobyen innovasjonssenter

Abels gt 5

7030 Trondheim

Telefon: 73 59 03 00

Telefaks: 932 70 800

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?
Kortversjon.**

FORFATTER(E)

Beate M. Huseby og Bård Paulsen

OPPDRAGSGIVER(E)

Kommunenes Sentralforbund

RAPPORTNR. SINTEF A11528	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Anne Tøndevold, Kari Hesselberg	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04786-8	PROSJEKTNR. 78H122	ANTALL SIDER OG BILAG 34
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\78H122 KS Eldreomsorg 2009\Rapport A11528		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Bård Paulsen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Birgitte Kalseth
ARKIVKODE E	DATO 2009-05-13	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	<i>Britt Venner</i>

SAMMENDRAG

Dette er en kortversjon av rapporten "Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden?" Formålet med dette prosjektet er å undersøke nordmenns vurderinger av eldreomsorgen, og det bildet vi får på grunnlag av empiriske data. Prosjektet består av fire delprosjekter. I delprosjekt 1 undersøkes avisomtaler av eldreomsorg i et utvalg riks- og lokalaviser i løpet av ett år. Delprosjekt 2 er en kartlegging av befolkningens holdninger til eldreomsorgen i Norge, basert på en spørreundersøkelse i et representativt utvalg på 1000 nordmenn, supplert med data fra en europeisk undersøkelse. Delprosjekt 3 er en analyse av brukererfaringer i kommuner som deltok i KS Effektiviseringsnettverkens kartlegginger i 2007 og 2008. Delprosjekt 4 er en drøfting av situasjonen i norsk eldreomsorg på grunnlag av tilgjengelig statistikk, og med utgangspunkt i de problemstillingene som fremkommer i delprosjektene 1 til 3. Som en del av dette prosjektet gjøres det en komparativ undersøkelse av situasjonen i Norge og andre nordiske land, og i tillegg andre utvalgte europeiske land der dette er forsvarlig og hensiktsmessig.

Nordmenn er mer bekymret for det å bli gammel og hjelptrengende enn folk i våre nordiske naboland, og i europeiske land vi gjerne sammenligner oss med. Den foretrukne omsorgsform er egen bolig eller tilrettelagt bolig med offentlig hjelp. De fleste brukerne i de undersøkte kommunene har stor tiltro til personalet som jobber i omsorgen, men er ikke like fornøyd med muligheten for selvbestemmelse og innflytelse på tilbudet, og muligheten for å være aktiv. Norge bruker betydelig mer ressurser på omsorgstjenesten enn både våre nordiske naboland og andre europeiske land. Variasjonen kommunene imellom er imidlertid stor. Forskjellen mellom de best stilte og de dårligst stilte kommunene er betydelig.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helsetjenesteforskning	Health Service research
GRUPPE 2	Kommunehelsetjeneste	Primary Health Care
EGENVALGTE	Omsorgstrengende gamle	Care-needing elderly people

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	4
Figuroversikt	4
1 Sammenheng	5
2 Innledning	7
3 Tilgjengelighet: Får vi hjelp når vi trenger det?	11
3.1 Om forskjeller mellom kommunene	13
3.2 Hvor stor del av ressursene i pleie og omsorgssektoren går til eldreomsorg?.....	14
3.3 Forskjeller mellom kommunene i ressursinnsats	16
3.4 Forskjeller innen tjenestetilbud og dekningsgrad.....	18
3.5 Kommuneprofiler i eldreomsorgen	19
3.6 Norsk eldreomsorg i et internasjonalt perspektiv	22
4 Kvalitet.....	27
4.1 Innledning	27
4.2 Hvordan vil vi ha det når vi blir gamle? Synspunkter fra et representativt utvalg nordmenn.	27
4.3 Er tjenesten god nok?.....	28
4.4 Kvalitet i omsorgstjenesten som avistema.	28
4.5 Synspunkter fra omsorgstjenestens brukere.	29
4.6 Kvalitetsindikatorer i KOSTRA	30
5 Noen ord til slutt: Helt elendig – eller best i verden?	33

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Nøkkeltall for eldreomsorgen 2007. Dekningsgrad. Landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og forskjeller mellom kommunene.	12
Tabell 3.2	Nøkkeltall for eldreomsorgen 2007. Andel ressurser til eldreomsorg. Landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og forskjeller mellom kommunene.	15
Tabell 3.3	Nøkkeltall for eldreomsorgen 2007. Ressursinnsats. Landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og forskjeller mellom kommunene.	16
Tabell 3.4	En klassifisering av kommunenes omsorgsfokus. Antall kommuner med lavt, middels og høyt nivå av hjemmetjenester og institusjonsplasser.	19
Tabell 3.5	Kommuneprofiler i eldreomsorgen og gjennomsnittlig nivå av brutto driftsutgifter, årsverk og dekningsgrad. Data fra KOSTRA 2007.	20
Tabell 3.6	Kommunekaraktistika etter kommuneprofil i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007.	22
Tabell 3.7	Utgifter til eldre i utvalgte europeiske land 2006. PPS per innbygger og prosent av BNP.	23
Tabell 3.8	Tilgjengelighet til praktisk hjelp i hjemmet og eldreboliger i nordiske land. Data fra NOSOSCO 2007.	24

Figuroversikt

Figur 3.1	Andel av totale brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester som går til tjenester for eldre 67 år og eldre. Data fra KOSTRA og IPLOS 1997.	15
Figur 3.2	Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre korrigert for ressurser til yngre brukere av pleie og omsorgstjenester. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.	17

1 Sammendrag

Denne rapporten er en kortversjon av hovedrapporten "Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden?"¹

Formålet med dette prosjektet er å undersøke nordmenns vurderinger av eldreomsorgen, og det bildet vi får på grunnlag av empiriske data. Diskusjonen bygger på fire delprosjekter.

Delprosjekt 1 er en analyse av avisomtaler av eldreomsorg i et utvalg riks- og lokalaviser i løpet av ett år, der vi ser nærmere på spørsmål som hvem som er de mest aktive debattantene når det gjelder eldreomsorg, og hva slags tema som fokuseres. For sammenligningens skyld har vi inkludert et utvalg svenske aviser, for å kunne drøfte i hvilken grad intensitet, fokus og vinkling i debatten om omsorgstjenester er forskjellig i de to nært beslektede nordiske landene.

Delprosjekt 2 er en kartlegging av befolkningens holdninger til, og vurderinger av, eldreomsorgen i Norge. Undersøkelsen er lagt opp som en telefonbasert spørreundersøkelse av et representativt utvalg på 1000 nordmenn, supplert med data fra en europeisk surveyundersøkelse. Formålet er å gi et bilde av i hvilke grad norske holdninger på viktige punkter faller sammen med eller avviker fra det vi finner i andre land.

Delprosjekt 3 er en drøfting av erfaringene til omsorgstjenestens brukere i norske kommuner som deltok i KS Effektiviseringsnettverkens kartlegginger i 2007 og 2008. Gjennom Effektiviseringsnettverkene samarbeider kommunene om kartlegging av brukererfaringer i utvalgte tjenester på frivillig basis. Formålet er å undersøke om det er systematiske variasjonsmønstre i disse kommunene med hensyn til hva brukerne er mest fornøyd med, og hva de opplever som mest problematisk.

Det siste delprosjektet er lagt opp som en statistikkbasert undersøkelse av situasjonen i norsk eldreomsorg, med utgangspunkt i viktige problemstillinger som fremkommer i delprosjektene 1 til 3. Som en del av dette prosjektet gjøres det en komparativ undersøkelse av situasjonen i Norge og andre nordiske land, og i tillegg enkelte andre utvalgte europeiske land der dette er forsvarlig og hensiktsmessig.

Noen sentrale konklusjoner:

- Nordmenn ser med mer bekymring på det å bli gammel enn befolkningen i land det er naturlig å sammenligne seg med.
- Nordmenn har et utpreget tvisyn på omsorgstjenesten: Stor tillit til de som jobber i tjenesten, men mindre tillit til systemet som legger premissene for arbeidet deres.
- Familieomsorgen står ikke sterkt i Norge. Nordmenn vil først og fremst ha hjelp fra det offentlige, fortrinnsvis i eget hjem eller i tilrettelagt bolig.
- Omsorgsbrukerne i kommunene som deltok i KS Effektiviseringsnettverk 2007 og 2008 har stor tillit til personalet som yter tjenestene, både i institusjon og når det gjelder hjemmebaserte tjenester.
- De fleste av omsorgstjenestens brukere i disse kommunene gir uttrykk for tilfredshet med ivaretagelsen av basale funksjoner i omsorgen.

¹ ISBN 978-82-14-04785-1

- Mange av brukerne i disse kommunene er mindre fornøyd med muligheten for medbestemmelse og innflytelse på omsorgstilbudet, og på måten tjenesten gis på.
- Mange av institusjonsbrukerne i disse kommunene er mindre tilfreds med den hjelp man får til å holde seg aktiv og mulighet til opplevelser utenfor institusjonen.
- Det ser ut til at den offentlige debatten om eldreomsorg, slik den fremstår i avisens nettutgaver i årene 2007 og 2008, er mer politisert i Norge enn i Sverige.
- Omsorgstrengende som ikke får det tilbudet de har behov for er hovedtema i mange av oppslagene i norske aviser.
- Norge bruker mer penger på eldreomsorg enn noen av de europeiske landene vi har sammenlignet med.
- Det er betydelige variasjoner mellom norske kommuner med hensyn til hvor mye ressurser som settes inn i eldreomsorgen.
- Tilgjengeligheten til omsorgstjenesten totalt sett varierer betydelig. Det er store forskjeller mellom kommunene i den totale dekningsgraden for omsorgstjenesten (definert som antall brukere som mottar slike tjenester blant alle 67 år eller eldre).
- Det er stor variasjon kommunene imellom når det gjelder tilgang til ulike tjenester. Kommunene har svært ulik profil når det gjelder satsing på henholdsvis institusjonsomsorg og hjemmebasert omsorg.
- Vi har identifisert sju ulike kommuneprofiler i eldreomsorgen. De ulike kommuneprofilene kan i stor grad knyttes til kommunenes ulike behovsstruktur, og deres økonomiske og geografiske forutsetninger.
- I høyinnsatskommunene er andelen over 90 år blant de eldre dobbelt så høy som i lavinnsatskommuner.
- Kommuner med høye frie disponible inntekter bruker mer ressurser på eldreomsorg enn kommuner uten slike økonomiske muligheter.
- Hjemmetjenesteorienterte kommuner har ofte større omsorgsbyrde for yngre brukere i pleie og omsorgstjenesten enn institusjonsorienterte kommuner.
- Forskning på kvalitet gir ulike svar avhengig av hvordan kvaliteten måles. Det er få eller ingen systematiske sammenhenger mellom kvalitetsindikatorene.
- Indikatorene for kvalitet samvarierer verken i særlig grad med hverandre eller med kommuneprofilene i eldreomsorgen.

2 Innledning

Situasjonen i eldreomsorgen er viktig for oss. De fleste har eldre familiemedlemmer som trenger omsorgstjenester for å klare hverdagslivets utfordringer. Mange av oss vil selv kunne få behov for hjelp når vi blir eldre og helsa skranter. Vi betrakter gode omsorgstjenester som er der når vi trenger dem som en viktig forutsetning for at den siste fasen i livet blir så god som mulig. Samtidig røper offentlig debatt et tvisyn i vår vurdering av tilbudet til eldre i landet vårt. På den ene side vil antakelig de fleste av oss ha en forestilling om at norsk eldreomsorg er blant de beste i verden. På den andre siden bringer nyhetene daglig historier om nød som ikke blir dekket, eller om syke gamle som må ta til takke med utilstrekkelige eller uverdige tilbud. For mange kan det resultere i en litt oppgitt "vet ikke riktig hva man skal tro" -holdning, og en viss utrygghet mht. om man får den hjelpen man trenger den dagen det er aktuelt.

Omsorg er et omfattende begrep. Å ta vare på mennesker i siste del av livet betyr å ta ansvar for mange forskjellige behov. Hva vi vektlegger vil variere. En NOU fra 1992 om framtidige omsorgsbehov valgte stikkordene "Trygghet – Verdighet – Omsorg" for å karakterisere de sentrale krav til omsorgstjenesten ⁽²⁾. Det peker mot en omsorgstjeneste som har som hovedformål å ivareta visse grunnleggende behov, og der brukeren først og fremst er mottaker av tjenester. "Omsorgsmeldingen", som ble presentert et godt tiår senere, vektlegger stikkordene "Mestring, muligheter og mening" ⁽³⁾. "Omsorgsmeldingens" eldre skal ha større valgfrihet, mer ansvar for sin egen situasjon, og større muligheter til å utnytte egne ressurser og ferdigheter til å leve et meningsfullt og aktivt liv. Omsorgstjenestens skal bidra til dette ved å bygge tilbudet på en dypere forståelse av den enkelte brukers individualitet.

Tanken om at vi skal og må bruke ressurser på omsorgstjenester har tradisjonelt stor oppslutning i befolkningen (Bay 1998⁴). Men statlige ambisjoner er ikke uten videre tilstrekkelig til å overbevise den enkelte om at vi får den hjelpen vi trenger når behovet oppstår. Dersom tillit til omsorgstjenestene svikter i befolkningen så er det et alvorlig velferdsstatlig problem. Spørsmålet kompliseres og utdypes når vi tar i betraktning den kommende vekst i antallet eldre i befolkningen. Vi blir flere som skal ha hjelp, og færre til å gi den. Det er imidlertid ikke sikkert at det bildet som tegnes av omsorgstjenestene i det offentlige rommet gir en dekkende beskrivelse av variasjonen og bredden i omsorgstjenestens arbeid. Sterke historier om enkeltmennesker som ikke får den hjelpen de trenger, eller som får en behandling vi oppfatte som uverdige, kan komme til å prege vårt generelle bilde av velferdsstatens tilbud til eldre. Det er ikke sikkert det gir et rettferdig bilde av det tilbudet omsorgstjenesten faktisk gir.

Eldreomsorgen skal ivareta mange ulike behov. Ikke alle ønsker seg den samme typen omsorg når vi blir gamle. Noen forbinder alderdom med det å kunne "slappe av og ha det godt", og ønsker mye hjelp. Andre ønsker å leve et så aktivt og selvstendig liv som mulig – og vil ha minst mulig hjelp og innblanding i eget liv. Samtidig har vi ulike forestillinger om

² NOU 1992:1: Trygghet – verdighet – omsorg

³ St. meld nr. 25 (2005–2006): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

⁴ Bay, AH (1998): Opinionen og eldreomsorgen. NOVA

hvor langt det offentlige ansvar strekker seg, og hva som må til for å kunne fastslå at vi dekker et behov på en god måte. I utgangspunktet har vi altså ingen gullstandard å måle omsorgstjenesten mot. Svarene på spørsmålene om hvor mye penger vi skal bruke på kommunale omsorgstjenester, hva slags tjenester vi skal tilby, og hva som må til for at vi skal si oss fornøyd med det tilbudet omsorgstjeneste gir befolkningen, er i stor grad knyttet opp mot politiske prosesser. Når vi skal vurdere den reelle situasjonen i eldreomsorgen må vi derfor knytte vurderingene til andre referansepunkter. Slike referansepunkter kan være sammenligninger med andre land.

Formålet med dette prosjektet er å undersøke nordmenns vurderinger av eldreomsorgen, og det bildet vi får på grunnlag av empiriske data. Diskusjonen bygger på fire delprosjekter.

Det første delprosjektet er en undersøkelse av avisomtaler av eldreomsorgen. Avisene – både riksaviser og lokalaviser – bringer mye stoff om omsorgstjenester. På nasjonalt nivå på finner vi gjerne de generelle politiske debatter, kommentarer og skandaler. I lokalavisene finner vi kanskje oftere historier om enkeltmenneskers opplevelser og debatter fokusert på den enkelte kommune. Begge nivåer gir viktige bidrag til det samlede bildet av omsorgstjenesten. Som et ledd i undersøkelsen er det gjort en enkel analyse av avisomtaler i et utvalg riks- og lokalaviser i løpet av ett år, der vi ser nærmere på spørsmål som hvem som er de mest aktive debattantene når det gjelder eldreomsorg, og hva slags tema som fokuseres. For sammenligningens skyld har vi inkludert et utvalg svenske aviser, for å kunne drøfte i hvilken grad intensitet, fokus og vinkling i debatten om omsorgstjenester er forskjellig i de to nært beslektede nordiske landene.

Delprosjekt 2 er en kartlegging av befolkningens holdninger til, og vurderinger av, eldreomsorgen i Norge. Undersøkelsen er lagt opp som en telefonbasert spørreundersøkelse i et representativt utvalg på 1000 nordmenn. I tillegg anvendes internasjonale surveydata ⁵⁾ for å få et bilde av i hvilke grad norske holdninger på viktige punkter faller sammen med eller avviker fra det vi finner i andre land.

Delprosjekt 3 er en drøfting av erfaringen til omsorgstjenestens brukere i et utvalg norske kommuner, basert på data fra "Effektiviseringsnettverkene", der kommunene samarbeider om kartlegging av brukererfaringer i utvalgte tjenester. Deltakelsen er frivillig fra kommunenes side, og det gjør at disse undersøkelsene ikke kan betraktes som representative på landsbasis. Vi har brukt det materialet for å finne ut om det er systematiske mønstre i disse kommunene med hensyn til hva brukerne er mest fornøyd med, og hva de opplever som mest problematisk.

Det siste delprosjektet, som også er det mest omfattende, er en undersøkelse av situasjonen i norsk eldreomsorg i et komparativt perspektiv, på grunnlag av tilgjengelig statistikk, og med utgangspunkt i de problemstillingene som fremkommer i delprosjektene en til tre. Det gir oss et tematisk utgangspunkt for en analyse av situasjonen i omsorgstjenesten, på basis av tilgjengelige data. Undersøkelsen er lagt opp i to ledd:

- En problembasert beskrivelse av omsorgstjenesten i Norge på grunnlag av tilgjengelig statistikk og forskningsmessige bidrag.
- En sammenligning av situasjonen i Norge med omsorgstjenesten i andre land.

Vår undersøkelse av eldreomsorgen i Norge gir et sammensatt resultat: På noen områder ligger viktige uløste problemer i mange av kommunene – mens vi på andre områder ser ut til å ha funnet fram til gode løsninger. En slik sammensatt beskrivelse utløser nye spørsmål: Er dette godt nok? I mangel av en gullstandard for omsorgstjenester er den nest beste strategien å sammenligne det tilbudet vi gir våre eldre med det som ytes i andre land. For at en slik sammenligning skal være meningsfull må de landene vi velger ha visse fundamentale forutsetninger felles med vårt eget. I et internasjonalt perspektiv er helsesystemene i de

⁵ Eurobarometer: Health and long-term care in the European Union. European Commission December 2007

skandinaviske landene nokså like. I både Danmark, Sverige og Norge er det politisk konsensus om det generelle helsepolitiske målet om god tilgang til helsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn eller bosted. I alle de skandinaviske landene er helsetjenestene i hovedsak finansiert gjennom offentlige skatter og avgifter. Helsetjenestesystemene i alle de tre landene har også, inntil 2002, vært kjennetegnet av stor grad av desentralisering, og en relativt tydelig oppgavefordeling mellom staten, fylkene og kommunene. I tillegg til de nordiske landene har vi trukket inn andre land i vår sammenlignende diskusjon der det er hensiktsmessig og forsvarlig, og der data finnes.

Den rapporten du nå sitter med i hånden er kortversjonen av hovedrapporten: "Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden". Der er det gitt en mer fullstendig gjennomgang av dokumentasjon, datagrunnlag, metoder, resultater og konklusjoner i de enkelte delprosjektene.

Formålet med kortversjonen er ikke å redegjøre for alle funn og konklusjoner i hovedrapporten, men å ta tak i noen særlig viktige konklusjoner og prøve å samle trådene fra de tre delprosjektene. Tematisk er to overordnede perspektiver viktige:

- Tilgjengelighet til omsorgstjenesten: kan vi stole på at vi får hjelp når vi trenger det?
- Kvalitet i omsorgstjenesten: har tjenestene den faglig og menneskelige kvaliteten som er nødvendig for å kunne gi oss en god hverdag også når vi blir gamle og helse skranter?

3 Tilgjengelighet: Får vi hjelp når vi trenger det?

Det ser ut til at mange nordmenn ser på det å bli gammel og avhengig av andre med bekymring. Kvinnene er mer bekymret med tanke på alderdommen, og har mindre tro på at de får den hjelpen de trenger, enn det menn gir uttrykk for. Selv om mange er bekymret antar de fleste – over 75 % – at de sannsynligvis vil få den hjelpen de trenger. Det kan tyde på at vår bekymring for det å bli gammel og avhengig ikke først og fremst er knyttet til antakelsen om at man ikke får nødvendig hjelp, men har et bredere grunnlag. Å bli gammel og avhengig kan samtidig bety og bli mindre selvstendig, og måtte si farvel til former for utfoldelse som er viktige for oss osv. De yngre er mindre bekymret enn de eldre.

Blant de ni nasjonene vi har sammenlignet: Sverige, Danmark, Finland, Storbritannia, Nederland, Belgia, Tyskland og Frankrike i tillegg til Norge, er nordmenn de absolutt mest bekymrede når det gjelder det å bli gammel. Mens 65 prosent av de som besvarte undersøkelsen i Norge uttrykker bekymring, er det 44 prosent av nederlenderne som gjør det. Også svenskene er relativt bekymret – 59 prosent i denne undersøkelsen.

Bekymringen lar seg, som nevnt, ikke uten videre bare forklare med at man frykter at omsorgstjenesten ikke stiller opp: De fleste nordmenn tror de får nødvendig hjelp og pleie. Men det ser allikevel ut til at nordmenn oftere enn de både belgiere, svensker, finner og franskmenn frykter at tjenesten skal svikte på det rent pleiemessige: At man skal få mindre hjelp enn det som trengs for å ivareta fysiske behov som ernæring, hygiene osv. Blant de åtte nasjonene har nordmenn heller ikke mer en middels tiltro til at man skal få den medisinske oppfølgingen man trenger for å bevare helsa så lenge som mulig.

Også i norske aviser er spørsmålet om man får den hjelpen man trenger tematisert i mange oppslag. Historier om eldre som ikke får det tilbudet de trenger forekommer ofte, både i det rene nyhetsstoffet, og i ytringer fra pårørende og andre privatpersoner. Særlig gjelder dette pasienter som søker plass i sykehjem. Noen eksempler på avisoppslag kan illustrere dette:

Pga plassmangel må syk mann pleie sin demente kone. Bor i bydel med dårlig sykehjemsdekning.

Kommunen mener NN er frisk nok til å bo hjemme, pårørende uenig.

Etter fire avslag og en ulykke får dement mann endelig plass, men er ødelagt for resten av livet.

Vil ikke ta imot sin pleietrengende ektefelle som blir sendt hjem.

Slike oppslag stiller spørsmålstegn ved en forestilling om at omsorgstjenesten er der når du trenger den, slik loven om kommunehelsetjenesten forutsetter at vi har rett til. Med utgangspunkt i avisoppslagene ser det ut til at spørsmålet om det er tilstrekkelig kapasitet i

den institusjonsbaserte omsorgen er blant de mest sentrale i folks opplevelser av situasjonen på sektoren.

Dersom vi imidlertid tar utgangspunkt i statistikken for eldreomsorgen finner vi at rundt 35 prosent av eldre over 80 år var mottakere av en eller flere former for hjemmetjenester i 2007, og 14 prosent var beboere på en institusjon, enten i form av et tidsbegrenset opphold eller et langtidsopphold⁶. Totalt sett mottok dermed rundt 48 prosent av de eldre over 80 år et offentlig omsorgstilbud. I tillegg kommer antallet beboere i omsorgsboliger. Dette gjaldt rundt 11 prosent av alle eldre over 80 år i 2007, men antallet mottakere av hjemmetjenester og beboere i omsorgsboliger er sterkt overlappende slik at den totale dekningsgraden ikke øker tilsvarende.

Om vi tar utgangspunkt i tilbudet til eldre over 67 år, mottok 23,6 prosent et offentlig tilbud som enten bestod av en institusjonsplass eller av hjemmetjenester. 17,4 prosent var mottakere av hjemmetjenester, mens vel 6 prosent var beboere på en institusjon. I tillegg bodde 5,2 prosent i en omsorgsbolig.

I gjennomsnitt fikk mottakerne av hjemmetjenester 4 timer per mottaker per uke, men halvparten av kommunene har mindre enn 3,5 timer hjemmetjenester per uke til eldre (medianverdien).

Tabell 3.1 Nøkkeltall for eldreomsorgen 2007. Dekningsgrad. Landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og forskjeller mellom kommunene.

Nøkkeltall for dekningsgrad:	Lands- gjennom- snitt	Kommune- gjennom- snitt	Relativt standard- avvik	Min.	Max.
Prosent mottakere av hjemmetjenester 67 år+	17,4	19,0	21,0	4	41
Prosent mottakere av hjemmetjenester 80 år+	34,3	36,0	19,2	8	64
Prosent beboere på institusjon 67 år+	6,2	7,0	39,3	0	26
Dekningsgrad totalt (sum hjemmetjenester og institusjonsplasser) 67 år+	23,6	25,9	19,4	7	47

De tallene vi har referert her, er landsgjennomsnittet. Nøkkeltallene (se tabell 3.1) viser at kommunegjennomsnittet er høyere. Det betyr at tilgjengeligheten til omsorgstjenester ofte er høyere i små kommuner enn i store kommuner, og at flertallet av kommunene har noe bedre tilgjengelighet enn det som landsgjennomsnittet viser.

Nøkkeltallene viser også at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder tilgjengelighet til omsorgstjenester for eldre. I én kommune mottar hele 64 prosent av alle eldre over 80 år hjemmetjenester, mens i en annen kommune mottar bare 8 prosent av de eldre i samme aldersgruppe slike tjenester. I to kommuner er det ingen eldre beboere på institusjon, men en annen kommune tilbyr ¼ av alle eldre over 67 år en midlertidig eller permanent institusjonsplass. Størrelsen på det relative standardavviket⁷ forteller oss hvor stor de generelle forskjellene mellom kommunene er. Jo større det relative standardavviket er, jo større er forskjellene mellom kommunene.

Spørsmålet om hvor god tilgjengeligheten til omsorgstjenester for eldre egentlig er i Norge, er først og fremst et spørsmål om hvor store forskjellene er mellom kommunene.

⁶ 1,2 av de 14 prosentene hadde langtidsopphold på institusjon.

⁷ Relativt standardavvik uttrykker forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet (standardavvik dividert på gjennomsnitt multiplisert med 100). Relativt standardavvik varierer mellom 0 og 100 og viser til forskjellene mellom kommunene.

3.1 Om forskjeller mellom kommunene

At pleie- og omsorgstjenestene er kommunale, betyr at det er geografiske variasjoner i tilbud og tilgjengelighet i eldreomsorgen. Etter 1988, da ansvaret for 30 000 sykehjemsplasser ble overført fra fylkene til kommunene, har eldreomsorgen i Norge vært kommunenes ansvar. Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose, mens staten har ansvar for å sikre like rammevilkår og føre tilsyn og kontroll. Desentraliseringen av eldreomsorgen medfører på den ene siden lokalpolitisk kontroll, kommunal selvbestemmelse og effektivitet gjennom kostnadskontroll og muligheter for lokale tilpasninger (Hagen og Sørensen 2001⁸), men kan også resultere i uønskede variasjoner og standarder som kan oppfattes som politisk uakseptable på nasjonalt nivå. Motsetningen mellom kravet om geografisk likhet i tjenestetilbud og rom for lokale tilpasninger ble diskutert i den offentlige utredningen om staten og lokaldemokratiet (NOU 2005:6), hvor det påpekes at spenningsforholdet mellom stat og kommune alltid vil være til stede. Det vises til idealet om en integrert modell for forholdet mellom stat og kommune som er mer preget av samspill mellom likeverdige parter enn to motsatte poler som sloss om handlingsrom.

Spørsmålet om geografisk likhet i tilgjengeligheten til omsorgstjenester var sentralt i Handlingsplanen for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50 (1996-97)). Store variasjoner mellom kommunene gav grunnlag for bekymring for om alle kommuner tok godt nok vare på sine eldste innbyggere. Ett av de eksplisitte målene i planen var derfor å bidra til mer likeverdige tilbud, uavhengig av den enkeltes bosted, inntekt og ressurser. Ved avslutningen av handlingsplanen påpekes det at det fremdeles er store forskjeller mellom kommunene, men at handlingsplanen bidro til å heve de kommunene som hadde lavest dekningsgrad og skapte dermed større likhet mellom kommunene (Stortingsmelding nr. 31 (2001-2002)).

I Omsorgsmeldinga om de langsiktige utfordringene for framtidens omsorgstjeneste (Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006)) påpekes det også at det er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder innbyggernes *behov* for kommunale omsorgstjenester, *kostnader* ved å produsere dem og forskjeller i hvordan kommunene *organiserer* tilbudet av tjenester. Noen kommuner har et godt tilbud av hjemmetjenester og et dårligere tilbud av institusjonsplasser og vice versa. Spørsmålet om kommunale forskjeller i tilbud og tilgjengelighet aktualiseres trolig også i forbindelse med Samhandlingsreformen og den forventede Stortingsmeldingen om dette i juni 2009.

Det beste bildet av variasjoner i tilgjengelighet ville vi kunne få dersom vi klarte å frembringe data på hvor mange som *ikke* får det tilbudet de trenger og variasjoner mellom kommunene i dette. Vi har imidlertid ingen systematiserte data om f. eks avslåtte søknader eller udekkede behov. Det er samtidig viktig å ha i mente at behov ikke er en objektiv størrelse, og ikke er det samme som etterspørsel. Alternativ måte å drøfte variasjoner i tilgjengelighet på er å undersøke hvordan tilbudskapiteten varierer mellom ulike deler av landet, og drøfte årsakene til slik variasjon. I dette forskningsprosjektet har vi derfor satt fokus på disse forskjellene i eldreomsorg og analysert forskjellene i kommunenes ressursinnsats (penger og personell), tilbud av omsorgstjenester og systemer for kvalitetssikring i eldreomsorgen.

I det følgende gir vi en nærmere beskrivelse av forskjellene mellom kommunene når det gjelder ressursinnsats og dekningsgrad, og viser hvordan disse forskjellene danner systematiske mønstre og 7 ulike kommuneprofiler i eldreomsorgen.

⁸ Hagen, Terje P. og Rune J. Sørensen (2001): Kommunal organisering. Effektivitet, styring og demokrati. Oslo: Tano Aschehoug..

3.2 Hvor stor del av ressursene i pleie og omsorgssektoren går til eldreomsorg?

Når vi skal beskrive forskjeller mellom kommunene i ressursinnsats i eldreomsorgen, er det viktig å skille mellom ressurser til yngre og eldre brukere av pleie- og omsorgstjenester. Flere reformer innen pleie og omsorgssektoren de siste tiår har bidratt til at andelen yngre mottakere av pleie og omsorgstjenester har økt betydelig (HVPU-reformen i 1991, Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008, samt reformer på rusfeltet). Økningen av yngre brukere av pleie og omsorgstjenestene er et sentralt trekk ved utviklingen av pleie og omsorgstjenestene i denne perioden og er godt beskrevet av Romøren (2007⁹). Han viser til at de yngre brukerne har mer omfattende behov og legger beslag på nesten dobbelt så store ressurser i hjemmetjenesten som eldre. Også i Omsorgsmeldinga innrømmes det at det meste av veksten i årsverk fra Handlingsplanen for eldreomsorg tilfalt nye unge brukere og at hjemmetjenestene har endret karakter. Innsatsen konsentreres i stadig større grad mot de mest ressurskrevende brukerne som ofte er under pensjonsalder. Tidligere analyser (KS 2007¹⁰) viser imidlertid at det er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder kommunenes omsorgsbyrde for yngre brukere.

Våre analyser av ressursinnsatsen i eldreomsorgen skiller seg fra tidligere beskrivelser av status i eldreomsorgen ved at tallene for ressursinnsats er korrigert for hvor stor del av ressursene som går til yngre brukere. Dette er tidligere gjort på nasjonalt nivå og for et utvalg av store kommuner (Romøren 2007¹¹, KS 2007¹²), men ble for første gang mulig å gjennomføre for et stort flertall av kommunene (98 prosent) med hjelp av data fra IPLOS (Individbasert pleie og omsorg) i 2007. Dette gir grunnlag for å stille spørsmål om forskjellene mellom kommunenes ressursinnsats i eldreomsorgen reduseres når sammenligningsgrunnlaget mellom kommunene blir bedre?

Beregningene av ressursinnsatsen i eldreomsorgen tar utgangspunkt i brutto driftsutgifter til pleie- og omsorg og representerer summen av brutto driftsutgifter til hjemmeboende og utgifter til institusjoner. Utgiftene til hjemmeboende er korrigert ved at gjennomsnittlig antall timer til brukere over og under 67 år er multiplisert med antall brukere over og under 67 år i hver kommune og eldres andel av timene er beregnet. Eldres andel av timene fastsetter eldres andel av ressursene. For utgifter til institusjoner, er det tatt utgangspunkt i andel beboere over 67 år.

Analysene viser at eldre over 67 år utgjør 66 prosent av brukerne i hjemmetjenesten (inklusive tjenester til beboere i omsorgsboliger) og mottar 41 prosent av ressursene. Når det gjelder institusjonsplasser er 90 prosent av beboerne over pensjonsalder. Totalt sett utgjør de eldre over 66 år 71 prosent av brukerne i pleie og omsorgssektoren og står for 63 prosent av ressursene (sum mottakere av hjemmetjenester og beboere på institusjon).

⁹ Tor Inge Romøren: Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg?. Aldring og livsløp 1/2007.

¹⁰ Kostnadsbilder i pleie og omsorg. KS-FoU. RO April 2007.

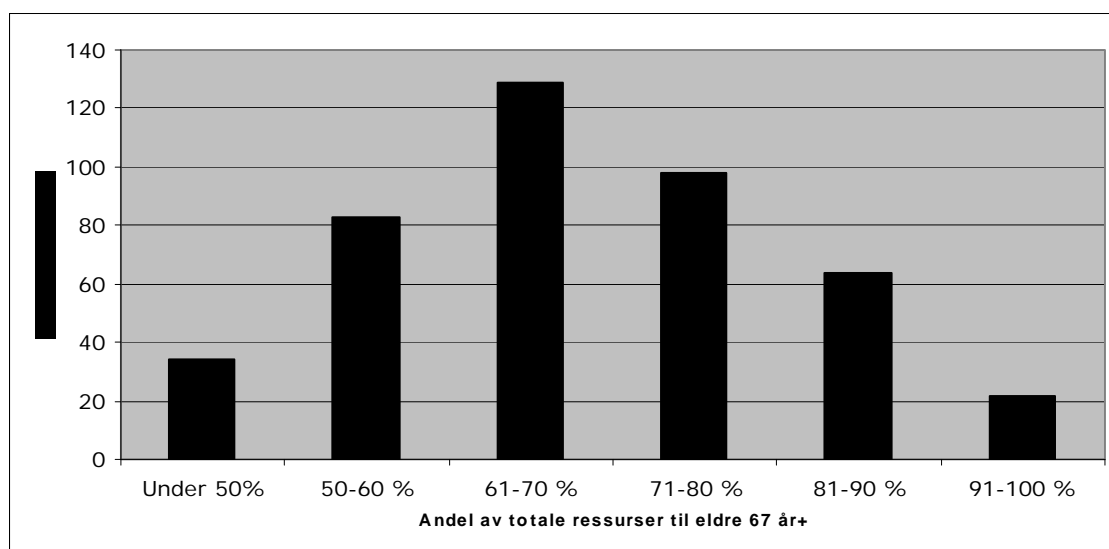
¹¹ Tor Inge Romøren: Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg?. Aldring og livsløp 1/2007.

¹² Kostnadsbilder i pleie og omsorg. KS-FoU. RO April 2007.

Tabell 3.2 Nøkkeltall for eldreomsorgen 2007. Andel ressurser til eldreomsorg. Landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og forskjeller mellom kommunene.

Nøkkeltall for andel ressurser til eldre:	Lands- gjennom- snitt	Kommune- gjennom- snitt	Relativt standard- avvik	Min.	Max.
Prosent av mottakere av hjemmetjenester som er 67 år+	66,0	67,7	18,3	0	95,7
Prosent timer i hjemmetjenesten til mottakere 67 år+	40,8	45,3	42,6	0	96,6
Prosent beboere på institusjon som er 67 år+	90,2	92,7	8,2	56	100
Prosent ressurser totalt i pleie og omsorg til eldre 67 år+	62,9	68,1	18,7	32,7	97,3

Nøkkeltallstabellen viser at det imidlertid er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder hvor stor andel av de totale ressursene i pleie og omsorg som går til eldreomsorg. I 50 kommuner går mindre enn 50 prosent av ressursene til eldreomsorg, mens for 22 kommunene går mer enn 90 prosent av de totale utgiftene til pleie og omsorg til eldre. I figuren under har vi illustrert variasjonen mellom kommunene i hvor stor del av brutto driftsutgifter i pleie- og omsorgssektoren som går til eldreomsorg (figur 3.1).



Figur 3.1 Andel av totale brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester som går til tjenester for eldre 67 år og eldre. Data fra KOSTRA og IPLOS 1997.

Det er også verdt å merke seg at når vi korrigerer ressursinnsatsen i eldreomsorgen for ressurser til mottakere under pensjonsalder, finner vi at forskjellene mellom kommunene blir enda større enn når vi ikke korrigerer for yngre brukere.

3.3 Forskjeller mellom kommunene i ressursinnsats¹³

I 2007 representerte brutto driftsutgifter til eldreomsorg¹⁴ 65 000 kr per innbygger over 66 år. Av dette gikk omtrent 19 000 kr per eldre innbygger til tjenester for hjemmeboende eldre (inklusive tjenester til eldre i omsorgsboliger), mens knapt 46 000 kroner per eldre innbygger ble brukt på institusjonsplasser for eldre. Gjennomsnittet for kommunene var noe høyere, og indikerer at små kommuner brukte mer enn store kommuner.

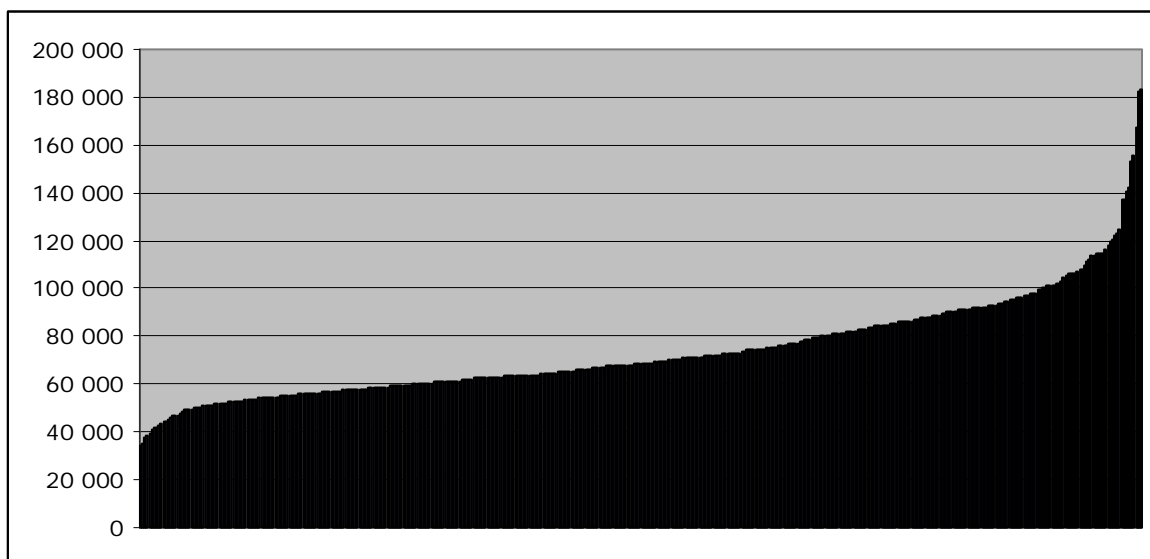
Forskjellene mellom kommunene i ressursinnsats var betydelig. Brutto driftsutgifter til eldreomsorg varierer fra ca 34 000 kr til ca 183 000 kr per innbygger over 67 år. Noen kommuner bruker dermed mer enn 5 ganger mere per eldre innbygger enn andre. Forskjellene mellom kommunene i ressursinnsats var generelt større når det gjaldt hjemmetjenester enn institusjonsplasser, men for begge deler fant vi vesentlige variasjoner.

Tabell 3.3 Nøkkeltall for eldreomsorgen 2007. Ressursinnsats. Landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og forskjeller mellom kommunene.

Nøkkeltall for ressursinnsats	Lands- gjennom- snitt	Kommune- gjennom- snitt	Relativt standard- avvik	Min.	Max.
<i>Brutto driftsutgifter:</i>					
Brutto driftsutgifter per innb. 67 år+	64 945 kr	73 675 kr	28,9	34 624	182 927
Brutto driftsutg. til hjemmetjenester per innb. 67 år+	19 085 kr	20 838 kr	54,5	0	80 521
Brutto driftsutg. til institusjoner per innb. 67 år+	45 860 kr	52 837 kr	39,4	9 822	173 437
<i>Årsverk:</i>					
Årsverk i alt per 1000 innb. 67 år+	122	144	31,8	58	355
Årsverk i brukerrettet tjeneste per 1000 innb. 67 år+	115	134	30,4	51	316
Årsverk med relevant fagutd. per 1000 innb. 67 år+	82	96	29,2	31	235

¹³ Både brutto driftsutgifter og årsverk er korrigert i forhold til hvor stor andel av ressursene som går til yngre brukere i pleie- og omsorgstjenesten.

¹⁴ Sum utgifter til tjenester for hjemmeboende og institusjoner.



Figur 3.2 Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre korrigert for ressurser til yngre brukere av pleie og omsorgstjenester. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.

Forskjellene mellom kommunene i antall årsverk per eldre innbygger var generelt noe mindre enn forskjellene i brutto driftsutgifter. Relativt standardavvik for brutto driftsutgifter per innbygger til hjemmetjenester var over 50 prosent mens tilsvarende for årsverkene var rundt 30 prosent. Totalt sett var det 122 årsverk i pleie og omsorg totalt per 1000 innbygger over 66 år, og 115 årsverk i brukerrettet tjeneste. For årsverk i brukerrettet tjeneste med fagutdanning var landsgjennomsnittet 82 årsverk per 1000 innbygger over 66 år¹⁵.

Totalt antall årsverk i pleie og omsorgssektoren per 1000 eldre innbygger over 66 år varierte mellom 58 og 355 i 2007. Det var 55 kommuner med mindre enn 100 årsverk i pleie og omsorg totalt per 1000 innbygger over 66 år, og 45 kommuner med mer enn 200 årsverk per 1000 innbyggere i denne aldersgruppen. I likhet med variasjonen i utgifter, kan en stor del av variasjonen mellom kommunene knyttes til de kommunene som har et særlig høyt nivå av årsverk i pleie og omsorgstjenesten.

I Omsorgsmeldinga (Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006)) skriver regjeringen Stoltenberg II at de vil utvide personellkapasiteten i den kommunale omsorgstjenesten med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Kommunene skal benytte denne veksten til å utvide tjenestetilbudet i sykehjem og hjemmetjenester. I nylig publiserte tall fra KOSTRA (16. mars 2009) vises det til en økning på 12 500 årsverk fra 2005 til 2008. Dette er registrerte årsverk i alt innen pleie og omsorg. Antallet kommunale årsverk hadde økt nesten tilsvarende (12 200), mens antallet årsverk med relevant fagutdanning hadde økt med omtrent 8 400 årsverk. Dersom vi tar utgangspunkt i årsverk i brukerrettet tjeneste viser tallene fra SSB en økning på 11 500 årsverk totalt, og 9 993 årsverk av fagutdannet personell. Korrigert for antall eldre over 67 år som også har økt med 10 000 personer i denne perioden, og ressurser til brukere under pensjonsalder¹⁶, finner vi at økningen i registrerte årsverk fra 2005 til 2008 representerte en økning fra 111 til 122 årsverk i pleie og omsorg totalt per 1000 innbygger over 66 år. Årsverk i brukerrettet tjeneste økte fra 106 til 116, mens årsverk i brukerrettet tjeneste med relevant fagutdanning økte fra 74 til 83 årsverk per 1000 innbyggere i pensjonsalder.

¹⁵ Tallene for årsverk er korrigert for ressurser til brukere under 67 år.

¹⁶Korrigeringen tar utgangspunkt i beregningene av hvor stor andel av bruttoutgiftene som gikk til yngre brukere (37,1 prosent). Det er antatt at denne andelen er uendret fra 2005 til 2008.

3.4 Forskjeller innen tjenestetilbud og dekningsgrad

Den første nøkkeltallstabellen indikerte at forskjellene mellom kommunene når det gjelder dekningsgrad av institusjonsplasser var større enn forskjellene mellom kommunene når det gjelder dekningsgrad av hjemmetjenester. Relativt standardavvik for andelen mottakere av hjemmetjenester var rundt 20 prosent, mens tilsvarende for andel beboere på institusjon var omtrent 40 prosent.

Andelen *mottakere* av hjemmetjenester over 67 år i kommunene varierer mellom 4 og 40 prosent. For eldre over 80 år varierer andelen mottakere enda sterkere og går fra 8 til 63 prosent.

Når det gjelder antallet beboere på institusjon varierer raten mellom 11 og 261 beboere per 1000 eldre over 67 år. Gjennomsnittet for kommunene er 70 (7 prosent), men halvparten av alle kommuner har mindre enn 68 beboere på institusjon per 1000 eldre over 67 år.

Summen av hjemmetjenester og institusjonsplasser dekker mellom 7 og 47 prosent av de eldre over 67 år i de ulike kommunene. Bare 34 av kommunene (8 prosent) har imidlertid et samlet tilbud til mindre enn 20 prosent av den eldre befolkningen. 90 prosent av kommunene tilbyr hjemmetjenester eller institusjonsplass til mellom 20 og 36 prosent av den eldre befolkningen.

Tidligere forskning har påpekt at kommunenes organisering av tjenestetilbudet varierer betydelig og skiller mellom hjemmetjenesteorienterte kommuner og institusjonsorienterte kommuner (Borge og Haraldsvik 2005¹⁷). Forskerne påpeker at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt uten at tjenestetilbudet blir dårligere. Spørsmålet om hva som gir den kvalitative beste omsorgen kan vi ikke vurdere ved hjelp av de data vi har tilgjengelig, men data fra KOSTRA viser tydelig at en sykehjemsplass koster mer enn noen timer med hjemmetjeneste per uke. I 2007 gikk 70-80 prosent av bruttoutgiftene i eldreomsorgen til drift, pleie og omsorg på institusjoner. I gjennomsnitt brukte kommunene knappe 53 000 kroner per eldre innbygger over 67 år til drift av institusjoner og 21 000 kroner til tjenester for hjemmeboende eldre. Det var imidlertid en betydelig variasjon mellom kommunene i andelen utgifter til institusjoner. I noen kommuner ble mindre enn 50 prosent av utgiftene brukt til institusjoner mens andre kommuner brukte opp til 100 prosent av utgiftene til dette.

Disse forskjellene henger sammen med hvilken type *omsorgsfokus* kommunene har. Mens noen kommuner har et bedre tilbud av institusjonsplasser enn andre, har andre kommuner et mer utbygd tilbud av hjemmetjenester. Noen kommuner har også et godt tilbud av begge deler, relativt til andre kommuner. Vi har sett nærmere på denne variasjonen gjennom å analysere tilbudet av hjemmetjenester og institusjonsplasser.

For å analysere sammenhengene mellom kommunenes nivå av institusjonsplasser og tilbud av hjemmetjenester har vi først delt kommunene i tertialer som beskriver kommunenes relative nivå av tjenestene. Vi har skilt mellom kommuner med lavt, middels og høyt nivå av hjemmetjenester og kommuner med lavt, middels og høyt nivå av institusjonsplasser. Definisjonen av hva som er høyt og lavt ble gjort i forhold til kommunenes variasjon og gir ingen objektiv standard på hva som er et høyt og lavt nivå av omsorgstjenester.

Våre analyser viser at 14 prosent av kommunene har et lavt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser, og ytterligere 14 prosent av kommunene har et høyt nivå av begge deler. 82 kommuner (19 prosent) har et høyt nivå av hjemmetjenester og et lavt eller middels nivå av institusjonsplasser, mens 79 kommuner (ytterligere 19 prosent) har et høyt nivå av institusjonsplasser og et lavt eller middels nivå av hjemmetjenester. De resterende 34 prosentene har et middels nivå av begge deler, eller et lavt nivå av den ene typen tjenester og et middels nivå av den andre.

¹⁷ Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Lars-Erik Borge og Marianne Haraldsvik. Senter for økonomisk forskning AS.

Tabell 3.4 En klassifisering av kommunenes omsorgsfokus. Antall kommuner med lavt, middels og høyt nivå av hjemmetjenester og institusjonsplasser.

Nivå av hjemmetjenester:	Nivå av institusjonsplasser:	(N=)	Prosent
Lavt	Lavt	61	14
Høyt	Lavt eller middels	82	19
Lavt eller middels	Lavt eller middels	142	34
Lavt eller middels	Høyt	79	19
Høyt	Høyt	59	14
Totalt		423	100,0

3.5 Kommuneprofiler i eldreomsorgen

Forskjellene i utgifter, årsverk og dekningsgrad er systematisk knyttet til hverandre, og innebærer at noen kommuner har et betydelig bedre tjenestetilbud av eldreomsorg enn andre kommuner. Variasjonene i omsorgsfokus viser også at kommunene varierer med hensyn til hvilken type tjeneste som tilbys. Noen har bedre utbygde hjemmetjenester, mens andre kommuner har høyere tilgjengelighet til institusjonsplasser. Dersom vi knytter forskjellene i kommunenes *omsorgsfokus* til forskjeller i kommunenes *ressursinnsats*, finner vi at forskjellene mellom kommunene danner systematisk mønstre hvor vi kan skille mellom 7 ulike kommuneprofiler:

- Lavinnsats-kommuner
- Middelnivå-kommuner
- Hjemmetjenesteorienterte kommuner
- Hjemmetjenesteorienterte kommuner med høy ressursinnsats
- Høykostnads-kommuner
- Institusjons-orienterte kommuner
- Høyinnsats-kommuner

Lavinnsatskommuner: Lavinnsats-kommunene har et lavt nivå av ressursinnsats og lav dekningsgrad av tjenester. Det er 55 kommuner som klassifiseres som lav-innsats-kommuner i eldreomsorgen. De kjennetegnes av at de har store omsorgsoppgaver når det gjelder yngre brukere av pleie- og omsorgstjenestene og eldres andel av ressursene i relasjon til andel mottakere er lavere enn i andre kommuner. Lavinnsats-kommunene kjennetegnes også av en særlig ung befolkning med lav dødelighet og en lav andel eldre som bor alene. Kommunene har også høy befolkningstetthet og korte geografiske avstander. Lavinnsats-kommunene har gjerne et høyt utdanningsnivå i befolkningen, og høy husholdningsinntekt, men ingen av lav-innsats-kommunene har høye frie disponible inntekter. Når det gjelder kommunestørrelse har de i hovedsak mer enn 5 000 innbyggere og 7 av 8 store kommuner med mer enn 50 000 innbyggere klassifiseres som lavinnsats-kommuner. Mange av lavinnsatskommunene har mellom 10 000 og 50 000 innbyggere, men noen har mellom 5 000 og 10 000 innbyggere. Det bør også nevnes at selv om disse kommunene kjennetegnes av et lavt til middels nivå av ressursinnsats og dekningsgrad, er antallet timer med hjemmetjeneste per mottaker per uke høyere enn i høyinnsats-kommunene.

Tabell 3.5 Kommuneprofiler i eldreomsorgen og gjennomsnittlig nivå av brutto driftsutgifter, årsverk og dekningsgrad. Data fra KOSTRA 2007.

	Antall komm. (N=)	Brutto driftsutg. kr /innb. 67 år+ ¹⁾	Årsverk per 1000 eldre 67 år+ ¹⁾	Mottakere av hjemme-tjenester 67 år + ¹⁾	Inst.-plasser til eldre 67 år+ ¹⁾	Deknings-grad totalt 67 år+ ¹⁾	Timer per uke per mottaker hjemmetj. 67 år+ ¹⁾
Lavinnsats-kommuner	55	54 920	97,5	14,7	4,67	19,4	4,6
Middelnivå-kommuner	122	61 134	111,6	17,7	5,92	23,6	3,9
Hjemmetjeneste-orienterte kommuner	50	63 403	117,4	23,0	5,22	28,2	4,3
Hjemmetjeneste-orienterte kommuner med høy ress.innsats	32	90 857	170,1	23,8	5,89	29,7	6,7
Høykostnads-kommuner	25	84 889	163,5	16,7	6,06	22,7	4,2
Institusjons-orienterte kommuner	75	89 379	158,7	16,9	9,93	26,8	3,2
Høyinnsats-kommuner	59	89 433	164,6	23,4	9,63	33,0	3,4
Totalt (N=418)	418	73 346	134,0	19,0	6,92	25,9	4,1

¹⁾ Gjennomsnitt

Middelnivå-kommuner: Middelnivå-kommunene er den største kommunegruppen, og 122 kommuner inngår her. De kjennetegnes av at ikke bare nivået av ressursinnsats og tjenestetilbud ligger på gjennomsnittsnivå, men også mange andre forhold. Andelen ressurser til eldre ligger på gjennomsnittet, og andelen eldre i befolkningen er også gjennomsnittlig høy. Dødelighetsratene i disse kommunene er høyere enn i lavinnsats-kommunene, men lavere enn i kommuner med høyere ressursinnsats. Befolkningstettheten er i gjennomsnitt lavere enn i lavinnsats-kommuner, men høyere enn i andre typer kommuner. Utdanningsnivået og gjennomsnittlig husholdningsinntekt er også lavere enn i lavinnsats-kommunene, men høyere enn i de andre kommuneprofilene. Middelnivå-kommuner finnes i alle størrelser, men det er verdt å merke seg at fire av de fem storbykommunene i Norge klassifiseres i denne gruppen. Det er også få små kommuner (under 2 000 innbyggere) i denne kategorien. Nesten ingen av middelnivå-kommunene har et høyt nivå av frie disponible inntekter i henhold til klassifiseringen av kommuner i KOSTRA.

Hjemmetjeneste-orienterte kommuner: Hjemmetjenestekommunene har et høyt nivå av hjemmetjenester og et lavt eller middels nivå av institusjonsplasser. De kjennetegnes av en ganske høy andel eldre i befolkningen, og gjerne en relativt høy andel aleneboende eldre. De har ofte også en del yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester, og forholdet mellom eldres andel av mottakerne og eldres andel av ressursene er like skjævt som i lavinnsats-kommunene. Hjemmetjenestekommunene har betydelig høyere befolkningstetthet enn institusjonskommunene, men varierer ikke særlig fra institusjonskommunene når det gjelder utdanningsnivå og inntektsnivå i befolkningen. Halvparten av hjemmetjenestekommunene har mellom 2 000 og 5 000 innbyggere, men vi finner også mange slike kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere. Bare 7 av de 50 kommunene som ble klassifisert som hjemmetjeneste-kommuner hadde et høyt nivå av frie disponible inntekter.

Hjemmetjeneste-kommuner med høy ressursinnsats: Noen av kommunene med et høyt nivå av hjemmetjenester og et lavt eller middels nivå av institusjonsplasser, hadde også et høyt nivå av brutto driftsutgifter og årsverk. 2/3 av disse kommunene hadde høye frie disponible inntekter i henhold til KOSTRA-klassifiseringen av kommuner. Disse kommunene kjennetegnes i særlig grad av de tilbyr et høyt antall timer med hjemmetjeneste per bruker per

uke. De er også kjennetegnet av at forholdet mellom eldres andel av ressursene og eldres andel av mottakerne er rundt 100, og betyr at de eldre mottar en like stor del av ressursene som de utgjør som brukere. I likhet med andre hjemmetjenesteorienterte kommuner har de en høy andel eldre som bor alene. De skiller seg fra de andre hjemmetjeneste-kommunene med at dødeligheten ofte er høyere, og befolkningstettheten er mye lavere, men her er det store forskjeller mellom kommunene i denne kategorien. Det var ingen av hjemmetjeneste-kommunene med høy ressursinnsats som hadde mer enn 10 000 innbyggere.

Høykostnadskommuner: Høykostnadskommunene har en høy ressursinnsats av utgifter og årsverk, men hadde ikke en høy dekningsgrad av verken hjemmetjenester eller institusjonsplasser. Disse kommunene har ofte et middels nivå av institusjonsplasser som kan medfører høye kostnader, men kom ikke inn under gruppen med høy institusjonsdekning. De har god dekning av årsverk i pleie- og omsorgssektoren og har også like mange timer med hjemmetjeneste per bruker som de hjemmetjeneste-orienterte kommunene. Kommunene har imidlertid ikke en spesielt høy andel eldre i befolkningen og de har også samme befolkningstetthet og geografiske avstander som hjemmetjenestekommunene. De lar imidlertid en høy andel av ressursene i pleie- og omsorgstjenestene gå til eldre og forholdet mellom andel ressurser til eldre og andel eldre brukere er 98.

Institusjons-orienterte kommuner: Dette er den nest største kommunegruppen med 75 kommuner. Disse kommunene har et høyt nivå av institusjonsplasser og lav eller middels dekningsgrad av hjemmetjenester. Gjennomsnittlig antall timer per uke til eldre i hjemmetjenesten er også lavt. Det er ingen av kommunene med et høyt nivå av institusjonsplasser som har et lavt nivå av utgifter og 4 av 10 institusjonskommuner har høye frie disponible inntekter. Når det gjelder kommunestørrelse har 8 av 10 institusjonskommuner mindre enn 5 000 innbyggere. Institusjonskommunene og hjemmetjeneste-kommunene har begge en relativt høy andel eldre, men har fokusert på ulike løsninger i tilbudet av omsorgstjenester. Institusjonskommunene har imidlertid en høyere gjennomsnittlig dødelighet enn hjemmetjenestekommunene og lavere befolkningstetthet og større geografiske avstander. Når det gjelder gjennomsnittlig husholdningsinntekt og utdanningsnivå, finner vi ingen store forskjeller mellom disse to typene kommuner. Vi finner imidlertid en tendens til at liggedagsraten på sykehus ved ikke-kirurgisk behandling for personer over 80 år er lavere i institusjonskommuner enn i hjemmetjenestekommuner.

Høyinnsatskommuner: 59 kommuner ble klassifisert som høy-innsats-kommuner. I disse kommunene er nivået av både institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester klassifisert som høy, men gjennomsnittlig antall timer i hjemmetjeneste per eldre bruker er lavere enn i lavinnsats-kommunene. 9 av 10 høyinnsats-kommuner hadde mindre enn 5 000 innbyggere og halvparten av kommunene er klassifisert som kommuner med høye frie disponible inntekter. Høyinnsats-kommunene har også lav befolkningstetthet og store geografiske avstander. I disse kommunene går en relativt høy andel av ressursene i pleie- og omsorgstjenesten til eldreomsorg og forholdet mellom andel ressurser til eldre og andel eldre mottakere er høyere enn for gjennomsnittet av kommunene. Disse kommunene kjennetegnes imidlertid først og fremst av at andelen eldre over både 80 og 90 år er svært høy. Det er også en høy andel eldre som bor alene i disse kommunene. Utdanningsnivået i befolkningen og gjennomsnittlig husholdningsinntekt er lavere enn gjennomsnittet. For høyinnsats-kommunene finner vi også at nivået av liggedager på sykehus per 1000 innbygger over 80 år ved ikke-kirurgisk behandling er betydelig lavere enn for de andre kommuneprofilene.

De ulike kommuneprofilene i eldreomsorgen viser til forskjellene mellom kommunene i tilgjengelighet og ressursinnsats i eldreomsorgen. Beskrivelsene viser at forskjellene mellom kommuneprofilene i stor grad forklares ut fra kommunenes ulike økonomiske og geografiske forutsetninger og behovsstruktur. I høy-innsats-kommunene er andelen eldre over 90 år dobbelt så høy som i lav-innsats-kommunene, og andelen eldre som bor alene er signifikant høyere. Kommuner med høye frie disponible inntekter bruker mer ressurser på eldreomsorg enn kommuner uten slike økonomiske forutsetninger. Det er også forhold som tyder på at konsekvensene av innsatsen i eldreomsorgen har betydning for andre offentlige tjenestetil-

bud. Institusjonsorienterte kommuner og høy-innsats-kommuner har et signifikant lavere nivå av liggedager på sykehus for eldre over 80 år ved ikke-kirurgisk behandling enn de andre kommuneprofilene.

Tabell 3.6 Kommunekaraktetika etter kommuneprofil i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007

	Andel av befolkning som er 90 år+	Andel eldre som bor alene- 67 år+	Andel av ressurser som går til eldre	Landareal i km ² per 10 000 innb.	Prosent komm. med høye frie disp. inntekter	Liggedager på sykehus 80 år+ ved ikke-kir. behandling rate/1000
Lavinnsats-kommuner	0,6	37,8	57,5	19,5	0,0	2 763
Middelnivå-kommuner	0,8	39,7	62,1	110,8	6,6	2 669
Hjemmetjeneste-kommuner	1,0	42,1	63,2	204,3	14,0	2 738
Hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats	0,9	43,0	76,4	556,4	65,6	2 661
Høykostnads-kommuner	0,8	40,9	75,4	211,6	32,0	2 715
Institusjons-kommuner	1,0	41,3	76,9	387,3	41,3	2 549
Høyinnsats-kommuner	1,2	43,0	75,9	453,5	50,8	2 293
Totalt (N=418)	0,9	40,8	68,1	248,1	25,1	2 617

3.6 Norsk eldreomsorg i et internasjonalt perspektiv

I 2006 var andelen eldre (over 65 år) i befolkningen lavere i Norge enn i mange andre nordiske og europeiske land. Målt i sammenlignbare priser (euro per innbygger) var det likevel ingen land i Europa som brukte like mye penger som Norge på omsorgstjenester til eldre dette året. Disse utgiftene omfatter tjenester til hjemmeboende, sykehjem og omsorgsboliger totalt og er eksklusive utgifter til funksjonshemmede og uføre. Målt som prosent av BNP, var imidlertid utgiftene til eldreomsorg lavere i Norge enn i Sverige, Danmark og Island. Dette henger sammen med at BNP per innbygger var 1,5 ganger høyere i Norge enn i andre nordiske land, i hovedsak på grunn av oljeaktiviteten. Selv om vi tar utgangspunkt i andel av BNP var det imidlertid ingen andre europeiske land utenfor Norden som hadde et tilsvarende nivå av eldreomsorg. Tilbudet av omfattende pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende er i all hovedsak et nordisk fenomen, og tilgjengelig statistikk indikerer også at det offentlige tilbudet av sykehjemsplasser til eldre er bedre i nordiske land enn i andre europeiske land.

Målt i sammenlignbare priser bruker Norge også mer penger per innbygger på helsetjenester enn andre land i Norden og Europa. Dette kommer i tillegg til utgiftene til eldreomsorg, og har stor betydning for tilgjengeligheten til helsetjenester for eldre. Personer over 75 år har dobbelt så mange kontakter med allmennlege per år (9-10) som personer i alderen 25-44 år (4,6)¹⁸, og i 2007 stod eldre over 60 år for nesten 60 prosent av de samlede liggedøgnene på sykehus¹⁹.

I Norge og Sverige knyttes begrepet eldreomsorg i liten grad til alderspensjoner. Avisanalysene viste at bare 20 av de 1000 treffene på søkeordet "eldresomsorg" handlet om

¹⁸ Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 06358

¹⁹ Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 03672

alderspensjoner. Selv om pensjonssystemet i Norge har vært gjenstand for politisk debatt de senere årene diskuteres eldreomsorgen i hovedsak uten referanse til pensjonsspørsmålet og vice versa. I internasjonal statistikk på eldreomsorg er det imidlertid alderspensjonene som settes i fokus når det er snakk om eldreomsorg. Sammenlignet med mange andre europeiske land bruker Norge noe mindre penger på alderspensjoner per innbygger enn både Sverige, Danmark og Frankrike. I disse landene er imidlertid andelen eldre høyere enn i Norge, og pensjonsalderen noe lavere.

Tabell 3.7 Utgifter til eldre i utvalgte europeiske land 2006. PPS per innbygger og prosent av BNP.

	Purchasing Power Standards (euro) per innbygger			Utgifter til tjenester for eldre i prosent av BNP ⁴⁾
	Utgifter til tjenester for eldre	Utgifter til kontantytelser til eldre (pensjoner m.m.) ²⁾	Utgifter til helsetjenester (alle aldersgrupper) ³⁾	
Norge	754	2 147	2 521	1,56
Sverige	733	2 621	1 939	2,39
Danmark	542	2 628	1 865	1,73
Finland	263	2 130	1 610	0,68
Island	562	1 282	1 954	1,75
Tyskland	4	2 704	1 747	0,16
Nederland	246	2 831	1 995	0,79
Frankrike	84	2 819	2 067	0,33
Spania	95	1 855	964	0,34
Italia	29	3 143	1 366	0,12
Hellas	24	2 302	989	0,10
Portugal	77	1 693	807	0,26
Storbritannia	162	2 849	2 198	0,99
Irland	121	1 196	2 161	0,22

Kilde: Eurostat ESSPROS

¹⁾ Utgifter til eldre totalt representerer summen av utgifter til tjenester for eldre og kontantytelser til eldre.

²⁾ Inklusive utgifter til alderspensjoner.

³⁾ Kilde: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>).

⁴⁾ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=0&language=en&pcode=tsdde530>

Når det gjelder nivået av praktisk hjelp i hjemmet, viser tall fra NOSOSCO (Nordic Social-Statistical Committee) at nivået i Norge er noe høyere enn i Sverige og Finland, men lavere enn i Danmark og Island. I Norge defineres imidlertid hjelp til personlig renhold og pleie som sykepleie, mens dette defineres som praktisk hjelp i Sverige og Danmark. I disse landene knyttes sykepleiefunksjonen i større grad til medisinsk behandling. Dersom vi også inkluderer omfanget av hjemmesykepleien i Norge, er nivået av hjemmetjenester til eldre i Norge nesten på nivå med Danmark.

Når det gjelder sammenligninger av boligtilbudet til eldre, er tallene for de nordiske landene vanskelig å sammenligne ettersom det ikke skiller mellom tilbud med og uten heldøgns omsorg i den svenske statistikken. I statistikken fra NOSOSCO inkluderes alle boliger til eldre, også det som i Norge defineres som "andre boliger for eldre og funksjonshemmede". Dette gir en betydelig høyere dekningsgrad og tilgjengelighet til eldreboliger i Norge enn i

andre nordiske land, men dersom vi bare tar utgangspunkt i tallene for institusjonsplasser er dekningsgraden omtrent på nivå med de andre nordiske landene. For de eldste (over 80 år) har imidlertid Island like høy dekningsgrad av institusjonsplasser, og her er disse tallene eksklusive andre typer boliger enn institusjonsplasser.

Tabell 3.8 Tilgjengelighet til praktisk hjelp i hjemmet og eldreboliger i nordiske land. Data fra NOSOSCO 2007.

	Mottakere av praktisk hjelp i hjemmet ¹⁾			Beboere i eldreboliger ²⁾ (institusjoner og omsorgsboliger/pleieboliger)		
	Prosent 65 år+	Prosent 80 år+	(N=)	Prosent 65 år+	Prosent 80 år+	(N=)
Norge ³⁾	13,6	27,1	82 856	11,7	24,7	71 232
Sverige ⁴⁾	8,9	20,9	140 346	6,5	15,5	104 559
Danmark ⁵⁾	17,0	38,9	141 549	5,2	14,3	43 684
Finland ⁶⁾	10,6	35,8	92 798	6,8	18,6	58 854
Island ⁷⁾	---	---	---	8,9	25,0	3 171

¹⁾ Kilde: NOSOSCO 2008. Social protection in Nordic Countries 2006/2007, tabell 6.14.

²⁾ Kilde: NOSOCO 2008 Social protection in Nordic Countries 2006/2007, tabell 6.13

³⁾ Data fra 2006. Gjelder aldersgruppen 67 år+ i stedet for 65 år+. Mottakere av praktisk hjelp er inklusive beboere i serviceboliger som mottar både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Mottakere som kun mottar hjemmesykepleie er ikke inkludert.

⁴⁾ Data fra 2007. Data på mottakere av praktisk hjelp gjelder personer som per 1. oktober 2006 hadde fått bevilget hjemmehjelp og som bor i egen bolig. Data er eksklusive hjemmesykepleie.

⁵⁾ Data fra 2007. Data på mottakere av praktisk hjelp gjelder hjemmehjelp til beboere i eget hjem bortsett fra serviceboliger.

⁶⁾ Data fra 2006. Data på mottakere av praktisk hjelp gjelder prosent av husstander. Aldersgruppen 80 år+ gjelder husstander i aldersgruppen 85 år+.

⁷⁾ Data fra 2006. Data på eldreboliger gjelder bare beboere i institusjoner.

I 2005 avsluttet Nordisk Ministerråd et felles nordisk prosjekt om den nordiske velferdsmodellen. Hovedspørsmålet i prosjektet var om det finnes en distinkt nordisk velferdsmodell. Når det gjelder eldreomsorg var konklusjonen bekreftende, selv om det også påpekes at forskjellene mellom de nordiske landene har økt på noen områder (Szebehely 2005²⁰, Nordisk Ministerråd 2006a²¹, Nordisk Ministerråd 2006b²²). De nordiske landene har mange fellestrekk, men også noen tydelige forskjeller. I Norge og Island ytes heldøgns omsorg for eldre oftest på institusjon, mens Danmark vedtok et lovforbud mot bygging av nye aldershjem og sykehjem i 1987. Felles for de nordiske landene er likevel en betydelig endring i boformene for eldre. I de fleste nordiske land har de tradisjonelle institusjonene (aldershjem og sykehjem) i stor grad blitt avløst av nye typer eldreboliger. Szebehely (2005²³) hevder imidlertid at det har vært en vesentlig nedgang i tilgjengeligheten til hjemmetjenester for eldre i Sverige og Finland, og at dette har økt forskjellene mellom de nordiske landene.

Den nasjonale statistikken fra Statistisk Sentralbyrå i Norge, Sverige og Danmark, indikerer imidlertid at økningen av hjemmetjenester de senere år har vært størst i Sverige. I perioden

²⁰ Marta Szebehely (red.). Aldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsøversikt. TemaNord 2005:508.

²¹ Nordisk Ministerråds Velferdsforskningsprogram. Programkomitéens sluttrapport. TemaNord 2006:521.

²² Spillet om den nordiske velferden. En debattrapport om den nordiske velferdsmodellens framtid i den globale konkurranseøkonomien. Nordisk Ministerråd ANP 2006:768.

²³ Marta Szebehely (red.). Aldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsøversikt. TemaNord 2005:508.

fra 2000 til 2006 økte antallet eldre mottagere av hjemmetjenester med omtrent 16 prosent i Sverige. Økningen er knyttet til eldre over 80 år, mens antallet hjemmetjenestemottakere i alderen 65-79 år er redusert i samme periode. For eldre over 80 år tilsvarer økningen 24 prosent. Andelen mottagere av hjemmetjenester over 80 år har økt fra 18 prosent til 21 prosent, mens en liten nedgang fra 4 til 3 prosent kan spores for aldersgruppen mellom 65 og 79 år. Det totale antallet timer med hjemmetjeneste har også økt (21 prosent) og økte sterkere enn antallet brukere (Socialstyrelsen 2007²⁴).

I denne perioden finner vi ingen betydelig økning av antallet mottagere av hjemmetjenester i Norge. I 2002 var 3,6 prosent av befolkningen totalt sett mottagere av hjemmetjenester, og tilsvarende tall for 2006 var 3,7 prosent. Antallet mottagere under 67 år økte imidlertid med 32 prosent (fra 41600 til 55000), mens antallet mottagere i aldersgruppen 67-84 år ble redusert fra 78000 til 68000 personer. For de eldste (mottagere over 85 år) økte tallet med 5000. Relatert til endringer i befolkningsstrukturen finner vi bare små endringer; fra 2002 til 2006 ble andelen mottagere over 67 år endret fra 19,8 prosent til 19,2 prosent, mens andelen mottagere over 80 år gikk fra 38,6 prosent til 37,1 prosent. Endringene i statistikkgrunnlaget i 2007 gjør at antallet mottagere faller med omtrent 10 000 dette året, men det er svært sannsynlig at store deler av dette skyldes endringer i innrapporteringsrutinene.

I Danmark har også antallet mottagere av varig hjemmehjelp vært stabilt i perioden fra 2001 til 2007. Endringene i antallet mottagere har fulgt endringene i befolkningens sammensetning, men en prioritering av de eldste (over 80 år) kan også spores her. I 2001 mottok 50,3 prosent av innbyggere over 80 år varig hjemmehjelp, mens i 2007 var tilsvarende tall 51,6 prosent.²⁵

Når det gjelder eldreboliger, har tilbudet av heldøgns institusjonsplasser i Norge blitt betydelig redusert i perioden fra 1994 til 2007, men tilbudet av andre typer eldreboliger har vokst omtrent tilsvarende. Det totale tilbudet av eldreboliger kan derfor sies å ha vært stabilt de siste 15 årene. Nedgangen i institusjonsbeboere gjelder først og fremst for eldre over 80 år, hvor andelen eldre beboere på institusjon har sunket fra 18,6 til 14,1 prosent fra 1994 til 2007. I samme periode økte andelen beboere over 80 år i andre boliger for pleie og omsorg i kommunene fra 7 prosent til 10,6 prosent. For eldre over 80 år har andelen beboere i institusjoner og eldreboliger totalt sett gått fra 25,8 prosent til 24,7 prosent. Perioden preges av en nedbygging av aldershjemmene til fordel for sykehjem, og en utbygging av omsorgsboliger i stedet for institusjoner.

I de senere årene kan man ikke skille mellom omsorgsboliger og institusjonsplasser til eldre i svensk statistikk. Det er likevel klart at det har vært en betydelig nedgang i antallet beboere på pleiehjem i Sverige. I perioden fra 2000 til 2004 ble antallet beboere i "særskilda boendeformer for äldre" redusert med 13 500. Dersom vi tar utgangspunkt i publikasjonen "Äldre – vård och omsorg" fra Socialstyrelsen i årene 2001-2008, finner vi at antall permanente beboere i tilpassede boliger for eldre (institusjoner pluss eldreboliger) ble redusert med 24000 personer fra oktober 2000 til juni 2008. Data er neppe direkte sammenlignbar over tid, men gir likevel en indikasjon på utviklingen. I år 2000 hadde omtrent 20 prosent av eldre over 80 år plass på eldreinstitusjon eller eldrebolig, i juni 2008 var tilsvarende tall 15 prosent.

I henhold til "Nyt fra Danmarks Statistikk" (nr 52 2008) var det omtrent 49 000 plasser på pleiehjem i Danmark i 1987. Den politiske satsningen på at eldre skulle bo i egen bolig, og forbudet mot bygging av nye pleiehjem resulterte i en rask nedbygging av disse. I år 2000 var det omtrent 30 000 plasser på sykehjem i Danmark, og i 2008 var tallet kommet under 10 000 (Nyt fra Danmarks Statistikk nr 526 2008). I samme periode har det vært en voldsom vekst i eldreboliger, fra ca 3300 i 1987 til 63 000 i 2008. Omtrent halvparten av

²⁴ Äldre – vård och omsorg år 2006. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen 2007, Statistikk Socialtjänst 2007:3

²⁵ Tall basert på publikasjonen "Nyt fra Danmarks statistikk", 2008 nr.194, 2006 nr.509, 2005 nr. 467, 2004 nr.495, 2003 nr. 417, 2002 nr 398, 2001 nr 427.

eldreboligene er pleieboliger, mens den andre halvparten er allmenne eldreboliger. Totalt sett for perioden fra 1987 til 2008 har det vært en betydelig økning i antallet boliger for eldre og funksjonshemmede i Danmark, men økningen har i hovedsak vært boliger for personer under 67 år. Samlet antall boliger per person over 67 år har vært stabilt i Danmark fra 2002 til 2008 (8,9 prosent), og for eldre over 80 år har det var en svak økning fra 20,2 prosent til 20,8 prosent.

4 Kvalitet

4.1 Innledning

Omsorgstjenesten skal være av god kvalitet. Omsorgstjenestene skal bidra til at vi får en så god hverdag og så høy livskvalitet som mulig, også når vi blir eldre og avhengige av hjelp fra andre. Kvalitet er knyttet til hvordan vi ønsker å ha det når vi blir gamle, og hva slags tjenester vi trenger eller ønsker oss for å kunne fortsette å leve mest mulig i tråd med egne forutsetninger. Et annet perspektiv er den faglige kvaliteten i arbeidet til de som i praksis yter tjenesten: At tjenesten drives på en slik måte at den tilfredsstiller omforente faglige og etiske krav til tjenesteutøverne.

Spørsmålet om kvalitet ble belyst på ulike måter gjennom alle de fire delprosjektene som inngår i dette prosjektet. Gjennom en serie spørsmål til vårt representative utvalg har vi prøvd å belyse hvordan nordmenn flest ønsker å ha det når man blir gammel. Gjennom avisundersøkelsen får vi et bilde av hva slags kvalitetsrelaterte problemstillinger som løftes opp og gjøres til gjenstand for offentlig omtale og debatt. Gjennom brukerundersøkelsene i vårt kommuneutvalg fra Effektiviseringsnettverket får vi et bilde av hvordan brukerne i disse kommunene selv opplever omsorgstjenesten bidrag til det å leve et godt liv. Og ved en gjennomgang av den statlige statistikkbaserte beskrivelsen av norsk omsorgstjenesten får vi et bilde av hvordan og i hvilken grad kvaliteten i omsorgstjenesten blir belyst gjennom de data vi per i dag har til rådighet gjennom offentlig statistikk.

4.2 Hvordan vil vi ha det når vi blir gamle? Synspunkter fra et representativt utvalg nordmenn.

De aller fleste av de som deltok i vår spørreundersøkelse hadde klare oppfatninger om hvordan de helst vil ha det når de blir hjelpetrengende. De fleste – rundt 80 prosent – ønsker å leve et selvstendig liv i egen bolig eller i en tilrettelagt bolig med felles tjenester. 12 prosent vil bo i en omsorgsbolig eller et sykehjem med heldøgns pleie. Nesten ingen (2 prosent) ønsker å flytte hjem til sønner eller døtre, men 15 % sier de ønsker å bo i eget hjem med hjelp fra familiemedlemme. Familieomsorg står ikke sterkt i Norge. De fleste oppfatter det offentlige som den viktigste kilde for nødvendig hjelp og pleie.

Svargiverne har også klare synspunkter mht hva som er viktig for å kunne ha det bra når man er gammel og hjelpetrengende. Det aller viktigste er at man kan tilrettelegge situasjonen slik at man kan ha jevnlig kontakt med familien. Nesten ingen er villig til å akseptere at dette ikke blir prioritert når en omsorgsform skal tilrettelegges. Der betyr at tilgjengelighetsfaktorer som f. eks geografisk avstand mellom en omsorgsbolig og viktige medlemmer av egen familie blir viktige, og at omsorgstilbud må fungere slik at man kan ha god skjerming av privatliv og samvær med familie. Dette reflekteres også i at mange ønsker å slippe å dele rom med andre på sykehjem, dersom det skulle bli aktuelt.

Nordmenn opplever det som viktig å ta vare på de mulighetene man har til å leve et så aktivt og godt liv som mulig, og vil ha hjelp til å holde seg frisk og aktiv. Også god mat er viktig. God mat er en del av det gode liv.

4.3 Er tjenesten god nok?

Vårt representative utvalg ble bedt om å vurdere de tjenestene som faktisk tilbys hjelptrengende i dag. De fleste (i underkant av to tredjedeler) oppfatter kvaliteten på sykehjemstjenester og hjemmebaserte tjenester som "meget bra" eller "ganske bra", men så mye som en femtedel mener at den er "ganske" eller "meget dårlig".

Sykehjemmene får best skussmål fra de over 50 år, og mest skeptiske til kvaliteten i sykehjem er de mellom 30 og 39 år. Vi finner også en klar tendens til at befolkningen i de mindre kommunene er mer fornøyd med sykehjemstjenestene enn folk i større kommuner.

Når det gjelder hjemmebaserte tjenester er et interessant trekk at de som selv har mottatt omsorgstjenester oftere enn andre sier at tilbudet er meget bra. Også alder (over 40 år), og det å bo i en mindre kommune, er assosiert med relativt sett høyere vurdering av kvaliteten i de hjemmebaserte tjenestene. Det er imidlertid en tett kobling mellom alder og omsorgserfaringer: Jo eldre vi blir, jo større er sannsynligheten for at våre foreldre, vi selv, andre slektninger eller venner, har erfaringer som omsorgsbrukere.

Vår undersøkelse tyder på at nordmenn har et tvetydig syn på omsorgstjenesten. På den ene siden uttrykkes stor støtte til de som arbeider der: Et overveldende flertall (85 %) mener at personalet er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb. Et nesten like overveldende flertall (80 %) mener samtidig at det virker som bemanningen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. 86 prosent mener at eldre som får omsorg fra det offentlige trenger våkne pårørende som en slags advokater overfor omsorgstjenesten. De som selv har erfaringer som omsorgsbrukere, og de over 40 år, er mest tilbøyelige til å si seg "Helt enige" i at ansatte i omsorgstjenesten gjør en god jobb. Menn er oftere enige i dette enn kvinner.

Et samlet inntrykk er at svargiverne har stor tillit til de som jobber i omsorgstjenesten, men klart mindre tillit til det systemet de jobber innenfor, og som tilrettelegger arbeidsbetingelsene for dem. Kvinner er mer systemskeptiske enn menn. Kvinnene er mer tilbøyelige enn menn til å mene at bemanningen i omsorgstjenesten truer kvaliteten i tjenesten, og mener oftere enn menn at eldre som får omsorg trenger "advokater" i form av aktive og årvåkne familiemedlemmer. Interessant å merke seg er også at det er færre i de yngste årsklassene som er enige i påstanden om at dårlig bemanning truer kvaliteten. Vi ser også at folk fra de minste kommunene er de som oftest er uenig i påstanden om bemanningssvikt (selv om et stort flertall også her mener bemanningen er for dårlig).

Den sterke tilliten til de som jobber i omsorgstjenesten er mest fremtredende i Norge og i våre nordiske naboland. Nordmenn ligger på topp når det gjelder tillit til omsorgstjenestens ansatte, deretter følger Sverige, Finland og Danmark, og så følger de andre europeiske landene vi sammenligner med. Lavest ligger Storbritannia, der bare 59 prosent er enige i at omsorgstjenestens ansatte er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb.

4.4 Kvalitet i omsorgstjenesten som avistema.

Mange avisoppslag bringer stoff til diskusjonen om kvaliteten i eldreomsorgen. Dette kan ha ulike utgangspunkt. Dels dreier det seg om reportasjer og nyhetsstoff som avisene selv initierer. Og dels dreier det seg om ytringer fra fagpersonell eller privatpersoner. Vi har ikke prøvd å kvantifisere mengden oppslag av ulike typer, blant annet fordi en sak kan gi mange oppslag. Avisoppslag gir ikke grunnlag for statistikk om hvor ofte ulike typer hendelser forekommer. Men det kan gi oss et bilde av hva slags type hendelser og forhold avisene og deres brukere oppfatter som viktige og verd å kommentere.

Nyhetsstoffet dreier seg gjerne om spektakulære hendelser: historier om uverdige forhold i møtet med omsorgstjenesten, uhell eller konsekvensrike faglige feil eller overgrep. Eksempler på historier om menneske som tilbys omsorg under uverdige forhold er reportasjer om sykehjemspasienter som tilbys opphold i uegnede rom: På lagre, i gangen, i treningsrom eller tilsvarende. Eksemplene på historier om overgrep, dårlig eller uverdigg behandling kan være:

” Fant sykehjemspasient fastbundet til en stol”

” Sultet på sykehjem”

” Hjertestans etter feilmedisinering”.

I noen tilfeller dreier det seg også om direkte overgrep og kriminelle handlinger, som f. eks tyveri av piller eller annet.

En annen kilde er ytringer fra fagpersonellet i omsorgstjenesten, enten gjennom intervjuer eller i form av leserinnlegg eller andre ytringer. Her settes ofte svikt i kvaliteten i sammenheng med den generelle bemanningssituasjonen i sektoren. Et ofte forekommende tema er overmedisinering. Pleiepersonell beskriver situasjoner der de har for lite tid til å roe ned pasienter som trenger det, og derfor må ty til beroligende midler. Et annet viktig tema er den generelle kompetansesituasjonen på sektoren. I mange sammenhenger gir pleiepersonell uttrykk for at for få faglærte, og en generell mangel på kompetanse, kan gå ut over verdigheten til omsorgsmottakerne.

Oppslag der vi hører privatpersoners stemme utgjør en betydelig del av den samfunnsmessige diskusjonen om eldreomsorgen. De uttaler seg som brukere av tjenesten, som pårørende, eller rett og slett som samfunnsengasjerte enkeltpersoner. Rundt to tredjedeler av innleggene herfra er generelle betraktninger om situasjonen på sektoren, og rundt en tredjedel forteller konkrete historier om møtet med omsorgstjenesten – enten som bruker selv eller som pårørende. Viktige tema i de brukerne historiene er:

- Omsorgstrengende som ikke får det tilbudet de trenger.
- Uverdige forhold pga manglende kapasitet/ressurser.
- Eksempler på dårlig kvalitet i det tilbudet som gis.
- Kritikk av forholdet mellom prisnivået og de tjenester man får.

4.5 Synspunkter fra omsorgstjenestens brukere.

Med grunnlag i data fra kommunene som deltok i brukerundersøkelser i 2007 og 2008, i regi av KS Effektiviseringsnettverk, har vi prøvd å danne oss et bilde av hvordan omsorgstjenestens brukere og deres pårørende opplever ulike sider ved det tilbudet de får. Ved vurdering av disse resultatene er det viktig å ha i mente at deltakelse i effektiviseringsnettverkene er basert på frivillighet fra kommunenes side. Disse undersøkelsene tilfredsstillt dermed ikke de kravene vi måtte stille til et representativt utvalg på landsbasis. Det ville krevd en annen tilnærming, basert på tilfeldig trukne utvalg. På den annen side må vi kunne tillegge ytringer fra institusjonsbeboere i 78 kommuner, og hjemmetjenestebrukere i 96 kommuner, betydelig vekt. De kan gi oss en pekepinn på hvilke sider ved tilbudet brukerne er mest fornøyde, hva de er mindre fornøyde med, og om det er trekk ved brukerne eller omsorgstilbudet som kan bidra til å forklare slike variasjoner.

På noen områder er det samstemmighet blant brukerne i disse kommunene. De aller fleste gir personalet god attest for måten de behandler sine brukere på. Omsorgsgiverne behandler sine brukere med høflighet og respekt, og er påpasselige med taushetsplikten. Også på en lang rekke områder der det dreier seg om grunnleggende forutsetninger for det å oppleve å bli tatt vare på, få god mat, ha et hyggelig rom, og få den hjelpen man trenger med viktige funksjoner, så ser det ut til at variasjonen i synspunkter brukerne imellom er forholdsvis liten. De fleste av brukerne gir sine hjelpere en god skår når det gjelder ivaretagelse av grunnleggende pleie og omsorg.

Større variasjon finner vi på en del områder som dreier seg om brukernes opplevelse av spillerommet for egen medbestemmelse i omsorgssituasjonen: av å ha innflytelse på det tilbudet man får, og måten det gis på. For institusjonsbeboerne ser det i tillegg ut til at manglende muligheter for aktivitet, og å kunne komme seg ut og få opplevelser utenfor institusjonen, er viktige problemområder. Et annet er trivselen beboerne imellom. Det ser

ikke ut til at alle klarer å finne seg like godt til rette i sykehjemssituasjonen. Her ser det ut til at menn har større problemer enn kvinner.

Mange forhold spiller inn som forklaringsfaktorer. Menn opplever omsorgssituasjonen annerledes enn kvinner. Alder er viktig. De yngste blant de eldre har andre behov og ønsker enn de eldste omsorgsbrukerne har. Hva slags kommune du bor i spiller stor rolle. Noen kommuner har en personellinnsats og økonomisk satsing som fører til at brukerne opplever økt kvalitet på viktige områder. I andre sammenhenger er det først og fremst trekk ved brukeren og det omsorgstilbudet den enkelte får som er meste avgjørende. Det tyder på at ikke alle problemene i omsorgstjenesten kan gjøres til et spørsmål om nok ressurser. Omsorg er en relasjon, der brukerens individuelle forutsetninger legger viktige premisser. Vi har behov for mer kunnskap om hvordan et omsorgstilbud skal innrettes for å "treffe" den enkelte bedre, slik at vi blir i stand til å gi et tilbud i tråd med den enkeltes behov og ønsker. Gamle menn og gamle kvinner har kanskje ikke de samme målene på hva som er en god hverdag. Mange av de yngste blant våre eldre har andre krav og ønsker til hva slags liv de vil leve enn de eldste. Gjennomgående ser det ut til at omsorgsmottakere i de mindre kommunene gir høyere vurderinger enn andre på så godt som alle våre mål på brukeropplevd kvalitet. Kanskje er det lettere å treffe brukerens forutsetninger i et lite system der mange kjenner hverandre, og der mange deler forutsetninger knyttet til slekt, vennskap, kjennskap og lokal kultur og historie.

4.6 Kvalitetsindikatorer i KOSTRA

Fokuset på kvalitet og kvalitetsarbeid i pleie og omsorgstjenestene har vært høyt de siste 10-15 årene, men hvilke områder innen kvalitetsarbeidet som har vært satt i fokus har variert. Ved inngangen til perioden, i Handlingsplan for eldreomsorgen²⁶, ble det lagt stor vekt på tilgjengelighet til *enerom*. Det var tverrpolitisk enighet om å heve bostandarden i institusjonene ved å erstatte flersengsrom med ensengsrom eller omsorgsboliger, og å utbedre eller erstatte nedslitt bygningsmasse. I Stortingsmeldingen om kvalitet i omsorgstjenestene som kom tre år etter²⁷ ble kvalitet definert som individuelle rettigheter for den enkelte bruker i forhold til trygghet, respekt og verdig behandling. Internkontroll og formelt riktig saksbehandling vektlegges i større grad enn tidligere. Etter ytterligere tre år fulgte en ny Stortingsmelding om kvalitet i de kommunale pleie og omsorgstjenestene²⁸ og denne gangen settes fokus fra den da sittende regjering på den brukeropplevde kvaliteten. Det foreslås å implementere systematiske brukerundersøkelser i alle kommuner. I den foreløpig siste Stortingsmeldinga om pleie- og omsorgstjenesten²⁹ skrives det også mye om kvalitet og kvalitetsarbeid og vises til en ny stor satsning fra Sosial og helsedirektoratet på Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten. Satsningen følger opp den første nasjonale strategien fra 1995-2000, men i motsetning til den første strategien som var en kontroll av kvalitetsarbeidet, er denne mer innrettet mot stimulering til et kontinuerlig forbedringsarbeid blant både utøvere og brukere. I tillegg argumenteres det sterkt for betydingen av en god legedekning på sykehjemmene.

Om kort tid (juni 2009) ventes et forslag til en samhandlingsreform, og det er grunn til å tro at en av de sentrale bærebjelkene i denne, vil være et ønske om å styrke kvaliteten. Et helhetlig perspektiv på tjenestemottakerne er vanskelig å få når tjenestene fremtrer stykkevis og delt. Problematikken rundt samhandling er tidligere utredet i NOU 2004:18 (Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene) og NOU 2005:3 (Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste).

²⁶ Stortingsmelding nr. 50 (1996-97).

²⁷ St.meld. nr. 28 (1999-00)

²⁸ St.meld. nr. 45 (2002-2003)

²⁹ St.meld. nr. 25 (2005-2006)

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten 2005-2015 oppsummeres utviklingen innen kvalitetsarbeidet i omsorgstjenesten i tre faser:

- Kvalitetskontroll
- Kvalitetssikring
- Kontinuerlig forbedring.

I første fase ble fokus satt på *hva* som ble gjort og ansvaret for kvaliteten var tillagt den kontrollerende myndigheten. I fase to ble det lagt større vekt på *hvordan* ting ble gjort, og på god dokumentasjon og gode prosedyrer. I tredje fase kreves det i større grad en kontinuerlig prosess med fokus på mulige barrierer for samarbeid og god kvalitet. Kvaliteten måles gjennom brukertilfredshet, og ansvaret for god kvalitet legges både på ledere og ansatte.

Dette viser til kompleksiteten ved kvalitetsbegrepet, og kan sies på flere måter. God kvalitet handler både om *strukturen* i tjenestesystemene, om *prosessen* hvor tjenestene gis og om *utfallet* av tjenestene.

En mer spesifikk definisjon av hva som er god kvalitet finner vi i forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (U-7/2003). Her står det at kommunene skal sikre at brukerne av pleie og omsorgstjenester får tilfredstilt grunnleggende behov. Disse behovene er listet opp i til sammen 16 ulike punkter. I tillegg skal kommunene etablere et system av prosedyrer som sikrer ivaretagelsen av disse behovene.

Kompleksiteten i både kvalitetsarbeidet og kvalitetsbegrepet gjør det vanskelig å måle kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. I alle Stortingsmeldingene om kvalitet i pleie og omsorgssektoren som er utgitt de senere år, påpekes det at det er umulig å gi en dekkende og komplett beskrivelse av kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene. Forskning på kvalitet gir gjerne ulike svar avhengig av hvordan kvaliteten måles.

Dette er også det resultatet vi kommer til når vi studerer kvalitetsindikatorerne i KOSTRA. Det er få systematiske sammenhenger mellom kvalitetsindikatorerne. Kommuner som har implementert brukerundersøkelser har like stor sannsynlighet for å ha både høy og lav legedekning på institusjon. Om kommunen har implementert brukerundersøkelser eller ei er heller ikke knyttet til andelen ansatte med relevant fagutdanning. Noen kommuner har god kvalitet i form av en høy del ansatte med fagutdanning, andre kommuner har god legedekning på institusjon, mens andre igjen har lagt vekt på å implementere og gjennomføre brukerundersøkelser. Nesten alle kommunene har imidlertid en høy andel enerom.

Brukerundersøkelser:

251 kommuner har innført system for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten og 249 kommuner innført system for brukerundersøkelser i institusjoner i 2007. Det er i hovedsak de samme kommunene som har innført begge typer system. Totalt 261 kommuner har et system for brukerundersøkelser i enten hjemmetjenesten eller på institusjon eller begge deler, mens 169 kommuner mangler et slikt system i 2007.

Fagutdanning i brukerrettet tjeneste:

Mellom 46 og 91 prosent av årsverkene i brukerrettet tjeneste utføres av ansatte med relevant fagutdanning. Halvparten av kommunene har mellom 68 og 77 prosent ansatte med fagutdanning. For de fleste av kommunene er det dermed små forskjeller i andelen ansatte med fagutdanning. Noen av kommunene skiller seg imidlertid sterkt ut fra de andre. I 19 kommuner hadde mindre enn 60 prosent av de ansatte fagutdanning. I hele 58 kommuner hadde mer enn 80 prosent av de ansatte relevant fagutdanning.

Tilgjengelighet til lege på institusjon:

I KOSTRA er det beregnet legetimer per uke per beboer i sykehjem. Data mangler for 23 kommuner og ytterligere fire kommuner har registrert 0 legetimer per beboer per uke. Dersom vi ser bort fra disse, har 20 prosent av kommunene mindre enn 11 legeminutter per beboer per uke og 53 prosent av kommunene har mellom 11 og 20 legeminutter per beboer per uke. Halvparten av kommunene har mindre enn 15 minutter legetid per beboer per uke. 7 prosent av kommunene (34 kommuner) har mer enn 30 minutter legetid på institusjon per beboer per uke.

Enerom:

Data fra KOSTRA viser at nesten alle kommuner tilbød enerom i 2007. I 90 prosent av kommunene var mer enn 90 prosent av rommene enerom, og 58 prosent av kommunene (249 kommuner) hadde bare enerom.

I hovedsak gjelder også mangelen på systematiske sammenhenger for forholdet mellom kommuneprofilene og kvalitetsindikatorene. Det er få systematiske forskjeller i kvalitet knyttet til kommuneprofilene. Vi finner imidlertid at institusjonsorienterte kommuner og høy-innsats-kommuner har signifikant lavere legedekning på institusjon enn kommuner med andre omsorgsprofiler. Det er også signifikant færre institusjonsorienterte kommuner og høy-innsats-kommuner som har implementert brukerundersøkelser. Hjemmetjenesteorienterte kommuner har en signifikant høyere andel institusjonsbeboere på tidsbegrenset opphold enn kommuner med andre kommuneprofiler.

5 Noen ord til slutt: Helt elendig – eller best i verden?

Nordmenn ligger på bekymringstoppen blant viktige sammenligningsland i Europa når det gjelder det å bli gammel og avhengig av hjelp fra andre. På den annen side tror de fleste at de vil få den hjelpen de trenger år behovet oppstår. Det kan tyde på at vår bekymring for det å bli gammel ikke bare er et spørsmål om nok pleie og hjelp, men har et bredere og mer eksistensielt grunnlag. Det å bli gammel kan bety at vi må oppgi viktige utfoldelsesmuligheter, og miste noe av vår selvstendighet fordi vi blir avhengige av hjelp fra andre.

Nordmenn vil primært ha hjelp fra det offentlige når vi blir gamle, og ellers leve et så selvstendig liv som mulig. Riktignok er det viktig å ha god kontakt med familien. Men det er samtidig viktig å unngå å ligge familien til byrde. Og det norske samfunnet stiller opp. Sammenlignende europeisk³⁰ statistikk tyder på at Norge satser mer på omsorgstjenester til eldre enn noen av de landene i Europa vi gjerne sammenligner oss med. Tilgjengeligheten til institusjonsplasser er like god eller bedre enn i andre nordiske land, og det er bare danskene som overgår oss når det gjelder tilbudet av hjemmetjenester.

Nordmenn har et utpreget tvisyn på den offentlige omsorgstjenesten. På den ene siden er det ingen andre land har så stor tillit til de som jobber i omsorgstjenesten som oss. De aller fleste mener at omsorgstjenestens ansatte er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb. På den andre siden mener de fleste at bemanningen i omsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. Stor bekymring, høy tillit til de som jobber i omsorgen, men mindre tillit til det systemet som legger betingelsene for dem, ser ut til å være sentrale stikkord i nordmenns opplevelse av norsk eldreomsorg.

Spør vi omsorgstjenestens brukere om hvordan de opplever kvaliteten på det tilbudet de mottar får vi bekreftet den sterke tilliten til de som arbeider i omsorgstjenesten. De aller fleste mener at blir behandlet med høflighet og respekt, og gir uttrykk for at de er tilfreds med den grunnleggende pleie og omsorg. Den misnøyen vi finner er først og fremst knyttet til forhold som manglende aktivitetstilbud, samt mulighet til å utøve selvbestemmelse og ha innflytelse på det tilbudet man får. På den andre siden: Spør vi bare de som faktisk har fått et tilbud og er etablert som brukerne, så får vi ikke vite noe om det sentrale temaet tilgjengelighet – om dem som ikke får det tilbudet de mener de har behov for.

Spørsmålet om tilgjengelighet er et viktig tema i avisstoffet om eldreomsorg: gamle som ikke får sykehjems plass når de føler at de trenger det, eller som på andre måter får et utilfredsstillende tilbud. Vi har prøvd å belyse variasjoner i tilgjengelighet til omsorgstjenesten ved å undersøke hvordan tilbudssammensetning og kapasitet varierer i landet vårt. Variasjonene er store. Vi har enkelte kommuner som bruker mindre enn 40.000 kroner per innbygger 67 år og eldre i året, og vi har kommuner som bruker mer enn det firdobbelte. De fleste ligger imidlertid et sted mellom 50.000 og 100.000 kroner. Også det representerer en betydelig variasjon. Blant det vi kan kalle "lavinnstatskommuner" gir omsorgstjenesten et tilbud til bare 19,4 prosent av sine eldre innbyggere, mens "høyinnstatskommunene", gir et tilbud til 33 prosent av sin eldrebefolkning. Også tilbudssammensetningen varierer. Noen kommuner satser primært på hjemmebaserte tjenester, mens

³⁰ Eurostat ESSPROS

andre satser særlig tungt på institusjonsomsorg. De kommunene som satser minst på eldreomsorg har under halvparten av den institusjonskapasiteten vi finner i de kommunene som satser mest på dette. Forklaringer på disse forskjellene kan knyttes både til kommunenes økonomi, til kommunestørrelse og andre trekk ved kommunen, og til demografiske forhold – som f. eks ekstra mange meget eldre (over 90 år) i befolkningen. Samtidig er det klart at hvilken kommune du bor i kan ha betydning både for om du får hjelp når selv synes du trenger det, og hva slags hjelp du blir tilbudt. Det kan f. eks tenkes at en person som tilbys sykehjemsplass i en kommune kanskje ville fått et tilbud om hjemmesykepleie dersom han/hun bodde i en annen kommune – avhengig av ulikheter i kapasitet og tilbudsinnretning.

Lik tilgang til velferdstjenester, uavhengig av hvem man er og hvor man bor, er en viktig helsepolitisk verdi i Norge. Men vi har ingen absolutte standarder for hva slags omsorgstilbud som skal utløses av hvilke behov. Ulikheter i hvordan behov vurderes, og ulikheter i hva slags tilbud vi får fra kommunen når vi ber om hjelp, kan utløse både en tvil om hvor godt vi klarer å ivareta denne verdien, og om vi kan stole på at den kommunen vi bor i vil gi oss det tilbudet vi trenger når behovene melder seg. På den andre siden er det kommunale selvstyret et viktig politisk redskap for å tilrettelegge omsorgstjenester i tråd med lokale forutsetninger, og knytte beslutninger om hva slags omsorgstjenester vi vil ha så tett som mulig opp til representanter for de som skal bruke dem.

Trondheim

Adresse: 7465 Trondheim

Telefon: 40 00 25 90

Telefaks: 93 07 05 00

E-post: helse@sintef.no

Url: www.sintef.no/helse

Oslo

Adresse: Postboks 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon: 40 00 25 90

Telefaks: 22 06 79 09

E-post: helse@sintef.no

Url: www.sintef.no/helse