

Heidi Gautun, Anne Skevik Grødem
og Åsmund Hermansen

Hvordan fordele omsorg?

Utfordringer med å prioritere mellom
eldre og yngre brukere

Heidi Gautun, Anne Skevik Grødem
og Åsmund Hermansen

Hvordan fordele omsorg?

**Utfordringer med å prioritere mellom
eldre og yngre brukere**

© Fafo 2012

ISBN 978-82-7422-964-8 (papirutgave)

ISBN 978-82-7422-965-5 (nettutgave)

ISSN 0801-6143

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn og problemstillinger	13
1.2 Gangen i rapporten.....	17
2 Data og metode	19
2.1 Analyse av registerdata	19
2.2 Dokumentstudie.....	20
2.3 Casestudie i fem kommuner blant ledere av pleie- og omsorgssektoren og tjenesteledere	21
2.4 Gjennomgang av forskning i Sverige og Danmark	22
3 Utviklingen i antall brukere og ressursinnsatsen	25
3.1 Utviklingen i antall brukere av pleie- og omsorgstjenester	25
3.2 Utviklingen i ressursinnsatsen innen pleie- og omsorgssektoren	32
3.3 Netto tilvekst i brukere av pleie- og omsorgstjenester og ressursinnsats de siste 20 årene	39
3.4 Hva påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester til innbyggere 80 år og eldre?	42
3.5 Oppsummering.....	46
4 Utviklingen i rettighetsfesting for eldre og yngre	49
4.1 Innledning	49
4.2 Rettighetsfesting som drivkraft i sosialpolitikken	50
4.3 Individuell rettighetsfesting i kommunale omsorgstjenester	51
4.4 Nylige reformer i pleie- og omsorgstjenester i 2000-årene: likebehandling av unge og eldre?	62
4.5 Noen pågående debatter	68
4.6 Oppsummering.....	75

5 Casestudien i fem kommuner	77
5.1 Hvilke tjenester inngår i pleie- og omsorgstjenestene i de fem kommunene?.....	78
5.2 Hvilke grupper har økt i antall, og hvordan fordeles ressurser på ulike grupper?.....	79
5.3 Hvordan forklarer informantene veksten i yngreomsorgen?	83
5.4 Har veksten i yngreomsorgen gått utover tilbudet til eldre?	93
5.5 Hvordan forklares veksten i nye tjenester som BPA og støttekontakter, og hvilke brukere er dette tilbudet bygget ut for?.....	104
5.6 Hva er de viktigste utfordringene for pleie- og omsorgssektoren framover?	106
5.7 Oppsummering.....	107
6 Sverige og Danmark	109
6.1 Et overordnet blikk på utviklingen i pleie- og omsorgssektoren i Norge, Sverige og Danmark	110
6.2 Sverige	112
6.3 Danmark	117
6.4 Oppsummering	122
7 Avslutning	123
7.1 Veksten i yngreomsorgen	123
7.2 Hvilke drivkrefter ligger bak veksten i yngreomsorgen i hele perioden fra 1990 og fram til i dag?	125
7.3 Har veksten i yngreomsorgen gått utover eldreomsorgstilbudet?	128
7.4 Hvorfor blir ikke drivkreftene for økt yngreomsorg også drivkrefter for økt eldreomsorg?	130
7.5 Utfordringer framover	135
7.6 Avslutning	137
Litteratur	139
Appendix	145

Forord

Fafo fikk våren 2012 i oppdrag fra KS å gjennomføre et prosjekt om prioriteringsutfordringer mellom eldre og yngre brukergrupper av pleie- og omsorgstjenester. I prosjektet er det gjennomført en dokumentstudie, analyser av registerdata, en case-studie i fem kommuner og en gjennomgang av forskningslitteratur i Norge, Sverige og Danmark. Alle de fem kommunene som vi valgte ut for undersøkelsen, sa ja til å delta i studien. Vi vil gjerne takke lederne for sektoren, bestillerkontorene og tjenestelederne som har stilt opp til intervju sommeren 2012. Likeledes vil vi takke professor Tine Rostgaard, Aalborg Universitet, seniorforsker Leif Olsen, Anvendt Kommunal Forskning, og Marta Szebehely, Stockholms universitet, for at de tok seg tid til å svare på spørsmål og gi tips om relevant forskning som er utført i Danmark og Sverige.

Anne Gamme, fagansvarlig KS, Monica Wegling, fagansvarlig KS, Tina Skarheim, spesialrådgiver KS, Chriss Kleve Madsen, spesialrådgiver KS, og Øyvind Hognestad-Karlsen, rådgiver Trondheim kommune, har sittet i en referansegruppe for prosjektet og skal ha stor takk for samarbeidet og gode kommentarer og innspill til rapporten. Rådmannsutvalget i Troms skal også ha en stor takk for gode kommentarer og innspill. Vi vil også takke informasjonsavdelingen ved Fafo for ferdigstilling av rapporten.

Åsmund Hermansen (Fafo) har vært hovedforfatter av kapittel 3, Utviklingen i antall brukere av pleie- og omsorgstjenester og ressursinnsats de siste 20 årene. Anne Skevik Grødem (Fafo) har vært hovedforfatter av kapittel 4, Utviklingen i rettighetsfesting for eldre og yngre. Heidi Gautun (Fafo) har vært hovedforfatter av kapittel 6, Sverige og Danmark. De tre forskerne har i fellesskap skrevet kapittel 2, Data og metode. Gautun og Grødem har vært hovedforfattere av kapittel 1, Innledning, kapittel 5, Casestudien i fem kommuner og kapittel 7, Avslutning. Gautun og Grødem har også gjennomført datainnsamlingen i casestudien.

Oslo, desember 2012

Heidi Gautun (prosjektleder), Anne Skevik Grødem og Åsmund Hermansen

Sammendrag

Kapittel 1

I denne rapporten belyses prioriteringsutfordringer mellom eldre og yngre brukere av pleie- og omsorgstjenestene. Oppdraget har gått ut på å utarbeide en oversikt over utviklingen av tilbudet med tjenester til yngre (under 67 år) og eldre brukere de siste 20 årene, samt hva som kan forklare veksten i tjenestetilbudet til yngre brukere. Det er spesielt fokusert på hvilken betydning økt rettsliggjøring av brukerrettigheter har i dette bildet. Videre er det undersøkt hvorvidt veksten i yngreomsorgen kan sies å ha gått ut over tjenestetilbudet til eldre, og hvilke prioriteringsutfordringer kommunene står overfor framover. Til slutt er funn sammenlignet med forskning som er utført i Danmark og Sverige.

Kapittel 2

Spørsmålene er belyst ved hjelp av fire datakilder: For det første har vi gjennomgått registerdata. For det andre har vi gjennomført en dokumentstudie som gir en oversikt over lover og forskrifter om brukerrettigheter til eldre og yngre brukere de siste 20 årene. For det tredje har vi gjennomført en casestudie i fem kommuner, der administrative ledere av pleie- og omsorgssektoren, ledere av bestillingskontor og tjenesteledere er intervjuet. Vi har også gjennomgått relevant forskning i Sverige og Danmark og hatt samtaler med sentrale forskere i de to landene.

Kapittel 3

I kapittel 3 beskrives utviklingen i tilbudet av pleie- og omsorgstjenestene til yngre og eldre brukere de siste 20 årene. Framstillingen bygger på analyser av KOSTRA-statistikk som er presentert i studier som er gjennomført av andre forskere, samt egne analyser av disse dataene som vi har gjennomført i dette prosjektet. Gjennomgangen av registerdata viser at:

- Det har funnet sted en sterk vekst i pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene.

- Antallet årsverk i pleie- og omsorgssektoren økte fra 75 613 i 1992 til 126 227 i 2010. Det vil si at det har funnet sted en økning på 50 614 årsverk.
- Flesteparten av nye årsverk som er tilført sektoren, har gått til yngre brukere.
- Institusjonstilbudet til eldre har blitt redusert. Målt pr. 1000 innbygger 80 år og eldre har det vært en nedgang fra 198 institusjonsplasser i 1992 til 141 i 2011.
- Når man ser på antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbygger i alderen 80 år og eldre, framkommer det at antallet har falt fra 400 i 1992 til 342 i 2011.
- Det meste av veksten i hjemmetjenestene har gått til yngre brukere.
- I 1992 var det syv mottakere av hjemmetjenester under 67 år pr. 1000 innbygger i denne aldersgruppen. I 2011 hadde antallet økt til 16.

Kapittel 4

Gjennomgangen av reformer og opptrappingsplaner for pleie- og omsorgstjenestene i kommunal sektor gir ikke grunnlag for å hevde at yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester har sterkere formulerte individuelle rettigheter enn eldre brukere. Det har vært gjennomført en rekke reformer, handlings- og opptrappingsplaner, men ingen av disse har vært formulert som individuelle rettighetslover. Gjennomgangen av forarbeidene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven viser også at det ikke er gitt sterkere rettigheter til bestemte alders- eller diagnosegrupper framfor andre. Det samme gjelder pasient- og brukerrettighetsloven. Loven og forarbeidene er generelt formulert, og rettighetene er de samme for alle grupper, uavhengig av alder.

En kort gjennomgang av noen pågående debatter innenfor pleie- og omsorgsfeltet tyder imidlertid på at det foregår en viss forskjellsbehandling mellom eldre og yngre brukere. Denne forskjellsbehandlingen kan ikke begrunnes ut ifra lovverket, noe som også har vært påpekt i statlige tilsyn. Forskjellsbehandling har imidlertid vokst fram gjennom praksis og gjennom tolkning av begreper som «behov» og «mestring» i kommunene.

Gjennomgangen viser en gradvis sterkere vektlegging av «normalisering», i betydningen felles lovverk og felles strukturer for alle brukergrupper, samt individuell tilpasning, individuell plan og brukermedvirkning. Normaliseringsprinsippet innebærer at det som må ha vært av formalisert forskjellsbehandling av grupper, gradvis er skrevet ut av lovverket. Vekten på individuell tilpasning, med sterk vekt på individuelle behov, legitimerer derimot forskjellsbehandling – så lenge denne er begrunnet i individuelle behov. Ulikheter i behov og livssituasjon vil dermed slå sterkt ut på hvilke tjenester den enkelte mottar. Ulik vektlegging av behov, og ulik evne til å utnytte de positive mulighetene som ligger i det felles lovverket, kan dermed skape forskjeller mellom grupper – både mellom eldre og yngre og mellom grupper av brukere i samme alder.

Kapittel 5

Informanter som ble intervjuet i casestudien som er gjennomført i fem kommuner, er opptatt av at pleie- og omsorgstjenestene har utviklet seg til å bli noe mer enn de tradisjonelle tjenestene som sykehjem og hjemmetjenester, dvs. hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Innholdet i de tradisjonelle tjenestene sies i større grad å ha endret seg til å være helsetjenester, samtidig har det kommet til nye tjenester og personellgrupper. Veksten i disse sies å være knyttet til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til nye grupper av yngre brukere. Nye tjenester som BPA og støttekontakter beskrives som tjenester som befinner seg i en gråsoner opp mot pleie og omsorg.

Informantene oppgir en rekke forklaringer på veksten i yngreomsorgen, som kan grupperes i tre hovedforklaringer:

- Den første går ut på at *det har skjedd en endring i ideologi om hva som er god omsorg*. Hovedgrunnen til at det har skjedd en vekst i yngreomsorgen, sies å være de store reformene og opptrappingsplanene som har ført til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til et stadig større antall yngre brukere utenfor institusjon.
- Den andre hovedforklaringen sies å være *press fra noen yngre brukergrupper og deres støttespillere for å få innfridd brukerrettigheter*. Økt bevissthet om brukerrettigheter og endringer i befolkningens forventninger til hva kommunene kan gjøre noe med og ta ansvar for, sies også å ha påvirket veksten i pleie- og omsorgssektoren. Selv om rettighetsfestingen er lik for alle brukere, uavhengig av alder og diagnose, forteller informantene at det er noen brukergrupper, eldre, rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser, som i mindre grad benytter seg av og kjemper for sine rettigheter. Yngre funksjonshemmede sies å være den gruppen som har vært mest bevisst sine rettigheter. Disse sies også å ha aktive pårørende og brukerorganisasjoner som legger press på kommunene for at brukerne skal få de tjenestene de trenger.
- Den tredje hovedforklaringen sies å være *endringer i sykehussektoren*. Det har gjennom flere år vært en målsetting å redusere antallet liggedager på sykehus, noe som oppnås gjennom å skrive ut pasienter til kommunal omsorg. Samtidig har medisinsk teknologisk utvikling utvidet hvilke tilbud kommunene er i stand til å gi.

Flere av informantene gir uttrykk for at veksten i yngreomsorgen har gått utover tjenestetilbudet til eldre. Det sies at det ikke har fulgt med nok ressurser med de nye brukerne, og at kommunene fordeler tjenester innenfor stadig strammere økonomiske rammer. Flere informanter gir uttrykk for at noen grupper av yngre prioriteres litt høyere. En viktig grunn til at eldre mottar mindre tjenester, sies å være at eldre er nøysomme, og ikke har pårørende som står like hardt på for deres rettigheter. Også ansatte i tjenestene, lokalpolitikere, og i noen tilfeller også ansatte hos Fylkesmannen, sies å ha lettere for å sympatisere med ønskene og behovene til de yngre enn de eldre.

Kapittel 6

Det er flere fellestrekk med Norge i utviklingen i pleie- og omsorgssektoren i Sverige og Danmark. Akkurat som i Norge er det gjennomført flere reformer som har ført til at kommunene har fått ansvar for et økende antall yngre brukere. Det har funnet sted en økt rettsliggjøring av brukerrettigheter både i Danmark og Sverige, og i begge landene er det innført særlover for tjenester, som personlige assistenter, som kun gjelder brukere under 65 år. I Sverige viser forskning at det tildeles betydelig flere timer med hjelp fra personlige assistenter til brukere, sammenlignet med timer med hjemmetjenester som gis eldre, og også yngre brukere. Noen yngre brukere mottar hjelp både fra personlig assistent og hjemmetjenester. Både i Sverige, Norge og Danmark framhever forskere at ambisjonene om å forsterke rettighetene, og bygge ut tjenester, til funksjonshemmede i en periode har vært betydelig sterkere sammenlignet med andre grupper som eldre, rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser.

Det er et mye større omfang av brukervalgordninger i Sverige og Danmark enn i Norge. Undesøkelser i begge nabolandene kan tyde på at det er vinnere og tapere i systemet med brukervalgordninger. Eldre hjelpetrengende ser ut til i mindre grad enn yngre funksjonshemmede å ha hatt fordel av innføring av brukervalgordninger. Få av de sykeste og skrøpeligste eldre med omfattende omsorgsbehov, og som ofte også har demens eller annen kognitiv svikt, benytter seg av muligheten til å velge. Yngre personer med psykisk eller kognitiv svikt ser også ut til i liten utstrekning å benytte seg av muligheten til å velge tjenesteleverandør, og å påvirke innholdet i tjenesteutøvingen.

Kapittel 7

Et viktig formål med denne studien har vært å øke forståelsen for drivkreftene bak veksten i yngreomsorgen. Vi har vektlagt endrede ansvarsforhold, sterkere rettigheter (for alle grupper), endret relasjon mellom institusjonsomsorg og hjemmeomsorg, og teknologisk utvikling. I den avsluttende diskusjonen er spørsmålet hvorfor drivkreftene bak veksten i yngreomsorgen ikke også har fungert som drivkrefter i eldreomsorgen. Følgende forklaringer diskuteres:

- Eldreomsorgen oppfattes som å være ferdig/på plass, slik at det ikke er behov for utbygging.
- Det er opprettet en refusjonsordning for særskilt ressurskrevende yngre brukere. Svært store kostnader til enkeltbrukere under 67 år overlates i stor grad til staten. Dette kan være noe av grunnen til at eldre med svært store bistandsbehov i mindre grad enn yngre med tilsvarende funksjonsnivå får støtte til å bo hjemme.
- Forståelsen av «behov» varierer med hvilken del av livsløpet brukeren er i. Hjelpemiddelet kan legge til grunn at yngre brukere har behov for sosial kontakt, opp-

læring/stimulering og personlig hygiene på et nivå man ikke opplever at eldre har «behov» for.

- Yngre er mer rettighetsbevisste, mens eldre oppfattes som beskjedne, ydmyke og glade hvis de får noe overhodet.
- Arbeidslinje-tankegangen kan forklare at yngre brukere får mer pleie- og omsorgstjenester enn eldre brukere.
- Ulike fagtradisjoner. I omsorgen for eldre vektlegges i mindre grad samvær, trening og mestring av dagligliv.

Ett hovedspørsmål som skulle belyses i denne studien, er hvorvidt yngre og eldre brukere har ulike rettigheter til tjenester. Dette er ikke tilfellet. Rettigheter er ganske universelt formulert. Derimot legger lover og forskrifter stor vekt på at tjenester skal følge behov. Forståelsen av behov blir dermed et nøkkelpunkt.

Vi kan si følgende, på bakgrunn av denne studien, om hva som ser ut til å være utfordringer framover for kommunene:

Flere utviklingstrekk fører til at kommunene står overfor store utfordringer, både økonomisk og personellmessig, framover. Disse er demografiske endringer som fører til en økning i antall eldre, og en økning i befolkningen som lever med kroniske sykdommer, og bedre behandlingsmetoder, som fører til at flere overlever, men som i mange år vil være avhengig av å få bistand fra helse- og omsorgstjenestene. Vi er også inne i en utvikling med stadig flere kompliserte og sammensatte diagnoser som følge av økt alder, som vil kreve større kompetanse for å håndteres. Samhandlingsreformen oppfattes som å forsterke utviklingen med at kommunene må ta imot et økende antall tunge brukere som krever store personellressurser, og som må ivaretas av et helsepersonell med høy helsefaglig kompetanse. Vi ser en fortsatt økning i antall yngre brukere av pleie- og omsorgstjenestene. En undervurdert utfordring for kommunene framover kan se ut som å være at antallet yngre brukere med psykiske lidelser og rusmisbrukere øker. Dette er en ressursutfordring, men samtidig også en utfordring fordi kommunene opplever det som vanskelig å yte tjenester som dekker disse brukernes behov. Et sentralt spørsmål som kan være viktig å belyse framover, er hvorvidt kommunene har forutsetninger for å yte tjenester til de tyngste brukerne, og om annenlinjetjenesten bør få et større ansvar for å yte tjenester til disse. Et annet viktig spørsmål som kan stilles, er hva som vil skje videre med eldreomsorgen dersom det blir et større gap mellom ressurser og oppgaver som skal utføres i kommunene. Dersom vi ser på forskning som er utført i Sverige, som på grunn av lavkonjunktur har måttet stramme inn på pleie- og omsorgstjenestene, er det eldre som har fått kutt i tjenestene. Utviklingen sies å ha ført til økte kjønns- og klasseforskjeller, fordi det er dokumentert at kvinner i familier med lav utdanning og inntekt i større utstrekning har måttet gi omsorg til foreldre, mens velstående eldre kjøper private tjenester i et voksende kommersielt marked.

Til slutt:

Vi har sett, særlig gjennom casestudien, at forståelsen av «behov» varierer med hvilken del av livsløpet brukeren er i. En grunnleggende tenkemåte er at brukerne skal settes i stand til å leve et liv som er mest mulig likt livet til andre i samme livsfase. Dermed blir det sentralt å diskutere hva som skal betraktes som «et normalt liv» for mennesker på 15, 45, 75 eller 90 år. Særlig for de eldste brukerne kan det problematiseres at «det normale» later til å være et relativt passivt liv, der man i stor grad er avhengig av hjelp fra andre. Det kan være behov for en bredere debatt om hva mennesker i ulike aldersgrupper, med ulike tjenestebehov, kan forvente av offentlig innsats, og hva som skal være siktemålet med tjenestene.

1 Innledning

Det har funnet sted en formidabel vekst i kommunenes pleie- og omsorgstjenester de siste 20 årene. Flere store reformer på helse- og omsorgsfeltet har innebåret overføring av oppgaver fra fylkeskommunalt og statlig nivå til kommunene. Fra i hovedsak å være en eldreomsorgstjeneste har pleie- og omsorgstjenestene utviklet seg til å bli tjenester for et mye større mangfold av brukere, og hvor en stor andel er yngre brukere. Ca. 40 prosent av ressursinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene går i dag til yngre brukere (under 67 år). Reformene er en viktig del av forklaringen på økningen i antallet yngre brukere, men er det også andre forklaringer på den sterke veksten? Og hva betyr denne veksten i antallet yngre brukere av kommunale omsorgstjenester for eldreomsorgen? Dette er de to hovedspørsmålene som diskuteres i denne rapporten. Hovedtemaet i rapporten er kommunenes prioriteringsutfordringer på omsorgsfeltet.

1.1 Bakgrunn og problemstillinger

Overføring av nye oppgaver til kommunenes pleie- og omsorgstjenester de siste 20 årene har ført til en kraftig vekst i sektoren. Nedbygging av institusjonsomsorgen og ulike reformer, som tilbakeføringen av sykehjem fra fylkeskommunen til kommunene i 1988, HVPU-reformen i 1991, en raskere utskriving av pasienter fra sykehus fra begynnelsen av 1990-tallet, et utvidet tilbud til fysisk funksjonshemmede, et gradvis større ansvar for personer med psykiske lidelser gjennom 90-tallet, opptrappingsplanen for psykisk helse som startet i 1998 og reformer innen rusomsorgen, har ført til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til stadig nye brukergrupper. Med unntak av tilbakeføringen av sykehjem og en vekst i antall eldre som skrives ut fra sykehus til kommunene, har disse reformene først og fremst ført til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til et stadig større antall av unge brukere (under 67 år) (Gautun & Hermansen 2011).

Helt siden begynnelsen av 1990-tallet har det vært en helsepolitisk målsetting å redusere innleggelser i sykehus, og å få ned antall liggedager i sykehus (Gautun, Kjerstad & Kristiansen 2001). Antall liggedager i sykehus ble redusert på 1990-tallet og fortsatte etter helseforetaksreformen i 2002. Utviklingen med at kommunene har tatt imot stadig flere pasienter, har også sammenheng med høyere grad av overlevelse etter sykdom og bedre behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten. Samhandlings-

reformen som trådte i kraft 1. januar 2012, innebærer at kommunene i større grad skal drive forebygging for å redusere antall innleggelses i sykehus, og ta imot pasienter enda raskere etter endt behandling i sykehus.

Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene i dag favner følgelig en bredt sammensatt gruppe: eldre mennesker med og uten demens, yngre personer med redusert funksjons- evne, personer med utviklingshemming, psykiske lidelser, kroniske lidelser og rusmid- delavhengighet (St.meld. nr. 28 (1999–2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000). I tillegg til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til nye grupper av yngre brukere, som tidligere fikk tjenester i spesialisthelsetjenesten, har det funnet sted en tilvekst av nye diagnosegrupper, blant annet med kognitive funksjons- nedsettelse og autismespekterforstyrrelser. Ca. 40 prosent av ressursene innen pleie- og omsorg går i dag til yngre brukere (under 67 år) (Brevik 2011). Mange av de yngre brukerne som kommunene har fått ansvar for, har langvarige somatiske lidelser hvor nevrologiske tilstander dominerer, som MS, Parkinson, epilepsi, hjerneslag, demens, hjerneskade etter ulykker og hjernesvulst (kreft) (Ot.prp. nr. 91 L (2010–2011)).

Brevik (2010) og Hermansen (Gautun & Hermansen 2010) viser i sine analyser av registerdata (KOSTRA) at utviklingen i retning av en økende andel yngre brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester har funnet sted over en lang periode. Det meste av veksten innen pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene har tilfalt de yngre brukergruppene. En tilleggsdimensjon ved flere av gruppene av yngre brukere er at brukerne har et sammensatt og omfattende tjenestebehov, og ofte med behov for tjenester fra ulike tjenestesteder i kommunen.

Utviklingen har økt betydningen av kommunen som velferdsprodusent, og samtidig økt presset for å kunne gi tilstrekkelige tjenester til alle grupper, og kvalitativt gode tjenester, innenfor en presset kommuneøkonomi. Det forventes fortsatt en vekst i antall yngre brukere, samtidig som framskrivninger viser at pleie- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer når det kommer en kraftig vekst i antall eldre over åtti på 2020-tallet (St.meld. nr. 25 (2006–2006), Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer, Omsorgsplan 2015 & NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg). Dreiningen i tjenestetilbudet fra institusjonsomsorg til at tjenester i stadig større grad ytes til brukere i egne hjem eller omsorgsboliger, har ført til at eldre og yngre brukere i økende grad «konkurrerer» om hjemmetjenestene (Gautun & Hermansen 2011). Samtidig ser ulike grupper av yngre brukergrupper også ut til å «konkurrere» med hverandre om tjenestene (Gautun 2012; Gautun & Grønningsæter 2012).

Problemstillinger

I denne rapporten belyses følgende problemstillinger:

- Hvor omfattende har veksten innen pleie- og omsorg vært de siste 20 årene? Er det noen perioder/år som skiller seg ut med en sterkere vekst?
 - Hvordan fordeler veksten i tjenestene seg på eldre og yngre brukere?
- Hva kan forklare veksten i yngreomsorgen? Er det andre faktorer eller drivkrefter enn de store reformene og opptrappingsplanene som har bidratt til veksten?
 - Har økt rettsliggjøring av brukerrettigheter hatt betydning for veksten i yngreomsorgen?
 - Har økende forventninger til hva samfunnet og kommunene kan gjøre noe med og ta ansvar for, påvirket veksten i tjenestene til yngre brukere?
 - Er det andre faktorer eller drivkrefter som har bidratt til veksten i yngreomsorgen?
- Har veksten i yngreomsorgen gått utover tjenestetilbudet til eldre?
- Hvilke prioriteringsutfordringer står kommunene overfor framover?
- Hvordan ser bildet ut i våre naboland Sverige og Danmark?

Hvor omfattende har veksten innen pleie og omsorg vært de siste 20 årene? Er det noen perioder/år som skiller seg ut med en sterkere vekst?

Spørsmålet om hvor omfattende veksten innen pleie og omsorg har vært de siste 20 årene, er belyst ved hjelp av foreliggende studier og egne analyser av registerdata. Et interessant spørsmål som belyses ved hjelp av registerdataene, er om det i 20-årsperioden er bestemte perioder eller år der det har skjedd «hopp» i veksten og/eller brå endringer i fordelingen mellom yngre og eldre. Setter reformene og opptrappingsplanene identifiserbare avtrykk i registerdataene? Er det bestemte perioder med sterk vekst som ikke uten videre kan tilskrives reformene og opptrappingsplanene?

Hva kan forklare veksten i yngreomsorgen? Er det andre faktorer eller drivkrefter enn de store reformene og opptrappingsplanene som har bidratt til veksten?

Flere drivkrefter enn de store reformene og opptrappingsplanene kan tenkes å ligge bak veksten i yngreomsorgen. Vi gjør rede for reformene og opptrappingsplanenes

betydning, men spør også om endringer i sykehussektoren, brukerrettigheter og forventninger i befolkningen, samt andre drivkrefter, kan ligge bak utviklingen.

Det er spesielt fokusert på brukerrettigheter og forventninger i befolkningen som drivkraft. Et sentralt spørsmål som er undersøkt, er hvorvidt brukerrettighetene i lovverk og forskrifter er formulert slik at de gir grunnlag for å prioritere yngre framfor eldre – er rettighetene til (grupper av) yngre brukere sterkere formulert? Hvilken rolle spiller økende forventninger til samfunnets (kommunenes) ansvar, både til når innsatsen skal starte, hvilket omfang innsatsen skal ha, og hvilken kvalitet den skal ha?

Disse spørsmålene belyses med ulike typer data. Spørsmålet om brukerrettigheter som drivkraft er belyst gjennom en dokumentstudie, som gjennomgår hvilke rettigheter de ulike brukergruppene har. Her har vi tatt utgangspunkt i de store reformene og opptrappingene – HVPU-reformen, opptrappingsplanene for psykisk helse, eldreomsorgen, rusfeltet – og gjennomgår sentrale dokumenter for å se hvordan rettighetene for de ulike gruppene er omtalt og presisert, eventuelt endret. Her har det også vært viktig å belyse samhandlingsreformen og den nye loven om helse- og omsorgstjenester i kommunene, som ble iverksatt fra 1.1.2012.

Har veksten i yngreomsorgen gått utover tjenestetilbudet til eldre?

Et sentralt spørsmål i denne studien er om tilveksten av yngre brukere (under 67 år) har fortrent tjenestene til eldre brukere. For å svare på spørsmålet presenterer vi både deskriptiv statistikk fra de siste 20 årene og svar fra en casestudie som vi har gjennomført i fem kommuner. Registerdata viser utviklingen i andel yngre og eldre brukere som mottar tjenester, og utviklingen i andel ressurser som fordeles til ulike aldersgrupper over tid.

I de deskriptive analysene skiller vi ikke bare mellom «eldre» (67 år og eldre) og «yngre» (under 67 år) brukere. Vi skiller også innenfor eldregruppen mellom eldre over og under 80 år. Dette gjør vi fordi tidligere studier har dokumentert at yngre eldre (de mellom 67 og 80 år) har fått en betydelig bedring av helsetilstanden og dermed mindre behov for tjenester sammenlignet med eldre over 80 år. Det er veksten i antall eldre over 80 som forventes å føre til et sterkt press på pleie- og omsorgstjenestene fra 2020-tallet og framover (St.meld. nr. 25 (2006-2006), Mestring, muligheter og mening).

Hvilke prioriteringsutfordringer står kommunene overfor?

Det påpekes i en rekke studier og offentlige dokumenter at kommunene står overfor betydelige utfordringer i årene som kommer. I flere studier sies det at presset på tjenestene kommer til å bli større på grunn av demografisk utvikling, knapphet på arbeidskraft, økende kommunalt ansvar for tjenesteproduksjonen, større mangfold i befolkningen, flere med omfattende behov for pleie- og omsorgstjenester, og utviklingen i sykehus

(Gautun & Hermansen 2011; Gautun & Grønningsæter 2012; Hansen & Grødem 2012). I casestudien som vi har gjennomført i fem kommuner, har vi spurt informantene om hvilke prioriteringsutfordringer de ser for seg at deres kommune står overfor, og spesielt i forhold til eldre og yngre brukere.

Hvordan ser bildet ut i Sverige og Danmark?

Sverige og Danmark er to av Norges nærmeste naboland, og også to land som har organisert pleie- og omsorgstjenestene i stor grad på samme måte som Norge. Offentlige myndigheter tar et omfattende ansvar for pleie og omsorg i begge landene – noe som er et av kjennemerkene ved den nordiske velferdsmodellen (f.eks. Sipilä 1997; Szebehely 2005). Forholdet mellom staten og kommunene i Sverige og Danmark har også likhetstrekk med Norge. Det er derfor interessant å sammenligne utviklingen i Norge med utviklingen i de to landene: Har den samme utviklingen i antallet yngre versus eldre brukere skjedd? Hvilke drivkrefter kan i så fall identifiseres? For å svare på disse spørsmålene gjennomgås forskning og sentrale offentlige dokumenter fra Sverige og Danmark.

1.2 Gangen i rapporten

I kapittel 2 presenteres datakilder og metodiske framgangsmåter som er brukt for å svare på spørsmålene som er stilt i innledningskapitlet. I kapittel 3 presenteres registerdata som viser utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene. I kapittel 4 er temaet hvordan spørsmålet om brukerrettigheter omtales i sentrale dokumenter knyttet til de ulike reformene og i opptrappingsplaner. Hovedspørsmålet i dette kapitlet er om lovfastsatte brukerrettigheter er ulike for yngre og eldre brukere, og om dette kan forklare noe av veksten som har funnet sted innen yngreomsorgen. I kapittel 5 presenteres resultater fra casestudien som er gjennomført i fem kommuner. I intervjuene har informantene beskrevet tjenestetilbud og brukergrupper. Sentrale spørsmål som er belyst i intervjuene, er hvordan de vil forklare veksten i yngreomsorgen, og om de opplever at veksten har gått utover tjenestetilbudet til eldre. I kapittel 6 er det gjennomgått forskning fra Sverige og Danmark som har de samme spørsmålene. I kapittel 7 gis en samlet presentasjon og diskusjon av funn fra de ulike datakildene.

2 Data og metode

Spørsmålene som er stilt i kapittel 1, er belyst ved hjelp av fire datakilder. 1) Registerdata, som gir en oversikt over veksten i pleie- og omsorgssektoren, samt utviklingen i fordelingen av ressurser på eldre og yngre brukere. 2) En dokumentstudie, som gir en oversikt over lover og forskrifter om brukerrettigheter til eldre og yngre brukere de siste 20 årene. 3) En casestudie i fem kommuner, som gir dybdeinformasjon. Det er gjennomført intervjuer med ledere av pleie- og omsorgssektoren, ledere av bestillingskontor i de kommunene som har bestillingskontor, og tjenesteledere. 4) Sentrale offentlige dokumenter og relevant forskningslitteratur i Sverige og Danmark, supplert med samtaler med sentrale forskere i de to landene.

2.1 Analyse av registerdata

Ved hjelp av registerstatistikk gis en beskrivelse av veksten i pleie- og omsorgssektoren generelt, og yngreomsorgen spesielt, de siste 20 årene. Denne oversikten gjør det mulig å se om det har vært en jevn økning, eller noen hopp enkelte perioder eller år i forbindelse med overføringer av oppgaver og dermed brukergrupper til kommunene. Det er viktig å understreke at denne statistikken har noe varierende kvalitet. De siste 20 årene er belyst, men ut ifra kvaliteten på datamaterialet er hovedvekten lagt på å gjennomføre multivariate analyser basert på registerstatistikk etter 2006. Begrunnelsen for å fokusere på registerstatistikk etter 2006 er et brudd i statistikken for mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Fram til 2006 ble tallene på mottakere innhentet gjennom summariske skjema. Fra og med 2007 er data henta fra IPLOS-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenligne med tidligere år (SSB 2012). Hovedkildene for disse multivariate analysene er statistikk hentet fra KOSTRA, IPLOS og Norsk Pasient Register (NPR). I forbindelse med et større pågående prosjekt for Helse- og omsorgsdepartementet om effektivitet og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren har Fafo bygd opp en større kommunedatabase basert på data fra disse kildene som gir grunnlag for multivariate analyser. Vi har koplet KOSTRA-data, som inneholder aggregerte IPLOS-data, med data hentet fra NPR. Alle data er på kommunenivå og er koplet sammen via kommunenummer. Dette er ikke personsensitive data, og alle dataene ligger ute på nett og er offentlig tilgjengelig.

De multivariate analysene belyser i hovedsak hvorvidt og i hvilken grad tjenester til brukere under 67 år fortrenger tjenester til de aller eldste brukerne. Videre har det vært sentralt å undersøke hvilke deler av tjenesteapparatet til de aller eldste innen pleie- og omsorgssektoren som berøres av veksten i yngre brukere. I Gautun og Hermansen (2011) viser analyser av KOSTRA-statistikk for 2008 og 2009 at kommuner med en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester til brukere under 67 år, hadde lavere dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2009. Analysene viser videre at det ikke er noen sammenheng mellom dekningsgrad av hjemmetjenester til yngre brukere og hjemmetjenester til eldre over 80. I dette prosjektet er disse analysene videreført, samt supplert med nye og viktige datakilder som blant annet statistikk fra Norsk Pasient Register.

2.2 Dokumentstudie

Et sentralt spørsmål som undersøkes i dette prosjektet, er hvilken rolle økt rettsliggjøring spiller som drivkraft for utviklingen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Har brukernes rettigheter blitt sterkere over tid, og er det forskjeller mellom eldre og yngre brukere? Førte reformene og opptrappingsplanene med seg sterkere formuleringer av individuelle rettigheter? For å svare på disse spørsmålene har vi gjennomgått de sentrale dokumentene i de ulike reformene og opptrappingene. Vi har sett på lovendringer der det er relevant, og gjennomgått innholdet i eventuelle nye forskrifter og sentrale rundskriv. Særlig i opptrappingsplanene er det likevel viktig å være oppmerksom på «myke styringssignaler», som blant annet omfatter målformuleringer og prioriteringer slik de framkommer i stortingsmeldinger. Vi har derfor gjennomgått hvilke problemformuleringer som gjøres gjeldende i de ulike opptrappingsplanene, og hvilke mål som formuleres. Dette kommer i tillegg til de konkrete tiltakene, økonomiske tilskudd mv., som fulgte av opptrappingene, og gir en mer inngående forståelse av hvilke føringer som ble lagt på kommunene. Viktige lover som legges til grunn for denne gjennomgangen, er tidligere lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) og lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven), samt pasientrettighetsloven. Økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad har siden 2009 vært hjemlet i en egen lov, lov om sosiale tjenester i NAV. Denne loven fastsetter også kommunens plikt til å hjelpe innbyggerne med å skaffe bolig ved behov. Diskusjonen om lov om sosiale tjenester i NAV berører i liten grad de problemstillingene vi er interessert i her, og vi går derfor ikke inn på denne loven i dokumentstudien. I denne delen av studien vil vi også kartlegge hvilke føringer for det kommunale tjenestetilbudet som er formidlet gjennom denne typen styringsdokumenter.

Både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ble avviklet fra 1.1. 2012, og erstattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), med ikrafttredelse 1.1.2012 og 1.7.2012, og lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Det mest sentrale dokumentet i forarbeidet til begge lovene er Prop. 91 L (2010–2011), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. I tillegg ligger viktige signaler i Stortingsmelding nr. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015. Dokumentstudien gjennomgår alle disse dokumentene for å belyse eventuelle substansielle endringer de nye lovene medførte.

De sentrale offentlige dokumentene er i all hovedsak tilgjengelige på Internett. Der det ikke er tilfellet, er det brukt sekundærlitteratur. Denne er i så fall oppgitt som kilde i kapitlet. Dokumentene er identifisert gjennom søk i databaser og gjennom referanselistene i andre sentrale dokumenter (som når opptrappingsplaner viser til stortingsmeldinger og NOU-er). Dokumentbasen Lovdata inneholder alle lover med sentrale forskrifter, og har vært en nyttig kilde til informasjon.

2.3 Casestudie i fem kommuner blant ledere av pleie- og omsorgssektoren og tjenesteledere

For å kartlegge sammenhengen mellom kartlagt behov og vedtak om tjenester for yngre sammenlignet med eldre brukere har vi gjennomført en casestudie i fem kommuner, hvor vi har intervjuet toppledere i administrasjonen og tjenesteledere. Begrunnelsen for å gjennomføre intervjuer både blant ledere av pleie- og omsorgssektoren og tjenesteledere er at to nylig gjennomførte studier (Gautun 2012; Gautun & Grønningsæter 2012) viser at det kan være ulike oppfatninger om tjenester og behov mellom toppledelsen i administrasjonen i kommunen og tjenesteledere. Vi har sett det som viktig å intervjuer tjenesteledere som enten jobber med eldre eller yngre brukere, eller begge deler. For de kommunene som har bestiller-utfører-modell, har vi også intervjuet leder av bestillerkontoret. Dette var aktuelt i fire av kommunene.

Den kvalitative studien har gjort det mulig å gå i dybden. I intervjuene beskrives dagens situasjon, samtidig som informantene er invitert til å reflektere over utviklingen over tid. Dermed kan de også sees i sammenheng med utviklingen som belyses gjennom registerdataanalysen og dokumentstudien. Casestudien bidrar til å gi en større forståelse av drivkrefter, samspill og implementering av lover.

Vi tok utgangspunkt i registerdata om kommunene (hovedsakelig KOSTRA) for å identifisere interessante casekommuner. Kommunene som er valgt ut, er av ulik størrelse og er lokalisert i ulike deler av landet. Kommunene varierer også med hensyn til hvor stor andel av kommunebudsjettet som brukes til helse og omsorg, og hvor mye kommunene bruker til helse og omsorg per innbygger. To store, to mellomstore og en

liten kommune inngår i studien. To av disse er på Vestlandet. Én er på Østlandet, en annen er på Sørlandet og den femte er i Nord-Norge.

Vi etablerte kontakt med kommunene ved å sende en e-post til rådmennene, eller helse- og sosialsjefer i de kommunene som hadde denne organiseringen. E-postkontakten ble fulgt opp av telefoner. Alle kommunene sa seg villige til å delta. Datainnsamlingen ble gjennomført sommeren 2012. Vi intervjuet toppledere i alle kommunene, i tillegg hjalp lederne oss med å identifisere aktuelle informanter i kommunen. På denne måten fikk vi et utvalg av informanter som var foreslått av kommunen, noe som kan ha virket inn på hvilke perspektiver vi fikk formidlet. Vi tror likevel ikke dette har preget undersøkelsen. Vi opplevde stor grad av åpenhet i intervjuene, også om problematiske forhold. Vi snakket med informanter fra ulike deler av tjenesteapparatet, og opplevde at de ga et bredt bilde av kommunens erfaringer.

Det ble gjennomført til sammen 21 intervjuer i de fem kommunene. I én kommune ble det gjennomført tre intervjuer. I to kommuner ble det gjennomført fire intervjuer, og i to kommuner ble det gjennomført fem intervjuer. Følgende informanter ble intervjuet i toppledelsen: to rådmenn, en kommunalsjef og tre andre ledere med ansvar for hele pleie- og omsorgsfeltet i kommunene. I fire av kommunene er leder av bestiller/tildelingskontoret intervjuet. Den femte kommunen har ikke bestillerkontor. I denne kommunen er en informant fra saksbehandlernivået, mellom tjenestene og toppledelsen, intervjuet. De resterende (11) informantene er virksomhetsledere/tjenesteledere. De fleste av disse er ledere for pleie- og omsorgstjenester til brukere i alle aldre, men utviklingshemmede, rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser tilbys tjenester i egne tilbud, som ikke inngår i pleie- og omsorgstjenestene. De fleste (7) tjenesteledere har derfor liten oversikt over disse gruppene. Fire er imidlertid enhets/tjenesteledere for alle brukergrupper, også rus, psykiatri og utviklingshemmede.

Alle informantene hadde lang fartstid i kommunen, og de fleste tjenestelederne hadde flere års fartstid som ansatte i tjenestene før de fikk lederansvar. Sånn sett var informantene våre representative for sektoren. Nylig gjennomførte studier viser at mange innen pleie og omsorg har jobbet innen sektoren i mange år (Gautun & Hermansen 2010; Gautun 2011). Datainnsamlingen er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som er personvernombud for Fafo.

2.4 Gjennomgang av forskning i Sverige og Danmark

Et av målene med prosjektet har vært å sammenligne utviklingen i Norge med utviklingen i våre nærmeste naboland. En oversikt over utviklingen i Sverige og Danmark er utarbeidet ved å gjennomgå sentrale offentlige dokumenter og relevant forskning i de to landene. Relevante offentlige dokumenter har blitt identifisert ved å gå inn på

Socialministeriet (Danmark)/Social- och hälsovårdsministeriets (Sverige) nettsider. Det ble også gjort litteratursøk på relevant forskning i begge landene. I tillegg til å gjennomgå sentrale dokumenter og forskning har vi tatt kontakt med forskere ved Aalborg Universitet, Forskningsinstituttet Anvendt Kommunal Forskning AKF og ved Stockholms universitet, Institutet for socialforskning i Sverige om spørsmålene som undersøkes i prosjektet.

3 Utviklingen i antall brukere og ressursinnsatsen

I dette kapitlet beskrives utviklingen i antall brukere og ressursinnsatsen i pleie- og omsorgstjenester de siste 20 årene. Framstillingen bygger på statistikk fra SSB og analyser som er utarbeidet av andre forskere. Det er viktig å understreke at kvaliteten på statistikken, samt sammenlignbarheten over tid, varierer. Statistikken over antall beboere på institusjon og mottakere av hjemmetjenester ble lagt om fra og med 2007. Fram til 2006 ble statistikken innhentet gjennom summariske skjema, mens fra 2007 er data hentet fra IPLOS-registeret. Tall fra 2007 og senere er derfor ikke helt sammenlignbare med tidligere år (SSB 2012). De kan imidlertid brukes til å si noe om hvorvidt hovedtrendene fram til 2007 fortsetter i årene etter. Den deskriptive framstillingen gir bilde av den overordnede utviklingen. For å få et klarere bilde av hvordan alderssammensetningen blant brukere av pleie- og omsorgstjenester påvirker tjenestetilbudet i den enkelte kommune, gjennomføres det avslutningsvis multivariate analyser. Avslutningsvis belyses hvorvidt dekningsgraden av hjemmetjenester til innbyggere under 67 år påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2010 og 2011.

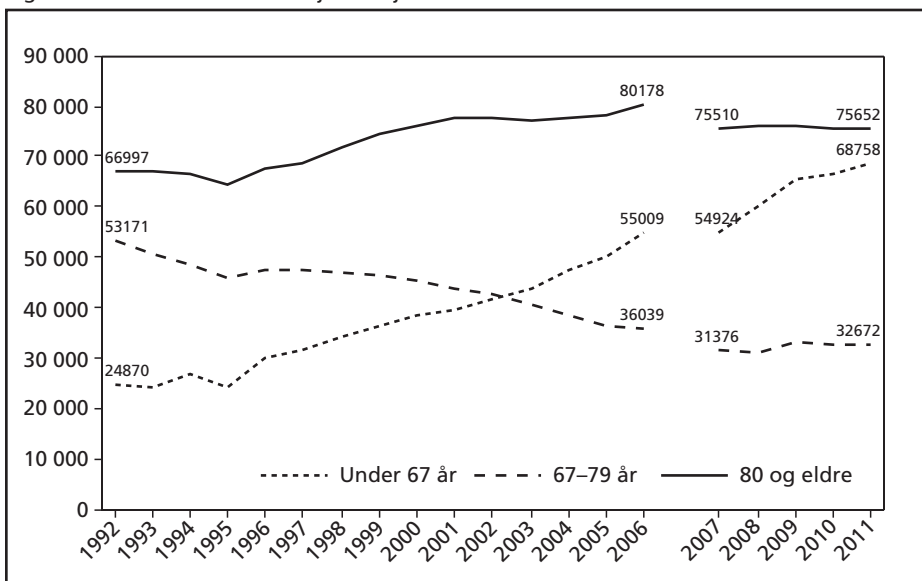
3.1 Utviklingen i antall brukere av pleie- og omsorgstjenester

Mottakere av hjemmebasert omsorg 1992–2011

Et av de mest slående utviklingstrekk innen pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene har vært en omfattende endring i alderssammensetningen blant brukerne av hjemmebaserte tjenester. Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år har økt fra 24 870 til 55 009 i perioden 1992 til 2006, eller med hele 25 280 (jf. figur 3.1). Dette innebærer en vekst på hele 121 prosent når nivået i 2006 sammenlignes med nivået i 1992 (jf. figur 1 i appendix A). Mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre har til sammenligning opplevd en vekst på 19 prosent i perioden, mens mottakere av hjemmetjenester i alderen 67–79 år lå 32 prosent lavere i 2006 enn nivået i 1992 (jf. figur 1 i appendix A).

Når den relative størrelsen på de ulike aldersgruppene sees i sammenheng, har mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre ligget stabilt på rundt 46 prosent i hele perioden mellom 1992 og 2006 (jf. figur 2 i appendix A). Til sammenligning har mottakere av hjemmetjenester under 67 år mer enn fordoblet sin andel. Fra å utgjøre 17 prosent av alle mottakere av hjemmetjenester i 1992, utgjorde de i 2006 nær en tredje del av samtlige mottakere. For aldersgruppen 67–79 år har den relative andelen i perioden falt fra 36 prosent i 1992 til 21 prosent i 2006, eller med 15 prosent i løpet av perioden (jf. figur 2 i appendix A). Mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre har dermed i hele perioden utgjort det største antallet brukere av hjemmetjenester. Mottakere i alderen 67–79 år er imidlertid blitt forbigått av brukere under 67 år. Fra 2002 var brukere under 67 år flere enn de mellom 67–79 år.

Figur 3.1 Antall mottakere av hjemmetjenester etter alder 1992–2011.



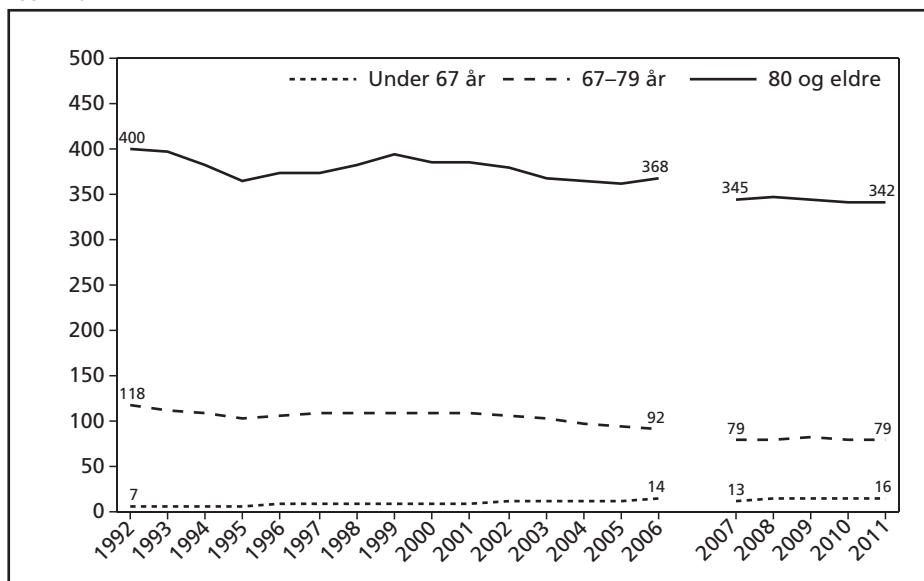
Kilde: SSB (2012)

Når det gjelder utviklingen i antall mottakere av hjemmetjenester i perioden 2007 til 2011, har utviklingen i antall brukere vært relativt stabil for gruppen «yngre eldre» (67–79) år og «eldre eldre» (80 år +). Begge aldersgruppene har i perioden økt litt i antall (jf. figur 3.1). Som sagt ble statistikken over antall beboere på institusjon og mottakere av hjemmetjenester lagt om fra og med 2007. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenligne med tidligere år. Imidlertid er det interessant å se at denne omleggingen har medført en nedjustering på 4668 mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre, og en nedjustering på 4663 mottakere av hjemmetjenester i alderen 67–79 år. Den sterke veksten for mottakere av hjemmetjenester

under 67 år i perioden 1992 til 2006 fortsatte imidlertid i perioden 2007 til 2011. I løpet av femårsperioden økte antall mottakere under 67 år med hele 25 prosent når nivået i 2011 sammenlignes med nivået i 2007 (jf. figur 3 i appendix A). I absolutte tall var økningen på 13 834 hjemmetjenestemottakere fra 2007 til 2011 (jf. figur 3.1).

Når den relative størrelsen på de ulike aldersgruppene innen de hjemmebaserte tjenestene sammenlignes, sank andelen mottakere i alderen 80 år og eldre med 4 prosent fra 46 prosent i 2007 til 42 prosent i 2011 (jf. figur 2 i appendix A). Til sammenligning økte andelen mottakere av hjemmetjenester under 67 år med 5 prosent fra 33 i 2007 til 38 prosent i 2011. I 2011 var dermed gruppen mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre kun 8 prosent større enn gruppen mottakere av hjemmetjenester under 67 år.

Figur 3.2 Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere i de aktuelle aldersgrupper 1992–2011.



Kilde: SSB (2012)

For å kunne få et fullstendig bilde av utviklingen i antall mottakere av hjemmetjenester etter alder, må denne vurderes med utgangspunkt i den demografiske utviklingen innenfor de aktuelle aldersgruppene som helhet. Når mottakere av hjemmetjenester måles pr. 1000 innbygger i de aktuelle aldersklassene, framkommer det at antallet mottakere av hjemmetjenester for aldersgruppen 80 år og eldre har falt fra 400 i 1992 til 368 i 2006 (jf. figur 3.2). På tross av en vekst i det absolute antallet mottakere av hjemmetjenester for denne aldersgruppen (jf. figur 3.1) har denne gruppen dermed opplevd en nedgang i perioden i og med at veksten i mottakere ikke har fulgt veksten

i aldersgruppen som sådan. Mottakere av hjemmetjenester som er 80 år og eldre, har dermed i løpet av perioden opplevd en reduksjon på 8,6 prosent eller 32 mottakere pr. 1000 innbygger på 80 år og eldre. På tross av at mottakere av hjemmetjenester i alderen 67–79 år har opplevd reduksjon i det absolutt antallet på 17 132 fra 1992 til 2006 (jf. figur 3.1), innebærer lavere vekst i aldersgruppen som helhet at reduksjonen relativt sett er mindre enn for aldersgruppen 80 år og eldre (jf. figur 3.2). Den sterke veksten i antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år framkommer også når utviklingen måles pr. 1000 innbygger under 67 år. I 1992 var det syv mottakere av hjemmetjenester under 67 år pr. 1000 innbygger i denne aldersgruppen. I 2006 hadde antallet økt til 14, eller en økning på hele 50 prosent sammenlignet med antallet i 1992.

For mottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og eldre har utviklingen i perioden 1992 til 2006 fortsatt med samme trend i perioden 2007 til 2011. Målt i antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbygger 80 år og eldre, sank antallet mottakere i denne aldersgruppen fra 345 i 2007 til 342 i 2011 (jf. figur 3.2). Aldersgruppen 67–79 år har til sammenligning holdt seg stabil, mens mottakere under 67 år har i perioden økt fra 13 i 2007 til 16 i 2011 pr. 1000 innbygger under 67 år.

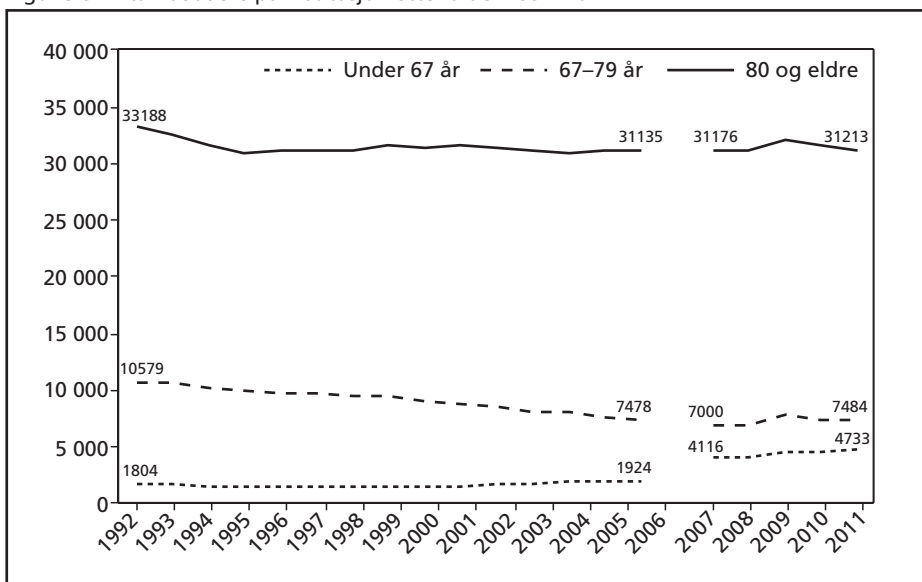
Tabell 3.1 Utviklingen i antall mottakere av hjemmetjenester etter alder 1992– 2011. Oppsummerende tabell.

	Utvikling i antall mottakere 1992–2006	Utvikling i antall mottakere 2007–2011	Utvikling fram til 2006 sammenlignet med 1992-nivå	Utvikling fram til 2011 sammenlignet med 2007-nivå	Utviklingen i mottakere pr. 1000 i de aktuelle aldersgrupper 1992–2006	Utviklingen i mottakere pr. 1000 i de aktuelle aldersgrupper 2007–2011
Under 67 år	+ 25 280	+ 13 834	+ 121 %	+ 25 %	+ 7	+ 3
67–79 år	- 17 132	+ 1296	- 32 %	+ 4 %	- 26	Ingen endring
80 år og eldre	+ 11 091	+ 142	+ 19 %	+ 0,19 %	- 32	- 3

Beboere på institusjon 1992–2011

Sammenlignet med utviklingen innen de hjemmebaserte tjenestene, har utviklingen innenfor den institusjonsbaserte omsorgen vært preget av langt større stabilitet. Mens de hjemmebaserte tjenestene i økende grad framstår som et pleie- og omsorgstilbud som favner hele befolkningen, er begrepet «eldreomsorg» fortsatt mest dekkende for den institusjonsbaserte omsorgen. Institusjonsomsorgen er et tilbud som i liten grad har blitt benyttet av «unge eldre» (67–79 år). Beboere i alderen 80 år og eldre har i begge periodene, fra 1992 til 2006 og fra 2007 til 2011, utgjort over 70 prosent av alle beboere på institusjon (jf. figur 4 i appendix A).

Figur 3.3 Antall beboere på institusjon etter alder 1992–2011.

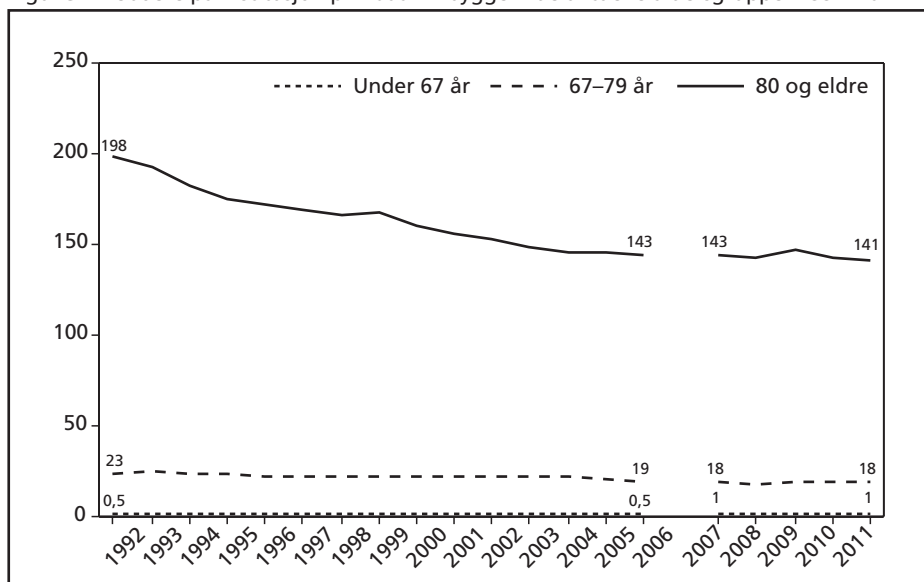


Kilde: SSB (2012)

Antall beboere i institusjon i alderen 80 år og eldre sank fra 33 188 i 1992 til 31 135 i 2006. Beboere i alderen 67–79 år opplevde til sammenligning en nedgang på 3100 beboere i samme periode (jf. figur 3.3). Når nivået i 2006 sammenlignes med nivået i 1992, har beboere i alderen 67–79 år opplevd en relativ reduksjon på hele 29 prosent i løpet av perioden (jf. figur 5 i appendix A). For beboere under 67 år økte antallet fra 1804 i 1992 til 1924 i 2006, eller 120 beboere i perioden. I perioden 2007 til 2011 har alle de tre aldersgruppene opplevd en økning i det absolutte antallet beboere (jf. figur 3.3).

Utviklingen må imidlertid sees i sammenheng med den demografiske utviklingen og at alderssammensetningen i befolkningen som helhet har endret seg gjennom perioden. Målt pr. 1000 innbygger 80 år og eldre har beboere på institusjon som er 80 år og eldre, opplevd en nedgang fra 198 i 1992 til 143 i 2006 (jf. figur 3.4 på neste side). Denne utviklingen innebærer en reduksjon på hele 38 prosent eller 55 beboere pr. 1000 innbygger i alderen 80 år og eldre fra 1992 til 2006. Til sammenligning har beboere i alderen 67–79 år opplevd en reduksjon på 4 beboere pr. 1000 innbygger 67–79 år, mens beboere under 67 år har ligget stabilt på 0,5 beboere pr. 1000 innbygger under 67 år i perioden. Beboere i alderen 80 år og eldre opplevde også en nedgang i perioden 2007 til 2011, mens de to øvrige aldersgruppene har ligget stabilt (jf. figur 3.4).

Figur 3.4 Beboere på institusjon pr. 1000 innbygger i de aktuelle aldersgrupper 1992–2011.



Kilde: SSB (2012)

Tabell 3.2 Utviklingen i antall beboere på institusjon etter alder 1992–2011. Oppsummerende tabell.

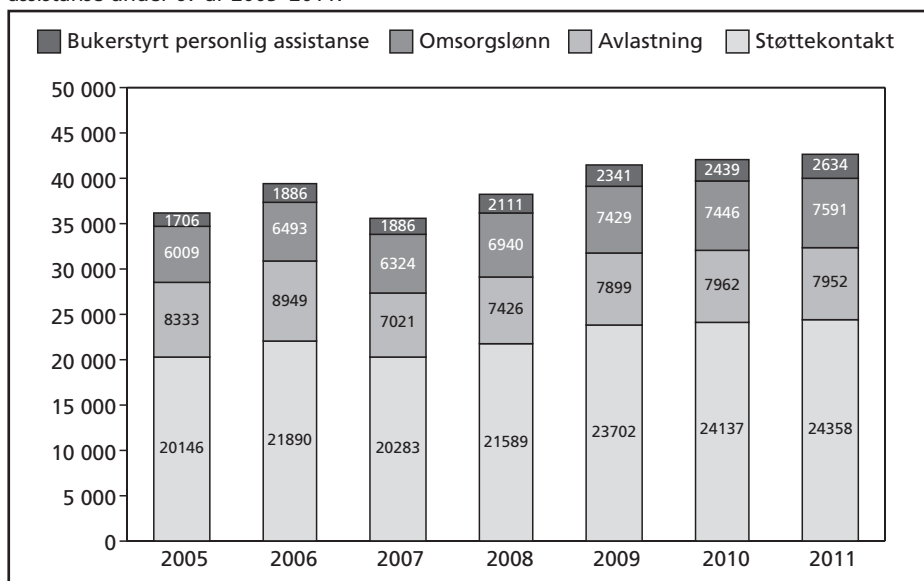
	Utvikling i antall beboere 1992–2006	Utvikling i antall beboere 2007–2011	Utvikling fram til 2006 sammenlignet med 1992-nivå	Utvikling fram til 2011 sammenlignet med 2007-nivå	Utviklingen i beboere pr. 1000 i de aktuelle aldersgrupper 1992–2006	Utviklingen i beboere pr. 1000 i de aktuelle aldersgrupper 2007–2011
Under 67 år	+ 120	+ 617	+ 6 %	+ 15 %	Ingen endring	Ingen endring
67–79 år	- 3100	+ 484	- 29 %	+ 7 %	- 4	Ingen endring
80 år og eldre	- 2053	+ 37	- 6 %	+ 0,12 %	- 55	- 2

Utviklingen i antall yngre og eldre brukere som mottar brukerstyrt personlig assistent eller støttekontakt

Når det gjelder tjenester utover de tradisjonelle hjemmebaserte tjenestene, slik som støttekontakt, avlastning, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse, utgjør også mottakere under 67 år en dominerende brukergruppe. Slik det framkommer av figur 3.5, var det 24 358 mottakere av støttekontakt under 67 år i 2011. For aldersgruppen over 67 år var det tilsvarende tallet 5095 (ref. figur 3.6). Antallet mottakere av støttekontakt under 67 år har økt med 4212 fra 2005 til 2011. Til sammenligning opplevde mottakere over 67 år en økning på 1782 i samme periode.

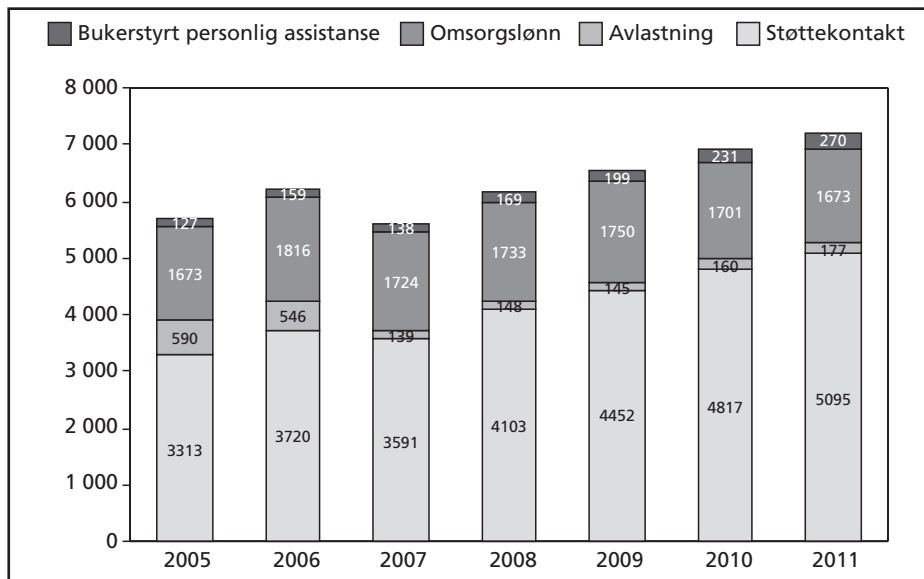
I alt 2634 mottakere under 67 år hadde brukerstyrt personlig assistanse i 2011, mens kun 270 mottakere over 67 år mottok en slik tjeneste i 2011. De under 67 år har opplevd en økning på 928 mottakere av brukerstyrt personlig assistanse fra 2005 til 2011. Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse over 67 år har til sammenligning opplevd en økning på 143 i samme periode (ref. figur 3.5 og figur 3.6).

Figur 3.5 Mottakere av avlastning, støttekontakt, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse under 67 år 2005–2011.



Kilde: SSB (2012)

Figur 3.6 Mottakere av avlastning, støttekontakt, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse over 67 år 2005–2011.



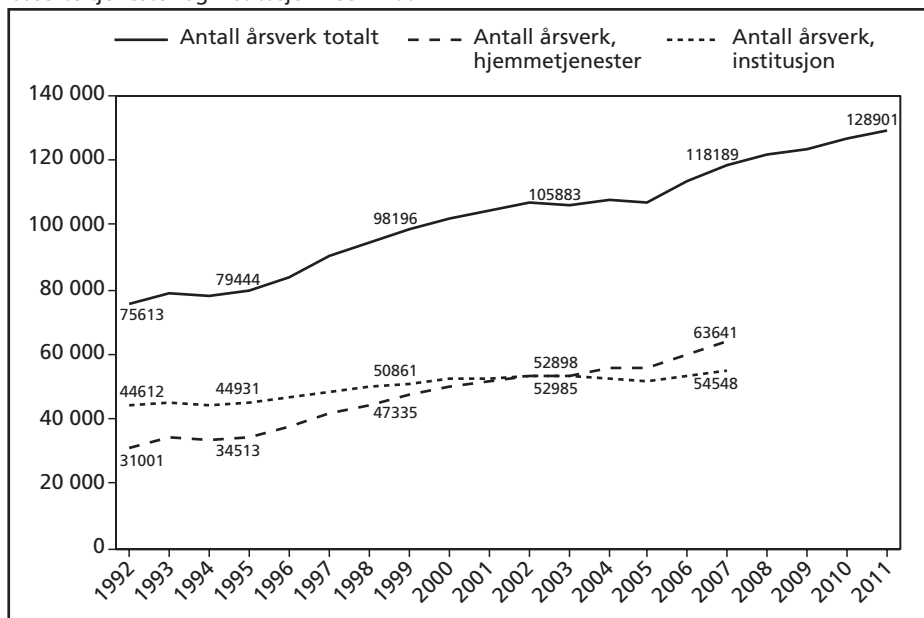
Kilde: SSB (2012)

3.2 Utviklingen i ressursinnsatsen innen pleie- og omsorgssektoren

Innen pleie- og omsorgssektoren utgjør personellet den grunnleggende ressursen. Alle tjenester som ytes, består av menneskelig innsats. Som det framkommer av figur 3.7, har antallet årsverk i pleie- og omsorgssektoren økt fra 75 613 i 1992 til 126 227 i 2010, dvs. at det har vært en økning på 50 614 årsverk i løpet av perioden. Ifølge beregninger foretatt av Brevik (2010) var hovedparten av disse årsverkene tilknyttet institusjonsbaserte tjenester i 1992. Fra og med 2005 har de hjemmebaserte tjenestene hatt den største årsverksinnsatsen.

Det foreligger kun årsverksfordeling på institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester fram til og med 2007. Som tidligere nevnt er det også et brudd i statistikken mellom 2006 og 2007, noe som innebærer at statistikk før og etter denne perioden ikke er dirkete sammenlignbar. I den kommende framstillingen vil det derfor fokuseres på årene fram til 2006.

Figur 3.7 Antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren 1992–2011 og antall årsverk i hjemmebaserte tjenester og institusjon 1992–2007.

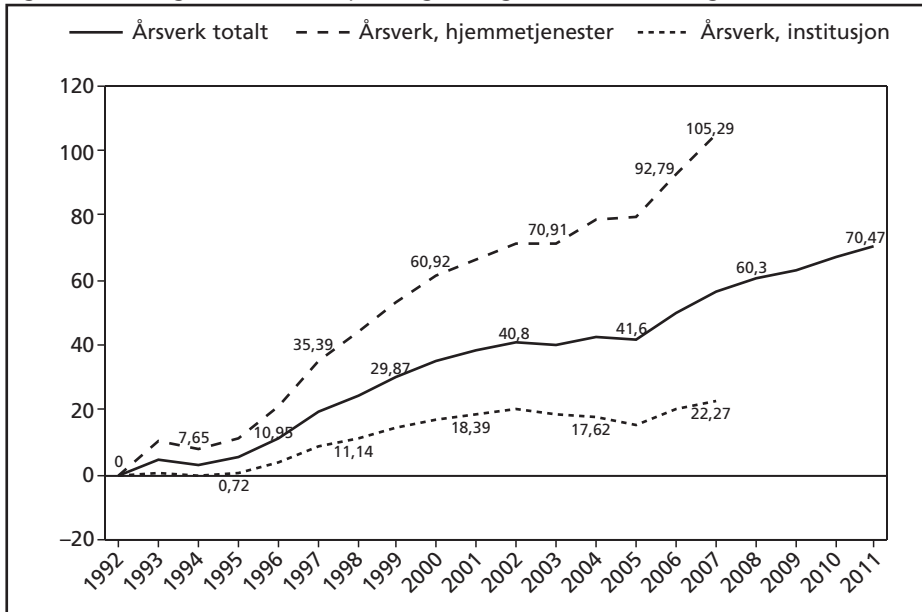


Kilde: SSB (2012) og Brevik (2010)

Slik det framkommer av figur 3.8, økte det totale antallet årsverk i pleie- og omsorgssektoren relativt sett med 56 prosent fra nivået i 1992 til 2007. Mens den institusjonsbaserte omsorgen i denne perioden opplevde en relativ økning på 22 prosent, økte årsverksinnsatsen i de hjemmebaserte tjenester med hele 105 prosent når nivået i 1992 sammenlignes med nivået i 2007¹.

¹ Brevik (2010) har beregnet årsverksfordelingene på henholdsvis institusjon og hjemmebasert omsorg fra 1992 til og med 2007.

Figur 3.8 Utvikling i antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren sammenlignet med nivået i 1992.



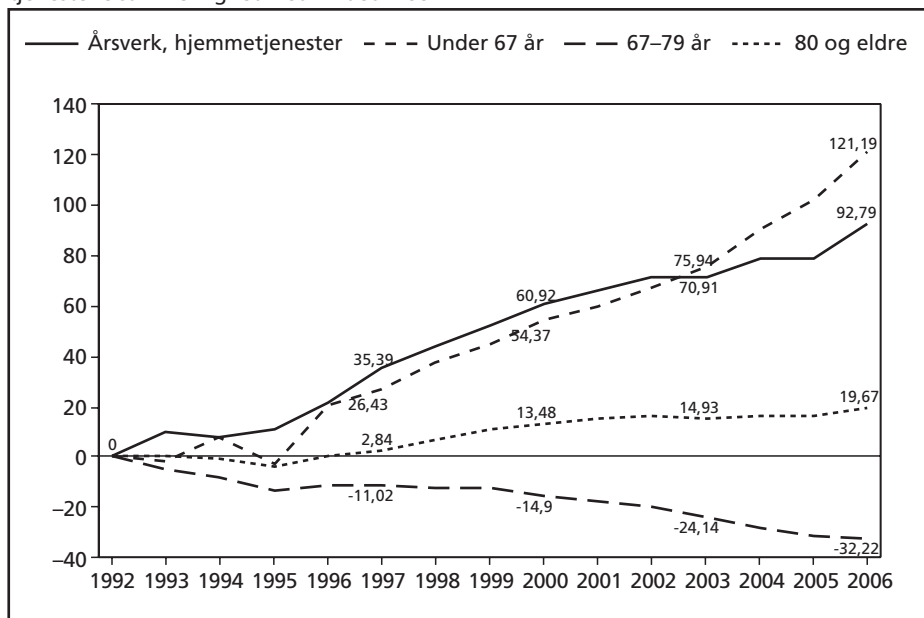
Kilde: SSB (2012) og Brevik (2010)

De hjemmebaserte tjenestene har dermed opplevd en nesten fem ganger så høy vekst i årsverksinnsatsen som den institusjonsbaserte omsorgen. De rundt 30 000 nye årsverkene som har blitt tilført de hjemmebaserte tjenestene, har i all hovedsak tilfalt nye grupper av unge brukere (under 67 år) (St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer).

Dette kommer tydelig fram i figur 3.9, hvor utviklingen i antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år og antall årsverk innen de hjemmebaserte tjenestene i perioden 1992 til 2006 sees i sammenheng. Økningen i antall årsverk i de hjemmebaserte tjenestene og antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år er tilnærmet sammenfallende i perioden.

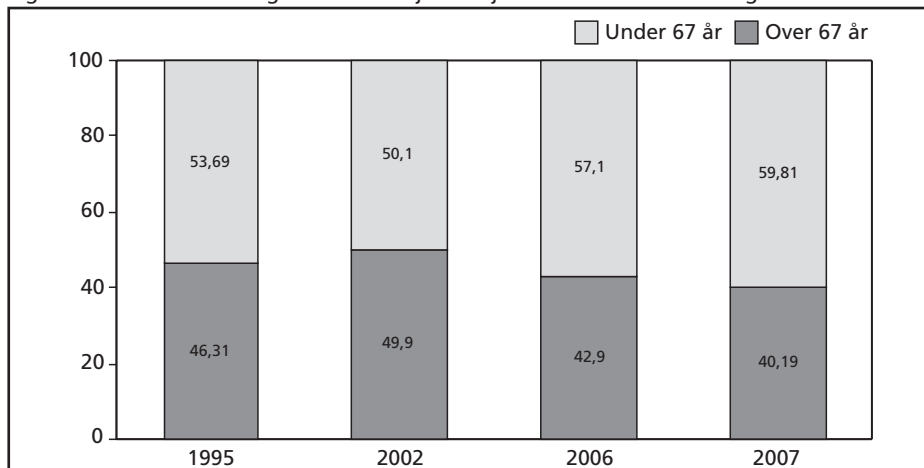
Brevik (2010) har foretatt beregninger av årsverksfordelingen innen de hjemmebaserte tjenestene for mottakere over og under 67 år for årene 1995, 2002, 2006 og 2007. Slik det framkommer i figur 3.10, gikk en hoveddel av årsverksinnsatsen i de hjemmebaserte tjenestene i alle disse årene til brukere under 67 år. I 2002 gikk 50,1 prosent av årsverksinnsatsen til brukere under 67 år og 49,9 prosent til brukere over 67 år. De påfølgende fem årene fram til 2007 økte årsverksinnsatsen til brukere under 67 år med 9,7 prosent til 59,8 prosent, mens brukere over 67 år har hatt en tilsvarende reduksjon i årsverksinnsatsen.

Figur 3.9 Utvikling i antall mottakere av hjemmetjenester etter alder og antall årsverk i hjemmetjenestene sammenlignet med nivået i 1992.



Kilde: SSB (2012) og Brevik (2010)

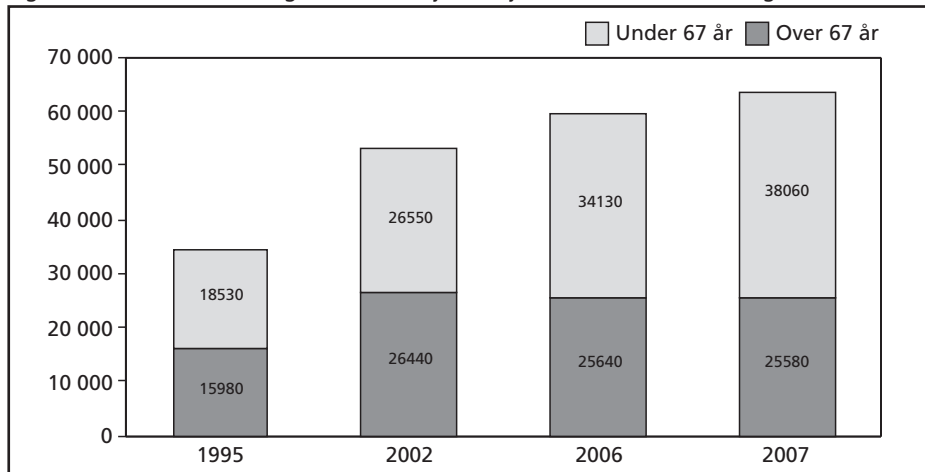
Figur 3.10 Relativ fordeling av årsverk i hjemmetjenester etter alder. Utvalgte år.



Kilde: Brevik (2010)

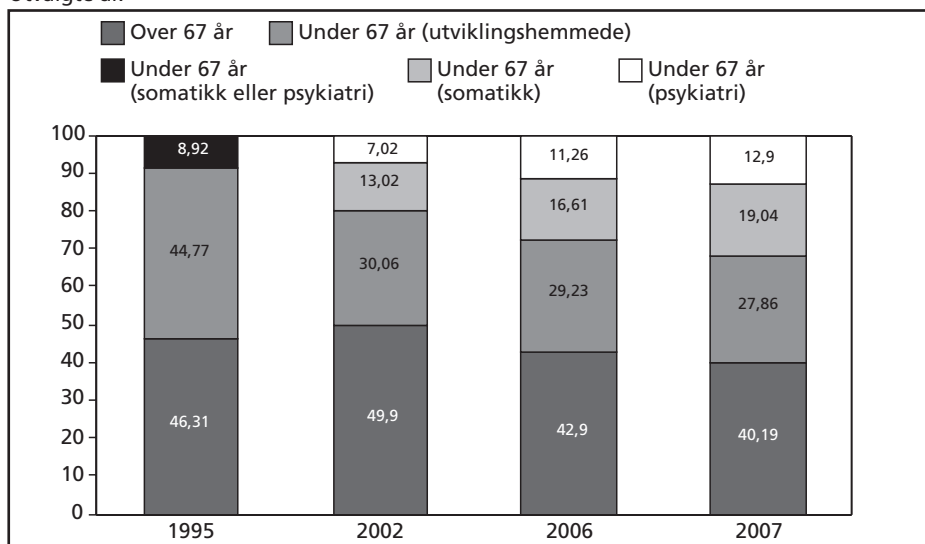
Ifølge beregningene foretatt av Brevik har årsverksinnsatsen til brukere under 67 år i de hjemmebaserte tjenestene økt fra 18 530 i 1995 til 38 060 årsverk i 2007 (ref. figur 3.11). Dette tilsvarer en økning på 19 530 årsverk. Mottakere av hjemmetjenester over 67 år har i samme periode opplevd en økning på 9600 årsverk fra 15 980 i 1995 til 25 580 i 2007. Fra 1995 til 2007 har dermed mottakere av hjemmetjenester under 67 år opplevd en dobbelt så stor økning i årsverksinnsatsen som mottakere over 67 år.

Figur 3.11 Absolutt fordeling av årsverk i hjemmetjenester etter alder. Utvalgte år.



Kilde: Brevik (2010)

Figur 3.12 Relativ fordeling av årsverk i hjemmetjenester etter alders- og brukergrupper. Utvalgte år.



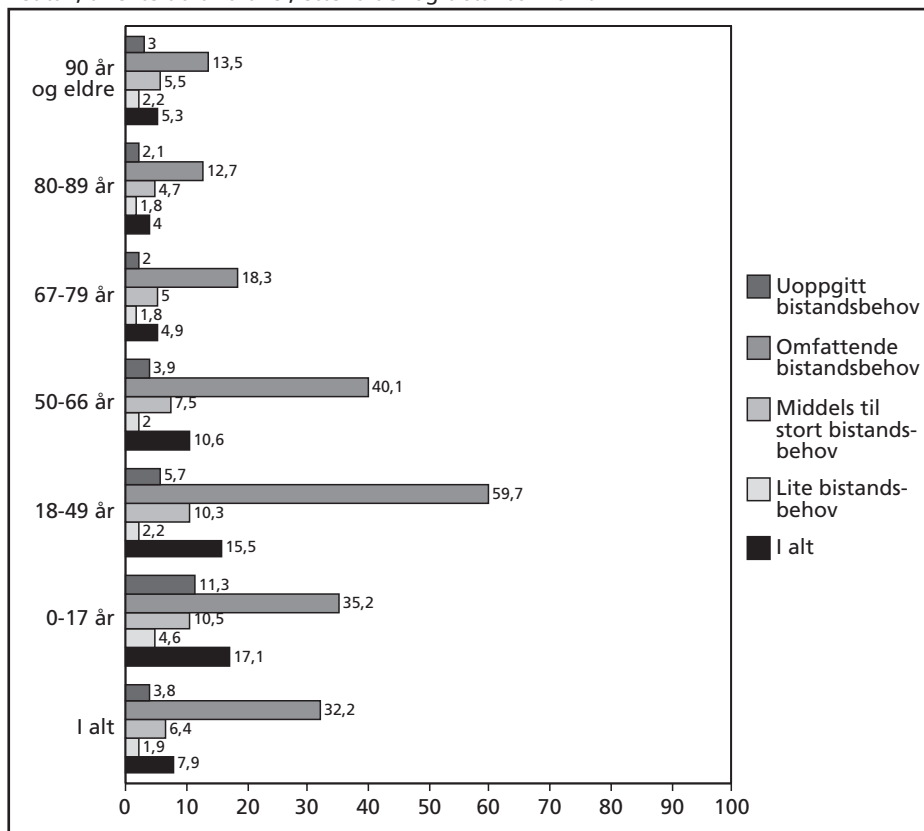
Kilde: Brevik (2010)

Når årsverksinnsatsen fordeles på ulike brukergrupper under 67 år, framkommer det at det er somatikk og psykiatri som legger beslag på voksende andeler av årsverkene innen de hjemmebaserte tjenester (ref. figur 3.12).

Slik det framkommer i figur 3.12, gikk 7 prosent av årsverkene til psykiatri for mottakere under 67 år i 2002, mens det tilsvarende tallet var 12 prosent i 2007. Mottakere under 67 år med somatikk la beslag på 13 prosent av årsverkene innen hjemmebaserte tjenester i 2002 og økte sin andel til 19 prosent i 2007, ifølge beregninger foretatt av Brevik.

Et annet sentralt mål på ressursinnsatsen innen den hjemmebaserte omsorgen er antallet tildelte timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand. Slik det framkommer i figur 3.13, lå samtlige mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppene under 67 år, uavhengig av bistandsnivå, over det gjennomsnittlige antallet tildelte timer for samtlige brukere i 2011.

Figur 3.13 Gjennomsnittlig timeantall i uken med hjemmesykepleie og praktisk bistand ifølge vedtak, direkte tid til bruker, etter alder og bistandsnivå 2011*.

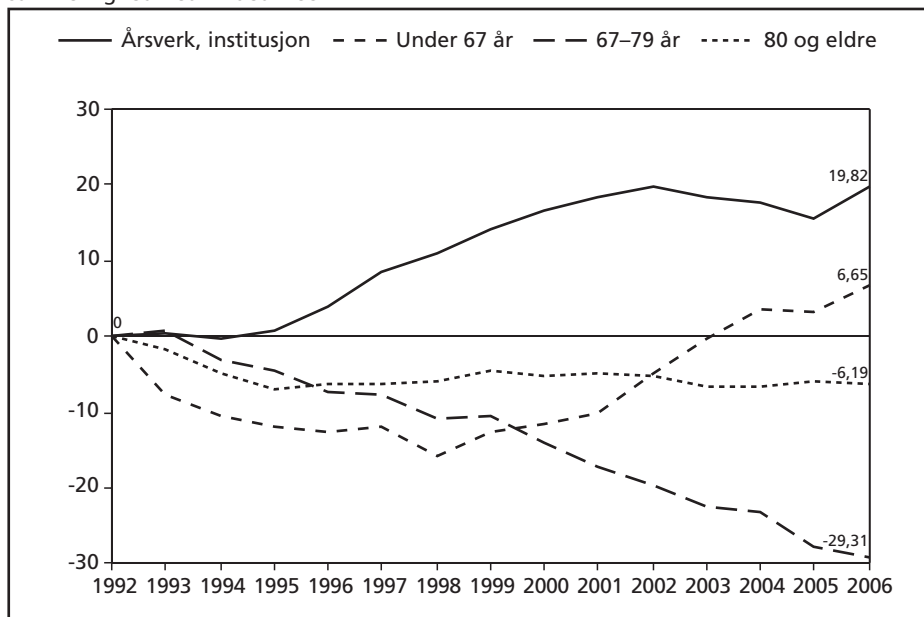


Kilde: SSB (2012)

* Om lag 7360 hjemmetjenestemottakere har uoppgitt antall timer pr. uke. I alt 169 723 hjemmetjenestemottakere hadde i 2011 et oppgitt antall timer pr. uke.

Når det gjelder mottakere av hjemmetjenester med omfattende bistandsbehov, skiller spesielt aldersgruppene 18–49 år seg ut med et gjennomsnittlig timeantall på 59,7 pr. uke. Aldersgruppen 50–66 år lå også høyt, med 40,1 timer pr. uke for brukere med omfattende bistandsbehov. Til sammenligning hadde mottakere med omfattende bistandsbehov i aldersgruppen 80–89 år og 90 år og eldre et gjennomsnittlig timeantall på henholdsvis 12,7 og 13,5 i uken. Uavhengig av bistandsnivå hadde mottakere av hjemmetjenester i alderen 18–49 år et gjennomsnittlig timeantall med hjemmesykepleie og praktisk bistand på 15,5 pr. uke, mens det gjennomsnittlige timeantallet for samtlige brukere var på 7,9 pr. uke i 2011. Imidlertid er det grunn til å tro at disse tallene underestimerer det reelle antallet timer yngre brukere faktisk mottar. Dette fordi brukere under 67 år med mer enn 1 til 1-bemanning blir godskrevet for lavt timeantall i IPOLOS, grunnet den registreringsmetoden Helsedirektoratet har lagt til grunn (KS 2011)².

Figur 3.14 Utvikling i antall beboere på institusjon etter alder og antall årsverk i institusjon sammenlignet med nivået i 1992.



Kilde: SSB (2012) og Brevik (2010)

Utviklingen innen den institusjonsbaserte omsorgen har vært stabil når man sammenligner utviklingen i antall beboere på institusjon etter alder og antall årsverk i institusjon

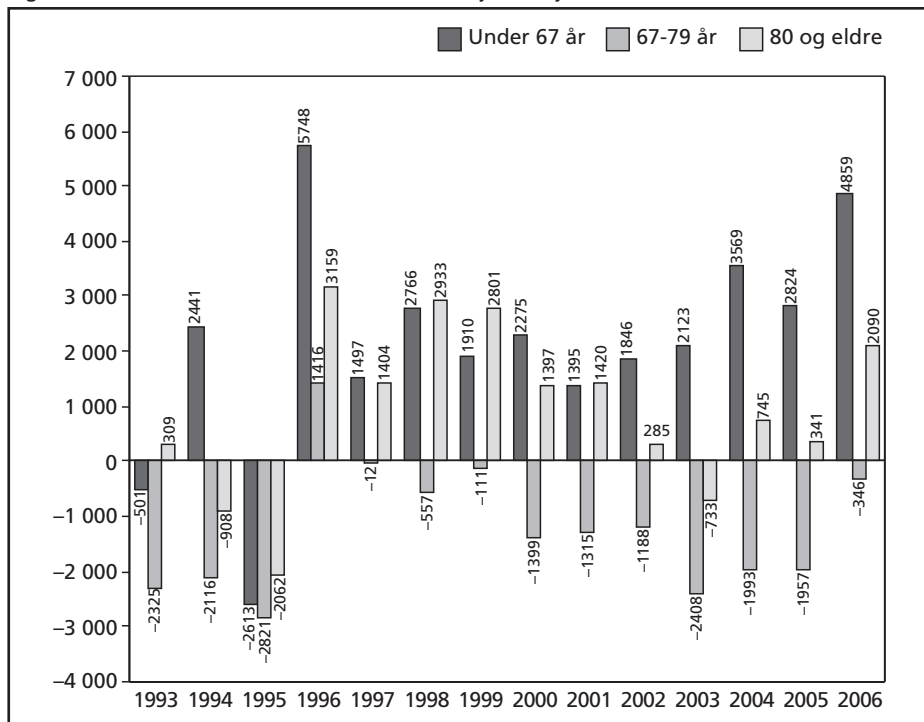
² For en nærmere eksemplifisering se KS (2011), *Hovedrapport ASSS-Nettverket 2011. Rapporteringsåret 2010*, side 148.

med nivået i 1992 (jf. figur 3.14). Antall årsverk i institusjon har økt med 19,8 prosent fra 1992 til 2006, mens antall beboere 67–79 år er redusert med 29 prosent, og beboere 80 år og eldre er redusert med 6 prosent. Kun beboere under 67 år har opplevd en økning siden 1992, på 6 prosent, men som illustrert i figur 3.3 er det en økning på kun 120 beboere i absolutte tall. Disse tallene viser dermed at kommunene i stor grad, og økende grad, benytter det institusjonsbaserte tilbudet til langtidsopphold for sterkt hjelpetrengende eldre (St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer).

3.3 Netto tilvekst i brukere av pleie- og omsorgstjenester og ressursinnsats de siste 20 årene

Slik det framkommer av den deskriptive gjennomgangen, ref. figur 3.1, har veksttakten i antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år vært relativt jevn og konstant siden 1995. Når det gjelder den absolutte tilveksten av nye brukere hvert år, slik den er framstilt i figur 3.15, framkommer det imidlertid klare variasjoner mellom de ulike årene.

Figur 3.15 Netto tilvekst i antall mottakere av hjemmetjenester etter alder fra 1993–2006.

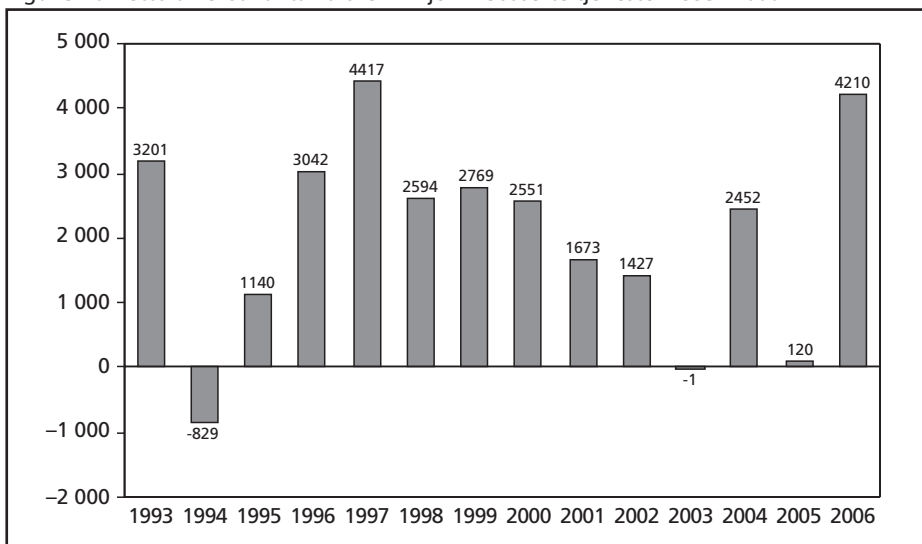


Kilde: SSB (2012)

I løpet av perioden 1993 til 2006 skiller 1996 seg klart ut når det gjelder nettotilveksten i antall mottakere av hjemmetjenester uavhengig av alder. For mottakere av hjemmetjenester under 67 år var nettotilveksten dette året på hele 5748, mottakere av hjemmetjenester i alderen 67–79 år hadde en netto tilvekst på 1416, mens mottakere 80 år og eldre opplevde en netto tilvekst på hele 3159. Disse tallene må imidlertid sees i sammenheng med en relativt sterk negativ nettovækst for samtlige grupper i 1995. HVPU-reformen, i 1991, innebar en overføring av rundt 5000 brukere til det kommunale bolig- og omsorgstilbudet. På samme tid ble det kommunale ansvaret for hjemmeboende utviklingshemmede presisert. Det medførte at kommunene måtte etablere et tilbud ikke bare til alle som ble overført i forbindelse med HVPU-reformen, men også for et stort antall hjemmeboende utviklingshemmede. Videre innebar reformen at kommunene ble pålagt et klart ansvar for å tilby alle nye brukere som falt inn i denne gruppen, tjenester i kommunal regi (Romøren 2007; Gautun & Hermansen 2011).

I perioden 1998 til 2000 var det også en relativt sterk nettotilvekst av hjemmetjenestemottakere under 67 år. I denne perioden har det funnet sted en vekst i brukere med psykiske lidelser og fysisk funksjonshemmede (Romøren 2007; Gautun & Hermansen 2011).

Figur 3.16 Netto tilvekst i antall årsverk i hjemmebaserte tjenester 1993–2006.



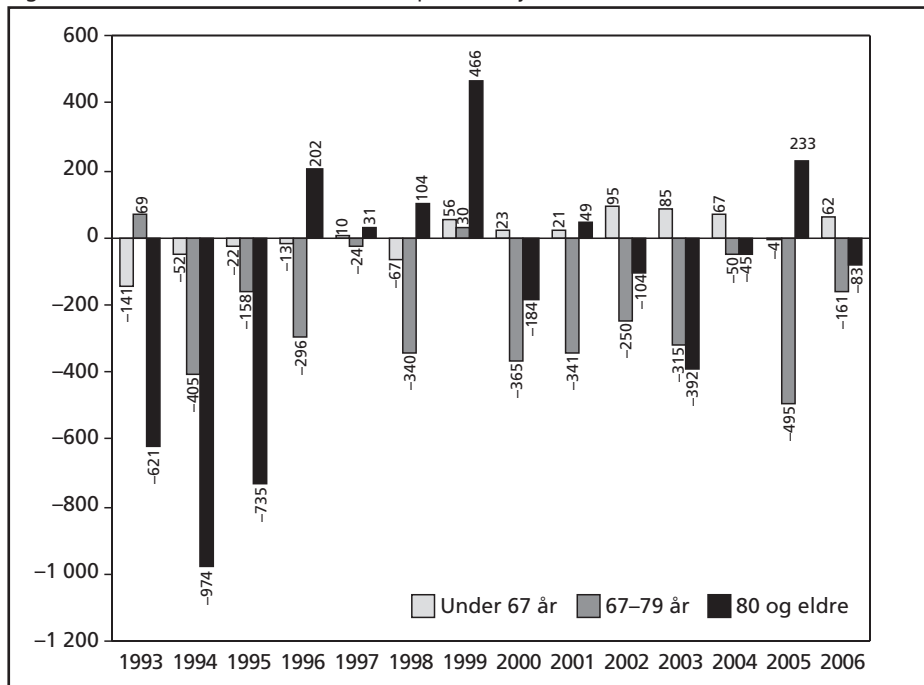
Kilde: Brevik (2010)

Årene 2000 og 2001 representerer også år med positiv nettotilvekst i antall mottakere av hjemmetjenester for aldersgruppen under 67 år, men tilveksten er lavere enn alle de foregående årene etter 1995. Fra 2002 startet en ny periode med sterk tilvekst i yngre brukere av hjemmetjenester, og 2006 er et år som skiller seg klart ut med en netto

tilvekst på hele 4859 mottakere av hjemmetjenester under 67 år. Dette er spesielt interessant sett i lys av den sterke positive nettotilveksten de fire foregående årene. Fra 2002 kom det til flere brukere fra sykehus, og også rusmisbrukere (Romøren 2007; Gautun & Hermansen 2011).

Når det gjelder utviklingen i ressursinnsats i form av antall årsverk innen hjemmebaserte tjenester, viser nettotilveksten i stor grad samme bilde som utviklingen i nettotilveksten av antall mottakere av hjemmetjenester. Slik det framkommer i figur 3.16, skiller både 1996 og 1997 seg ut med svært sterk netto tilvekst i antall årsverk innen de hjemmebaserte tjenestene. Nettotilveksten var også svært sterk i 2006, med en tilføring av hele 4210 årsverk til de hjemmebaserte tjenestene.

Figur 3.17 Netto tilvekst i antall beboere på institusjon etter alder 1993–2006.

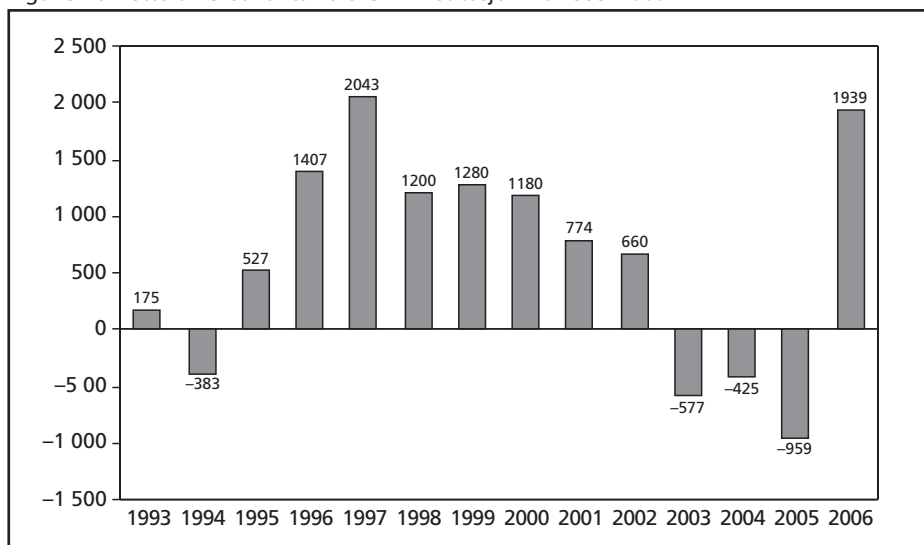


Kilde: SSB (2012)

Når det gjelder utviklingen innen den institusjonsbaserte omsorgen, var det en relativt sterk nedgang i antall beboere 80 år og eldre i årene 1993, 1994 og 1995 (ref. figur 3.17). For beboere på institusjon 80 år og eldre skiller 1999 seg spesielt ut med en positiv netto tilvekst på 466 beboere. Denne positive nettotilveksten ble imidlertid etterfulgt av negativ netto tilvekst alle årene fram til 2006, med unntak av 2001 og 2005. Også beboere under 67 år opplevde en relativt sterk positiv netto tilvekst i 1999. Videre skiller spesielt årene 2002 til 2004 seg ut med den sterkeste positive nettotilveksten

i antall beboere på institusjon for denne gruppen i perioden 1993 til 2006. Når det gjelder beboere i alderen 67–79 år, har nettotilveksten vært negativ i hele perioden, med unntak av årene 1993 og 1999, da det var en liten positiv netto tilvekst.

Figur 3.18 Netto tilvekst i antall årsverk i institusjon fra 1993–2006.



Kilde: Brevik (2010)

Nettotilveksten i antall årsverk i institusjon har stort sett vært positiv hele perioden med unntak av 1994 og årene mellom 2003 og 2005. Slik det framkommer i figur 3.18, skiller både 1996 og 1997 seg ut med at det var en svært sterk netto tilvekst i antall årsverk i institusjon. Den samme utviklingen er å gjenfinne innen de hjemmebaserte tjenestene. Nettotilveksten var også svært sterk med en tilføring av hele 1939 årsverk til institusjonsbasert omsorg i 2006.

3.4 Hva påvirker dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester til innbyggere 80 år og eldre?

Så langt er det kun gitt et oversiktsbilde over utviklingen i pleie- og omsorgssektoren den siste 20-årsperioden. Dette oversiktsbildet gir kun en indirekte innsikt i hvilken betydning alderssammensetningen blant brukerne av pleie- og omsorgstjenester har for tjenestene til de aller eldste (80 år +). I de kommende analysene av KOSTRA-data og data fra Norsk Pasient Register vil det belyses hvilke forhold som kan ha betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester for

innbyggere 80 år og eldre. Et sentralt spørsmål er om den veksten som har funnet sted i antall brukere av hjemmetjenester blant de under 67 år, kan sies å påvirke omfang og type tjenester til innbyggere 80 år og eldre. For å svare på dette spørsmålet må det i analysene kontrolleres for andre variabler, som demografiske, geografiske og økonomiske forhold.

Analysene tar utgangspunkt i en sosioøkonomisk tilnærming. I den sosioøkonomiske tilnærmingen legges det vekt på betydningen av demografiske, geografiske og økonomiske forholds betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester. Dette er en utbredt tilnærming i studier av variasjoner mellom kommuner når det gjelder tjenestetilbud og utgiftsnivå (Hansen 2000). Operasjonalisering av avhengige og uavhengige variabler, samt begrunnelser for disse, er beskrevet i appendix A.

Resultater

Analysene for 2010 viser at dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år virker negativt inn på dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (jf. tabell 3.3). Analysene viser dermed at kommuner med høy dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år hadde lavere dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2010. Dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år varierte fra 6,0 prosent for kommuner med høyest dekningsgrad, til 0,4 prosent for kommuner med den laveste i 2008. For å undersøke hvilken betydning dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år har for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2010, kan man beregne den estimerte dekningsgraden. En nærmere beskrivelse av forutsetningene for beregningene som er gjennomført, er beskrevet i appendix A.

Gitt forutsetninger som er beskrevet i appendix A, vil en kommune med høyest dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (6,0 prosent) i 2008 ha en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre på 12,9 prosent i 2010. Til sammenligning vil en kommune med lavest dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (0,4 prosent) i 2008 ha en estimert dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre på 17,8 prosent i 2010.

Resultatene (jf. tabell 3.4) viser at dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år i 2008 er uten betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2010. Imidlertid virker en høy andel somatiske pasienter under 80 år positivt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2010. Kommuner hvor en høy andel av befolkningen under 80 år har vært pasienter på somatisk sykehus i løpet av 2009, hadde en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester til innbyggere 80 år og eldre i 2010.

Tabell 3.3 Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre i 2010 og 2011.

	2010 B (BETA)	2011 B (BETA)
Konstant	0.109*	0.0803
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (2008)	0.893** (-0.135)	-0.361 (-0.058)
Andel somatiske pasienter under 80 år (2009)	0.0127 (0.0103)	0.0143 (0.0126)
Andel innbyggere 80 år og eldre (2008)	-0.216 (-0.062)	-0.392 (-0.122)
Andel en-personhusholdninger (2008)	-0.0912 (-0.0759)	-0.00669 (-0.00605)
Andel av befolkningen som bor spredt (2008)	0.0227 (0.1142)	0.0320** (0.1735)
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov (2008)	-0.00866 (-0.01934)	-0.00823 (-0.01953)
Andel brukere med omfattende bistandsbehov (2008)	-0.0446 (-0.0502)	-0.0346 (-0.0424)
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre) (2008)	0.00106 (0.00973)	0.0025 (0.0250)
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre) (2008)	0.0294** (0.2219)	0.0246** (0.2009)
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) (2008)	0.00348** (0.54080)	0.00295** (0.49754)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg (2008)	-0.0177 (-0.0179)	-0.0029 (0.0032)
Andel nettoutgifter til grunnskole (2008)	-0.116 (-0.091)	-0.03132 (-0.02692)
N	378	368
Justert R ²	0.424	0.340
*: p ≤ 0.05. **: p ≤ 0.01		

Slik det framkommer i tabell 3.3, skiller resultatene for 2011 seg fra 2010 når det gjelder betydningen av dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år for institusjonstilbudet til de aller eldste. I 2011 er dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år uten betydning for dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (jf. tabell 3.3). Imidlertid er dekningsgrad av hjemmetjenester

Tabell 3.4 Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2010 og 2011.

	2010 B (BETA)	2011 B (BETA)
Konstant	0.218**	0.260**
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (2008)	0.683 (0.088)	0.960* (0.131)
Andel somatiske pasienter under 80 år (2009)	0.198* (0.138)	0.198** (0.148)
<hr/>		
Andel innbyggere 80 år og eldre (2008)	0.298 (0.073)	0.249 (0.066)
Andel en-personhusholdninger (2008)	-0.0508 (-0.0361)	-0.0776 (-0.0602)
Andel av befolkningen som bor spredt (2008)	0.0310 (0.1320)	0.0253 (0.1165)
Andel brukere med noe/avgrenset bistandsbehov (2008)	0.0426 (0.0804)	0.0299 (0.0602)
Andel brukere med omfattende bistandsbehov (2008)	-0.0635 (-0.0613)	-0.0487 (-0.0509)
<hr/>		
Antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre) (2008)	0.0154* (0.1212)	0.0144* (0.1216)
Antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre) (2008)	-0.0264** (-0.1706)	-0.0257** (-0.1787)
<hr/>		
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) (2008)	-0.000545 (-0.071781)	-0.0000021 (-0.000312)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg (2008)	0.151* (0.131)	0.103 (0.097)
Andel nettoutgifter til grunnskole (2008)	0.0518 (0.0348)	-0.0409 (-0.0300)
N	374	365
Justert R ²	0.150	0.186
*: p ≤ 0.05. **: p ≤ 0.01		

for innbyggere under 67 år, også i motsetning til resultatene for 2010, av betydning for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2011. Analysene viser at kommuner med høy dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år i 2008, hadde høyere dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2011. For å illustrere hvilken betydning dekningsgraden av hjemmetjenester for

innbyggere under 67 år har for dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2011, beregnes den estimerte dekningsgraden. Beskrivelsen av hvordan den estimerte dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre er beregnet, er gitt i appendix A.

Gitt forutsetninger som er beskrevet i appendix A, vil en kommune med høyest dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (6,0 prosent) i 2008 ha en estimert dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre på 40,3 prosent i 2011. Til sammenligning vil en kommune med lavest dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (0,4 prosent) i 2008 ha en estimert dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre på 35,0 prosent i 2011.

Videre framkommer det av resultatene i tabell 3.2 at en høy andel somatiske pasienter under 80 år virker positivt inn på dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre også i 2011. Kommuner hvor en høy andel av befolkningen under 80 år har vært pasienter på somatisk sykehus i løpet av 2009, hadde en høyere dekningsgrad av hjemmetjenester til innbyggere 80 år og eldre i 2011.

3.5 Oppsummering

Utviklingen i antall yngre og eldre brukere av pleie- og omsorgstjenester

Et av de mest slående utviklingstrekk innen pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene har vært en omfattende endring i alderssammensetningen blant brukerne av hjemmebaserte tjenester. Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år har økt fra 24 870 til 68 758 i perioden 1992 til 2011, det vil si en økning på 43 888 mottakere.

En framstilling kun basert på økningen i absolutte tall kan være noe misvisende, i og med at det samlede antallet personer under og over 67 år i hele befolkningen kan ha endret seg i løpet av 20-årsperioden. Når man ser på antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbygger i alderen 80 år og eldre, framkommer det at antallet har falt fra 400 i 1992 til 342 i 2011. Til tross for en vekst i det absolutte antallet eldre mottakere av hjemmetjenester, har det altså funnet sted en nedgang i perioden når vi ser på andelen av eldrebefolkningen som får tjenester. Veksten i antall mottakere har ikke fulgt veksten i antall eldre 80 år og eldre i befolkningen. For dem under 67 år har det funnet sted en motsatt utvikling. Den sterke veksten i antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år framkommer også når utviklingen måles pr. 1000 innbygger under 67 år. I 1992 var det syv mottakere av hjemmetjenester under 67 år pr. 1000 innbygger i denne aldersgruppen. I 2011 hadde antallet økt til 16.

Når man ser på institusjonsomsorgen til eldre, har det også vært en nedgang. Målt pr. 1000 innbygger 80 år og eldre har det vært en nedgang fra 198 i 1992 til 143 i 2006. En del av institusjonstilbudet til eldre har blitt erstattet med omsorgsboliger. Eldre som

bor i omsorgsboliger, mottar hjemmetjenester. Omfanget kompenseres ikke for hele nedgangen i institusjonstilbudet.

Utviklingen i antall yngre og eldre brukere som mottar brukerstyrt personlig assistent eller støttekontakt

I 2011 var det 2634 brukere under 67 år som hadde brukerstyrt personlig assistent. Dette er en økning på 928 brukere når man sammenligner med antallet i 2005. Til sammenligning var det kun 270 brukere over 67 år som mottok en slik tjeneste i 2011. Økningen fra 2005 var på kun 143 brukere.

I alt 24 358 brukere av støttekontakt var under 67 år i 2011. Siden 2005 var det en økning på 4212 brukere. For dem over 67 år var antallet brukere 5095 i 2011. Når man sammenligner med 2005, framkommer det at det har funnet sted en økning på 1782 brukere.

Utviklingen i ressursinnsatsen innen pleie- og omsorgssektoren

Antallet årsverk i pleie- og omsorgssektoren økte fra 75 613 i 1992 til 126 227 i 2010. Det vil si at det har funnet sted en økning på 50 614 årsverk. Analyser som ble gjort i 2007, viser at rundt 30 000 av de nye årsverkene fra 1992 til 2007 i all hovedsak har tilfalt nye brukere under 67 år. Ifølge beregninger foretatt av Brevik (2010) har brukere av hjemmetjenester under 67 år opplevd en dobbelt så stor økning i årsverksinnsatsen som brukere over 67 år fra 1995 til 2007. Statistikk over antallet tildelte timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand i 2011 viser også at samtlige brukere av hjemmetjenester i aldersgruppene under 67 år, uavhengig av bistandsnivå, lå over det gjennomsnittlige antallet tildelte timer for samtlige brukere. Dette innebærer at eldre over 80 år ble tildelt færre timer enn yngre brukere, selv om bistandsbehovet var likt.

Perioder og år hvor nettotilveksten i antall yngre brukere og ressursinnsatsen har vært spesielt sterke

I løpet av perioden 1993 til 2006 skiller 1996 seg klart ut når det gjelder nettotilveksten i antall mottakere av hjemmetjenester for alle aldersgrupper. I perioden 1998 til 2000 var det også en relativt sterk netto tilvekst av hjemmetjenestemottakere under 67 år. Fra 2002 startet en ny periode med sterk vekst i yngre brukere av hjemmetjenester, og 2006 er et år som skiller seg klart ut med en netto tilvekst på hele 4859 mottakere av hjemmetjenester under 67 år.

Når det gjelder utviklingen i ressursinnsats, i form av antall årsverk innen hjemmebaserte tjenester, viser nettotilveksten i stor grad samme bilde som utviklingen i nettotilveksten av antall mottakere av hjemmetjenester. Både 1996 og 1997 skiller seg

ut med svært sterk netto tilvekst i antall årsverk innen de hjemmebaserte tjenestene. Nettotilveksten var også svært sterk i 2006, med en tilføring av hele 4210 årsverk til de hjemmebaserte tjenestene.

4 Utviklingen i rettighetsfesting for eldre og yngre

4.1 Innledning

Et sentralt spørsmål som undersøkes i denne rapporten, er om den sterke veksten som har funnet sted i antall yngre brukere, fortrenger tjenestetilbudet til eldre. Analysene av registerdata i kapittel 3 viser at den sterke veksten i ressursinnsatsen i pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene først og fremst har tilfalt yngre brukere. Tilbudet til eldre har i noen grad blitt redusert. En del av forklaringen kan ha med bedre helsetilstand i eldrebefolkningen å gjøre, men hovedforklaringen på denne utviklingen er store reformer som har pålagt kommunene ansvar for å yte omsorg til stadig nye grupper av yngre brukere. I innledningskapitlet er det gitt en oversikt over de sentrale reformene. I dette kapitlet skal vi se nærmere på utviklingen i lovfestede brukerrettigheter som også kan ha påvirket veksten i yngreomsorgen. Kan (noe av) veksten i tilbudet til yngre brukere forklares med sterkere formalisering av brukerrettigheter for disse brukerne?

For å svare på dette spørsmålet gjennomgås lovfesting av brukerrettigheter som følger med fire viktige reformer og opptrappingsplaner: ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming (HVPU-reformen) 1991, handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001, opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2008 og opptrappingsplan for rusomsorgen 2007.

Lovverket på dette området er nylig endret. Fra 1. januar 2012 har lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) erstattet to tidligere lover: lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) og lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven). I kapitlet gjennomgås forarbeidene til den nye loven (Prop. 91 L (2010–2011), lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv.) og formuleringene i loven og i sentrale forskrifter som angår rettigheter for ulike grupper.

Spørsmålet om rettigheter på helsetjenestefeltet er svært omfattende (for oversikter, se Warberg 2011; Kjønsstad & Syse 2012). Denne gjennomgangen knyttes kun til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og går ikke inn på rettigheter i spesialisthelsetjenesten med mindre de er direkte relevante for arbeidet som gjøres i kommunene. Videre konsentrerer vi oss om materielle rettigheter, det vil si retten til bestemte tjenester eller ytelser. De materielle rettighetene er nedfelt i de relevante lovene; per i dag er den viktigste for våre formål kommunehelsetjenesteloven. Feltet reguleres også av en rekke

prosessuelle rettigheter, altså rettigheter knyttet til saksbehandling, klagerett på vedtak, rett til innsyn og så videre. Der materielle rettigheter knytter seg til utfall, knytter prosessuelle rettigheter seg til prosessen. Prosessuelle rettigheter på dette området er i stor grad dekket i lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). I denne gjennomgangen nevnes slike bare der de er særlig relevante.

4.2 Rettighetsfesting som drivkraft i sosialpolitikken

Velferdspolitikken i Norge er preget av høy grad av rettsliggjøring. Innbyggerne i landet har omfattende rettigheter til kontantytelser og til velferds- og helsetjenester. Juristen Aksel Hatland argumenterer for at hele trygdehistorien, fra den første ulykkesstrygden for industriarbeidere i 1894 til 2012, kan forstås som en sammenhengende rettsliggjøringsprosess (Hatland 2012:159). De store reformene ble sluttført rundt 1980, mens den senere utviklingen har vært ombygginger og, i noen tilfeller, økende detaljeringsgrad i reguleringen av eksisterende rettigheter. Retten til velferdstjenester er, ifølge Hatland (op.cit.), av en annen karakter, og veksten i rettighetene kom senere. Rettighetsfestingen av velferdstjenester dreide seg i stor grad om å regulere og presisere tjenester som allerede var etablert, og å sikre en minstestandard for slike tjenester. Lov om sosiale tjenester fra 1991 er ett eksempel: Fram til denne loven hadde kommunene, i noe varierende grad, utviklet omsorgstjenester for eldre og funksjonshemmede. Med loven fra 1991 ble retten til slike tjenester lovfestet, og visse minimumskrav ble innført. Innbyggerne kunne likevel få hjelp selv om de ikke oppfyller kriteriene i loven – kommunene kan gå ut over de minstestandardene loven setter. Hatland (2012) argumenterer for at lovgivningen ikke har vært en drivkraft i utviklingen av velferdstjenestene, men i mange tilfeller har kommet i etterkant og bekreftet den utviklingen som hadde funnet sted.

Det pågår en diskusjon om hvorvidt rettighetsfesting er et hensiktsmessig styringsinstrument på det velferdspolitiske området. I praksis viser det seg at lovgivning kan ha varierende effekt – det er ikke alltid at det å innføre en ny lovregel fører til markante endringer i praksis. Lovers faktiske effekt er avhengig av den økonomiske, sosiale og politiske sammenheng som lovgivningen befinner seg i. Lovgivning brukt som virkemiddel er ressurskrevende, blant annet fordi regelverket må gjennom en lang politisk beslutningsprosess. I hvilken grad loven får de tilsiktede virkningene, avhenger av en rekke forhold, som lovens utforming og klarhet, sanksjoner knyttet til loven og i hvilken grad disse anvendes, praksis i forvaltningen og innbyggernes holdninger til innholdet i loven (jf. NOU 2001: 22, kapittel 19).

Maktutredningen, som sluttførte arbeidet i 2003, konkluderte i sin sluttrapport med at «rettsorganene overtar politikken» (NOU 2003: 19). Denne konklusjonen – som

to av fem medlemmer i Maktutredningen tok dissens på – har vært sterkt omstridt i ettertid. Diskusjonen har illustrert hvordan rettsliggjøring kan støte mot andre sentrale målsettinger, og da særlig demokrati og lokalt selvstyre. Maktutredningens argument var at økende rettsliggjøring gir økende makt til domstolene, på bekostning av demokratisk valgte organer. En variant av argumentet er særlig relevant for velferdstjenestene som produseres i kommunene: Hvis statlige lovgivere gir innbyggerne svært sterke rettigheter, svekkes kommunenes handlingsrom og dermed det lokale selvstyret.

Som også diskusjonene nedenfor vil vise, er rettighetene til kommunale tjenester sjelden sterke. Mange rettighetsformuleringer gir i realiteten fagutøvere og lokalpolitikere et betydelig handlingsrom. «Sterke» rettigheter kan beskrives som en privilegert juridisk posisjon som innebærer et rettskrav for den enkelte, og en tilsvarende plikt for det offentlige eller en helsearbeider (Warberg 2011:32). «Svake» rettigheter kan bedre forstås som «rettsmuligheter», som intensjonserklæringer der gjennomføringen avhenger både av økonomi og andre forhold. Retten til barnetrygd er en sterk rettighet, retten til arbeid for mennesker med funksjonsnedsettelse en svak (Hatland 2012:154). Svake rettigheter er også de rettighetene som avhenger av saksbehandlers skjønn. Formuleringer av typen «tiltaket skal iverksettes for brukere med behov» signaliserer i seg selv en «svak» rettighet, fordi det ligger så mye skjønn i vurderingen av når det har oppstått «behov».

4.3 Individuell rettighetsfesting i kommunale omsorgstjenester

Kommunene har alltid hatt en viktig rolle i den norske sosialpolitikken. Gjennom de siste 30 årene er kommunene tilført nye oppgaver, og de statlige føringene er blitt flere (for en kortfattet historisk oversikt, se Borgan 2012). To reformer på 1980-tallet var særlig sentrale: kommunehelsereformen i 1984 og sykehjemsreformen i 1988. Kommunehelsereformen førte til at kommunene fikk det samlede ansvaret for primærhelsetjenestene, og at disse ble samordnet med sosialtjenesten. Sykehjemsreformen overførte ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå, blant annet i den hensikt å bedre samordningen mellom institusjonsomsorgen og de hjemmebaserte tjenestene. Med denne reformen fikk kommunene det hele og fulle ansvaret for eldreomsorgen. Pleie- og omsorgstjenestene var i hovedsak en eldreomsorgstjeneste. Helse- og omsorgstjenester til yngre ble i hovedsak gitt i spesialisthelsetjenestens institusjoner.

Den nye loven om sosiale tjenester kom i 1991. Denne loven innebar ingen ansvarsreform, i og med at også den tidligere lov om sosial omsorg hadde plassert ansvaret for sosiale tjenester/sosial omsorg hos kommunene. Den nye loven kan likevel sies å

ha innebåret en form for modernisering (Hansen 2005): Mens lov om sosial omsorg fra 1964 la vekten på individuell behandling, fokuserte den nye loven på levekårene i de marginaliserte gruppene. Loven ga fylkeskommunene et «sørge for»-ansvar for spesialistomsorgen for rusmisbrukere, og vektla samtidig kommunenes ansvar for å følge opp rusmisbrukere i nærmiljøet (Skretting 2011:14). Fra 1991 (med ikrafttredelse fra 1993) var dermed ansvaret for primærhelsetjenester og sosiale tjenester for eldre, fysisk og psykisk syke og rusmisbrukere plassert i kommunene.

En gruppe var i 1991 ikke omfattet verken av lov om sosial omsorg eller av kommunehelsetjenesteloven: Mennesker med utviklingshemming sorterte under den statlige særomsorgen kjent som Helsevern for psykisk utviklingshemmede. Nedleggelsen av denne særomsorgen var den siste store reformen som overførte omsorgsansvar til kommunene.

HVPU-reformen

En av de største sosialpolitiske reformene i nyere tid var reformen i «Helsevernet for psykisk utviklingshemmede» (HVPU-reformen, også omtalt som ansvarsreformen). Denne reformen ble vedtatt i 1988 og gjennomført i perioden 1991–1995. Reformen innebar at institusjonene for mennesker med utviklingshemming ble avviklet, og at ansvaret også for denne gruppen ble overført til kommunene. Ansvaret ble overført til kommunene i 1991, og svært mange flyttet ut av institusjonene de første årene av 1990-tallet. Det ble anslått at om lag 5250 personer med utviklingshemming bodde på institusjon umiddelbart før reformen (St.meld. nr. 40 (2002–2003)). Ved utgangen av 1995 bodde 466 personer på avviklingsinstitusjoner (Söderström & Tøssebro 2011:5). Antallet institusjonsbosatte hadde altså falt med mer enn 90 prosent i løpet av drøyt fem år (jf. kapittel 3).

Overføringen av ansvaret for personer med utviklingshemming til kommunene var den første reformen som for alvor ga kommunene ansvar for yngre brukere med til dels store behov for oppfølging. Konkret skjedde ansvarsoverføringen med «avviklingsloven», som avviklet de store sentralinstitusjonene (jf. Ot.prp. nr. 49 (1987–88)). Formålet for den midlertidige loven som hjemlet reformen, var at en skulle «... legge forholdene til rette for at personer med utviklingshemming så langt det er mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre» (Ot.prp. nr. 49 (1987–88)). Reformen tok særlig sikte på å:

- bedre og normalisere levekårene;
- gjøre det mulig å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre;
- avvikle institusjonsomsorgen og bygge ut alternative tilbud.

Det framgår sterkt av dette at reformen bygget på *normaliseringsprinsippet*, dvs. prinsippet om at utviklingshemmede skal ha anledning til å leve i ordinære bomiljøer og ha et hverdagsliv på lik linje med andre i et lokalsamfunn. Bak tilbakeføringen til lokalmiljøene lå tanken om likeverd, altså at alle mennesker skulle ta del i de samme velferdsgodene. Dette innebar et krav om at offentlige tjenester måtte utformes med utgangspunkt i den enkeltes behov, i lokalmiljøet og av det ordinære tjenesteapparatet. Dette ble sett på som en forutsetning for at utviklingshemmede kunne få status som fullverdige medlemmer av samfunnet (St.Meld. nr. 40 (2002–2003), jf. Brevik & Høyland 2007).

HVPU-reformen hadde klare idealer, og det viktigste resultatet av reformen var at institusjonene ble lagt ned i løpet av en kort tidsperiode. Reformen gikk likevel ikke svært langt i å lovregulere hvilke rettigheter personer med utviklingshemming hadde når de først var bosatt til kommunene. I utredningen *Fra bruker til borger* (NOU 2001: 22) påpekes det at reformen hadde lite lovregulering, men at statlige myndigheter ga mange føringer i form av rundskriv. Virkemidlene var klare retningslinjer, kombinert med tidsfrister og økonomiske incitamenter i perioden da institusjonene ble avvirket. Etter avviklingen ble utviklingshemmede omfattet av det samme lovverket som alle andre med tjenestebehov, rettigheter som var regulert blant annet av lov om sosiale tjenester og kommunehelsetjenesteloven (NOU 2001: 22, kapittel 19). Det er verdt å merke seg at St.meld. nr. 67 (1986–87) *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede*, gikk inn for en sterkere lovfesting av ulike omsorgstjenester for å sikre rettssikkerheten for utviklingshemmede, men dette ble aldri fulgt opp (Sandvin 2011).

Det er ett viktig unntak fra dette generelle bildet, og det dreier seg om retten til en god bolig. Kommunene ble pålagt å sikre personer som kom fra HVPU-institusjoner, et boligtilbud som kvalitativt var minst like godt som det vedkommende hadde hatt som institusjonsbeboer. Dette innebar at disse sto sterkere enn andre i en overgangsperiode, fordi mennesker med funksjonshemming ikke har noe generelt rettskrav på å få tilrettelagt en tilpasset bolig. I sosialtjenestelovens formålsparagraf het det at loven skulle bidra til at den enkelte fikk mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. For å oppnå denne målsettingen må mange med tjenestebehov ha tilgang på en tilpasset bolig med tilknyttede pleie- og omsorgstjenester, men retten til en slik tilpasset bolig var ikke skrevet inn i sosialtjenesteloven. Loven begrenset sosialtjenestens ansvar til å *medvirke* til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke kunne klare dette på egen hånd (NOU 2001: 22, s. 193), uten å pålegge noe ansvar for at en permanent egnet bolig ble skaffet.

Den sterkere retten til en god bolig for mennesker som kom ut av HVPU-institusjoner, var nedfelt i avviklingsloven. Det daværende Kommunaldepartementet sendte et brev til Husbanken i juli 1990, der det ble framhevet at et av hovedmålene med reformen var at mennesker med utviklingshemming skal kunne bo i, og være en del av, et

vanlig godt bomiljø (Kommunaldepartementet 1990). I brevet het det at det anbefalte antallet boliger/boenheter i bofellesskap og bokollektiv var 2–5, og at det var viktig å unngå konsentrasjon av for mange boliger for mennesker med utviklingshemming, eldre og andre omsorgstrengende. Normen skulle være vanlige boliger integrert i ordinære bomiljøer. Instruksene i brevet fra departementet ble nedfelt i et internt rundskriv i Husbanken (HB – 1212 (1990), jf. Kittelsaa & Tøssebro 2011:11). Tilsvarende statlige føringer for boligtilbudet ble ikke gitt for andre grupper med bistandsbehov (NOU 2001: 22). Føringene for boliger til utviklingshemmede er videreført i senere rundskriv og veiledere i Husbanken, selv om kravene til størrelse på bofellesskap og lokalisering er blitt noe mer fleksible over tid (Hansen & Grødem 2012). Det er likevel grunn til å understreke at rundskriv og veiledere ikke har lovstatus, men nettopp er veiledere. Man kan kritisere kommuner og statlige organer for at de ikke følger opp anbefalinger, men man kan ikke påklage slike avvik som lovbrudd.

Det er dessuten et viktig poeng at retten til en egen bolig kun gjaldt de som flyttet ut av institusjonene. Hjemmeboende med utviklingshemming fikk ikke den samme retten etter reformen, og har den heller ikke i dag. Reformen skulle omfatte alle utviklingshemmede, men gjennomføringen skapte et skille mellom tilbudet til de som kom fra institusjon innen helsevern for psykisk utviklingshemmede, og tilbudet til de hjemmeboende. De som kom fra institusjon, ble prioritert. Dette har sammenheng med at det til disse var knyttet tidsfrister når det gjaldt avvikling av institusjon, klagerett og en økonomisk kompensasjon per person kommunen overtok ansvaret for. For de hjemmeboende var det verken knyttet tidsfrister eller klagerett, og de økonomiske overføringene ble gitt som et samlebeløp for hele gruppen. I NOU 2011: 22, *Fra bruker til borger*, argumenteres det på denne bakgrunnen for at klare retningslinjer, og det tvingende ved tidsfristene og institusjonenes avvikling, var viktige for å lykkes med gjennomføringen av reformen (NOU 2001: 22, s. 401).

Levekårene til personer med utviklingshemming er evaluert i flere runder etter at reformen ble gjennomført (se for eksempel Tøssebro & Lundeby 2002; Brevik & Høyland 2007; Søderstrøm & Tøssebro 2011; Kittelsaa & Tøssebro 2011). Resultatene er blandede. Evalueringene etterlater liten tvil om at utviklingshemmede har fått vesentlig bedre boligforhold etter reformen. De fleste bor selvstendig, oftest i bofellesskap eller i samlokaliserte boliger, og de disponerer fullverdige leiligheter med oppholdsrom, kjøkken og bad. Flere har imidlertid hevdet at HVPU-reformen i realiteten ble en boligreform (f.eks. Dokument 8:139 S (2010–2011)) – at resultatene på boligområdet er svært oppløftende, men at reformen ikke har lyktes i å oppnå målene om normalisering og integrering på andre områder. Blant annet var det et mål for reformen at utviklingshemmede skulle ha et kultur- og fritidstilbud likeverdig med tilbudet til befolkningen for øvrig (St.meld. nr. 47 (1989–90) Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming). Avviklingen av det særlige helsevernet lot imidlertid til å resultere i en viss reduksjon i utviklingshemmedes deltakelse i

kultur- og fritidsaktiviteter (Tøssebro 1996). Denne undersøkelsen konkluderte videre med at fritiden ikke i særlig grad er integrert. Tvert om tegnes et bilde av en segregert fritid, som er organisert av personale ansatt i boliger, og dagtilbud.

På ett område har personer med utviklingshemming klare rettigheter, og det er når det gjelder utsatthet for tvang og maktbruk. Allerede i 1991 konkluderte Røkkeutvalget (NOU 1991: 20) med at det var behov for klarere retningslinjer på dette området. Forslag til endring i sosialtjenesteloven ble fremmet, og vedtatt, i 1996, og fikk virkning fra 1999. Etter de nye reglene kunne kommunene gjøre vedtak om tvangs- og maktbruk etter nærmere fastsatte retningslinjer. Fylkesmannen måtte godkjenne vedtaket før det kunne iverksettes. Det ble samtidig opprettet et eget råd som skulle følge med på hvordan loven ble praktisert (NOU 2001: 22, s. 353). Prinsippet om regulering av maktbruk henger sammen med utviklingshemmedes rett til personlig autonomi – det skal være gode grunner hvis man skal styre et voksent menneske med tvangstiltak.

Alt i alt er det vanskelig å konkludere med at HVPU-reformen førte til en sterk juridisk vektlegging av individuelle særrettigheter for personer med utviklingshemming. Personene det gjaldt, ble bosatt i kommunene, og fikk tilgang til de samme rettighetene som andre. Et delvis unntak gjelder på boligområdet, der personer som kom ut av institusjonene, hadde sterkere rettigheter enn andre i overgangsperioden. Reformen gjenspeilet viktige idealer og la en rekke føringer, men disse ble i liten grad nedfelt i lovverket som individuelle rettigheter – kanskje i mindre grad enn det som var signalet i Stortingsmelding nr. 47 (1989–90) Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, som introduserte reformen.

Handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001

Handlingsplan for eldreomsorgen ble gjennomført i årene 1998–2001. Ambisjonen for handlingsplanen var å sette kommunenes helse- og sosialtjeneste bedre i stand til å møte veksten i behovet for pleie- og omsorgstjenester som en følge av at det er blitt flere eldre. Dette krevde en kraftig utbygging av kapasiteten både når det gjelder personell og bygninger, og en opprustning og kvalitetsforbedring av pleie- og omsorgstjenestens bygningsmasse. Handlingsplanen resulterte blant annet i 12 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren, og en økning i samlet dekningsgrad for aldershjem, sykehjem og omsorgsboliger fra 26 til 29 prosent for befolkningen over 80 år (St.meld. nr. 31 (2001–2002)).

Handlingsplanen var blant annet en oppfølging av anbefalingene til det såkalte Gjærevollutvalget (NOU 1992: 1), som hadde anbefalt en større satsing på omsorgsboliger framfor institusjonsløsninger for personer med pleie- og omsorgsbehov. Vekten på «boliggjøring» innebar blant annet en målsetting om at eldre skulle kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Dette krevde en utbygging av kapasiteten i hjemmetjenestene, og relativt sett flere omsorgsboliger.

Handlingsplanen for eldreomsorgen innebar ikke noen ansvarsoverføring mellom stat, fylkeskommune og kommune. Kommunene hadde allerede det samlede ansvaret for pleie- og omsorgstilbudet til eldre, og hadde hatt dette siden sykehjemsreformen i 1988. Handlingsplanen hadde som siktemål å trappe opp og styrke eksisterende tilbud, samtidig som den la opp til en ytterligere vridning fra institusjonsomsorg til hjemmebasert omsorg for eldre. Opptrappingsplanen innebar ingen lovendring, og ga ingen nye eller styrkede individuelle rettigheter til eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester.

Uavhengig av opptrappingsplanen kom den såkalte kvalitetsforskriften i 2003 (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.). Forskriften kom som et svar på kritikk som hadde vært reist mot eldreomsorgen i kommunene, og innebar en forsterkning på mange områder sammenlignet med tidligere forskrifter på området. Et viktig signal var at forskriften var hjemlet samtidig i kommunchelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven. Dette var en del av en prosess for å harmonisere de to lovene, en prosess som endte i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i 2012 (se nedenfor). Forskriften forsterket vektleggingen av tjenestemottakernes selvbestemmelsesrett, og framhevet også bruken av individuell plan og brukermedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Selvstendighet og styring av eget liv, samt sosiale behov, ble også vektlagt i kvalitetsforskriften fra 2003. I Sosial- og helsedirektoratets veileder til forskriften ble det i et eget punkt påpekt at flertallet av brukerne av kommunale pleie- og omsorgstjenester er eldre mennesker, men at også andre brukergrupper er inkludert, og dermed naturligvis også omfattes av kvalitetsforskriften. Forskriften i seg selv inneholder ingen formuleringer som skiller mellom ulike grupper, men bruker formuleringene «personer som mottar pleie- og omsorgstjenester» og «brukerne».

Opptrappingsplan for psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 ble vedtatt i 1998. Opptrappingsplanen var en videreføring og styrking av forløperen, Handlingsplanen for psykisk helsevern og mental helse 1990–1995, som særlig hadde lagt vekt på kvalifisering av personale. Grunnlaget for opptrappingsplanen finnes i Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet og i St.prp. nr. 63 (1997–1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Opptrappingsplanen ble opprinnelig planlagt fram til 2006, men ble videreført i to år og avsluttet i 2008.

På det tidspunktet opptrappingsplanen ble iverksatt, hadde kommunene allerede ansvaret for primærhelsetjenester og omsorgstjenester til mennesker med psykiske lidelser. I Stortingsmelding nr. 25 (1996–1997) heter det eksplisitt at det å lovfeste et kommunalt særansvar for mennesker med psykiske lidelser anses som både unødvendig og uheldig, fordi man ønsker å komme bort fra regler om særomsorg. Stortingsmel-

dingen anfører at når tilbudet i kommunene ikke anses som godt nok, skyldes det ikke uklarhet om lovgrunnlaget, men snarere mangelfulle ressurser, mangelfulle kunnskaper om behov og mangelfulle kunnskaper om hvilket tilbud som bør finnes. Et av problemene som ble identifisert, var at mange pasienter ble antatt å bli værende i spesialisthelsetjeneste for lenge, fordi behandlingstilbudet i kommunene var for dårlig utbygd.

I stortingsmeldingen Åpenhet og helhet (St.meld. nr. 25 (1996–1997)) ble det argumentert på denne bakgrunnen for at det måtte stilles høyere krav til de instansene som hadde ansvar for tjenestene, og krav til bedre samordning mellom ulike nivåer. Økonomiske virkemidler måtte utnyttes bedre, og det måtte stilles strengere kvalitetskrav, gjerne fulgt opp av økonomiske sanksjoner hvis kvalitetskravene ikke ble oppfylt. Meldingen anerkjenner en spenning mellom fagkompetanse og desentralisering: Ønsket om desentralisering måtte ikke overskygge behovet for faglig solide sentralinstitusjoner, og langtidsinstitusjonene måtte ikke trappes ned før gode nok miljøer i lokalsamfunnene var bygd opp.

Storingsproposisjon nr. 63 (1997–1998) fulgte opp stortingsmeldingen, og la vekt på prinsippet om forebygging av psykiske lidelser der dette var mulig. Ansvar for tjenestene skulle følge ansvarsfordelingen inne helse- og sosialtjenesten ellers, og målet skulle være at brukeren skulle kunne leve et mest mulig normalt liv, der sentrale verdier var uavhengighet, selvstendighet og mestringsevne. Avstanden til tidligere tiders utøvelse av makt, tvang og medisinerer ble tydelig markert i dokumentene i Opptrappingsplanen, som også la betydelig vekt på brukermedvirkning og myndiggjøring av brukerne (jf. kapittel 2 i St.meld. nr. 25 1996–1997; avsnitt 4.1 i St.prp. nr. 63 (1997–1998)).

Under overskriften «Flere og bedre kommunale tjenester for voksne» i St.prp. nr. 63 (1997–1998) (punkt 4.2) identifiseres følgende hovedsatsinger:

- Forebyggende arbeid. Dette er et overordnet perspektiv som inkluderer det meste av kommunenes innsats på levekårsfeltet.
- Nye omsorgsboliger. Storingsproposisjonen setter som et mål at det skal bygges 3400 nye omsorgsboliger under opptrappingsplanen. Det anslåtte behovet var basert på Sosialdepartementets gjennomgang av planer for psykisk helsearbeid i et utvalg kommuner, folketallet i kommunene og det eksisterende antallet omsorgsboliger.
- Styrking av hjemmebaserte tjenester. Regjeringen foreslo en styrking tilsvarende ett nytt årsverk per omsorgsbolig, altså 3400 nye årsverk i sektoren.
- Dagsentertilbud til flere. Regjeringen foreslo å trappe opp kapasiteten slik at 4500 flere brukere kunne få tilbud på dagsenter i løpet av planperioden.
- Flere støttekontakter. Flere støttekontakter skulle, i likhet med dagsentertilbudene, være et virkemiddel for å motvirke sosial isolasjon. Tilbudet burde være tilgjenge-

lig også for personer med lettere psykiske lidelser. Målsettingen var at 10 000 flere skulle få støttekontakt i planperioden.

- Utbygging av kultur- og fritidstiltak. Dette var et tredje virkemiddel for å motvirke isolasjon, og tiltakene skulle også rettes mot personer med lettere psykiske lidelser. Målsettingen var at 1000 flere skulle få tilbud om fritidstiltak. Utgiftene som ble kanalisert til dette formålet, skulle gå til lønn til fritidsassistenter, reiseutgifter og tilstelninger med videre i regi av organisasjoner og institusjoner.
- Styrking av tilrettelagt behandlingstilbud i kommunene. Regjeringen la til grunn at tilstrømmingen til spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser var unødvendig stor fordi det kommunale tilbudet var for dårlig. Antallet årsverk knyttet til tilrettelagt behandling skulle styrkes med 309 i løpet av planperioden, fordelt på 125 årsverk med høyskoleutdannet personell med videreutdanning innen psykiatri og 184 psykologer.

I tillegg inneholdt planen en rekke tiltak for å styrke tilbudet til barn og unge i kommunene, og for å styrke tilbudet til barn, unge og voksne i spesialisthelsetjenesten. Stortingsmeldingen bebudet at handlingsplanen skulle baseres på juridiske, økonomiske og utdanningspolitiske virkemidler.

Punktene ovenfor omfatter økonomiske og utdanningspolitiske tiltak, men ingen juridiske. Opptrappingsplanen for psykisk helse innebar en endring og klargjøring av ansvarsforhold, samtidig som feltet ble tilført nye midler. Under opptrappingsplanen ble det avsatt 6,1 milliarder kroner (2008-kroner) til bruk på brukertiltak, informasjon, kompetansetiltak og tilskudd til oppbygging av tjenester i kommuner og spesialisttjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, juni 2009). Om juridiske virkemidler sa stortingsmeldingen:

Tjenestenes juridiske grunnlag berøres av flere forskjellige lovproposisjoner som er under arbeid – lov om spesialisthelsetjenesten, lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern, lov om pasientrettigheter, og lov om helsepersonells rettigheter og plikter. (St.meld. nr. 25 (1996–97))

Det foregikk mye lovarbeid på det helsepolitiske området på det tidspunktet opptrappingsplanen ble lansert, men det ble ikke laget egne lover eller paragrafer som sikret individuelle rettigheter for mennesker med psykiske lidelser i det kommunale tjenesteapparatet.

Opptrappingsplanen ble evaluert av Norges Forskningsråd gjennom hele planperioden. Evalueringsprogrammet ble avsluttet i 2009. En hovedkonklusjon var at tilbudet i kommunen var styrket gjennom bedre boligtilbud, støttetjenester, hjemmetjenester, aktivitetstilbud, oppfølging, forebyggende arbeid og økt kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Mer enn dobbelt så mange fikk behandling enn det som

var tilfellet i 1999, og andelen som tok videreutdanning med spesialisering i psykiatri, økte. Brukermedvirkningen var styrket gjennom økte midler til brukerorganisasjoner og generelt styrket brukermedvirkning. Det ble etablert regionale ressursentra for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i alle regioner, og det var gjennomført en større holdningskampanje og utarbeidet informasjonsmateriell. Resultatene når det gjaldt deltakelse i fritidsaktiviteter, arbeid og generelle levekår, var mer uklare. Evalueringen presiserte også at selv om det kan påvises en kvantitativ økning i hjelpetilbudet, hadde evalueringen frambrakt lite kunnskap om innhold og kvalitet. Det gjensto også en del arbeid for å bedre tilbudet til eldre med psykiske lidelser og pasienter med lettere psykiske lidelser (Forskningsrådet 2009).

Opptrappingsplan for rus

Som nevnt ovenfor, ble kommuner og fylkeskommuners ansvar for rusmisbrukere tydeliggjort med lov om sosiale tjenester i 1993. En stortingsmelding fra 2000 (St.meld. nr. 28 (1999–2000)) kan sies å representere et skille i måten bredden i kommunale tjenester ble diskutert på, i og med at det var den første som inkluderte rusmisbrukere eksplisitt som en brukergruppe kommunene hadde plikt til å utvikle et egnet tilbud til. Andre grupper som nevnes særskilt, er eldre, døende, psykisk utviklingshemmede og mennesker med psykiske lidelser. Denne stortingsmeldingen er særlig opptatt av innholdet og kvaliteten i tjenestene, og understreker behovet for veiledning, kompetanse, internkontroll og en generell kvalitetsforskrift som tydeliggjør at kravene til kvalitet omfatter alle grupper som bruker kommunale tjenester (St.meld. nr. 28 (1999–2000)).

Ansvarsforholdene for rusmiddelavhengige ble forskjøvet på nytt med Rusreformen i 2004, da ansvaret for spesialisttjenester til rusavhengige ble overført til de regionale helseforetakene, og dermed til staten. Tjenestene ble definert som spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestene fikk i loven betegnelsen «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk», noe som innebar at tjenestene skulle ha både et sosialfaglig og helsefaglig innhold. Med rusreformen fikk mennesker med rusproblemer lovfestede pasientrettigheter og ble likestilt med andre pasientgrupper (Skretting 2011). Den kommunale sosialtjenestens helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere fortsatte likevel som før.

Etter 2000 er det utarbeidet tre nasjonale tiltaksplaner for rusfeltet som har omfattet forebygging, behandling og sosiale omsorgstjenester: Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 (sosialminister Ingjerd Schou), Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2005–2008 (arbeids- og sosialminister Dagfinn Høybråten) og opptrappingsplan for rusfeltet 2007–2012 (helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad). Alle har lagt vekt på forebygging og behandling, og peker ut retninger for opptrappinger og bedret samarbeid snarere enn å foreslå organisatoriske reformer.

Den siste i rekken, Opptrappingsplanen for perioden 2007–2012, er intet unntak i så måte.

Opptrappingsplanen for rusfeltet 2007–2012 har som hovedintensjon å gi rusreformen fra 2004 et faglig innhold, med tiltak for å ruste opp kapasiteten i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt øke kvaliteten på det samlede tilbudet. Planen omhandler både alkohol, narkotika og vanedannende legemidler, samt tiltak fra forebygging til behandling og oppfølging (Helsedirektoratet 2012). Folkehelseperspektivet er førende for planen. Opptrappingsplanen slår fast at for personer som allerede har utviklet rusmiddelproblemer, skal tjenester i stat og kommune være innrettet slik at de er tilpasset den enkelte brukers behov. Det presiseres også at tilbud i det ordinære tjenesteapparatet er bedre enn særtiltak, særlig fordi personer med rusmiddelproblemer ofte har sammensatte problemer. I tillegg skal det utarbeides tiltak rettet mot utsatte grupper. Videre påpekes behovet for samhandling og sammenhengende pasientforløp.

Planen har fem hovedmål:

1. Tydelig folkehelseperspektiv
2. Bedre kvalitet og økt kompetanse
3. Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
4. Forpliktende samhandling
5. Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

I likhet med Opptrappingsplanen for psykisk helse inneholder Opptrappingsplanen for rusfeltet 2007–2012 en betydelig satsing på kunnskapsoppbygging, kompetanse, informasjon og forskning. Kvalitativt bedre tjenester skal sikres gjennom økt kompetanse i hjelpeapparatet. Det helhetlige ansvaret ligger fortsatt i kommunene. Det kommunale rusarbeidet innebærer både forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering, behandling og skadereduksjon. Dermed er det mange instanser som vil være involvert i det kommunale rusarbeidet, blant andre råd og veiledningstjenester, helsestasjon og skolehelsetjenesten, fastlege, bolig og oppfølgingstjenester i bolig, arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, psykisk helsetjeneste, oppsøkende/ambulante tjenester, lavterskeltilbud, henvisning til og oppfølging under behandling i spesialisthelsetjenesten eller opphold i annen institusjon/fengsel.

Gjennom opptrappingsperioden har statlige tilskudd til kommunene vært et sentralt virkemiddel. Kompetansenivået blant kommunene har økt som følge av tilskuddsordningene, samtidig som temaet rus i større grad er satt på dagsordenen i kommunene (Helsedirektoratet 2012). Samtidig har tilførsel av økonomiske ressurser til kommunene og helseforetakene lagt grunnlag for en ytterligere utbygging av tjenestetilbudet på rusfeltet. Kommunene har hovedsakelig fått tilskudd til nye ruskonsulenter, bo-oppfølgingstjenester, aktivitets- og arbeidstiltak, lavterskel helsetiltak og tiltak for tidlig intervensjon overfor unge i risiko.

Oppsummering

Gjennomgangen så langt har beskrevet en reform og tre statlige initiativer som alle har hatt betydning for kommunenes pleie- og omsorgstilbud for sårbare grupper: personer med utviklingshemming, personer med psykiske lidelser, rusavhengige, og eldre. Reformen innebar en ansvarsoverføring fra statlige (og i noen tilfeller fylkeskommunale) instanser til primærkommunene. De tre handlingsplanene/opptrappingsplanene innebar en styrking av tilbudet kommunene allerede hadde ansvar for.

Hensikten med gjennomgangen har vært å få fram kunnskap om, og eventuelt på hvilken måte, reformene og opptappingene har medført styrkede individuelle rettigheter for brukerne. I den grad dette var tilfellet, ville det tyde på at rettighetsfesting knyttet til opptappinger/ansvarsoverføringer i kommunene har vært en drivkraft som kan forklare økt bruk av ressurser. Gjennomgangen viser imidlertid ganske systematisk at reformene/opptappingene ikke var rettighetsreformer som ga brukergruppene klare individuelle rettigheter til et bestemt pleie- eller omsorgstilbud. Selve ordet «rettighet/rettigheter» brukes sjelden i de sentrale dokumentene, og når det forekommer, er det som regel i henvisninger til annet lovverk, som pasientrettighetsloven (senere pasient- og brukerrettighetsloven), eller med henvisning til generelle menneskerettigheter. Alle brukergruppene har klare prosessuelle rettigheter, som retten til å klage på enkeltvedtak. I tillegg etableres klare rettigheter som angår bruk av tvang og makt. Lover som ble utarbeidet i kjølvannet av HVPU-reformen, tydeliggjør at all bruk av tvang og makt skal være forankret i individuelle enkeltvedtak. Når det gjelder retten til kommunale pleie- og omsorgstjenester, etableres derimot ingen individuelle rettigheter som er spesifikke for bestemte brukergrupper. Målsettingen for reformene/opptappingsplanene har tvert imot vært å inkludere alle i samme lovverk, og å avskaffe alle former for særbehandling som ikke er begrunnet i individuelle ønsker og behov. Det eneste delvise unntaket er boligrettigheter for personer med utviklingshemming som flyttet ut av institusjonene. Her ble kommunene pålagt å skaffe disse et tilbud som kvalitativt var like godt som det beboerne hadde hatt på institusjonen. Hjemmeboende personer med utviklingshemming ble derimot ikke omfattet av denne retten, og relevansen av denne formuleringen forsvant etter hvert som utflyttingen fra institusjonene ble sluttført. Ansvarsreformen for utviklingshemmede, opptappingsplanen for psykisk helse og opptappingsplanen for rus var alle initiativer med normalisering som mål – de ville avskaffe, framfor å befeste, særtiltak og særbehandling.

Gjennomgangen så langt har dreid seg om reformer, planer og opptappinger knyttet til enkeltgrupper av brukere. På 2000-tallet har det imidlertid pågått en rekke diskusjoner om pleie- og omsorgssektoren som ikke har hatt fokus på enkeltgrupper, men har dreid seg om ambisjoner, utviklingstrekk og organisasjon i sektoren generelt. Disse diskusjonene har startet fra det premisset at alle primærhelsetjenester og sosiale tjenester ligger i kommunene, og dermed kan diskuteres helhetlig. Viktige diskusjoner har vært knyttet til Omsorgsplan 2015, der pleie- og omsorgstjenestene til alle grup-

per diskuteres samlet, og til innføringen av den nye helse- og omsorgstjenesteloven fra 1.1. 2012 og tilsvarende pasient- og brukerrettighetsloven fra samme dato. Hvordan behandles spørsmålene om individuelle rettigheter for ulike grupper i disse dokumentene? Det er tema i den neste seksjonen.

4.4 Nylige reformer i pleie- og omsorgstjenester i 2000-årene: likebehandling av unge og eldre?

Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 ble lansert i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, mangfold og muligheter. Framtidas omsorgsutfordringer. I introduksjonen til meldingen slås det fast:

Framtidas omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene står i fokus i denne meldingen. De siste 20 årene har tjenestene gjennomgått flere store reformer som har berørt både eldreomsorgen og brukergrupper med ulike typer funksjonshemninger. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen ble det tatt et krafttak både for å øke kapasiteten og ruste opp kvaliteten på tjenestetilbudet. Samtidig, i kjølvannet av reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplanen for psykisk helse, er tallet på yngre brukere av de kommunale omsorgstjenestene nær fordoblet de siste ti år. (...). De nye brukergruppene stiller krav til nye arbeidsformer og endret kompetanse, og veksten i tallet på eldre vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet. (St.meld. nr. 25 (2005–2006), s. 5)

Meldingen stiller med andre ord opp en todelt utfordring for kommunene: Kommune- ne har fått ansvar for nye brukergrupper, samtidig som den brukergruppen kommunene har hatt ansvar for lengst – de eldre – blir flere. Disse formuleringene forespeiler det som er gjennomgangstenen i meldingen: Det er de samlede pleie- og omsorgstjenestene i kommunene som skal styrkes, for å svare på en samlet større utfordring.

Omsorgsplan 2015 løftet fram tre hovedprosjekter:

- Nye omsorgsplasser
- Flere årsverk med økt kompetanse
- Demensplan 2015

Satsingen på nye omsorgsplasser motiverte innføringen av Investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger, med mål om å gi tilskudd til 12 000 plasser innen 2015. Regjeringen anslo videre behov for 12 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenestene, med større faglig bredde og stor grad av fagutdanning. Omsorgsplanen legger opp til

å se på dimensjoneringen av utdanningskapasiteten, og til å øke de frie inntektene for å muliggjøre flere årsverk i sektoren. Demensplan 2015 var motivert av en forventet betydelig økning i antallet brukere med demens, med en antatt fordobling i løpet av 35 år. Demensplanen har tre hovedsatsinger: bedre dagaktivitetstilbud, bedre tilpassede botilbud og økt kunnskap og kompetanse på demenslidelser i omsorgssektoren.

Bedre botilbud og bedre kompetanse er målsettinger som imøtekommes gjennom generelle tiltak for boligbygging og kompetanseheving. Blant annet ligger det til grunn for investeringsstilskuddet at alle boligene som bygges med dette tilskuddet, skal være egnede boliger for brukere med demens. Når det gjelder dagaktivitetstilbud, heter det i Omsorgsplanen:

Regjeringen har i et eget rundskriv om «Aktiv omsorg» presisert det kommunale ansvaret for slike tilbud i tråd med sosialtjenestelovens formål om å «*bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.*» Godt utbygde dagaktivitetstilbud kan sammen med hjemmetjenester i mange tilfeller bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Det blir spesielt pekt på den betydningen dagaktiviteter har for mennesker med ulike demenslidelser og andre med langvarige og sammensatte sykdomsforløp eller nedsatt funksjonsevne. (Omsorgsplan 2015, s. 10)

Heller ikke på dette området er det formuleringer som går i retning av å rettighetsfeste adgangen til dagtilbud for personer med demens eller andre. Regjeringen presiserer kommunenes ansvar, og understreker viktigheten av at personer med demens har dagtilbud, men etablerer ikke dagtilbud som en rettighet. Dermed blir det opp til kommunene å vurdere i hvilken grad de vil gi dette formålet prioritet i konkurranse med andre ansvarsområder.

Omsorgsplan 2015 inneholder, i tillegg til de tre hovedprosjektene, en rekke mindre prioriteringer. Disse inkluderer en styrking av forskningen på omsorgsfeltet, tiltak overfor familier som har barn med funksjonsnedsettelse, bedre vilkår for pårørende som yter langvarig og krevende omsorg, og harmonisering av den kommunale sosial- og helseovgivningen. Ingen av disse tiltakene etablerer individuelle rettigheter, men søker å skape betingelser for å gi bedre informasjon, bedre kunnskap og kompetanse og bedre organisering.

Verdighetsgarantien

Verdighetsgarantien er en forskrift, som i utgangspunktet var hjemlet i kommunehelse- tjenesteloven og sosialtjenesteloven. Forskriften kom i 2010, og skiller seg ut gjennom å legge premisser kun for én gruppe brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester: Tittelen er «Forskrift for en verdig eldreomsorg». Verdighetsgarantien er en garanti til de eldre, ikke andre brukere av pleie- og omsorgstjenestene. I formålsparagrafen heter

det at «Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom». Videre presiserer forskriften tjenestenes verdigrunnlag: «De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.» Det presiseres at tjenestene skal legge til rette for at den enkelte skal ha en forsvarlig bostandard, et variert og tilstrekkelig kosthold og et mest mulig normalt liv. Dessuten skal brukerne tilbys samtaler om eksistensielle spørsmål, lindrende behandling og en verdig død. Eldre som bor på institusjon, skal tilbys enerom, og det skal legges til rette for at alle som omfattes av forskriften, skal bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen.

Samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgslov

Samhandlingsreformen er den siste store reformen på helse- og sosialområdet. En hovedintensjon med reformen er å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I det ligger det å styrke kommunenes ansvar for forebygging, og også å gi kommunene større ansvar for utskrivingsklare pasienter.

Samhandlingsreformen ble drevet fram som svar på tre sentrale utfordringer (St. meld. nr. 47 (2008–2009), kapittel 3):

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester ble ikke godt nok ivaretatt under det eksisterende systemet. Det ble ansett som problematisk at spesialisthelsetjenesten var rettet inn mot medisinsk helbredelse, mens det bredere fokuset på pasientens funksjonsnivå og mestringssevne lå hos kommunehelsetjenesten.
- Tjenestene var preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet ga utfordringer som ville kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Reformen etablerer på bakgrunn av disse utfordringene tre hovedmål. For det første, det må utvikles mer koordinerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester. For det andre, en større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene. For det tredje, det skal legges mer vekt på forebygging og bedre folkehelse.

Samtidig med samhandlingsreformen, 1.1.2012, trådte den nye loven om helse- og omsorgstjenester i kraft. Loven erstatter lov om sosiale tjenester og lov om kommunehelsetjenesten, og samler helse- og omsorgstjenester innenfor samme juridiske ramme.³

³ Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.09, gir regler for økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad. Loven omfatter også kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, og

I forslaget oppheves det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinnsans, der helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. I stortingsproposisjonen heter det at

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon (Prop. 91 L (2010–2011), s. 25).

Denne målformuleringen nevner ikke alder, men det virker rimelig å anta at hensynet til alder – likebehandling av eldre og yngre brukere – er bakt inn i begrepene «diagnose» og «den enkeltes livssituasjon».

Gir den nye helse- og omsorgstjenesteloven ulike rettigheter til ulike pasient- og brukergrupper? Selve lovteksten gir ingen holdepunkter for forskjellsbehandling. Lovens formålsparagraf lyder (helse- og omsorgstjenesteloven, § 1):

Lovens formål er særlig å:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
- sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Hvert enkelt av disse punktene innebærer vekt på likebehandling av alle som har rettigheter under loven. Sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne er sidestilt, tilpasning til den enkeltes behov understrekes. Tilsvarende formuleringer går igjen i andre paragrafer i loven, og ikke noe sted antydes at rettigheter eller krav på fordelaktig behandling knyttes til bestemte diagnoser eller tilstander framfor andre.

plikt til å skaffe midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Loven om sosiale tjenester i NAV har ikke gått inn i loven om helse- og omsorgstjenester, men gjelder fortsatt som egen lov.

Det er utarbeidet en rekke forskrifter til helse- og omsorgstjenesteloven. I tillegg er en del eksisterende forskrifter fortsatt gyldige på områder der den felles loven ikke har medført substansielle endringer i tjenesteinnholdet eller kravene til tjenesten. En sentral forskrift som gjelder overordnet praktisering av loven, er forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (Kvalitetsforskriften, se ovenfor). Denne forskriften fra 2003 pålegger kommunene å etablere prosedyrer slik at den enkelte brukeren får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten, og at brukere, og eventuelt verger/pårørende, sikres medvirkning. Kommunene pålegges å utarbeide skriftlige prosedyrer som sikrer at brukerne av pleie- og omsorgssektoren får tilfredsstilt grunnleggende behov, «med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel» (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Parallelt med at pleie- og omsorgstjenestene ble samlet i én lov, ble det innført en felles lov om pasient- og brukerrettigheter. Denne erstattet den tidligere loven om pasientrettigheter fra 1999. Formålsparagrafen til pasient- og brukerrettighetsloven lyder: «Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.» Loven fastsetter rettigheter på en rekke områder innen helse og omsorg: rett til helse- og omsorgstjenester, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, rett til valg av sykehus, rett til individuell plan, rett til medvirkning og informasjon og rett til journalinnsyn. Loven inneholder videre bestemmelser om pasientens samtykke og klageadgang, og slår fast at det opprettes et pasient- og brukerombud i hvert fylke.

Lovens kapittel 4A gir regler for håndtering av pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Samtykkekompetanse er et begrep som presiseres i lovens paragraf 4-3, som fastslår at myndige personer, og mindreårige etter fylte 16 år, har samtykkekompetanse «med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser»⁴. I neste avsnitt presiseres at «samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer... Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig...». Dette er en av få paragrafer i loven der det skilles mellom ulike diagnoser, men alder er ikke en faktor. Det er uansett et krav at bortfall av den viktige samtykkekompetansen begrunnes skriftlig i hvert enkelt tilfelle.

Pasientrettighetsloven åpner for forskjellsbehandling etter alder på ett punkt, men dette er mindre relevant for problemstillingen her: § 2-3, rett til vurdering, sier at

⁴ For mindreårige gjelder også kvalifikasjonen «... særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art».

«Departementet kan i forskrift bestemme at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering raskere enn innen 30 virkedager». Prioriteringsforskriften⁵ slår fast at barn og unge i denne situasjonen skal ha rett til vurdering innen ti virkedager etter at henvisningen er mottatt. Videre er det satt en maksimumsfrist på 65 virkedager for oppstart av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. En slik grense er ikke satt for andre pasientgrupper, der det heter at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at behandling iverksettes, uten at denne er konkretisert til et maksimalt antall dager. Dette er dermed en ventetidsgaranti som er spesifikt begrunnet i alder. Slik vi definerer «eldre» og «yngre» i dette prosjektet, er likevel dette en forskjellsbehandling av en liten gruppe yngre, og de fleste yngre brukere berøres ikke av denne ventetidsgarantien.

Utover denne særregelen om visse grupper unge under 23 år, presiserer både pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften rettighetene til «pasienten» i ulike situasjoner, uten å skille mellom grupper av pasienter.

Oppsummering

Lovverket på helse- og omsorgsfeltet i Norge ble endret fra 1.1. 2012. De to nye sentrale lovene, og deres forarbeider, skiller i svært liten grad mellom brukere i ulike aldersgrupper, eller med ulike diagnoser. Ambisjonene, og rettigheten til tjenester av adekvat kvalitet, omfatter alle grupper. Avvik fra dette prinsippet skal være saklig begrunnet, mest opplagt i funksjonsnivå og samtykkekompetanse. Vedtak om bortfall av samtykkekompetanse skal begrunnes skriftlig. Prinsippet om integrering er styrket med den nye loven, i den forstand at enda flere tjenester samordnes under samme juridiske rammeverk. Rettighetene til tjenester, både helsetjenester og sosiale tjenester, er de samme for brukere i alle aldersgrupper. Den eneste forskriften som eksplisitt kun omfatter én brukergruppe, er verdighetsgarantien fra 2010 – denne heter offisielt «Forskrift om en verdig eldreomsorg», og retter seg dermed kun mot eldre tjenestemottakere.

En trend som har vokst fram over tid, og som er styrket i det nye lovverket, er vektleggingen av individuell plan (IP) og koordinator, og brukermedvirkning (BMV). Retten til individuell plan er nå hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 2-5), lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 7-1), lov om spesialisthelsetjenester (§ 2-5), lov om psykisk helsevern (§ 4-1), lov om helsepersonell (§§ 4 og 38a) og i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (§ 15). Retten til brukermedvirkning er, som nevnt, nedfelt i pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3. Begge disse rettighetene er like for brukere i alle aldersgrupper.

Kapitlet så langt viser ganske entydig at ulike juridiske rettigheter ikke kan forklare eventuelle ulikheter i tjenestetilbud mellom eldre og yngre brukere. Derimot kan det

⁵ Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

være forskjeller i hvordan rettighetene praktiseres. Dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 5. I siste avsnitt i dette kapitlet skal vi se nærmere på noen pågående debatter av betydning for tjenestetilbudet til eldre og yngre: Det gjelder tildelingen av støttekontakt og avlastning, tildeling av BPA og prinsipper for lokalisering av omsorgsboliger.

4.5 Noen pågående debatter

Konkurransetsetting og brukervalg

Et av de mest politiserte spørsmålene i den norske debatten om pleie- og omsorgstjenester er spørsmålet om balansen mellom offentlig og privat innsats. Enkelt sagt ønsker partiene på «høyresida» et større innslag av privat innsats, med konkurransetsetting og fritt brukervalg, mens partiene på «venstresida» i større grad vil holde fast ved enhetlige tjenester som leveres av kommunale aktører.

Det finnes ulike konkurranse- og privatiseringsmodeller (Bogen 2011). Et viktig skille går mellom konkurransetsetting på den ene sida og brukervalg/kundevalg på den andre. Konkurransetsetting innebærer at offentlige tjenester utlyses i konkurranse, slik at ulike aktører – private, ideelle eller offentlige – konkurrerer om oppdraget. Det offentlige finansierer tjenestene og tildeler dem på lik linje med andre offentlige tjenester, men leverandøren av tjenestene varierer. Leverandørene kan konkurrere både på pris og kvalitet. Brukervalg/kundevalg innebærer at brukerne velger tjenesteleverandør blant flere tilbydere som har en avtale med kommunen. Også ved brukervalg er det kommunene som finansierer tjenestene. Kommunen vurderer tjenestemottakerens situasjon og gjør et vedtak om et gitt antall timer den aktuelle personen skal få hjelp, eller hvilke typer hjelp søkeren trenger. I neste omgang velger brukeren om disse tjenestene skal utføres av det kommunale hjelpeapparatet eller av en privat aktør. Kort sagt er det ved konkurransetsetting kommunen som velger leverandør etter visse kriterier, mens ved brukervalg er det brukerne selv som velger innenfor de rammene som er satt av kommunen.

Brukervalg kan i neste omgang skje på tre hovedmåter: (1) Brukeren har innflytelse over hvilke leverandører som yter tjenestene, (2) brukeren har innflytelse over hvilke personer som yter tjenesten, (3) brukeren har innflytelse over innholdet i tjenestene eller hvordan tjenestene ytes. De to siste formene for brukervalg forutsetter ikke konkurransetsetting, brukerne kan også samarbeide med kommunen om å finne en egnet person eller utforme tjenestene på en bestemt måte. Prinsippet om brukervalg er sentralt når det skal ansettes brukerstyrte personlige assistenter (se nedenfor).

Det finnes begrenset forskning på de ulike formene for konkurransetsetting og brukervalg i Norge. En forskningsgjennomgang fra 2011 (Bogen 2011) tyder på at

konkurransetsetting brukes lite i hjemmetjenestene i Norge, men at innslaget av konkurransetsetting er størst i de største byene.

Konkurransetsetting og brukervalg er kontroversielle temaer også i Sverige og Danmark, som vi viser i kapittel 6. Her hevder enkelte studier at brukervalg fører til dårligere tilbud for eldre, fordi de eldste i liten grad er i stand til å benytte seg av valgmulighetene. Bogen (2011) refererer også litteratur som tyder på at brukervalg egner seg dårlig for de skrøpeligste eldre, fordi de kan ha vanskelig for å orientere seg i tilbudet av tjenester. Selv om konkurransetsetting og brukervalg er lite utbredt i Norge, berører det relativt flere brukere enn det antallet kommuner som benytter denne organiseringen, antyder, fordi ordningene i all hovedsak er innført i de største og mest folkerike kommunene. Det foreligger imidlertid per i dag ingen holdepunkter for å si noe om hvorvidt konkurransetsetting/brukervalg har andre konsekvenser for eldre enn for yngre brukere i norske kommuner. At det kan være forskjeller, er likevel en plausibel hypotese, gitt erfaringene fra Sverige og Danmark (se kapittel 6).

Avlastning og støttekontakt

Retten til avlastning er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven og i pasient- og brukerrettighetsloven. Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2, pkt. 6d) slår fast at kommunen skal ha avlastningstilbud, pasientrettighetsloven slår fast at de som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden. Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester påpeker at avlastningstiltak er en forutsetning for at pårørende og andre skal kunne utføre de omsorgsoppgavene de per i dag utfører. Avlastningstiltak skal hindre overbelastning, gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie samt mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Proposisjonen framhever videre at avlastning kan tilbys i eller utenfor hjemmet, i eller utenfor institusjon, og at det er viktig at det tilbys ulike former for avlastning for å møte de mange ulike behovene.

Omsorgsplan 2015 vektla pårørendes innsats som en stor samfunnsøkonomisk ressurs, og understreker at det offentlige må støtte opp under denne frivillige omsorgsinnsatsen gjennom avlastning, informasjon og veiledning. I Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) (s. 106) påpekes det dessuten at det er i tråd med arbeidslinja å treffe tiltak for å hindre at pårørende må slutte i arbeidet for å ta seg av familiemedlemmer med store omsorgsbehov. Stortingsmeldingen, og Omsorgsplan 2015, legger særlig vekt på situasjonen til personer med demens. Demensplan 2015, en del av omsorgsplanen, framhever dagtilbud som et særlig viktig tiltak, også som et avlastningstiltak for pårørende.

Støttekontaktordningen følger av loven § 3-2 6. ledd bokstav b, og gjelder for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Støttekontaktens viktigste oppgave er som regel å hjelpe den enkelte

til en meningsfull fritid og sosialt samvær. I motsetning til avlastning er støttekontakten innrettet mot brukerens behov, og er ikke primært et tilbud til de pårørende.

Helsetilsynet rapporterte i 2007 fra et landsomfattende tilsyn med avlastnings- og støttekontaktordningene, gjennomført av Fylkesmennene. Tilsynet var gjennomført i 66 kommuner. Funnene viser at mange kommuner ikke oppfyller lovens krav når det gjelder informasjon, tildeling og iverksetting av avlastnings- og støttekontakttjenester. De sørger heller ikke godt nok for opplæring og oppfølging av avlastere og støttekontakter. Et sentralt ankepunkt i rapporten er at mange av kommunene som er undersøkt, ikke informerer eldre om mulighet til å søke om, og få, hjemmebasert avlastning og støttekontakt. Funn fra tilsynet viser at avlastning til eldre stort sett blir gitt som opphold i sykehjem, og i mange tilfeller som korttidsopphold det kreves egenbetaling for. Mange aktuelle brukere som kan ha rett til avlastning og støttekontakttjenester, får ikke tilbud om slike tjenester. Statens helsetilsyn rettet alvorlig kritikk mot kommunene på dette punktet: «Statens helsetilsyn mener funn fra tilsynet gir grunnlag for å konstatere at kommunene ikke sikrer tjenestemottakere avlastnings- og støttekontakttjenester uavhengig av diagnose og alder slik loven krever. Dette fratru brukere muligheter til å få tjenester de har rett til, noe Statens helsetilsyn ser svært alvorlig på.» (Statens helsetilsyn 2008) Rapporten viser likevel til Demensplan 2015, der dagtilbud framheves som et godt tiltak for å sikre en meningsfylt hverdag og kontakt med andre. På bakgrunn av funnene i rapporten støtter Helsetilsynet forslaget om lovfesting av dagtilbud for personer med demens.

Retten til avlastning tilfaller personer som har særlig tyngende omsorgsoppgaver. Omsorgsoppgavene kan være knyttet til barn eller til pleietrengende voksne og eldre. Støttekontakt innvilges etter søknad. Ingen av dokumentene prioriterer en gruppe omsorgsgivere framfor andre, og det framgår klart av Omsorgsplan 2015 at personer med omsorg for familiemedlemmer med demens skal ha et tilbud om avlastning. Ulik praksis med hensyn til tildeling av avlastningstilbud og støttekontakt mellom ulike grupper kan derfor ikke begrunnes i ulik lovgivning. Praksisen i kommunene antyder likevel at dette i hovedsak blir sett på som ordninger for yngre brukere.

Brukerstyrt personlig assistent

Siden nedbyggingen av institusjonsomsorgen startet på 60-tallet, og fram til i dag, har handikappbevegelsen mobilisert for ordninger som støtter opp under muligheten til å leve mest mulig likeverdige liv og delta på lik linje med andre. Ideen om Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en del av denne tankegangen. Brukerstyrt personlig assistanse skiller seg fra andre tjenester ved at den i utgangspunktet skal forvaltes av brukeren. Ordningen innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som han eller hun rekrutterer og har arbeidslederansvaret for. Dersom personen må ha

hjelp til å ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen, kan dette ivaretas av foreldre eller hjelpeverge.

Brukerstyrt personlig assistanse ble i Norge introdusert av en gruppe aktivister, som senere organiserte seg i andelslaget ULOBA. ULOBAs politiske og filosofiske plattform er «Independent Living», som er en internasjonal bevegelse som jobber for funksjonshemmedes rettigheter. Ordningen ble først introdusert i 1994, men retten til BPA ble ikke lovfestet før i 2000. Etter 2000 har kommunene plikt til å tilby BPA som en del av tjenestetilbudet, men den enkelte bruker har ikke krav på å få dette innvilget. I 2005 ble ordningen utvidet til å også inkludere personer som ikke selv kan ivareta arbeidslederansvaret. FN-konvensjonen fra 2006 om funksjonshemmedes rettigheter, som Norge har undertegnet (2007), men ikke ratifisert, har gitt økt press for ordninger som støtter opp under likeverdighet og deltakelse. En norsk ratifikasjon av FN-konvensjonen vil kreve endringer i nasjonalt lovverk. Oppmerksomheten omkring BPA som ordning kan forstås i lys av diskusjonen om en norsk ratifikasjon av FN-konvensjonen.

Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2, pkt. 6b) hjemler at kommunene skal ha et tilbud om personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt. Lovens § 3-8 konkretiserer dette til «et tilbud om personlig assistanse ... i form av praktisk bistand og opplæring, organisert som brukerstyrt personlig assistanse». Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) ble først lovfestet, i sosialtjenesteloven, i 2000. Ordningen innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som han eller hun rekrutterer og har arbeidslederansvaret for. Dersom personen må ha hjelp til å ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen, kan dette ivaretas av foreldre eller hjelpeverge. Kommunen har plikt til å tilby brukerstyrt personlig assistanse, men avgjør selv innenfor lovens rammer hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om de skal gis i form av brukerstyrt personlig assistanse. Kommunen har imidlertid plikt, etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, til å rådføre seg med brukeren og legge stor vekt på brukerens synspunkter.

Ordningen med brukerstyrt personlig assistent oppfattes som særlig viktig av flere bruker- og pårørendeorganisasjoner, og det har lenge pågått en diskusjon om en sterkere rettighetsfesting av ordningen (St.meld. nr. 25 (2005–2006), s. 65). I forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vedtok Stortinget følgende: «Stortinget ber regjeringen utrede videre de økonomiske og administrative konsekvensene og raskt komme tilbake til Stortinget med et forslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for brukere med stort behov innenfor den samme økonomiske rammen som gjelder i dag (Innst. 424 L – 2010–2011, s. 30).» Helsedirektoratet ble gitt i oppdrag å utrede kriterier for en ny rettighet til BPA, og leverte en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2011 (Helsedirektoratet 2011). Direktoratet konkluderte med at det samlet sett vil være mer kostnadskrevenne å gi BPA enn å gi tjenesten ved hjelp av det ordinære tjenesteapparatet, og mener at det ikke vil være

mulig å gi alle som i dag mottar praktisk bistand, og har et omfattende behov, en rett til å få organisert tjenesten som BPA uten at dette fører til økte kostnader. Det vil derfor være nødvendig å avgrense rettigheten. Direktoratet kan likevel ikke gi noen garanti for at en avgrenset rettighetsfesting ikke vil gi økte kostnader (Helsedirektoratet 2011).

Rapporten fra Helsedirektoratet diskuterer flere mulige avgrensninger av retten til BPA hvis en slik rettighet skulle innføres. Aktuelle prinsipper for avgrensning er personkrets, tjenester/funksjoner og avgrensning ut fra tjenestebehovets omfang. Diskusjonen om avgrensning i personkretsen er mest interessant for problemstillingen her: Personkretsen kan avgrenses med utgangspunkt i evnen til å ivareta arbeidslederrollen, avgrensning til personer med behov for bistand for å ha et aktivt liv – og avgrensning ut fra alder (Helsedirektoratet 2011). Helsedirektoratet peker på at ordningen i Sverige har en aldersgrense på 65 år, men moderert slik at personer som hadde vedtak for de fylte 65, kan beholde ordningen utover denne aldersgrensen. Det påpekes også at svært få brukere av BPA i perioden 2000–2009 var over 67 år (se også Gabrielsen 2011). Helsedirektoratet påpeker at en øvre aldersgrense vil kunne oppfattes som urimelig, og det kan hevdes at dette også vil være aldersdiskriminerende. Det påpekes likevel at dette hensynet må vurderes opp mot det forholdet at alle brukere fortsatt kan få BPA selv om de ikke omfattes av rettigheten. Rapporten fra Helsedirektoratet (2011) avsluttes med en gjennomgang av fire mulige modeller for kriterier for rettighetsfesting. Samtlige modeller har forbeholdet «Krav om samme økonomiske rammer nødvendiggjør enkelte tilleggskriterier», og de mulige tilleggskriteriene som foreslås for alle modeller, er de samme: ikke rett til BPA på natt, ikke rett til BPA ut over 1:1-bemanning, og øvre aldersgrense for rett til BPA, for eksempel 67 år.

BPA er en tjeneste som i all hovedsak går til yngre brukere: I 2009 var 2340 av 2535 brukere (92 prosent) 66 år eller yngre (Gabrielsen 2011). De eksisterende kriteriene for tildeling gir imidlertid ingen holdepunkter for å gjøre alder til et hovedkriterium, slik rapporten fra Helsedirektoratet også påpeker. Når BPA i så stor grad domineres av yngre brukere, skyldes det andre forhold enn regler og rettighetsfesting.

Botilbud til voksne

De fleste i Norge skaffer bolig på egen hånd, uten hjelp fra det offentlige. Behovet for tilrettelagte boliger, ofte med tilknyttede tjenester, kan oppstå som følge av høy alder, sykdom eller funksjonsnedsettelse. Kommunene har ansvar for å tilby helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse – herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt – og for å tilby plass i institusjon, herunder sykehjem (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6. ledd pkt. b og c). Mange kommuner tilbyr i tillegg til sykehjem spesialtilpassede omsorgsboliger, som betjenes av hjemmetjenestene. Hjemmetjenestene og hjemme-sykepleien gir også tjenester til hjelpetrenende personer som bor i egne hjem uten særlig tilpasning.

Et rundskriv med tittelen «Omsorgsbolig – en veileder», utstedt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet i 1997, la konkrete føringer for hvordan en omsorgsbolig skal se ut, og også for hvilke hensyn som skal vurderes ved lokalisering. Rundskrivet presiserer at en omsorgsbolig er brukerens eget hjem, og skal utformes som en selvstendig bolig på minimum 55 kvm eller som enhet i en fellesskapsbolig med fellesarealer. Det heter i rundskrivet at «omsorgsboliger bør lokaliseres med tanke på tilgang til viktige nærmiljøfunksjoner og omsorgsbases, og skal i størst mulig grad ivareta prinsippet om integrering». Videre heter det at «For yngre og voksne funksjonshemmede er det spesielt viktig at boligene lokaliseres og integreres i det vanlige bomiljøet, slik at behovet for et mest mulig normalt dagligliv ivaretas» (Rundskriv I-27/97, H-24/97B, s. 2). Tilsvarende formuleringer finnes ikke for eldre. I rundskrivet gjøres det altså et skille mellom eldre og yngre brukere når det gjelder å tilrettelegge for et mest mulig normalt dagligliv.

Husbankens veileder for omsorgsboliger og sykehjem (HB 8.F.7, datert mars 2009) gir føringer for hvordan kommunenes tilbud på disse områdene skal utformes. Veilederen er inndelt i kapitler som tar for seg de ulike gruppene: eldre, eldre med demens, personer med utviklingshemming, personer med funksjonsnedsettelser, personer med psykiske lidelser, rusmisbrukere. Tenkningen om behovene for ulike grupper som ble uttrykt i forskriften fra 1997, gjenfinnes i veilederen: Omtalen av botilbud for eldre, med eller uten demens, sier ingenting om plassering i vanlige bomiljøer. Derimot heter det i omtalen av botilbud til (yngre) personer med sammensatte funksjonsnedsettelser at «Nærhet og sosial kontakt med andre er en viktig del av hverdagslivet, spesielt hvis man ikke har kapasitet til å oppsøke andre arenaer. Tilgang til fellesareal samt et attraktivt nærområde er derfor av stor betydning ... Med attraktive nærområder menes også steder der man kan møte folk, se og ta del i et hverdagsliv utover det som foregår i botilbudet» /HB 8.F.7, s. 30). Omtalen av botilbud til personer med rusavhengighet og psykiske lidelser gir imidlertid ingen tilsvarende føringer, tvert imot anerkjennes det at mange rusmisbrukere lett kommer i konflikt med naboer. Formuleringene omkring temaet i avsnittet om personer med utviklingshemming er tvetydige. På den ene siden presiseres det at «HVPU-reformen ga klare føringer for bygging av boliger. Det skulle bygges selvstendige boliger, og kun et begrenset antall skulle samlokaliseres». Samtidig sier veilederen at «De fleste er imidlertid enige om at utviklingshemmede er en sammensatt beoergruppe med svært ulik grad av hjelpebehov og at det trengs ulike løsninger som kan møte disse ulike behovene», og at «Kommuner gir uttrykk for at mange utviklingshemmede ønsker fellesskapsboliger» (HB 8.F.7, s. 42). Veilederen anerkjenner med andre ord de klare føringene i HVPU-reformen, men ønsker samtidig å åpne for et bredere spekter av boliger – og for å kunne samlokalisere. Spørsmålet om samlokalisering av botilbud for personer med utviklingshemming er sterkt omdiskutert (jf. Innst. 54 S (2011–2012), se også Hansen og Grødem 2012), og Husbankens veileder åpner for ulike løsninger.

Det finnes ingen juridiske føringer for hvordan boligtilbud til ulike grupper med tjenestebehov skal se ut, men noen føringer legges i rundskriv og veiledere. Disse legger betydelig vekt på utforming og praktisk tilrettelegging, men mindre på lokalisering. Bare for (yngre) personer med sammensatte funksjonshemninger framheves behovet for å lokalisere boligene på en måte som legger til rette for sosial kontakt. Det må likevel nevnes at Husbankens veileder, i omtalen av et «godt eksempel» innenfor eldreomsorgen, framhever den aktuelle boligens sentrale beliggenhet, i en bygning med mye og variert aktivitet.

Oppsummering

Dette avsnittet har gjennomgått tre sentrale virkemidler i pleie- og omsorgstjenestene: støttekontakt og avlastning, BPA og bygging av kommunale omsorgsboliger. På det sistnevnte feltet, lokalisering av kommunale omsorgsboliger, finnes det faktisk statlige føringer som legitimerer en viss forskjellsbehandling mellom yngre og eldre. Kravet til at boligen skal lokaliseres på en slik måte at den gir mulighet til sosial kontakt og deltakelse, er tydeligere for yngre med funksjonsnedsettelse enn for eldre. Samtidig er det verdt å merke seg at denne føringen heller ikke finnes for andre kategorier av yngre brukere, som personer med utviklingshemming, personer med psykiske lidelser og rusavhengige.

Brukerstyrt personlig assistent (BPA) tildeles sjelden brukere over 67 år. BPA er en del av arbeidet for å oppnå målsettingen om full deltakelse og likestilling for personer med funksjonsnedsettelse, og startet som et initiativ fra de funksjonshemmede selv. Ordningen er altså i utgangspunktet ikke tenkt som en ordning for eldre, selv om gjeldende norsk lovverk heller ikke avgrenser retten til BPA etter alder. Helsedirektoratet har diskutert mulige formelle avgrensninger i retten til å motta BPA, og åpner for å innføre en øvre aldersgrense, med henvisning til praksisen i Sverige (se kapittel 6). Tanken om en aldersavgrensning i denne ordningen diskuteres altså åpent, noe som gjenspeiler den litt spesielle statusen BPA har i de kommunale omsorgstjenestene.

Også avlastning og støttekontakt brukes i relativt liten utstrekning til brukere over 67 år og deres pårørende. I mange kommuner er praksisen å ikke informere eldre og deres pårørende om muligheten til å motta disse tjenestene, noe som ble kritisert i en tilsynsrapport fra 2007. Helsetilsynet påpeker at denne praksisen ikke er i samsvar med loven, og konkluderer med å støtte et forslag om lovfesting av dagtilbud for personer med demens. En slik lovfesting av rett til bestemte tjenester for personer med bestemte diagnoser vil være uvanlig, gitt den generelle karakteren lovverket for øvrig har, og er per i dag ikke gjennomført.

4.6 Oppsummering

Dette kapitlet er tredelt: Første del har gjennomgått reformer og opptrappingsplaner for pleie- og omsorgstjenestene i kommunal sektor for å belyse om omleggingene og opptrappingene har ført til en sterkere rettighetsfesting for brukere, og om disse er forskjellig for yngre og eldre brukere. Konklusjonen er gjennomgående at dette ikke er tilfellet. Det har vært gjennomført en rekke reformer, handlings- og opptrappingsplaner, men ingen av disse har vært formulert som rettighetslover. I andre del av kapitlet er det sett på forarbeidene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven for å se om disse gir sterkere rettigheter til enkelte alders- eller diagnosegrupper framfor andre. Igjen er konklusjonen negativ, loven og forarbeidene er generelt formulert, og rettighetene er de samme for alle grupper, uavhengig av alder. I den tredje delen er det sett på noen sentrale ordninger innenfor pleie- og omsorgsfeltet som i dag er gjenstand for diskusjoner om omfang, kvalitet og hvem som skal tildeles tjenester. Denne gjennomgangen tyder på at det foregår en viss forskjellsbehandling mellom eldre og yngre brukere. Denne forskjellsbehandlingen kan ikke begrunnes ut ifra lovverket. Helsetilsynet påpeker også skarpt at det ikke skal skje en forskjellsbehandling mellom aldersgrupper i tildeling av avlastnings- og støttekontakttjenester. Forskjellsbehandling har imidlertid vokst fram gjennom praksis, og gjennom tolkning av begreper som «behov» og «mestring» i kommunene. Kommunenes praksis på disse områdene beskrives og diskuteres videre i neste kapittel.

Gjennomgangen viser en gradvis sterkere vektlegging av «normalisering», i betydningen felles lovverk og felles strukturer for alle brukergrupper, samt individuell tilpasning, individuell plan og brukermedvirkning. Normaliseringsprinsippet innebærer at det som må ha vært av formalisert forskjellsbehandling av grupper, gradvis er skrevet ut av lovverket. Vekten på individuell tilpasning, med sterk vekt på individuelle behov, legitimerer derimot forskjellsbehandling – det innebærer faktisk en insistering på forskjellsbehandling, så lenge denne er begrunnet i individuelle behov. Ulikheter i behov og livssituasjon vil dermed slå sterkt ut på hvilke tjenester den enkelte mottar. Mange yngre brukere har sammensatte behov og samhandler med mange ulike etater, dermed oppstår behovet for koordinator og individuell plan. Brukermedvirkning, inkludert brukermedvirkning i utarbeidelsen av individuell plan, krever kognitive ressurser – enten hos brukeren selv eller hos en pårørende/hjelpeverge som deltar aktivt i prosessen. Ulik vektlegging av behov og ulik evne til å utnytte de positive mulighetene som ligger i det felles lovverket, kan dermed skape forskjeller mellom grupper – både mellom eldre og yngre og mellom grupper av brukere i samme alder. Dette antydes i gjennomgangen av bestemte tiltak/tjenester i dette kapitlet, og diskuteres videre i casestudien.

5 Casestudien i fem kommuner

Fem kommuner inngår i casestudien som ble gjennomført sommeren 2012. I alt 21 informanter som er ulikt plassert i kommunenes administrasjon, og tjenestene er intervjuet. Intervjuene tok opp de endringene som har skjedd i den kommunale pleie- og omsorgssektoren over tid. Mye tid i intervjuene gikk med til å snakke om tilbudet til eldre og yngre brukere og informantenes refleksjoner over tilbudet til ulike grupper. Vi spurte om ulike drivkrefter for den økende yngreomsorgen, og inviterte informantene til å reflektere over hvilken betydning – om noen – dette har for den kommunale eldreomsorgen.

I dette kapitlet diskuteres først hvordan informantene beskriver utviklingen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene over tid. Dette gjøres relativt kort, all den tid både empirien og reformene er behandlet tidligere i denne rapporten (kapittel 3 og 4). I neste omgang ser vi på hvordan informantene forklarte veksten i yngreomsorgen. Her strukturerer vi diskusjonen rundt tre hovedtemaer: ideologi om hva som er god omsorg; press fra yngre brukere og deres pårørende for å få innfridd brukerrettigheter; og endringer i sykehussektoren, helsepolitiske målsettinger og teknologisk utvikling. Deretter ser vi på hva informantene sa om forholdet mellom eldreomsorg og yngreomsorg. Fordi mange av informantene uttrykker at det er lettere å gi «litt mer» til yngre brukere, går vi nærmere inn på hvilke grunner de tenker dette kan ha. Her har vi identifisert tre hovedargumenter som informantene viser til: de eldres nøysomhet, ulikheter i pågåenheten til de pårørende og målsettingene med tjenestene.

Begge disse temaene: (a) informantenes tanker om hvorfor antallet yngre brukere øker, og (b) hvorfor det er lettere å gi «litt mer» til yngre brukere når kommunens ressurser er begrenset, dreier seg i hovedsak om fordeling av tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. I det påfølgende avsnittet diskuteres fordelingen av «nye» omsorgstjenester, som støttekontakt og brukerstyrt personlig assistent. I det siste avsnittet ser vi på informantenes refleksjoner rundt kommende prioriteringsutfordringer, på bakgrunn av demografiske endringer, samhandlingsreformen, personellsituasjonen og kommuneøkonomien.

5.1 Hvilke tjenester inngår i pleie- og omsorgstjenestene i de fem kommunene?

Flere av informantene gir i intervjuene uttrykk for at pleie- og omsorgstjenestene i økende grad har utviklet seg til å bli noe mer enn de tradisjonelle tjenestene, som sykehjem og hjemmetjenester (hjemmesykepleie og hjemmehjelp). I det ligger for det første at innholdet i de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene har endret seg. Både sykehjem og hjemmesykepleien sies i økende grad å yte tjenester til brukere som forutsetter mer spesialisert helsefaglig kompetanse. Sykehjem har blitt en helseinstitusjon for de sykeste eldre. Hjemmetjenesten har utviklet seg til i stadig større grad å være et hjemmesykepleietilbud. Det sies at det skjæres ned på praktisk hjelp til eldre. Hjemmesykepleien har fått ansvar for å yte tjenester til pasienter som trafikkskadde, for tidlig fødte, respiratorpasienter, kreftpasienter og andre pasienter som krever stadig mer av helsetjenestene i kommunen. En informant i en stor kommune sier:

«Vi har bygd spesielle omsorgsboliger for funksjonshemmede. Dette er spesialbygg med veldig høy standard. Vi har bygd ut omsorgsboliger for psykisk syke, akutt syke som før kom på sykehus. Vi yter tjenester til respiratorpasienter, alvorlig trafikkskadde, yngre terminale pasienter og kreftpasienter. Vi har og et helsehus som jobber med rehabilitering».

Informantene hevder at pleie- og omsorgstjenestene har utviklet seg til «noe mer», fordi det har kommet til andre tjenester og personellgrupper. En tjenesteleder sier at «Pleie- og omsorg blir mer, mye fortere enn vi har ant». På grunn av overføring av oppgaver fra sykehus fortelles det for eksempel om en økning i ergo- og fysioterapi. Andre tjenester og personellgrupper som har kommet til, og som har økt, er BPA, støttekontakter, miljøarbeidere og vernepleiere. Dette er alle tjenester som støtter opp under at flere trenger bistand i hverdagslivet, og med å bo i egen bolig. Det varierer hvorvidt disse inngår som en del av pleie- og omsorgstjenestene i de fem kommunene. Tjenestene kan derfor sies å ligge i en slags gråsoner opp mot, eller i, pleie- og omsorgstjenestene. BPA og støttekontakter har vokst fram fordi kommunene har fått ansvar for nye grupper av yngre brukere. Det er i stor grad ufaglærte som utøver disse tjenestene. Miljøarbeidere og vernepleiere er i hovedsak tjenesteutøvere for utviklingshemmede, rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser.

Det varierer mellom kommunene om de kaller sektoren og tjenestene i undersøkelsen for pleie- og omsorgstjenester eller helse- og omsorgstjenester. De fleste informantene brukte imidlertid betegnelsen «pleie- og omsorgstjenester», og denne brukes også gjennomgående i denne rapporten. Enkelte av informantene protesterte imidlertid mot denne betegnelsen. En tjenesteleder i en stor kommune svarte for eksempel følgende på spørsmålet «Hvordan definerer du pleie- og omsorgstjenester?»:

«Vi sier helse- og omsorg, ikke pleie- og omsorg. Vi mener at mye, og i økende grad, av det vi driver med, er helsetjenester.»

Denne informanten legger vekt på at kommunen har fått et økende ansvar i å gi helsetjenester og medisinsk behandling til innbyggerne. Endringer i sykehussektoren, forsterket av samhandlingsreformen, sies å ha påvirket denne utviklingen i stor grad. En annen informant påpeker at de i større grad enn tidligere gir pleie, og i mindre grad praktisk hjelp, enn tidligere. Begge disse informantene erfarer at det har vært en dreining av pleie- og omsorgstjenestene mot mer helse – og mer pleie.

5.2 Hvilke grupper har økt i antall, og hvordan fordeles ressurser på ulike grupper?

Historisk utvikling mot større kommunalt ansvar

«Vi ser en historisk linje med at det er overført ansvar til kommunene for nye grupper. I den første fasen ble kommunene gitt større ansvar for eldre. Så fikk kommunene et større ansvar for psykisk utviklingshemmede – for ikke å si fullt og helt ansvar. Så kom psykiatrien, som kommunene også fikk et fullt og helt ansvar for, og så kom samhandlingsreformen, som ytterligere forsterker dette. Så det er en suksessjon. Det er en linje i dette. Og det betyr at kommunene må bygge opp mye større kompetanse, mye mer penger, og har større ansvar knyttet til administrasjon av dette tilbudet. Spesialisthelsetjenesten har fått en mer perifer rolle.» (Toppleder, stor kommune)

Bevisstheten om reformene, opptrappingsplanene og de statlige styringssignalene var sterk i casekommunene. Flere av informantene uttrykte god oversikt over den historiske utviklingen. Mange trakk trådene tilbake til HVPU-reformen i 1991, andre trakk en enda lengre linje, tilbake til midten på 1980-tallet og innføringen av kommunehelsetjenesteloven.

Informantene forteller at yngre brukere har økt i antall. Det ble i intervjuene også snakket om fordelingen av tjenester/ressurser på de ulike gruppene av brukere. På spørsmålet om informantene vet hvor stor andel av ressursene til pleie- og omsorgstjenestene som fordeler seg på dem under 67 år og eldre over 80 år i deres kommune, svarer de fleste at det er vanskelig å gi eksakte tall i intervjuet. Informantene vet at denne informasjonen er tilgjengelig, men de har ikke tallene i hodet. Fordeling av ressurser etter aldersgrupper later ikke til å være noe de tenker på i det daglige arbeidet. Informasjonen som kom fram i intervjuene, tyder likevel på at fordelingen i de fem casekommunene var omtrent som fordelingen i landet for øvrig. Gjennomgående var de eldre brukerne

flere, mens de yngre brukerne var færre, men det var flere store vedtak blant de yngre. I de største kommunene ser det dessuten ut til at både antallet eldre og yngre brukere, og ressurser som går til disse, fordeler seg litt ulikt i ulike geografiske områder i byen. Hovedforklaringen på dette later til å være demografi – i noen geografiske områder bor det rett og slett flere eldre.

Hvilke grupper av yngre brukere øker?

Hvilke grupper av yngre brukere er det så som øker? I alle de fem kommunene forteller informantene at den raskest økende gruppen brukere i de senere år, og i dag, er personer med psykiske lidelser. Den gruppen som sies å øke mest innenfor de kommunale hjemmetjenestene, er de med alvorlige psykiske lidelser, som tidligere fikk langtidstilbud i spesialisthelsetjenestens institusjoner. Videre øker antallet personer med dobbeltdiagnoser (rus og psykiatri), unge med ADHD, autister, personer med Aspergers syndrom og yngre med andre psykiske utfordringer som for eksempel selvskadingsproblematikk. Antallet rusmisbrukere som har behov for kommunale tjenester, sies også å øke. En av informantene tar opp at manglende ressurser og systemer for å jobbe forebyggende kan føre til at en del unge med psykiske lidelser også utvikler rusproblemer i overgangen til voksenlivet:

«Vi ser en kraftig økning i barn med ADHD, Tourettes og Aspergers. Særlig ADHD øker. Når de ikke blir fulgt opp i overgangen til voksenlivet, er det stor fare for at de havner i rusmiljø, kriminelle miljø, som gir stor fare for at de havner i psykiatri. Vi har ikke et godt system for å fange dem opp. De havner på hybel. Det er vanskelig å gi dem tjenester. De vil ikke ha. Så kommer de igjen som en boomerang. De begynner å ruse seg, og så blir de ofte psykisk syke av rusen.» (Leder tildelingskontor, mellomstor kommune)

Flere informanter beskriver at andelen unge som mottar tjenester, har økt, også antallet brukere under 18 år øker. En helse- og sosialsjef i en av de største kommunene forteller:

«Barn og unge med psykiske lidelser hadde vi ikke tilbud til tidligere. Men de har økt de siste ti årene, og er en ganske stor gruppe nå. Denne gruppen er også økende, og er nesten mer framtrødende enn fysisk funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede. De er flere, og det er mye uro rundt dem. Det omfatter også lettere psykiske lidelser, Aspergers og ADHD og autister. Vi har mange brukere under 18 år. Barn med diagnoser.»

Informanter i flere av kommunene sier at mange av de yngre brukerne kan ha omfattende nedsatt funksjonsevne. Gruppen er sammensatt, det kan være svært tidlig født, eller det kan være barn med alvorlige atferdsvansker, kognitiv svikt og fysiske funksjonsnedsettelse. Oppfølgingen av disse yngste brukerne skjer i samarbeid med famili-

ene, men arbeidsdelingene mellom familiene og de kommunale tjenestene kan variere. Noen barn bor mer eller mindre permanent i boliger med personale og får oppfølging hele døgnet, andre bor hjemme, og familiene får tilbud om avlastning. Avlastningen kan gis i form av et tilbud om at barnet bor borte en periode, eller familiene kan få avlastning inn i eget hjem. Hvordan dette legges opp, varierer både etter funksjonsnivået til barnet og etter familienes ønsker. Små barn kan ha alvorlig utfordrende atferd, og problematikken eskalerer over tid: Det er vanskeligere for familier å håndtere en 5-6-åring som utagerer, enn en 2-3-åring som gjør det samme.

En tjenesteleder i en av de største kommunene forteller at denne kommunen opplever en stor økning i atferdsforstyrrelser blant barn av innvandrere og flyktninger. Å gi tjenester til disse oppleves som krevende. Foreldrene snakker ofte verken norsk eller engelsk, dermed er det vanskelig å etablere et konstruktivt samarbeid. En utfordring er at noen barn erfares å i praksis være språkløse, som en følge av mangel på stimulering, og kommuniserer dermed verken med foreldrene eller med de ansatte i tjenestene. Dette ble opplevd som en svært krevende gruppe å jobbe med.

De aller mest krevende brukerne

Informantene beskriver at noen av de yngre brukerne er svært ressurskrevende. De yngre brukerne som virkelig krever store ressurser per person, er brukere som informantene mener tidligere ville fått tilbud i spesialisthelsetjenesten, enten i sykehus eller institusjon – eller brukere som tidligere ville hatt kortere livsløp på grunnlag av de alvorlige diagnosene de har. Dette er en svært sammensatt gruppe, men informantene nevner for eksempel trafikkskadede og for tidlig fødte, brukere med kreft, brukere med kroniske lidelser som MS og KOLS og brukere som har behov for respirator. Informantene framhever at dette er brukere som både trenger omfattende tjenester og bistand fra helsepersonell med høy kompetanse.

«Andre grupper som øker mye, er veldig somatisk syke barn. Mange har skader på grunn av for tidlig fødsel. [De] er enormt ressurskrevende.» (Tjenesteleder, stor kommune)

«Pasienter som kommer fra sykehus, er veldig ressurskrevende. Det dreier seg om alvorlige diagnoser, og pasienter som velger å avslutte livet hjemme.» (Informant fra administrasjonen i en stor kommune)

«Funksjonshemmede tar en stor del av kaka. Noen kan kreve 2–3 millioner per år.» (Leder av bestillingskontor)

Informantene omtaler gjennomgående bestemte grupper som «veldig krevende og dyre», «veldig ressurskrevende», som grupper som «tar en stor del av kaka». De yngre brukerne som omtales på denne måten, er hjemmeboende pasienter med svært

krevene somatiske lidelser. Noen av de somatiske lidelsene følges av kognitiv svikt, noe som øker behovet for oppfølging ytterligere. Flere av informantene framhevet i denne sammenhengen en ny arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som en årsak til at de hadde fått økt ansvar for disse brukerne. Den nye arbeidsdelingen sies å ha vokst fram over tid, og også å ha blitt forsterket av helseforetaksreformen i 2002, da staten overtok fylkeskommunens ansvar for sykehus. Informantene forteller at den nye arbeidsdelingen, som går ut på at kommunene skal overta ansvar for stadig flere pasienter, blir ytterligere forsterket av samhandlingsreformen. Tidligere gjennomførte undersøkelser viser at flere kommuner har forberedt seg på denne reformen, og tatt imot et økende antall pasienter fra et par år før reformen trådte i kraft (Gautun 2012; Gautun & Grønningsæter 2012).

«Går vi fem, eller kanskje bare to år, tilbake i tid, da var det ikke snakk om at kommunene skulle ha respiratorpasienter. De lå jo på sykehus! Men disse tar vi nå i større grad imot. Så er det utviklinga i KOLS ... Før lå de jo på sykehus i flere dager, men nå er det dagkirurgi. Det stiller større krav til oss.» (Toppleder, mellomstor kommune)

«Før hadde sykehusene «ferdigbehandlede pasienter», nå sier man «utskrivingsklare». Det er ikke en tilfeldig endring i terminologi. «Utskrivingsklar» forutsetter at pasienten får behandling et annet sted. Kommunen får behandlingsansvar, ikke bare pleieansvar.» (Toppleder, stor kommune)

De eldre brukerne dominerer i antall i hjemmetjenestene, men ikke i fordelingen av ressurser. Dette kan nettopp ha sammenheng med at mange av de yngre brukerne har omfattende behov for tjenester og helsehjelp. Informantene forteller at mer enn 60 prosent av brukerne av hjemmetjenestene er eldre, men eldre sies å motta færre timer med hjelp sammenlignet med yngre brukere. En enhetsleder i en mellomstor kommune uttrykker dette direkte: «De fleste er over 67 år i antall, men ressursene går i hovedsak til yngre brukere.» Samtidig er det ikke alle grupper yngre brukere som tildeles svært store ressurser. Brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet øker i antall, men hver enkelt tildeles som regel ikke svært mange timer. De virkelig ressurskrevende yngre brukerne er de som har omfattende grad av nedsatt funksjonsevne og alvorlige somatiske diagnoser. Informantene vurderer det slik at mange av disse tidligere ville vært på sykehus – og noen som at de uten tilgang til moderne medisinsk behandling ville hatt et kortere livsløp.

5.3 Hvordan forklarer informantene veksten i yngreomsorgen?

Informantene i casekommunene bekrefter inntrykket fra registerdataene: Kommunene gir i langt større grad tjenester til brukere under 67 år i 2012 enn de gjorde på 1990-tallet. I gjennomgangen over har vi vist at de store reformene har hatt betydning for økning i yngregruppen. Hvilke prosesser forklarer veksten i antallet yngre brukere? Informantene snakket om dette på ulike måter og la vekt på ulike aspekter ved utviklingen. Vi strukturerer diskusjonen av dette rundt tre hovedforklaringer: 1) endringer i ideologi om hva som er god omsorg, 2) press fra noen yngre brukergrupper og deres støttespillere for å få innfridd brukerrettigheter, 3) endringer i sykehussektoren; helsepolitiske målsettinger og teknologi som drivkraft.

Endrede oppfatninger om «god omsorg» og hvem som skal yte den

Synet på hva som er god omsorg, varierer over tid og mellom ulike kontekster. Tidligere var idealet at god omsorg skulle gis av spesialutdannet personale, i en setting der mange hadde likeartede behov – den gode omsorgen var institusjonsomsorg. Dette idealet har det norske samfunnet gått bort fra, mye på grunn av avsløringer om at for mange av de store institusjonene tilbød svært dårlige betingelser for omsorg. I dag er idealene for omsorgspolitikken desentralisering, avinstitusjonalisering og individuell tilpasning (jf. kapittel 3).

Hovedforklaringen informantene gir på veksten i antallet yngre brukere, og ressursinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene, er de store reformene som har funnet sted siden begynnelsen av 1990-tallet og fram til i dag. Når informantene viser til «reformer», sikter de både til lovendringer og handlingsplaner som legger opp til at kommunene skal trappe opp tjenestetilbudet til ulike brukergrupper. Noen av informantene legger også vekt på stortingsmeldinger som gir «myke» signaler om tjenestetilbudet som skal tilbys brukere.

Alle de viktige statlige initiativene – HVPU-reformen, opptrappingsplanene for eldreomsorg, psykisk helse og rusfeltet, og helsepolitiske målsettinger om å redusere antall liggedager i sykehus – har hatt avinstitusjonalisering som et sentralt mål. Kommunene fikk, helt konkret, et større ansvar for en gruppe yngre brukere da institusjonene for utviklingshemmede ble lagt ned tidlig på 1990-tallet, og brukerne ble overført til kommunene. Gjærevollutvalget, og den påfølgende Opptrappingsplanen for eldreomsorgen, la også til grunn at det beste var om flere fikk bo hjemme så lenge som mulig. Dermed økte også ansvaret til de kommunale hjemmetjenestene.

Arbeidsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er likevel fortsatt et forhandlingstema. I en kommune fortalte en toppleder om tilbakevendende forhandlinger med det lokale somatiske sykehuset, som ville at kommunen skulle stille med

personale når personer med tvangsvedtak ble innlagt. De kommunalt ansatte kjente pasienten, argumenterte sykehuset. «Men jeg sier at er de på sykehus, så er de foretakets ansvar. Da skal de betale,» sa den kommunale lederen. En enhetsleder i en mellomstor kommune refererte til en tilsvarende konflikt med spesialisthelsetjenesten i psykiatri: «Spesialisthelsetjenesten avviser kjempesyke folk og sier det er kommunens ansvar. Det forventes at folk som er farlige, og drapdømte, skal håndteres av kommunen.»

Kort oppsummert kan det sies at kommunene har overtatt en rekke oppgaver som for 20–25 år siden ble utført av spesialisthelsetjenesten, og som ofte var organisert som institusjonsomsorg. Informantene i alle kommunene framhever dette som en hovedforklaring på veksten i yngreomsorgen. Arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester har endret seg over tid. Samtidig var det særlig én kommune som formidlet at de hadde pågående forhandlinger om grenseoppgangen, både med hensyn til somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester.

Samhandlingsreformen representerer nok en reform som griper inn i balansegangen mellom kommunenes helse- og omsorgstilbud og spesialisthelsetjenesten. Denne ble tematisert i flere intervjuer, særlig med kommunale toppledere. Det var tydelig at lederne var opptatt av denne reformen, men de var foreløpig litt avventende. «Vi er spent på samhandlingsreformen. Vi merker allerede nå at pasienter som skrives ut fra sykehus, er mer krevende. Men vi klarer det, vi er heldige,» sier en leder i en mellomstor kommune. I andre kommuner legger informantene vekt på å formidle hvordan de har forberedt seg til samhandlingsreformen, og bruker formuleringer som «til nå har det gått bra» eller «det har gått seg til». Samtidig formidler to av topplederne at det at sykehus skriver ut pasienter som trenger mye oppfølging i kommunene, har pågått over tid, slik at samhandlingsreformen i noen grad bare setter ord på en utvikling som allerede pågikk – samtidig som de mener at reformen forsterker denne tendensen. En leder er særlig bekymret for medfinansieringsansvaret når beboere i kommunen legges inn på sykehus. Dette mener informanten går ut over finansieringsrammen for reformen. Reformen innebærer ingen endring i hvem som har kontroll over innleggelse i sykehus. Dette ansvaret er fortsatt pålagt fastleger og tilsynsleger i sykehjem.

Press fra noen yngre brukergrupper og deres støttespillere for å få innfridd brukerrettigheter

Utviklingen mot avinstitusjonalisering og desentralisering springer ut av en ideologi om at god omsorg skal ytes lokalt, nær der den enkelte har levd livet sitt. Ideologier om god omsorg knytter seg imidlertid også til hvilke rettigheter den enkelte bruker skal ha, og hvilke forventninger brukere og pårørende har. Informantene ble stilt spørsmål om hvordan de vurderer lovfestede brukerrettigheter i dette bildet. Nesten alle informantene påpeker at brukerrettigheter er styrket og blitt mer kjent i befolkningen. Sterke brukerorganisasjoner sies å ha vært svært aktive for å få til rettighetsfesting, spesielt

nevnes brukerorganisasjoner for funksjonshemmede. Disse sies også har passet på at lovfestede rettigheter for funksjonshemmede blir fulgt opp av tjenesteapparatet. Noe av forklaringen på veksten i pleie- og omsorgssektoren for yngre brukere forklares altså med at flere søker hjelp fordi det har funnet sted en økt rettighetsfesting.

Informantene ble spurt om betydningen av brukerrettigheter og økende forventninger som «drivkrefter» for økt etterspørsel blant yngre, og også om dette var annerledes for eldre. Informantene snakket sjelden om individuelle brukerrettigheter som drivkraft. «Vi skal gi det vi har plikt til å gi», «Vi skal følge loven», var typiske formuleringer. Hva brukerne hadde rett til etter loven, lå inne som en rettesnor i alle kommunene, og ble ikke problematisert. «Rettighetspråket» var i liten grad informantenes språk. Spørsmålet om brukernes rettigheter gled raskt over i en diskusjon om brukernes oppmerksomhet om rettighetene sine, og om brukeres og pårørendes forventninger til tjenestene. Flere av informantene opplevde at pårørende var blitt mer aktive over tid, og etterspør tjenester til sine funksjonshemmede barn. En informant påpeker at det går en tid fra brukerrettigheter er lovfestet og til de blir kjent i befolkningen. En toppleder i en stor kommune reflekterer over utviklingen på følgende måte:

«Lov om sosiale tjenester og kommunehelsetjenesteloven hadde som premis at kommunens tjenester skulle baseres på individuelle vedtak med klagerett. Dette er rettighetslovgivning som kom på 1980-tallet, som ble importert fra USA. Juridisering av tjenestene. Klageretter fører til at folk tenker at jeg skal ha det jeg har krav på. Det har funnet sted en voksende materiell velstand, rettighetslovgivning og medieoppmerksomhet om klagerett. Det har oppstått et forventningsgap. Vissheten om rettigheter og kunnskap om hva en har krav på, skaper store forventninger som det er vanskelig for kommunene å oppfylle ... Det er et sammenfall i tid. Det ble gjennomført store reformer. Samtidig kom rettighetslovgivningen. Dette har skjedd i hele den vestlige verden. Det er en stor utfordring å møte forventningene knyttet til individuelle rettigheter for kommunen ut fra deres økonomiske evne til å løse lovpålagte oppgaver.» (Toppleder i en stor kommune)

Reformene har tilført kommunene flere oppgaver, og reformene har medført oppmerksomhet rundt nye felter og dermed bidratt til å synliggjøre nye brukergrupper. Dette har skjedd parallelt med en økende oppmerksomhet omkring individuelle rettigheter i møte med offentlige institusjoner generelt, og en økende forventning til hva kommunene skal kunne bidra med. Dette, kort oppsummert, er en historie som går igjen i så å si alle kommunene når informantene inviteres til å reflektere rundt drivkreftene for økningen i antallet yngre brukere.

Samtidig er ikke dette hele historien. Som de siste sitatene ovenfor også viser, opptrer det i de fleste kommunene også aktivt handlende aktører som presser på for sterkere innsats, som kommunene må forholde seg til, og av og til sette grenser for.

I noen kommuner antyder informantene også at det at kommunen oppretter nye tilbud, skaper etterspørsel. Potensielle brukere blir gjort oppmerksomme på at det finnes tilbud, orienterer seg i systemet og etterspør tjenester. En leder for et bestillerkontor nevner dette særskilt. Dette bestillerkontoret har opprettet en egen stilling for barn og unge med psykiske lidelser. Det at det finnes en person med spesialkompetanse på dette, og som gjør seg tilgjengelig for familiene, har i seg selv generert en etterspørsel etter tjenester for å dekke behov som kontoret tidligere ikke har vært oppmerksomme på. «Det er foreninger der folk kjenner hverandre, foreldrene kjenner hverandre – tilbudet blir kjent,» sa denne lederen. I en annen kommune snakker en tjenesteleder om at antallet henvisninger fra fastleger økte betydelig da kommunen opprettet en egen enhet for psykiatri: «Da hadde de en adresse å forholde seg til, ikke tre, og det var ingen tvil om pasienten skulle hit eller dit.» To andre eksempler på at informantene opplever at tilbud skaper sin egen etterspørsel, er:

«Byen har opprettet gode psykiatritilbud. Det kan være at tilbudet skaper etterspørselen også. At det er en av årsakene til økning. Vi så at det ble en økning da det ble lettere for primærlegene å henvise.» (Leder tildelingskontor i mellomstor kommune)

«Jungeltelegrafen går om tilbud vi har.» (Leder av hjemmesykepleien i en liten kommune)

Et særtilfelle av fenomenet at «tilbudet skaper etterspørsel», formidles av noen informanter: Brukere flyttet til kommuner eller distrikter som har gode tilbud. I to av kommunene, begge bykommuner, var dette et tema: Folk som bodde i omkringliggende kommuner, visste at disse kommunene hadde gode tilbud til henholdsvis barn med nedsatt funksjonsevne og eldre, og valgte derfor å flytte til kommunen når behovet meldte seg. «Det er iallfall ting som blir sagt,» sa en informant. Kommunen hadde naturligvis ikke forsøkt å gå dypere inn i hva som var motivasjonen når familier flyttet til byen, men det fantes klart et inntrykk i administrasjonen av at enkelte var motiverte av det som ble oppfattet som gode tilbud til barn med spesielle behov.

«Vi ser og at når vi har fått spesialister og opprettet gode tilbud, så flytter folk i omkringliggende kommuner til oss. Det foregår litt kommuneshopping.» (Topp- leder i administrasjonen i en mellomstor kommune)

Et annet fenomen som omtales av informantene, er at nye tilbud synliggjør tidligere udekkede behov. Flere presenterer at når et tilbud først var bygget opp, ble det tatt i bruk av flere enn det man kanskje i utgangspunktet hadde forutsett. Mennesker som tidligere ikke hadde fått hjelp, og heller ikke hadde sett noen hensikt i å be om noe, meldte seg som brukere. Dette kunne gjelde både mennesker med psykiske lidelser, inkludert lidelser som ADHD og Tourettes, og rusmisbrukere. Flere av informantene snakket

om økt synliggjøring og kunnskap som en drivkraft for økningen i antall brukere. Økt kunnskap og synliggjøring ble fulgt både av bedre diagnoser og diagnostiseringsverktøy, og av oppbyggingen av et kommunalt tilbud:

«Mange flere får en diagnose. Det er en annen måte å tenke atferdsvansker på. Brukerne kommer som godt voksne, som vi knapt har visst om fordi foreldrene har tatt seg av dem. Det har blitt akseptert å søke om hjelp. Det er en trend i samfunnet at det offentlige har ansvar.» (Leder for tjenester i et område i en stor kommune)

Gjennomgangen ovenfor viser at flere av informantene forholder seg til ulike pådrivere som ønsker at de skal gjøre mer. Disse pådriverne kan være brukere, pårørende, organisasjoner og kommunenes egne elderåd og råd for funksjonshemmede. Alle kommuner er lovpålagt å ha elderåd og råd for funksjonshemmede, og disse skal konsulteres i politisk behandling av saker som angår dem. Mange av informantene skilte ikke veldig klart mellom pårørende og pårørendeorganisasjoner: Pårørende kunne kontakte kommunen på egne vegne, og gjorde dette i stor grad, samtidig som de kunne fremme saken sin gjennom pårørendeorganisasjoner eller andre interesseorganisasjoner. De følgende sitatene illustrerer hvordan «pårørende» og «interesseorganisasjoner» gled over i hverandre i informantenes fortellinger:

«Det er mange aktive foreldre i kommunen, med ulike interesseorganisasjoner. De har stått på og prøvd å påvirke politikerne. Politikerne har forståelse for denne gruppen.» (Tjenesteleder i stor kommune)

«Antall yngre brukere har økt fordi kommunen har fått flere oppgaver. Det er økte forventninger, sterke interesseorganisasjoner. Bevisste pårørende som har levd i vanskelige situasjoner og har forventninger når de slipper barnet sitt. De bruker mye ressurser.» (Leder tildelingskontor i en mellomstor kommune)

«Jeg tror pasient- og brukerrettighetsloven har hatt betydning. Tidligere var utviklingshemmede gjemt bort. De har i dag pårørende som står på for ungene. De har og sterke interesseorganisasjoner. Og kan kreve mer, og da må vi yte mer. Funksjonshemmede har og aktive pårørende og foreninger.» (Leder bestillingskontor i mellomstor kommune)

Informanter i alle de fem kommunene opplevde til dels betydelig press fra pårørende, og – som sitatene ovenfor også illustrerer – pårørende kan jobbe gjennom ulike kanaler. Det framkommer også klart i sitatene at ulike grupper med nedsatt funksjonsevne har sterke interesseorganisasjoner eller pårørendeorganisasjoner som jobber aktivt og målrettet. Politikerne i kommunen er en kanal som kan brukes både av organisasjoner og enkeltpersoner; pårørende kan for eksempel få representanter i kommune/bystyret til å ta opp saken deres politisk. Mediene spiller en viktig rolle for personer eller organisasjoner som ønsker oppmerksomhet om en sak. Flere informanter snakket om det

ubehagelige når de «fikk tilbake» saker de hadde behandlet, som et nyhetsoppslag i media. Mediepress var også vanskelig for kommunepolitikere å stå imot, dermed kunne administrasjonen komme under press både fra medier og fra politikere i vanskelige saker. Dette ble særlig tematisert i en av de største kommunene. Administrasjonen hadde likevel et pragmatisk forhold til disse prosessene. De hadde gjennomført brukerundersøkelser som tydet på stor tilfredshet blant brukerne, og mente at inntrykket av at tjenestene var utilstrekkelige, var medieskapt. En toppleder i kommunen fortalte at det stadig var henvendelser fra pårørende som sa at de ville gå til avisene om de ikke fikk det som de ville. «Vi begynner å bli immune,» sa denne lederen, som mente at både lokalpolitikere og publikum hadde «gått i metning» av denne typen saker. Lederen for bestillerkontoret i samme kommune fortalte at kontoret hadde rutiner for å håndtere den typen påtrykk:

«Vi har en lojal ledelse, de er lojale mot oss, men de blir jo pressa de og noen ganger... Der vi mener vi har gjort en riktig vurdering, synes vi det er greit å opprettholde vedtaket, og prøve det for Fylkesmannen. Det er jo klageinstans hos Fylkesmannen, og klagenemnd i kommunen, og vi synes det er greit å få prøvd saker der. Det sier noe om hvor vi legger oss hen i forhold til standard. [...] Det blir utrygt å jobbe hvis vi ikke skal kunne stå for det vi har vedtatt hvis det kommer en sak i media.» (Leder tildelingskontor, stor kommune)

Denne informanten sier det er greit at saker blir prøvd for ulike klageinstanser, slik at de får undersøkt om deres tjenester er forsvarlige i henhold til lov. Også i andre kommuner er det forståelse blant informanter for at brukere synliggjør behov, og eventuelt sier ifra hvis noe ikke fungerer. Samtidig var informanten som siteres over, opptatt av rettferdighet, og av å sette rimelige grenser: Brukerne skulle ha et forsvarlig tilbud, men de kunne ikke forvente å få det optimale. Men brukerne og deres pårørende kunne stå hardt på og bruke løvverk og rettigheter aktivt. Dette har presset iallfall noen kommuner til å skjerpe sin egen juridiske kompetanse:

«Lov- og forskriftsverk har vokst så mye at vi må heve den juridiske kompetansen. Vi opplever stadig mer advokater på den andre siden av bordet. De tar oss ikke på det faglige, men på det juridiske. Det er foreldre til funksjonshemmede barn, ungdom og voksne som i økende grad bruker advokater og forbund.» (Virksomhetsleder i en liten kommune)

I en av kommunene fortalte informantene om to saker der vedtaket deres måtte omgjøres etter klagebehandling hos Fylkesmannen. Kommunen hadde gjort vedtak, og opprettholdt dette etter klage fra pårørende, og pårørende henvendte seg da til Fylkesmannen, som er klageinstans. Fylkesmannen ga klagen medhold og påla kommunen å omgjøre to vedtak, om to forskjellige brukere. Dette hadde skapt betydelig irritasjon på flere nivåer i kommunen, og på det tidspunktet intervjuet ble gjort, var

det ikke endelig avklart om kommunen ville forfølge den ene saken videre. Den saken det ble vurdert å ta videre, dreide seg om en sak der kommunen hadde henvendt seg til Fylkesmannen på generelt grunnlag for å få en prinsipiell avklaring, og Fylkesmannen ga ved denne henvendelsen støtte til kommunens syn. Da saken kom til Fylkesmannen som klagesak, endte det med at den som klagde inn, fikk medhold. Informanten sier:

«De er utsatt for et voldsomt press de også, vi vet jo hvilke saker dette er. Media og advokater og ...»

Dette viser at for kommunene kan også Fylkesmannen erfares som en pådriver. På samme måte vil en kunne se statlig tilsyn som en slik pådriver for at brukere får de tjenester de har behov for. I dette tilfellet erfarte kommunen at Fylkesmannens vurdering av saken var preget av det sterke mediepresset i saken. Fylkesmannen oppleves altså som en støttespiller i noen saker, som hjelper kommunene å etablere et «riktig» tjenestenivå, og som en pådriver for økte tjenester i andre saker. I kommunen der Fylkesmannen ble opplevd som en pådriver og en alliert for pårørende som ønsket økte tjenester, uttrykte informantene sterk irritasjon. En av informantene brukte sterke ord, og satte blant annet spørsmålsteget ved Fylkesmannens habilitet.⁶

I flere kommuner fortalte informanter at pårørende eller brukere anvender ulike framgangsmåter for å styrke sin sak. Dette handlet både om anvendelse av media og lokalpolitikere, men også om noen som søker advokatbistand for å stille sterkere når de ber om tjenester fra kommunen. Informantene sier at de har mekanismer og rutiner for å håndtere ulike former for påvirkning i deres vurdering av behov for tjenester og hvilke tjenester brukere skal ha, men flere gir uttrykk for at kommunen i enkelte saker har gitt etter for ulike former for ytre press.

Alle grupper har likevel ikke like aktive pårørende. Yngre brukere med psykiske lidelser ble holdt fram som eksempel på en gruppe yngre brukere som sjelden hadde pårørende som stilte krav:

«De med ressurssterke pårørende presser på og får mer. [...] Pårørende til både eldre og yngre presser mer på. Folk er mer oppdatert på lovverk og rettigheter. Press fra psykiatripårørende er ikke like sterkt. Men, det varierer.» (Leder hjemmesykepleien i en mellomstor kommune)

At pårørendes engasjement varierte mellom grupper, også grupper av yngre brukere, var et generelt inntrykk. En informant som jobbet spesielt med unge med psykiske lidelser, snakket imidlertid om mye arbeid med pårørende, men det dreide seg slett ikke alltid om omfang av tjenester: Det kunne være snakk om informasjonsflyt, forhandlinger omkring hvem som kunne få informasjon om hva, og det kunne dreie seg om å hjelpe

⁶ Informanten sannsynliggjorde likevel ikke at det forelå inhabilitet i juridisk forstand.

foreldre til å forstå hva ungdommens diagnose innebar, å forstå «hvorfors kan ikke min sønn eller datter følge den normale stigen?». Relasjonen til pårørende har mange sider.

Også ansatte kan være ambassadører for brukere og pådrivere for et bedre tjenestetilbud. Det som av og til ble påpekt, var at ansatte i tjenestene i noen tilfeller ble pådrivere for at brukerne skulle få vedtak. De ansatte så at behovet var der, og de strakte seg ofte langt for å imøtekomme brukerens behov. I de kommunene som hadde bestiller-utførermodell, kunne dette skape gnisninger mellom bestillerkontoret og tjenesteyterne, og det ble en diskusjon om hvem som skulle definere virkeligheten. En informant sier:

«For bestiller er kanskje på hjemmebesøk, en time, mens utøver er der over lengre tid og ser over et lengre tidsperspektiv. Vi vet jo at en bruker kan ta seg godt sammen i en samtale, men så kommer hverdagen, og da ser en det sanne jeg.» (Tjenesteleder, stor kommune)

Informanten er opptatt av at de kjenner brukerens behov godt fordi de ser dem i ulike situasjoner og over lengre tid. En annen informant forteller at hjemmetjenesten også kan argumentere for opprettholdelse av et tjenestebehov selv om behovet strengt tatt burde vært redusert. En informant sier:

«Vi har eksempler på overgangsfaser, altså når de kommer fra foreldrehjemmet og flytter for seg selv. Der tenker vi at dette er en overgangsfase, men hjemmetjenesten venner seg til det og tenker at dette må den personen ha. Da ser vi at helsepersonell er omsorgsdrivere.» (Leder tildelingskontor, mellomstor kommune)

Vi ser at de ansatte i tjenestene kan være pådrivere for mer kommunal innsats. De sterkeste pådriverne later likevel til å være brukere og pårørende, og eventuelle interesseorganisasjoner som representerer brukerne. Det benyttes ulike virkemidler for å nå fram. Alle kommunene snakker om at de har rutiner for å håndtere eksternt press, og at de forsøker å tilstrebe at det ikke skal være slik at de som har mest ressurser til å fremme sin sak, får bedre behandling enn andre.

Endringer i sykehussektoren; helsepolitiske målsettinger og teknologi som drivkraft

Så langt har vi sett på statlige reformer og press fra aktive pådrivere som årsaker til at kommunene øker innsatsen overfor yngre brukere. En tredje årsak er endringer i sykehussektoren. Både politikk og medisinsk-teknologisk utvikling trekker i retning av en endret grensdragning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, der kommunene over tid har fått større ansvar. Helt tilbake til begynnelsen av 1990-tallet har det vært en helsepolitisk målsetting om mindre bruk av sykehus, og å få ned antall liggedager i sykehus (Gautun, Kjerstad & Kristiansen 2001). Både økonomiske og administrative virkemidler har blitt benyttet for å få ned antall liggedager. Antall liggedager i sykehus

gikk ned på 1990-tallet, og reduksjonen fortsatte etter helseforetaksreformen i 2002. Utviklingen med at kommunene har måttet ta imot stadig flere pasienter fra sykehus, har også sammenheng med høyere grad av overlevelse etter sykdom, og bedre behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten. Med samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012, er det vektlagt at kommunene skal forebygge for å redusere antall innskrivinger i sykehus, og også ta imot pasienter enda raskere fra sykehus. Begrunnelsen er at en del pasienter får tjenester på feil nivå, og at det er til det beste for pasienten å motta tjenester i kommunen. Begrunnelsen går også ut på at det økonomisk er mer fordelaktig å yte tjenester i kommunen sammenlignet med i sykehus (St.meld nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid).

I intervjuene i casekommunene vises det til at endringer i sykehussektoren, både når det gjelder medisinsk teknologisk utvikling og målsetting og føringer for å redusere antall liggedager i sykehus, er en viktig forklaring på veksten i pleie og omsorg. Utviklingen sies å ha startet flere år før samhandlingsreformen.

«Utvikling i sykehus har stor betydning nå. Nye behandlingsmetoder gjør at folk skrives ut raskere. (...) Dagkirurgi gjør at det stilles større krav til kommunen. Mange trenger opptrening. Dette kom før samhandlingsreformen. Utviklingen forsterkes av reformen. Det ble ikke snakka om at vi skulle ta imot respiratorpasienter. De bare kom. Og kommunene kan ikke si nei. Nå er det sånn at vi må betale fra dag én. Tidligere var det ti dager etter de var meldt utskrivningsklare.»

«Reformer og økt fokus på rettigheter har ført til at vi har fått en vekst i yngre brukere. Vekst i yngreomsorg skyldes også at bedre behandling i sykehus har ført til at flere overlever. Ambulerende tjenester og tekniske hjelpemidler gjør at brukere ikke behøver å være i sykehjem. Vi går inn med støttetjenester.» (Informant fra administrasjonen i en stor bykommune)

Paradoksalt nok, kanskje, har ikke økning i teknologi ført til en avlastning for de kommunale tjenestene. Teknologien har økt kravene, fordi kommunene nå har mulighet til å gi tilbud de ikke hadde tidligere. Dermed oppstår nye diskusjoner om hvilket nivå kommunene skal legge seg på. En kommune hadde nylig gjort et vedtak om at respiratorpasienter som ikke hadde utsikt til bedring, ikke lenger skulle få tilbud om respirator i eget hjem, men skulle flyttes til omsorgsboliger hvor det var personalbase tilknyttet. Hjemmerespirator med døgkontinuerlig overvåking krevde mer enn fem årsverk per pasient, og det var vanskelig å få personale til denne jobben. Det ble opplevd som krevende å måtte jobbe tett på familien, og pasientene var uhyre sårbare – «du står med livet i hendene», som en leder i hjemmetjenestene uttrykte det. Kommunen ønsket derfor å samle dette tilbudet i omsorgsboliger hvor det var personell. Dette møtte motstand fra noen pasienter og familier som ønsket å bo sammen, og derfor motta tjenesten. Denne historien illustrerer at den teknologiske utviklingen skaper

muligheter, men at det samtidig kan være svært kostnadskrevenne for kommunen å utnytte disse mulighetene.

Oppsummering

Informantene oppgir en rekke forklaringer på veksten i yngreomsorgen. Disse er gruppert i tre hovedforklaringer, 1) endringer i ideologi om hva som er god omsorg, 2) press fra noen yngre brukergrupper og deres støttespillere for å få innfridd brukerrettigheter, 3) endringer i sykehussektoren; helsepolitiske målsettinger og teknologi som drivkraft.

Endringer i ideologi om hva som er god omsorg: Hovedgrunnen til at det har skjedd en vekst i yngreomsorgen, sies å være de store reformene og opptrappingsplanene som har overført ansvaret for å yte tjenester til nye grupper av yngre brukere fra spesialisthelsetjenestens institusjoner til hjemmetjenesten i kommunene. Reformene har blitt begrunnet ut ifra en ideologi som går ut på at den beste omsorgen som kan ytes hjelpetrengende, er i deres eget hjem. Reformene har også ført til at et økende antall yngre hjelpetrengende, som bodde utenfor institusjon, har etterspurt tjenester. Antallet yngre brukere sies altså også å ha økt fordi brukere som tidligere ikke var i spesialisthelsetjenesten, har blitt oppmerksomme på og fått tilgang til kommunale tjenester. Oppretting av tilbud til utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, og i de senere år også rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser, har skapt sin egen etterspørsel, noe som oppgis som å kunne forklare noe av veksten i yngreomsorgen.

Press fra noen yngre brukergrupper og deres støttespillere for å få innfridd brukerrettigheter: Økt rettsliggjøring av brukerrettigheter og endringer i befolkningens forventninger til hva kommunene kan gjøre noe med og ta ansvar for, sies også å ha påvirket veksten i pleie- og omsorgssektoren. Yngre funksjonshemmede sies å være den gruppen som har vært mest bevisst sine rettigheter. Disse sies også å ha aktive pårørende og brukerorganisasjoner som legger press på kommunene for at brukerne skal få de tjenestene de trenger. Sterke brukerorganisasjoner og aktive pårørende sies ikke å kunne forklare veksten som har funnet sted innen psykiatri og rus. Fylkesmannens rolle i dette bildet er tosidig: Noen informanter beskrev Fylkesmannen som en støtte som hjalp dem å sette grenser, andre opplevde at Fylkesmannen, gjennom vedtak i klagesaker, ble en pådriver for økt innsats i enkeltsaker utover det nivået kommunen ønsket å legge seg på.

Flere av informantene forteller at noe av veksten i tjenestene til de yngre brukerne skyldes at ansatte i kommuneadministrasjonen og tjenestene i økende grad har blitt opptatt av å fremme deres rettigheter til tjenester. Det har også vært økende oppmerksomhet om disse gruppene i samfunnet generelt. Veksten i tjenester til disse gruppene sies også å være påvirket av at flere blir sett av skole og lærere enn tidligere, noe som har ført til at et økende antall blir diagnostisert i spesialisthelsetjenesten. Det vises til at et

økende antall får diagnosen ADHD og Aspergers, og at dette utløser mer rettigheter og forventninger om å motta tjenester.

Endringer i sykehussektoren; helsepolitiske målsettinger og teknologi som drivkraft. Det vises i intervjuene også til at endringer i sykehussektoren, både når det gjelder målsettinger og føringer for å redusere antall liggedager i sykehus, og medisinsk teknologisk utvikling, er en viktig forklaring på veksten i pleie og omsorg. Utviklingen sies å ha startet flere år før samhandlingsreformen. En sentral målsetting i samhandlingsreformen er at kommunene skal forebygge for å redusere antall innskrivinger i sykehus, og også ta imot pasienter enda raskere fra sykehus. Teknologiske endringer har også ført til at det er mulig for kommunene å yte tjenester til respiratorpasienter og andre brukere som for bare få år siden ville vært på sykehus. Informantene forteller også at utviklingen med at kommunene må ta imot stadig flere pasienter fra sykehus, skyldes høyere grad av overlevelse etter sykdom, og bedre behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten.

5.4 Har veksten i yngreomsorgen gått utover tilbudet til eldre?

Presentasjonen av registerdata i kapittel 3 viser at tjenestene til yngre brukere står for det meste av økningen i hjemmetjenestene i kommunene. Informantene i casekommunene beskriver den samme utviklingen. Et sentralt spørsmål i dette prosjektet er om denne utviklingen kan sies å ha gått utover tjenestetilbudet til eldre, og om yngre brukere prioriteres framfor eldre.

Flere av informantene gir uttrykk for at veksten i yngreomsorgen har ført til at eldre får et knappere tilbud i dag. De fleste gir uttrykk for at eldre trenger mer tjenester enn de får i dag. Noen svarer at veksten i yngreomsorgen ikke har gått utover eldre, og at det ikke skjer en forskjellsbehandling i kommunen de jobber i. Andre informanter igjen sier på et tidspunkt i intervjuet at det ikke skjer en forskjellsbehandling mellom yngre og eldre brukere, men det motsatte på et annet tidspunkt i intervjuet. Enkelte informanter argumenterer for at det er riktig å prioritere yngre framfor eldre, fordi, som de sier, yngre har livet foran seg, og eldre har livet bak seg. Enkelte informanter gir uttrykk for at denne forskjellsbehandlingen er uttrykk for en aldersdiskriminering. Noen yngre grupper, som personer med psykiske lidelser og rusmiddelmissbrukere, sies også å bli tildelt et for knapt tjenestetilbud. I en kommune er informantene også oppatt av at bolig- og tjenestetilbudet til utviklingshemmede ikke er godt nok bygget ut.

En toppleder svarer følgende på et direkte spørsmål om veksten i antallet yngre brukere har gått utover ressursbruken i eldreomsorgen:

«Umiddelbart tenker jeg at vi ikke setter grupper opp mot hverandre. Vi gjør helhetlige vurderinger, og helhetlige tjenester ivaretas på en tilfredsstillende måte. Rammebetingelsene avgjør omfanget av tjenester, men ikke sånn at en gruppe prioriteres ned til fordel for en annen. Må vi redusere, gjør vi strammere vurderinger for alle grupper. [...] Jeg oppfatter ikke prioriteringsutfordringer mellom grupper er som en utfordring i vår kommune.» (Toppleder, stor kommune)

En enhetsleder i samme kommune sluttet seg til denne beskrivelsen i utgangspunktet, men uttrykte samtidig bekymring for at eldre brukere i realiteten fikk mindre hjelp til å lage mat, at de fikk for lite hjelp til selvhjelp på grunn av tidspress, og at eldre brukere ikke fikk støtte til for eksempel en ledsager som kunne ta dem med på gåturer. «Så ja, det stemmer nok, eldre er de som klart får minst,» sa denne informanten et stykke ut i intervjuet. Opplevelsen av prioriteringene mellom eldre og yngre brukere varierte altså noe med hvor nært tjenesteutøvelsen informantene satt, og det var ingen åpenbar konsensus om dette i kommunene.

Enkelte informanter sier på ett tidspunkt i intervjuet at det ikke skjer en forskjellsbehandling mellom yngre og eldre brukere, og på et annet tidspunkt i intervjuet at dette kanskje forekommer. Dette kan være et uttrykk for at dette er en vanskelig problemstilling, og kanskje ikke noe de har gjort seg opp en mening om på forhånd. Andre reflekterte over forholdet mellom idealer og realiteter. Flere av kommunene hadde egne bestillerkontor som fordelte tjenester, og de hadde prosedyrer og pågående diskusjoner om hva som var et riktig nivå å legge seg på med hensyn til tjenesteinnhold. Eldre med og uten demens, og unge brukere med utviklingshemming, psykiske lidelser, rusproblematikk, somatiske lidelser med og uten kognitiv svikt – alle skulle inn i den samme kabalen. Likevel formidlet flere informanter en opplevelse av at eldre kom dårligere ut. De følgende sitatene gir eksempler på dette:

«Jeg tror vi kan bli flinkere i forhold til eldre når det gjelder tjenester som aktiviserer. Vi er flinkere til det med yngre brukere, enn med eldre. Det er en mer individuell tilnærming i forhold til yngre brukere. [...] Hjemmetjenestene burde hatt mer tid ute blant eldre. Vi trenger mer bofellesskap for eldre. Hadde de vært utviklingshemmet, hadde de fått det med en gang.» (Leder bestillingskontor i mellomstor kommune).

«Reformene som har påført kommunen ansvar for flere yngre brukere, har gått ut over eldre. De store taperne i samhandlingsreformen er eldre. *Hvem taper de for?* Pasienter i alle aldre som kommer fra sykehus, tar ressursene. Eldre ivaretas ikke godt nok.» (Enhetsleder i en mellomstor kommune)

Fordeling mellom ulike grupper skjer ikke bare i vedtaksprosessen, men også i det daglige arbeidet. Informanter i hjemmesykepleien sier:

«Vi får ikke midler til alt det gjøres vedtak om. Vi må gjøre prioriteringer der og da. For eksempel om hvem som skal få hjelp først, og hvem som må vente. Det vi kutter, er vask og rengjøring til eldre. Også den og den dagen må vi kutte dusj. Vi bruker ressurser mer og mer til helsehjelp.» (Leder hjemmesykepleien i et område i en mellomstor kommune)

«Flere funksjonshemmede får hjemmesykepleie i tillegg til BPA. Det varierer hvor mye. Noen får hjelp av hjemmesykepleien til å legge seg hver kveld, og stå opp hver morgen. Vi prioriterer å hjelpe de unge opp først for å få dem på jobb. Det er et stort press på tjenesten morgen og kveld. Det er ikke ideelt, men da prioriterer vi unge først.» (Enhetsleder i en sone i en mellomstor kommune)

Stress og dårlig tid forringer kvaliteten på tjenestene, og flere informanter gir uttrykk for at dette går mest ut over de eldre. To av informantene sier eksplisitt at når det må prioriteres, da prioriterer man de eldre ned. De unge som skal på jobb, blir prioritert iallfall i én kommune, ifølge en soneleder. Dette kan også ha sammenheng med innarbeidede tanker om hva som er viktig, og viktigst, når man ser at man ikke rekker alt. Hvis dette gjelder generelt, er eldre brukere mer sårbare for reduksjoner i tjenesten, selv om vedtakene deres ikke nødvendigvis formelt reduseres. Noen informanter gir imidlertid også uttrykk for at når det kuttes ned, går det først utover tjenestene til de eldre:

«Når det må kuttes i budsjett, gjøres det på praktisk hjelp til eldre. De med små vedtak. Det er vanskelig å kutte hos unge med store vedtak. Når de unge ikke rammes av nedskjæringer, må de eldre ta dobbelt opp. I stedet for at man tar litt overalt.» (Leder tildelingskontor i mellomstor kommune)

«Ja, jeg har et inntrykk av at brukere under 67 år fortrenger tjenester til eldre. Når man snakker om kostnadskutt og innstramming, så er det hele tida fokus på eldre. Bare se på media. Men når vi ser på hovedtyngden av ressurser, så går de til yngre. Der er det mindre fokus på å kutte.» (Toppleder i en mellomstor kommune)

De fleste av informantene opplevde at eldre i deres kommune fikk et forsvarlig tilbud. Spørsmålene om eldre likevel kom dårligere ut, ble sett i sammenheng med at andre grupper fikk mer. Flere informanter formidlet at det var lettere å få gjennomslag for å gi «litt mer» til yngre brukere, mens eldre fikk det minimum de etter loven skulle ha. Som et av sitatene ovenfor også antyder, gjaldt noe av bekymringen at de eldre fikk for lite støtte til å bo utenfor institusjonene (se nedenfor).

Hvorfor er det vanskelig å prioritere eldre?

Mange av informantene, fordelt på alle de fem casekommunene, ga uttrykk for at det var lettere å prioritere yngre framfor eldre brukere. Informantenes refleksjoner må forstås

på bakgrunn av den pressede kommuneøkonomien – alle kommunene opplevde at etterspørselen, særlig innenfor pleie- og omsorgssektoren, gikk ut over det kommunen realistisk kunne tilby. En av informantene mente at det måtte komme flere og dypere kutt i framtida, for kommunen kunne ikke – gitt realistiske budsjetter – møte hele etterspørselen:

«Nei, vi har kuttet i praktisk hjelp til eldre. Men, det mener jeg er riktig prioritering. Det er ikke realistisk at det offentlige i like stor grad vil kunne ta ansvar for dette framover.» (Enhetsleder i en mellomstor kommune)

En annen oppfatning som også gikk igjen i flere intervjuer, var at mangel på samsvar mellom behov og ressurser var et generelt fenomen, som rammet alle brukere av de kommunale tjenestene:

«Vi vrir oss bort fra tradisjonelle praktiske oppgaver til kun å yte pleie. Vi gir mindre hjemmehjelp. Det er ikke samsvar generelt mellom behov og ressurser til grupper, men jeg kan ikke si det er forskjeller mellom grupper». (Toppleder i en mellomstor kommune)

Det er ingenting i informantenes uttalelser som tyder på at det er «vrang vilje» som ligger bak den mulige forfordelingen av de eldre brukerne. Informantene var også samstemte på at det ikke dreide seg om ulikhet i formelle rettigheter. Vi har sett i kapittel 4 at det er svært få, om noen, forskjeller i individuelle rettigheter mellom kategorier av brukere. Dette inntrykket ble bekreftet i kommunene:

«Brukerrettighetene er like sterke på eldre- og yngreomsorgsfeltet. Alt er tufta på forvaltningsnivå og helse- og omsorgslovgivning. Begge lover legger til grunn individuell behandling og klagerett. Lovgiver har ikke bygget inn forskjell. Om det er forskjell i måten å praktisere på mellom kommuner, kan jeg ikke svare på. [...] Alle grupper er under den paraplyen som kom med helse- og omsorgsloven 1. januar 2012.» (Toppleder i stor kommune)

Så hvis det ikke er mangel på vilje i kommunene til å gi mer omfattende tjenester til de eldre, og det ikke dreier seg om ulikhet i formelle rettigheter, hva er da problemet? Bak ligger naturligvis den generelle ressursknappheten, og det faktum at kommunene må gjøre harde prioriteringer. Men hvorfor er det lettere å prioritere ned de eldste? To typer av forklaringer peker seg ut: de eldres «nøysomhet» og et sterkere presset fra pårørende til yngre brukere, og ulikhet i målsettingene med tjenestene. Vi utdyper hver av disse faktorene nedenfor.

Nøysomme eldre, og mindre aktive pårørende

Informantene var innforstått med at de formelle rettighetene på pleie- og omsorgsfeltet er like for alle brukergrupper. Det er måten rettighetene praktiseres på ute i etatene

som skaper de forskjellene som bekymrer informantene. Topplederen som er sitert ovenfor, som påpekte at lovgiver ikke har bygget inn forskjell, sa i videreføringen av sitatet: «Det er kulturelle forskjeller. Den eldre generasjonen i dag har ikke samme rettighetsbevissthet som yngre.» Dette var en oppfatning som gikk igjen i flere intervjuer:

«Eldre er nøysomme og glade for det de får. De er ikke så kravstore. [...] Det er flest klager fra unge. Det er veldig sjelden fra eldre.» (Leder tildelingskontor i en mellomstor kommune).

«Ja, de gamle vil jo ikke kreve. Yngre har lavere terskel for å be om noe. De kjenner sine rettigheter. Og forventer at kommunen skal gjøre mye. Så å si alt.» (Leder hjemmesykepleien i en liten kommune).

«Eldre er en svak gruppe. Mange eldre er veldig ydmyke. De vil ikke mase.» (Tjenesteleder i et område, stor kommune)

I forlengelsen av denne forklaringen – at de eldre er nøysomme og ikke ville kreve noe – kom fortellinger om pårørendes rolle. De fleste informantene hadde en oppfatning om at pårørende til yngre brukere var mer aktive og stilte større krav:

«Vi opplever ikke press fra pårørende og brukerorganisasjoner i forhold til demente. De yngre gruppene har sterke pårørende. De krever mer, er mer opplyst og bevisst på hva de har krav på. *Fungerer presset?* Noen ganger blir noen favorisert. Vi gir etter. Jeg skulle ønske vi var enda sterkere.» (Leder bestillerkontor i en kommune)

«Foreldre til funksjonshemmede barn er størst utfordring. Der har vi brukt mest krefter. [...] Fordi de har store behov og enkelte foreldre er utrolig krevende.» (Toppleder stor kommune)

«Unge vet hva de har rett til. Det er en forskjell. Jeg som mor ville jo stått mer på for å hjelpe mitt barn enn det jeg kanskje ville gjort for min syke mor. Man tenker, ja vel, mor er gammel, sånn er det bare... Vi kjemper nok mer for ungene våre. Og det å få et funksjonshemmet barn er en sorg i seg selv.» (Tjenesteleder, stor kommune)

Kort sagt er det ikke nok å ha rettighetene, man må også ta dem aktivt i bruk. Gitt at de kommunale ressursene er knappe, er det lettere å få «sin andel» hvis man sier tydelig ifra. Det er verdt å merke seg at når informantene snakker generelt om pårørendepress, nedtoner de betydningen av dette. Når de reflekterer rundt forskjeller mellom eldre og yngre, kommer derimot aktive pårørende og sterke organisasjoner fram som en mulig drivkraft. Dette understreker nok et poeng fra forrige seksjon – informantene ønsker å fordele rettferdig, og de har rutiner for å oppnå dette, men i realiteten er det vanskelig å helt unngå tendenser til at de som står hardest på, får litt mer. Når de reflekterer over hvem som får mest og minst, og hvorfor, kommer krav fra brukere og pårørende opp som begrunnelser. Her må det likevel presiseres at en sentral informant, lederen

for et bestillingskontor i en stor kommune med gjennomgående høyt utdanningsnivå, hevder at pårørende til eldre er like aktive som pårørende til yngre:

«Vi har det presset også på eldre, vi merker ikke systematiske forskjeller der. En del av disse eldre har jo pårørende som er veldig oppegående, altså barn, som sitter i gode stillinger, og som tenker at nå er det deres foreldre som skal ha den beste tjenesten. Så de kan være vel så krevende de.» (Leder bestillingskontor, stor kommune)

En annen informant var inne på det samme, men antydte at pågangen fra pårørende til eldre ble underminert av de gamles egen beskjedenhet:

«Mange yngre folk stiller krav på vegne av sine gamle foreldre, mens de gamle selv er så beskjedne. De er glade for å få noe i det hele tatt.» (Leder hjemmesykepleien, liten kommune)

Denne dynamikken – forholdet mellom hva de pårørende sier, og hva brukeren sier – kan innebære at pågang fra pårørende møtes på en annen måte av tjenesteforvalterne når brukerne er eldre, enn når de er barn eller unge. Innenfor eldreomsorgen kan kommunen si at brukeren er fornøyd, det er bare de pårørende som er så krevende. Dermed er det kanskje lettere å legge mindre vekt på hva de pårørende sier. Dette er likevel bare en hypotese, intervjuene gir ikke grunnlag for å si noe bestemt om dette.

Informanten ovenfor, som snakker om «veldig oppegående pårørende», åpner for en distinksjon som går utover forholdet mellom eldre og yngre: hvor ressurssterke de pårørende er. Ressurssterke pårørende, kan man tenke seg, vil kjempe for «sine» enten det er barn, ektefelle eller foreldre. Det er imidlertid en forskjell, som kom godt fram i en serie sitater i forrige avsnitt, at yngre brukere har sterke interesseorganisasjoner i ryggen. Ressurssvake pårørende kan finne støtte i veldrevne organisasjoner som er vant til å jobbe opp mot kommunene. Slike organisasjoner finnes i mindre grad for pleietrengende eldre.

Noen informanter gir uttrykk for at ansatte i tjenestene i noen tilfeller opptrer som pådrivere for større vedtak og mer omfattende tjenester til den enkelte. En informant påpeker at denne rollen er nødvendig å ta, særlig i møte med eldre med liten innsikt i egne behov og uten sterke pårørende:

«De mest sårbare eldre er de demente. De med kognitiv svikt. De har mindre innsikt i behov, og klarer heller ikke si fra om hva de har behov for av tjenester. Hvis ikke de har sterke pårørende, må vi følge med». (Leder i en liten kommune)

Også i denne sammenhengen kan imidlertid de yngre komme sterkere ut, fordi ansatte i større grad ser og identifiserer seg med deres behov. Det mener iallfall en informant:

«De i tjenesteapparatet syns nok og synd på de unge. Det er lettere å identifisere seg med dem på egen alder, eller på alder med ens barn.» (Leder tildelingskontor i mellomstor kommune)

Hva vil man med tjenestene?

De eldres nøysomhet, pårørendes sterkere vilje til å kjempe for egne barn enn for foreldre, mangelen på sterke organisasjoner som støtter pleietrengende eldre, og en tilbøyelighet hos ansatte i tjenesteapparatet til å identifisere seg sterkere med de yngre brukerne er alle mulige delforklaringer på hvorfor eldre later til å stille noe svakere når tjenestene skal fordeles. Et vel så viktig perspektiv, som gikk igjen i mange intervjuer, dreide seg om ulike formål med tjenestene. Man vil rett og slett noe annet, og mer, med tjenester til eldre enn til yngre. Flere av informantene ga uttrykk for at det at eldre fikk noe mindre tjenester, var naturlig; det var livets gang at eldre var mer passive og hadde mindre sosialt liv enn unge. Tankegangen «ja vel, mor er gammel, sånn er det bare ...» var ikke en tanke bare pårørende kunne ha. To sitater illustrerer dette godt:

«Mange av de eldre har livet bak seg, mens de unge har livet foran seg. Om man ser dette i et forebyggende perspektiv, i et folkehelseperspektiv, ja så kan ikke kurven på økonomi se annerledes ut. Innsatsen må komme der, det vil være galskap om man skulle begynne å sette disse gruppene opp mot hverandre.» (Enhetsleder, mellomstor kommune)

«Yngre brukere fortrenger ikke eldre. Men det brukes nok mer ressurser på yngre, på grunn av aktivisering, skolegang og krav loven pålegger. Det står i loven at man skal ivareta de behovene individet har, og når et individ er yngre, har de andre behov enn det de eldre har. Så det er veldig enkelt! (ler) Et eldre menneske, som har jobba, som er pensjonist, og har en kropp som er preget av slitasje, sykdom, har behov for en viss aktivitet, sosial omgang, men på et helt annet nivå. Det er det daglige, et hyggelig liv nå. De skal ikke kvalifiseres videre.» (Enhetsleder, mellomstor kommune)

De unge skal kvalifiseres, (re)habiliteres, settes i stand til å mestre livet bedre over tid. De eldre skal ha et hyggelig liv her og nå, men de har «livet bak seg». Den ene av disse informantene påpeker også at det normale for unge mennesker er å være på skolen eller på jobb, mens det normale for mennesker over 67 er å være hjemme som pensjonister. Dermed tenkes heller ikke aktiviseringstilbud for eldre på samme måte som for unge. Godt innarbeidet tenkning om hva som er «behov», og hva som er «normalt», kan bidra til at lovens formuleringer om normalisering og dekking av behov leses forskjellig for ulike grupper. Dette kan også gjelde hvilken hjelp man får til dagligdagse aktiviteter:

«Eldre brukere med hjemmesykepleie får ikke hjelp til å lage mat, men må kjøpe Fjordland og får 10 minutter til å varme opp. Yngre brukere i bofelleskap får hjelp

til å lage mat fra bunnen av. Vi mener eldre burde ha like mye tid. Er det bedre at en gammel dame spiser Fjordland, enn at en utviklingshemmet mann gjør det? [...] Det er urettferdig. Beboere i bofellesskap legger ofte på seg, mens gamle kan ha problemer med å få i seg nok mat. Kulturforskjeller henger igjen fra da det var omsorg for psykisk utviklingshemmede og eldreomsorg. Det brukes mer tid sammen med utviklingshemmede enn eldre.» (Leder hjemmetjenestene, stor kommune)

Denne informanten forklarer forskjellen mellom tildelingen av hjelp til matlaging til eldre og yngre brukere med kulturforskjeller i ulike tjenesteområder, som er et interessant perspektiv. En annen mulig forklaring på det samme fenomenet er at man kan ha ambisjoner om at den yngre brukeren skal lære å lage mat selv, slik at han kanskje klarer dette selv om en stund. Den unge brukeren skal kvalifiseres og utvikle seg, mens dette anses som mindre aktuelt for de eldre brukerne.

Fordeling mellom ulike grupper skjer ikke bare i vedtaksprosessen, men også i det daglige arbeidet. Ulike informanter sier:

«Vi får ikke midler til alt det gjøres vedtak om. Vi må gjøre prioriteringer der og da. For eksempel om hvem som skal få hjelp først, og hvem som må vente. Det vi kutter, er vask og rengjøring til eldre. Også den og den dagen må vi kutte dusj. Vi bruker ressurser mer og mer til helsehjelp.» (Leder hjemmesykepleien i et område i en mellomstor kommune)

«Vi prioriterer å hjelpe de unge opp først for å få dem på jobb. Det er et stort press på tjenesten morgen og kveld. Det er ikke ideelt, men da prioriterer vi unge først.» (Enhetsleder i en sone i en mellomstor kommune).

Stress og dårlig tid forringer kvaliteten på tjenestene, og flere informanter gir uttrykk for at dette går mest ut over de eldre. To av informantene sier eksplisitt at når det må prioriteres, da prioriterer man de eldre ned. De unge som skal på jobb, blir prioritert iallfall i en kommune, ifølge en soneleder. Dette kan også ha sammenheng med innarbeidede tanker om hva som er viktig, og viktigst, når man ser at man ikke rekker alt. Hvis dette gjelder generelt, er eldre brukere mer sårbare for reduksjoner i tjenesten, selv om vedtakene deres ikke nødvendigvis formelt reduseres.

I avsnittet ovenfor så vi at avinstitusjonalisering oppleves som en sentral drivkraft i økningen i antallet yngre brukere. Også innenfor eldreomsorgen er det et klart mål å skape en overgang fra sykehjem til hjemmetjenester. Det er likevel en viktig forskjell at kommunene fortsatt driver sykehjem, og at det er opp til kommunen å avgjøre om brukerne skal ha hjemmetjenester eller sykehjemsplass. Generelt er hjemmetjenester mindre kostnadskrevende, men for brukere som krever svært mye oppfølging, er sykehjemmet der som et alternativ for de eldre. Sykehjem er ikke et tilbud som skal gis yngre brukere. En informant snakket om yngre brukere som hadde svært store behov – som bodde i omsorgsbolig, men hadde vedtak om cirka to årsverk hver:

«En person som er eldre, og som bor hjemme, hadde jo aldri fått to årsverk. Da havner du på sykehjem! Kost-nytte ... det blir for dyrt å bo hjemme. Det er ikke til å legge skjul på, sånn tenkes det. [...] Hvis de hadde hatt to årsverk knytta til seg, kunne mange flere bodd hjemme.» (Enhetsleder, mellomstor kommune)

En annen informant sier:

«Vi klarer ikke å støtte opp godt nok om eldre til at de kan bo hjemme. Vi støtter mer opp om yngre som bor hjemme ... Pleie og omsorg klarer ikke å aktivisere eldre som bor hjemme.» (Enhetsleder i mellomstor kommune)

Det å bo hjemme omtales som et gode som eldre brukere i mindre grad får, særlig når de blir svært pleie- eller omsorgstrengende. For svært skrøpelige eldre finnes sykehjemmet som et alternativ. Dette kan også ha sammenheng med om det er noen å komme hjem til eller være hjemme hos. Yngre brukere har i større grad familier rundt seg, som ønsker å ha dem hjemme så lenge som mulig. Eller det er yngre brukere som bor for seg selv og trenger bistand for å delta i utdannings- eller arbeidsliv, og for å kunne leve et mest mulig selvstendig liv. Eldre som bor alene, som ofte er enker eller enkemenn, har ikke disse ekstra ressursene – det er de færreste som bor sammen med familien i eldre år. Hjemmeomsorg for enslige eldre blir noe annet for kommunen enn hjemmeomsorg for somatisk syke unge mennesker med familie rundt seg.

Spørsmålet om ambisjonsnivået i tjenestene dreier seg også om muligheten til å ha et sosialt liv. Spørsmålet om tildeling av støttekontakt kom opp i mange av intervjuene. Noen av informantene ga uttrykk for at det er naturlig at eldre har mindre aktive sosiale liv, mens andre protesterte mot denne tankegangen:

«Når det gjelder støttekontakt. Det er naturlig at det sosiale nettverket til eldre, de over 80, blir mindre. Behovene endrer seg. Vi har dagsentertilbud, og det brukes fullt ut. Det forebygger slik at de kan bo lenger hjemme. Det er mer naturlig at yngre brukere får opprettholde sosiale aktiviteter.» (Leder for tjenestene i et område i en stor kommune)

«Det er vanskelig for meg å bli møtt på at eldre skal ha støttekontakt. Det er ikke riktig. Det er 70-åringer som er aktive, og som trenger støttekontakt. Jeg opplever motstand mot at eldre skal få støttekontakt. Det er viktig å vurdere hver og en bruker. Vi kan ikke kategorisere og si at en person ikke har behov for tjenestene fordi han er gammel.» (Leder, liten kommune)

«Det er en utfordring når en gammel dame som sitter alene, og som mottar hjemmetjenester, søker støttekontakt fordi hun er ensom. Så har vi en ung bruker med psykisk lidelse som har søkt støttekontakt. Vi snakker mye om det. Hvorfor personen med psykisk lidelse blir tildelt assistent. Det er nødvendig fordi personen har andre behov enn den gamle.» (Leder bestillingskontor, stor kommune)

Ovenfor nevnte vi en sak som ble oppfattet som problematisk i en kommune, der Fylkesmannen hadde overprøvd et vedtak om å begrense en tjeneste. Kommunen mente at det opprinnelige vedtaket var riktig, og at Fylkesmannen opptrådte prinsipløst. Saken gjaldt en yngre bruker med svært sterke pårørende. Vi spurte den ene informanten som snakket om saken, om dette kunne skjedd med en eldre bruker, og informanten svarte at det var lite sannsynlig. I saker som gjaldt eldre brukere, opptrådte Fylkesmannen prinsipielt, «og sier at kommune har ansvar for hvilke tjenester og hvor mye», mens embetet i denne saken etter informantens mening hadde gått utover det som kunne forsvares prinsipielt. Denne saken kan tyde på at også instanser på høyere nivåer er mer lydøre for de individuelle behovene til yngre enn til eldre – men informantene understreker at dette var en svært spesiell sak, og det er usikkert om denne erfaringen kan generaliseres.

Endelig antydet noen informanter en positiv forklaring på den relative nedgangen i eldreomsorgen: Moderne eldre trenger mindre. Flere av informantene påpeker at behovene i eldreomsorgen er annerledes i 2012 enn for 30–40 år siden, og peker på trender i samfunnet som gjør at behovet også er annerledes. En viktig del av dette er den bedre boligstandarden:

«Jeg er ikke sikker på at tilvekst av yngre brukere går ut over eldre. Nye eldre er flinkere til å ordne opp i ting selv, har tilpassede boliger, klarer seg selv. Vi nedprioriterer praktisk hjelp, men gir helsehjelp.» (Leder bestillingskontor i en stor kommune)

«Mange eldre har tilrettelagt boligene, og klarer mer selv enn før, slik at de ikke lenger trenger like mye praktisk hjelp. Det er også lettere å hjelpe de eldre i dag på grunn av at det er tatt et skippertak med å bygge omsorgsboliger.» ... (Enhetsleder i en mellomstor kommune)

Er det noen yngre grupper i dag som ikke får de tjenestene de har behov for?

I intervjuene ble det først og fremst fokusert på og stilt spørsmål om hvorvidt tilbudet til eldre har blitt knappere på grunn av veksten i yngreomsorgen. I flere av intervjuene fortalte imidlertid informantene om grupper av yngre brukere som de opplever ikke får et tilstrekkelig tjenestetilbud. Informanter i alle de fem kommunene var opptatt av at det har vært en sterk vekst i antall brukere innen psykiatri og rus, og at disse ikke alltid fikk det tjenestetilbudet de trengte. I en kommune var informantene også opptatt av at utviklingshemmede ikke fikk dekket sine behov. Mennesker med psykiske lidelser og rusmisbrukere omtales som grupper som ikke har sterke pårørende og brukerorganisasjoner som passer på at de får de tjenestene de har behov for. Noen av informantene fortalte at de som jobber i tjenestene, prøver å passe ekstra på de som ikke har sterke

pårørende. Som også vist tidligere i dette kapitlet, innrømmet informantene også at de ikke alltid klarte å unngå å la seg bli påvirket av og styrt av sterke pårørende, og at de som hadde aktive pårørende, dermed fikk mer av ressursene enn andre. Dette kunne gjøre bestemte grupper av yngre brukere sårbare:

«Når vi ser på forskjeller mellom ulike yngre grupper, er psykisk helse den gruppa som roper minst. Enda mindre enn eldre. Det er ingen klager på psykisk helsevern. Det kan ha med skam og avmakt å gjøre. Vi er spesielt oppmerksomme på disse. ... En presset kommuneøkonomi fører til at de med psykiske helseproblemer er tapere.»
(Virksomhetsleder i en liten kommune)

Andre informanter formidlet at de var bekymret for at innsatsen kom inn for sent. En informant opplevde at kommunen brukte store ressurser på unge brukere, men at disse kanskje ble brukt på galt stadium:

«På en måte er det mye fokus på de unge. På andre måter for lite. Vi er ikke gode nok til å forebygge, før de blir syke. Vi skulle satt inn mer ressurser der det er rus, og omsorgssvikt. Men når de først havner i uføret, blir de høyt prioritert.» (Leder tildelingskontor i mellomstor kommune)

Oppsummering

De fleste av informantene gir uttrykk for at veksten i yngreomsorgen har gått utover tjenestetilbudet til eldre. Med unntak av to, gir imidlertid disse informantene uttrykk for at de mener at de klarer å gi et forsvarlig tilbud til eldre, men som de sier, ikke noe mer enn det. Flere av dem reflekterer over at noen grupper av yngre brukere ofte får mer – de sies å prioriteres litt høyere når det kniper, det kuttes ikke så lett i tjenestene til de yngre. En viktig grunn til dette, som framheves av minst én informant i alle kommunene, er de yngres rettighetsbevissthet og manglende beskjedenhet. De eldre er nøysomme, sies det, og pårørende står hardere på for rettighetene til de yngre. Også ansatte i tjenestene, lokalpolitikere, og i noen tilfeller også ansatte hos Fylkesmannen, sies å ha lettere for å sympatisere med ønskene og behovene til de yngre enn de eldre. Dette kan knyttes til en holdning som later til å være relativt utbredt hos informantene – at det er naturlig at de eldre lever mindre aktive liv på grunn av svekket helse, og at det sosiale nettverket skrumper inn med årene. Informantene gir uttrykk for at det er et mål at yngre brukere skal motta tjenester som gjør det mulig for dem å leve et mest mulig «vanlig liv» slik som deres jevnaldrende uten funksjonsnedsettelse. For å få til det sies det at yngre brukere trenger et bredt spekter av tjenester. Det ble ikke sagt noe om hva som er normale liv blant friske eldre som ikke mottar tjenester, og om tjenester som kan bidra til at eldre med svekket helsetilstand kan leve mest mulig likt dem.

I enkelte av intervjuene ble det også sagt at (re)habilitering kan være et mål med tjenestene til yngre brukere. For eldre med store hjelpebehov ble det uttalt at det har liten hensikt å tenke opptrening og tilbakeføring til arbeidslivet – målet med tjenester til de eldre er, som en informant uttrykker det, «det daglige, et hyggelig liv nå». Dette krever mindre innsats, og et lavere ambisjonsnivå, enn å jobbe med opplæring, trening og mestring med en yngre bruker «som har livet foran seg».

5.5 Hvordan forklares veksten i nye tjenester som BPA og støttekontakter, og hvilke brukere er dette tilbudet bygget ut for?

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en tjeneste som først ble lovfestet i sosialtjenesteloven i 2000 (jf. kap. 4). Kommunene ble pålagt å tilby BPA, men den enkelte bruker ble ikke gitt en individuell rett til å motta tjenesten. Kommunen skal som ved alle andre slike tjenester gjøre en vurdering av behov hos den enkelte og om BPA er egnet tilbud. Ordningen med BPA innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som han eller hun rekrutterer og har arbeidslederansvaret for. Fra 2005 er ordningen utvidet til å gjelde brukere som ikke selv kan ivareta arbeidslederrollen, men hvor dette kan ivaretas av pårørende eller hjelpeverge. Dette gjorde ordningen tilgjengelig for nye brukergrupper utover funksjonshemmede, som var pådrivere for ordningen og den første gruppen som benyttet seg av den, blant annet utviklingshemmede (se også kap. 4).

Ifølge informantene har tilbudet om BPA blitt bygget ut i alle de fem casekommunene. En delforklaring på at kommunene har valgt å gjøre dette, er at tjenesten avlaster det ordinære hjelpeapparatet. Informantene i de fem kommunene forteller imidlertid at de fleste av brukerne samtidig mottar hjemmesykepleie, ofte flere timer i uka.

I en av de undersøkte kommunene forteller informantene at kommunen fram til nå har hjulpet brukere/delvis tatt arbeidslederansvar for noen av brukerne som må ha hjelp til dette. Kommunen var imidlertid i gang med å stramme inn denne støtten, og ville framover kun tilby BPA til brukere som er i stand til å ta arbeidslederansvar, eller med hjelp fra pårørende.

Ordningen med BPA i kommunene ble sett i sammenheng med andre tjenestetilbud, og informantene var ofte inne på BPA som en del av en større pakke. Andre var opptatt av grensedragningene mellom BPA og støttekontakter:

«BPA brukes mest i forhold til yngre. BPA er en ressurs i tillegg til ordinære tjenester, som avlaster hjemmetjenesten. Pleie- og omsorg klarer ikke å yte det som trengs. Vi må kople til BPA.» (Leder av hjemmesykepleien i en mellomstor kommune)

«BPA tildeles i stedet for hjemmetjenester. Noen ganger får de begge deler.» (Leder av bestillingskontor i en stor kommune)

Det er en målsetting at BPA skal bidra til at brukeren får et mest mulig normalt liv. Informantene i alle de fem kommunene forteller at det hovedsakelig er yngre funksjonshemmede som bruker BPA. En drivkraft bak veksten i BPA sies å være at flere funksjonshemmede gjennomfører utdanning og er i jobb i dag. BPA er en fleksibel assistentordning som støtter opp under brukernes mulighet til å få hjelp ved behov og uavhengig av hjemmetjenestens tidsplan. Det er ingen øvre aldersgrense for hvilke brukere som kan tildeles BPA. Alle informantene som er intervjuet i de fem kommunene, forteller imidlertid at BPA ikke tildeles eldre brukere. Den manglende viljen til å gi BPA til eldre begrunnes på to prinsipielt forskjellige måter. Et argument er at eldre ikke har behov for BPA, at de lever liv som ikke nødvendiggjør denne formen for assistanse:

Hvorfor gis ikke BPA til eldre? «Det handler jo om å få en tjeneste som hjelper brukeren til å leve et liv som alle andre, et aktivt og sosialt liv. Eldre lever et mindre aktivt liv. Noen eldre er mer aktive, da vil de ikke ha behov for BPA. Når eldre søker, ønsker de ofte en selskapsdame som er sammen med dem hjemme. Ikke for å få hjelp til å leve et mer aktivt og sosialt liv. Ordningen handler jo ikke om å gi et selskapsdametilbud. Vi avslår søknadene. Noen søker BPA uten å vite hva det er. De tror det er hjemmesykepleie eller hjemmehjelp.» (Toppleder i en mellomstor kommune)

Er det lettere å gi BPA til 20-åringer enn til 40-åringer eller 80-åringer? «Ja, i alle fall til en 80-åring (ler). Vi legger også til grunn i forhold til hva som er naturlig å ha et sosialt liv.» (Toppleder i en stor kommune)

Det andre argumentet innebærer en mer generell avgrensning av BPA-ordningen, og legger vekt på at dette er en ordning som krever mye av brukerne. Eldre som mottar kommunale tjenester, mangler ofte evnen til å ivareta arbeidslederansvaret:

«BPA brukes ikke til eldre. De som får BPA, skal ha ganske mye ressurser, siden de skal ivareta arbeidslederfunksjon. Skrive turnus, kjenne arbeidsmiljølov og organisere ferien deres. Det er mest yngre med fysisk skade som får BPA. BPA er ikke noe veldig mange skal ha. Det er for krevende.» (Leder av hjemmesykepleien i en mellomstor kommune).

«Det er stor bruk av BPA blant unge funksjonshemmede. Det er få BPA-brukere blant rusmisbrukere, psykiatri og utviklingshemmede. Det ligger i ordningen at brukeren skal være i stand til å ha arbeidsgiveransvar, og organisere ordningen selv. Færre rus, psykiatri og utviklingshemmede klarer dette. Psykiatribrukere får støttekontakt som vi veileder. Eldre får ikke BPA eller støttekontakter.» [...] (Enhetsleder i en stor kommune)

Kravet om at brukeren eller en pårørende skal ivareta arbeidslederansvaret, avgrenser bruken av BPA. Mange eldre vurderes slik at de ikke har de ressursene som kreves, det samme gjør en del brukere med rusmisbruk, psykiske lidelser og utviklingshemming. En del brukere i disse gruppene får støttekontakter, som ikke forutsetter at brukeren har arbeidslederansvar.

Et siste poeng som gjelder BPA, gikk på informantenes bekymring for assistentenes hverdag. I og med at kommunene ikke har arbeidslederansvar for assistentene, beskrev enkelte informanter arbeidsrelasjonen som «fjern». Som kommunale ledere hadde de et visst ansvar for tjenesteinnholdet, men de hadde begrenset mulighet til å følge dette opp. Flere påpekte det sårbare i bruker-assistentrelasjonen, som ble forverret av at en del brukere hadde lidelser som gradvis gjorde dem dårligere. Noen brukere utviklet over tid utfordrende atferd, som kunne gå ut over assistentene:

«Det er stor turnover, fordi mange blir skjelt ut hver dag på jobb osv.» (Leder av hjemmesykepleien i en mellomstor kommune)

«Det er mange ufaglærte. Ikke alle blir behandlet skikkelig.» (Leder av bestillingskontor i en stor kommune)

Alt i alt formidlet informantene at de opplevde BPA som et godt og fleksibelt tilbud, som utfylte de øvrige tjenestene kommunen kunne tilby – for de brukerne som kunne bruke ordningen. Informantene var klare på at dette ikke var et tilbud alle skulle ha, og at det krevde mye av brukeren.

5.6 Hva er de viktigste utfordringene for pleie- og omsorgssektoren framover?

Informantene svarte i hovedsak likt på spørsmålet om hva de mener er de viktigste utfordringene for pleie- og omsorgssektoren framover. Disse er:

- Økning i antall eldre, spesielt demente.
- Økning i nye yngre brukergrupper.
- Samhandlingsreformen.
- Sykdomsutviklingen i befolkningen.
- Vekst i antall brukere med psykiske lidelser og rusmisbrukere.

Fire av de fem utfordringene er løftet fram i stortingsmeldinger som beskriver utfordringer for kommunene i årene som kommer. Det ser altså ut som at de fem kommunene ikke skiller seg ut fra resten av Kommune-Norge. Den femte hovedutfordringen, som går ut på at det fortsatt er en sterk vekst innen psykiatri og rus, og at dette vil

bli en økende utfordring framover, har vært mindre vektlagt i stortingsmeldingene. De fem kommunene er for få til at vi kan si om det at kommunene forventer en økning innen psykiatri og rus, er typisk for kommuner på landsbasis. Informantene var imidlertid så opptatt av dette at det gir grunn til å spørre og undersøke hvorvidt dette er en utfordring flere andre kommuner ser komme i årene framover. Økningen i nye yngre brukergrupper, psykiatri og rus, samhandlingsreformen og sykdomsutviklingen i befolkningen er alle forhold som kan påvirke det fremtidige tjenestetilbudet til eldre. Personell-situasjonen, som går ut på at det blir utfordrende å få ansatt nok tjenesteytere innen pleie og omsorg, er også noe kommunene står overfor i årene som kommer (Gautun & Hermansen 2011, St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer). Personellsituasjonen framover ble i liten grad snakket om i intervjuene.

Følgende utsagn er representative for informantenes beskrivelse av veksten i antall brukere og psykiatri som vi står overfor:

«Den framtidige utfordringen er de unge. De kommer som et skudd og øker enormt. Eldrebølgen er bare blåbær i sammenligning. Psykiatri, rus og blandingsdiagnoser. De eldre trenger kanskje tjenester i 5–10 år, mens de unge kan trenge i 60 år. Det blir en enorm utfordring hvis vi ikke klarer å snu det. De vi får som 18-åring med problem. De hadde allerede barnehagen oppdaga. Det er viktig å komme inn tidlig.» (Leder bestillerkontor i en mellomstor kommune)

5.7 Oppsummering

Pleie- og omsorgstjenestene har utviklet seg til å bli noe mer enn de tradisjonelle tjenestene som sykehjem og hjemmetjenester, det vil si hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Innholdet i de tradisjonelle tjenestene har endret seg til i større grad å være helsetjenester, samtidig har det kommet til nye tjenester og personellgrupper. Veksten i disse er knyttet til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til nye grupper av yngre brukere. Nye tjenester som BPA og støttekontakter er tjenester som befinner seg i en gråsoner opp mot pleie og omsorg.

Informantene oppgir en rekke forklaringer på veksten i yngreomsorgen. Disse er gruppert i tre hovedforklaringer. Den første går ut på at *det har skjedd en endring i ideologi om hva som er god omsorg*. Hovedgrunnen til at det har skjedd en vekst i yngreomsorgen, sies å være de store reformene og opptrappingsplanene som har ført til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til et stadig større antall yngre brukere utenfor institusjon. Den andre hovedforklaringen sies å være *press fra noen yngre brukergrupper og deres støttespillere for å få innfridd brukerrettigheter*. Økt rettsliggjøring

av brukerrettigheter og endringer i befolkningens forventninger til hva kommunene kan gjøre noe med og ta ansvar for, sies også å ha påvirket veksten i pleie- og omsorgssektoren. Selv om rettighetsfestingen er lik for alle brukere, uavhengig av alder og hvilke brukergrupper de tilhører, forteller informantene at det er noen brukergrupper, eldre, rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser, som i mindre grad benytter seg av og kjemper for sine rettigheter. Yngre funksjonshemmede sies å være den gruppen som har vært mest bevisst sine rettigheter. Disse sies også å ha aktive pårørende og brukerorganisasjoner som legger press på kommunene for at brukerne skal få de tjenestene de trenger. Fylkesmannen oppleves i noen kommuner som en alliert i kampen for å sette grenser, mens andre kommuner snarere opplever embetet som en alliert for brukere og pårørende som presser på for økt innsats. Den tredje hovedforklaringen sies å være *endringer i sykehussektoren* både når det gjelder målsettinger og føringer for å redusere antall liggedager i sykehus, og medisinsk teknologisk utvikling er en viktig forklaring på veksten i yngreomsorgen.

Et flertall av informantene gir uttrykk for at veksten i yngreomsorgen har gått utover tjenestetilbudet til eldre. Flere informanter gir uttrykk for at noen grupper av yngre prioriteres litt høyere. En viktig grunn til at eldre mottar mindre tjenester, sies å være at eldre er nøysomme, og ikke har pårørende som står like hardt på for deres rettigheter. Også ansatte i tjenestene, lokalpolitikere, og i noen tilfeller også ansatte hos Fylkesmannen, sies å ha lettere for å sympatisere med ønskene og behovene til de yngre enn de eldre.

6 Sverige og Danmark

I dette kapitlet skal vi se nærmere på utviklingen i pleie- og omsorgssektoren, og tjenester til yngre og eldre brukere, i Sverige og Danmark. Ifølge Szebehely (2005) er det gjennomført få nordiske samarbeidsprosjekter om pleie- og omsorgssektoren, og nordiske forskere sies også å i liten grad referere til forskning som kollegaer i nabolandene utfører. Vi har derfor først og fremst sett på forskning som er gjennomført i det enkelte land.

Både i Norge, Danmark og Sverige har eldreomsorg og tjenester til yngre brukere (under 65 år i Danmark og Sverige og 67 år i Norge) i liten grad blitt sett opp mot hverandre (Thostrup og Bengtson (2012)). Forskning på funksjonshemmede har først og fremst fokusert på yngre personer som har funksjonsnedsettelse, som medborgere. De sentrale forskningstemaer innenfor dette feltet har handlet om diskriminering, empowerment og autonomi (Gustavsen et al. 2005). Forskning på eldre har hovedsakelig hatt i fokus 1) eldre som omsorgsmottakere, og 2) innretningen av den offentlige eldreomsorgen, og spesielt vektlagt personalets arbeidsvilkår (Szebehely 2005).

Sammenlignet med Norge og Sverige, ser det ut som at eldreomsorgen og yngreomsorgen i større grad har vært separate forskningsfelt i Danmark. I oversikten som er gitt over Danmark, har vi derfor først og fremst sett på litteratur fra de to separate forskningsfeltene. Vi har også snakket med en sentral forsker på yngre funksjonshemmede feltet, og en sentral forsker på eldreomsorgsfeltet. I tillegg har vi vært i kontakt med en fuldmæktig i Socialstyrelsen i Danmark. Fuldmæktigen påpeker, som de to forskerne vi har snakket med, at forskningsfeltet vi gjennomfører en studie på, er forholdsvis underbelyst i Danmark. Det er imidlertid en gryende interesse for å se eldreomsorg og omsorg til yngre funksjonshemmede i sammenheng. Et nylig igangsatt forskningsprosjekt om funksjonshemming og alderdom berører spørsmål som vi er opptatt av i den norske studien.⁷ Det er imidlertid ikke publisert resultater fra den danske studien ennå, som vi kan sammenligne med.

I Sverige har sentrale eldreomsorgsforskere gjennomført studier som ser eldreomsorgen opp mot tilveksten av yngre brukere. En nylig gjennomført studie har spesielt fokusert på forskjeller i brukerrettigheter for eldre og yngre, og hvordan disse ivaretas for yngre og eldre innen pleie og omsorg i kommunene (Szebehely 2011). Denne

⁷ Prosjektet heter Handicap og alderdom – En sosialpolitisk modsætning? Og gjennomføres av professor Tine Rostgaard (Aalborg Universitet) og seniorforsker Steen Bengtsson. Prosjektet gjennomføres ved SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).

studien refereres mye til i gjennomgangen i dette kapitlet. Før vi ser nærmere på de to landene, presenteres et overordnet bilde av utviklingen i pleie- og omsorgssektoren i Norge, Sverige og Danmark.

6.1 Et overordnet blikk på utviklingen i pleie- og omsorgssektoren i Norge, Sverige og Danmark

I 2011 gjennomførte Hermansen en sammenligning av utviklingen i personellsituasjonen i pleie- og omsorgssektoren i Norge, Danmark og Sverige. I studien vises det til en rekke studier, og dokumenter fra myndighetene, som har påpekt at pleie- og omsorgssektoren har en sentral rolle i alle de tre landene. Den nordiske velferdsmodellen er kjennetegnet av en godt utbygd offentlig pleie- og omsorgssektor. Både i Norge, Sverige og Danmark har det offentlige et lovpålagt ansvar for å yte pleie- og omsorgstjenester til eldre og voksne som på grunn av svekket helsetilstand er hjelpeavhengige. Den offentlige pleie- og omsorgssektoren har, i Norge, Sverige og Danmark, vært preget av universalitet i tilgangen på tjenestene. De tre landene har hatt som felles målsetting at alle innbyggerne skal ha tilgang til tjenester på bakgrunn av behov, uavhengig av den enkeltes økonomi, kjønn, etnisitet, alder og geografisk tilhørighet (St.meld nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer). Et annet fellestrekk er at pleie og omsorg i hovedsak har vært finansiert gjennom skattlegging, og at staten søker å sikre at brukere mottar et likeverdig tilbud gjennom regelverk, økonomiske rammer og tilsyn og kontroll (Hermansen 2011).

I alle de tre landene har det blitt gjennomført store reformer som har pålagt kommunene stadig flere oppgaver. I dag er alt ansvar for å yte pleie og omsorg til innbyggerne lagt til kommunene. Felles for de tre landene er også at tjenestene i stadig større grad har blitt konsentrert mot brukere med omfattende hjelpebehov, og gjennom et hjemmetjenesteapparat (Edelbalk & Svensson 2005). I alle de tre landene har altså kommunene over tid i økt grad satset på å yte tjenester utenfor institusjon (Edelbalk & Svensson 2005; Brevik 2011; Daatland 2005). Å yte hjemmetjenester slik at den enkelte kan bo hjemme og ha et så vanlig liv som mulig, har i flere år vært viktige målsettinger i alle de tre landene (St.meld nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer; Szebehely 2005; Petersen 2008)⁸. Esping-Anderson (1990) og Szebehely (2005) har påpekt at hjemmebaserte tjenester, i form av hjemmesykepleie og praktisk bistand som ytes gjennom kommunene, er et spesielt nordisk fenomen. I hvor stor grad det er satset på å yte hjemmetjenester, varierer imidlertid mellom de tre

⁸ Dette er også tilfellet i Danmark, jf. samtale med seniorforsker Leif Olsen ved AKF, 7. juni 2012. Leif Olsen har først og fremst forsket på yngre handikappede brukere, og uttalt seg om disse.

landene (Daatland 2005). Danmark har i størst grad satset på hjemmetjenester, Sverige i minst grad, og Norge er i en mellomstusituasjon (Socialstyrelsen 2012).

I dag tilbys institusjoner i kommunene først og fremst eldre som er sterkt hjelpetren- gende. I stedet for institusjoner ytes tjenester til yngre brukere, som ikke kan bo hjemme, i ulike former for gruppeboliger og bofellesskap. Som et alternativ til institusjon for eldre er det bygget ut omsorgsboligkomplekser og bofellesskap med heldøgnsstilbud. I heldøgnsbemannede bofellesskap/omsorgsboliger ytes mer omfattende tjenester enn i omsorgsboliger uten heldøgnsbemanning, som er det store flertall av boliger som er bygget opp for omsorgstrengende. Omsorgsboliger/bofellesskap med heldøgnsbeman- ning gir mindre omfattende tjenester sammenlignet med institusjoner som det i større utstrekning ble satset på før.

Både i Sverige, Danmark og Norge har det funnet sted en sterk vekst i yngre brukere (definert som de under 67 år i Norge, og 65 år i Sverige og Danmark) de siste 20 årene, og en minkende andel av kommunenes tjenesteressurser går til eldre. Dette er også tilfellet når vi sammenligner ressurser som går til yngre brukere, med de aller eldste, de over 80. I Danmark brukes begrepet pleie- og omsorgstjenester først og fremst om tjenestetilbudet til eldre (Rostgaard 2012; Olsen 2012). Begrepet kompensasjonstjenes- ter brukes om de tjenestene som ytes til det økende antallet yngre funksjonshemmede. Det ytes omfattende kompensasjonstjenester til denne gruppen.⁹

I Norge og Sverige brukes begrepet pleie- og omsorgstjenester om tjenester som ytes både yngre og eldre brukere. (St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer; Szebehely 2011). Det ytes imidlertid også i Norge og Sverige tilleggstjenester til yngre brukere, som for eksempel assistent og brukerstyrt personlig assistent (BPA), som skal hjelpe brukerne til å leve et aktivt og mest mulig «vanlig» liv. Disse tjenestene ligger i en gråsoner opp mot pleie- og omsorgssektoren. Casestudien vi har gjennomført i fem norske kommuner i dette prosjektet, viser at det varierer om norske kommuner har lagt assistent og BPA inn i pleie- og omsorgstjenestene, eller om det er opprettet egne tilbud til for eksempel ut- viklingshemmede og rusmiddelmissbrukere (se kapittel 5). Kommunene gir i alle de tre landene også andre tjenester til yngre brukere, som for eksempel undervisningstilbud (Olsen 2012, jf. Kapittel 5) i denne rapporten).

Utviklingen med at en stadig større andel av tjenesteressurser i kommunene går til yngre hjelpetren- gende, kan i hovedsak, i alle de tre landene, forklares med at reformer har overført stadig flere oppgaver og ansvar for yngre brukergrupper til kommunene (Szebehely 2005; Olsen 2012; Gautun & Hermansen 2011). På bakgrunn av norske data som vi har analysert i dette prosjektet, kan det se ut som at økt rettsliggjøring også har hatt en betydning. Er dette også tilfellet for Sverige og Danmark?

⁹ Jf. samtale med seniorforsker Leif Olsen ved AKF, 7. juni 2012.

6.2 Sverige

I oversikten over utviklingen innen pleie- og omsorgssektoren, og for yngre og eldre brukere i Sverige, viser vi til en rekke studier av Szebehely, som er gjennomført alene eller sammen med andre sentrale eldreomsorgsforskere. En annen sentral publikasjon som vi refererer til, er Socialstyrelsen (2012) «Tilståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport». De to spørsmålene: 1) Hva kan forklare endringer? og 2) Har lovfestede brukerrettigheter slått ulikt ut for yngre og eldre? er i hovedsak belyst gjennom studien «Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi», som ble gjennomført i 2011 av Szebehely. Szebehely har først og fremst fokusert på det private tilbudet, men ser det private tilbudet i en større sammenheng, og belyser endringer i tjenestetilbud, lovverk og brukerrettigheter, som omfatter både det offentlige og private tilbudet til yngre og eldre brukere. Dette arbeidet er derfor svært relevant for spørsmål det fokuseres på i vår studie, og gir også en oversikt over hva som finnes av forskning på feltet fram til i dag.

Hvordan har omfang av tjenester til eldre og yngre brukere (funksjonshemmede¹⁰) utviklet seg over tid i Sverige?

Szebehely (2011) har utarbeidet en oversikt over utviklingen i 1) ressursituasjonen i pleie- og omsorgssektoren, 2) antallet brukere og 3) endringer i tjenestetilbudet. Oversikten viser at samfunnets ressurser til eldre og yngre funksjonshemmede over tid har blitt forskjøvet mot den sistnevnte gruppen. Det vises til en studie fra 2007 som har påvist at tjenestetilbudet til eldre og yngre brukere har utviklet seg i ulik retning over en lengre periode (Szebehely & Trydegård 2007). Eldreomsorgstilbudet har over tid blitt redusert, til tross for at det også har funnet sted en moderat økning i perioder. Ressursinnsatsen og tjenester til funksjonshemmede (under 65 år) har imidlertid økt kraftig. I perioden 2000 til 2009 økte de statlige og kommunale ressursene for funksjonshemmede med 66 prosent, mens de kommunale eldreomsorgsressursene hadde

¹⁰ I Sverige er den offisielle definisjonen på funksjonshemming «Med funktionsnedsättning avser Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av en sjukdom eller ett annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller övergående natur» (Socialstyrelsen 2012: 110). Personer med funksjonshemming kategoriseres i tre grupper: «1) Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, 2) personer med betydande och bestående begåvningsmessigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, 3) personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov om stöd eller service (Socialstyrelsen 2012:110).

en nedgang på 6 prosent¹¹, samtidig som antallet over 80 år og eldre i befolkningen økte med 9 prosent. I 2012 var de samlede offentlige utgiftene til eldre og yngre funksjonshemmede ca. 151 milliarder. I alt 40 prosent av pleie- og omsorgsressursene går til de yngre brukerne (under 65 år). Til sammen går 89,6 milliarder til eldre og 61,3 milliarder til yngre med funksjonshemminger. Av disse er 17,6 milliarder statlige utgifter til personlige assistenter.

Antallet yngre brukere har økt kraftig i Sverige (31 prosent). Veksten i antall brukere har imidlertid ikke vært like sterk som veksten i kostnader. Veksten i tjenester til yngre brukere kan altså ifølge Szebehely ikke bare forklares med at de er blitt flere, og at flere av disse får hjelp fra personlig assistent. Det har også funnet sted en økning i antall timer hjelp som personlig assistent gir yngre brukere. Gjennomsnittlig antall assistenttimer har økt fra 89 timer per uke til 111, fra 2001 til 2009. Det er en stor forskjell i antall timer med personlig assistent som innvilges yngre brukere, og antallet timer med hjemmetjeneste som innvilges eldre og yngre brukere. Gjennomsnittlig antall timer hjemmetjeneste per uke er syv timer. Det er ingen forskjell i antall timer hjemmetjeneste som ytes yngre og eldre brukere. Mange av de yngre brukerne som har personlig assistent, mottar i tillegg like mye hjemmetjeneste som eldre.

Antallet eldre som får eldreomsorgstjenester, er uendret, men det har skjedd store endringer i omfanget av type tjenester som tilbys eldre. Det har vært en nedgang i antall personer som bor i institusjoner. Servicehus, aldershjem, sykehjem og gruppeboliger har blitt redusert med 19 prosent, mens hjemmetjenesten har økt med 18 prosent.

Reformer, lovendringer og styrkede brukerrettigheter som har hatt betydning for utviklingen i yngre- og eldreomsorgen i Sverige

Akkurat som i Norge var pleie- og omsorgstjenestene for 20–30 år siden en ren eldreomsorgstjeneste i Sverige. Fire år etter at ansvaret for sykehjem, og dermed alt ansvar for eldreomsorgen, ble overført fra fylkeskommunen til kommunene i Norge, gjennomførte svenskene en lignende reform. Gjennom Adelreformen i 1992 ble ansvaret for sykehjem flyttet fra landstinget til kommunene, noe som førte til at også svenske kommuner fikk ansvar for hele eldreomsorgen. Samtidig fikk kommunene finansieringsansvar for ferdigbehandlede pasienter i sykehus. Dette har ifølge Szebehely (2011) vært et kraftig økonomisk incitament, som har ført til at liggetiden på sykehus har blitt kraftig redusert, spesielt for eldre pasienter. Endringen har ført til et økt press på omsorgstjenestene i kommunene.

¹¹ I Szebehelys kapittel 7, *Insatser for eldre och funksionshindrade i privat regi*, i publikasjonen: «Vad händer med svensk välfärd», Laura Hartman (red.), (2011), er prosentandelen som oppgis, 4 prosent, ikke 6. Szebehely fortalte da vi kontaktet henne 7. mai 2012, at det dessverre ble rapportert feil prosentandel i publikasjonen.

Eldreomsorgstjenesten i Sverige har siden 1982 vært regulert av Socialtjänstlagen (SoL). Ifølge denne loven har kommunen et ansvar for å gi bistand til alle voksne og eldre som er hjelpetrequende, og som ikke er i stand til selv å sørge for at omsorgsbehov blir dekket på en annen måte. Socialtjänstlagen regulerer altså tjenester både til eldre og funksjonshemmede.

Særlover overfor personer med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse

I svensk lovgivning er det også gitt to særlover overfor personer med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse. Lag (1993:387) om stod och service til vissa funktionshindrade (LSS) er en rettighetslov som gir den enkelte rett til tjenester ut over det som følger av annen lovgivning. Etter lag (1993:389) om assistansersättning (LASS) kan det ytes assistansersättning til personer med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse (NOU 2011: 17). Til tross for at de to lovene trådte i kraft under den alvorlige lavkonjunkturen i Sverige i 1994, har ambisjonsnivået vært betydelig høyere sammenlignet med sosialtjenesteloven, som regulerer tjenester til både eldre og funksjonshemmede. Satsingene skal sikre den enkelte gode levekår, og den enkeltes rettigheter er betydelig sterkere formulert i LSS og LASS. Disse rettighetslovene har bidratt til en vekst i omfanget av tjenester til yngre brukere.

Funksjonshemmede fikk spesielt gjennom assistentreformen (retten til personlig assistent) bedret sine livsvilkår. Siden 1. januar 2011 har LASS inngått i socialförsäkringsbalken (Szebehely 2011). Funksjonshemmede som får innvilget personlig assistent før de fyller 65 år, får beholde assistenten videre, men uten mulighet til å øke timetallet. Dersom behovene øker, vil den eldre bli tildelt hjemmetjenester eller andre tjenester, samtidig som hun eller han kan fortsette med å motta assistenttimene som ble tildelt før fylte 65 år. Ifølge Szebehely (2011) mottar yngre funksjonshemmede mer generøse tjenester gjennom assistenttilbudet, fordi det tildeles flere assistenttimer enn hjemmetjenestetimer, som er det tilbudet eldre får. En norsk kvalitativ studie som er gjennomført av Hamran og Moe i 2012, og intervjuundersøkelsen som vi har gjennomført i fem kommuner i dette prosjektet, viser akkurat som i Sverige at BPA, som er det samme som personlig assistent i Sverige, først og fremst tildeles yngre brukere. Akkurat som Szebehely ser Hamran og Moe dette som et uttrykk for at yngre brukere mottar mer generøse tjenester enn eldre. Hamran og Moe tolker forskjellene som at det ytes en mer verdig omsorg til yngre enn eldre brukere. Informantene fra de fem kommunene som vi har undersøkt, sier imidlertid at BPA er en tjeneste som de fleste eldre som har behov for pleie- og omsorgstjenester, ikke har forutsetninger for å benytte. I ordningen ligger det at brukeren selv skal være arbeidsgiver og administrere BPA, og dette oppfattes som å bli for krevende for demente og svært hjelpetrequende eldre. Det er altså ulike meninger om hvorvidt tildeling av personlige assistenter til yngre og ikke eldre er et uttrykk for ulike behov eller forskjellsbehandling.

Kundval (fritt brukervalg)

Innføring av kundval har også ifølge Szebehely (2011) hatt en ulik innvirkning på tjenestetilbudet til eldre og yngre funksjonshemmede. Lagen om valgfrihetssystem (LOV), som trådte i kraft i Sverige 1. januar 2009, har blant annet hatt som hensikt å styrke pasientenes selvbestemmelse. Loven skulle sørge for å gjøre det lettere for kommunene å innføre brukervalgmodeller innenfor eldre- og funksjonshemmede-området. Siden 1. januar 2010 er alle landsting og regioner pålagt å ha et valgfrihetssystem (Socialstyrelsen 2012). Kommunene er imidlertid ikke lovpålagt å opprette et valgfrihetssystem. Det har imidlertid blitt gitt økonomiske føringar som har bidratt til at de fleste kommuner har innført dette. For å stimulere til innføring av fritt brukervalg ga staten, da loven trådte i kraft, stimuleringstilskudd til kommuner for å innføre brukervalg fra 2008 av. To år etter at LOV trådte i kraft, hadde tre av fire kommuner tatt imot tilskudd fra staten for å opprette et valgfrihetssystem (Szebehely 2011).

Szebehely viser til forskning som har påvist at det er en stor forskjell mellom brukervalgmodeller på eldreområdet og funksjonshemmede-området. Innen eldreomsorgen går valgfriheten først og fremst ut på at brukerne kan velge mellom ulike utførerorganisasjoner. Eldre kan ikke velge hva som skal være hjelpens innhold, eller hvilke personer som skal gi hjelpen. På funksjonshemmede-området handler fritt brukervalg om personlig assistent. Ifølge Edelbalk og Svensson (2005) er det ikke krav fra eldre som har vært drivkraften for å innføre brukervalg innen eldreomsorgen. De ser på brukervalg innenfor eldreomsorgen som en videreutvikling av 1990-tallets vekst i anbudskonkurranse, hvor ideologi har vært drivkraften.

Innenfor funksjonshemmede-området har imidlertid drivkraften vært krav fra funksjonshemmede og deres brukerorganisasjoner. Edelbalk og Svensson viser til at brukervalg, i form av personlig assistent, innenfor funksjonshemmede-området i betydelig grad har blitt drevet fram av personer med funksjonshemminger. Helt siden begynnelsen av 1980-tallet har Independent Living-bevegelsen krevd brukermakt (Edelbalk & Svensson 2005). Det første europeiske kooperativet for Independent Living ble etablert i Stockholm på 1980-tallet, hvor personer som hadde behov for personlige assistenter selv ansatte sine assistenter. Organisasjonen hadde en stor innflytelse på loven om assistenterstatning (LASS) som trådte i kraft i 1993.

En studie som Svensson og Edelbalk gjennomførte i 2010, viser at eldres valgfrihet er betydelig mer begrenset sammenlignet med valgfriheten til funksjonshemmede. Funksjonshemmede er arbeidsgivere for sine personlige assistenter, og kan i større grad enn eldre bestemme hva de vil ha hjelp til, når og hvordan hjelpen skal gis, og også hvilken person som skal utføre tjenesten.

Kundevalgmodellen har som intensjon: 1) bedre kvalitet i tjenestene, 2) bidra til at hjelpetrequende får en mer aktiv rolle som konsumenter og 3) at den enkelte skal ha mulighet til å velge og gjøre omvalg. Szebehely (2011) diskuterer om det finnes vinnere og tapere i kundevalgmodellen. Forskingen omkring dette spørsmålet er begrenset,

men den begrensede forskningen som foreligger, samt forskning fra andre land som for eksempel Storbritannia, viser at funksjonshemmede ser ut til å være vinnerne, mens eldre i mindre grad har hatt fordel av innføringen av kundevalg. Det ser ut som at få eldre benytter seg av muligheten til å bytte ut hjemmetjenesteutfører. Eldre ser altså ikke ut til å være en aktiv gruppe forbrukere. Mange eldre opplever også valget som et uromoment, ettersom de har vansker med å bedømme virksomhetenes kvalitet, og ofte er engstelige for å ta en feil beslutning som kan få alvorlige konsekvenser. Noen grupper eldre er spesielt tapere. Disse er de sykeste og skrøpeligste eldre med omfattende omsorgsbehov, og som ofte også har demens eller annen kognitiv svikt. Denne gruppen eldre, som har minst forutsetning for å være vinnere innenfor konkurranseutsetning, dominerer eldreomsorgen (Szebehely 2011; Sosialstyrelsen 2012).

Yngre funksjonshemmede ser ut til å være de mest aktive, og de som i størst grad klarer å benytte seg av fordelene innenfor kundval-modellen. Yngre funksjonshemmede har gjennom assistent-reformen fått en betydelig sterkere innflytelse over hjelpen de mottar, og dermed større innflytelse over eget liv. Szebehely stiller imidlertid spørsmål ved om hvorvidt dette gjelder yngre personer med psykisk eller kognitiv nedsatt funksjonshemming. Den samme bekymringen blir gitt uttrykk for i «Sosialstyrelsen (2012) Tilstanden och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport».

Szebehely diskuterer hvilken rolle det kommunale og statlige tilsynet har når det gjelder å overvåke at også mindre ressurssterke grupper får den omsorgen de trenger. Hun viser til flere kunnskapsoversikter over brukervalg innen eldreomsorgen som viser at kommunenes kontrollvirksomhet er svært begrenset. For mange kommuner er kontrollen kun basert på klager fra brukere. Denne kontrollen kan være misvisende, i og med at sårbare eldre og yngre funksjonshemmede i liten grad kan klare å benytte seg av klagemuligheter. Flere vil være avhengige av at de har pårørende som kan gjøre det for dem. I noen kommuner går kontrollen ut på at det følges med på i hvilket omfang eldre velger bort hjemmetjenester og velger andre utførere. Siden mange eldre, og også noen yngre funksjonshemmede, ikke har forutsetninger for å velge og gi tilbakemeldinger på de tjenestene de mottar, påpeker Szebehely at det hviler et stort ansvar både på staten og kommunene for å føre tilsyn og kontroll med kvaliteten på tjenester.

Når det gjelder assistentordningen for yngre funksjonshemmede i Sverige, er det også avdekket andre problematiske sider. Det er for det første påvist store ulikheter i tilbudet som ytes av forskjellige kommuner (Sosialstyrelsen 2012). For det andre er det avdekket et relativt utbredt juks med ordningen (Szebehely 2011). Forsikringskassen har avdekket at jukset gjelder ca. 10 prosent, som utgjør 2 milliarder kroner. Fusket går ut på at personer feilaktig oppgir at de er funksjonshemmet, og blir tildelt assistentberettigelse på feil grunnlag. Dessuten at assistentvirksomheter ikke utfører alle timer de er betalt for. De fleste utførere er private, som det har vært utført begrenset kontroll av. Dette har både ført til en belastning for økonomien og en usikkerhet knyttet til kvaliteten på tjenesten som gis. Fra 1. januar 2011 er Sosialstyrelsen ansvarlig

for å kontrollere bruken. Et tredje problem som er påpekt, er at det er et mindretall av brukerne som sier seg fornøyd med assistentene som jobber for dem. Undersøkelser som er gjennomført av Försäkringskassan, viser at andelen brukere som er fornøyd med sine assistenter, er påfallende lav, og kun hver fjerde assistentberettiget kjenner seg fullt ut fortrolig med sin assistent. Mange har byttet assistent (Socialstyrelsen 2012).

6.3 Danmark

Hvordan har omfang av tjenester til eldre og handikappede¹² (funksjonshemmede under 65 år) utviklet seg over tid i Danmark?

I enda større utstrekning enn i Norge og Sverige har det de siste 20 årene i Danmark funnet sted en utvikling bort fra institusjoner, til at tjenester blir gitt til brukere i eget hjem. Dette gjelder både på handikappområdet og i eldreomsorgen. I en studie av eldreomsorg vises det til at det i 1987 kom et forbud mot bygging av nye institusjoner, som ble etterfulgt av en rask avinstitusjonalisering (Petersen 2008). I 1987 var det ca. 49 000 institusjonsplasser i Danmark. I 2000 hadde antallet sunket til 30 000, og i 2008 var det under 10 000 institusjonsplasser (Hermansen 2011). Det var i samme periode en likeså dramatisk vekst i antall eldreboliger, som det ikke nødvendigvis er tilknyttet et fast personell til (Edelbalk & Svensson 2005)¹³. I 1987 var antall eldreboliger ca. 3300. I 2008 var antallet økt til 63 000. Antallet fordeler seg omtrent likt mellom pleieboliger og allmenne eldreboliger. Pleieboliger i Danmark er det samme som pleiehjem (institusjoner), men beboerne har en annen status fordi de leier boligene¹⁴. De betaler husleie og for servicetilbud som de gjør bruk av (f.eks. mat, klesvask, rengjøring osv.). De fleste eldre som bor i pleieboliger, er så skrøpelige at de mottar alle servicetilbudene. I realiteten er det ikke noen stor forskjell mellom pleiehjemmene (institusjonene) som pleieboligene har erstattet (Rostgaard 2012). Satsingen på pleieboligene har vært et forsøk på å komme bort fra institusjonstankegangen. Eksempler på at de nye pleieboligene har et mindre institusjonspreg enn pleiehjemmene, er at det mange steder er postkasse

¹² Socialministeriet definerer handikappede som «personer med nedsatt erhvervsevne affysiske, psykiske eller sociale årsager ...» (3.3) http://dk.search.yahoo.com/r/_ylt=A0geu8Zseh9QnWgAe5T7Owx.;_ylu=X3oDMTByamlqaW9mBHNIYwNzcgRwb3MDMwRjb2xvA2FjMgR2dGlkAw--/SIG=12ca1501r/EXP=1344269036/**http%3a//www.information.dk/organisation/socialministeriet

¹³ I årene 2002 til 2008 var det imidlertid en nedgang, som kan skyldes at det har vært et behov for å stramme inn tjenestetilbudet fordi den økonomiske situasjonen i Danmark ble vanskeligere.

¹⁴ Jf. e-postutveksling med professor Tine Rostgaard ved Aalborg Universitet, Centre for comparative welfare studies (CCWS) i juni og august 2012.

og ringeklokke utenfor leiligheten til de eldre. Alle tilbudene som er beskrevet over, kan benyttes av handikappede under 65 år, men det skjer sjelden.

Tjenester og ytelser til eldre og handikappede er organisert i ulike sektorer, og med ulike ytelser til rådighet (Rostgaard & Bengtsson 2011). Leif Olsen (2012)¹⁵ påpeker at det pågår en tilsvarende diskusjon på handikappområdet som på eldreområdet, om veksten i alternative boformer til institusjon, egentlig er institusjoner som opprettes med nye navn. På handikappområdet er det i stor utstrekning bygget ut bofellesskap som alternativ til institusjon. Danske kommuner har samtidig hatt en sterk vekst i antall boliger til både yngre og eldre hjelpetrequende. Den sterke veksten i antall boliger har i et mye større omfang tilfalt yngre brukere (under 65 år), enn eldre (Huseby & Paulsen 2009).

I Hermansens komparative studie av pleie- og omsorgssektoren i Norden vises det til en rapport fra NOSOCO i 2009¹⁶. Rapporten avdekker at det i Danmark, i perioden 1995 til 2008, var en nedgang i andel eldre over 65 år som mottok hjemmetjenester, og også i antallet personer som var bosatt i institusjon eller i eldrebolig (omsorgsbolig). Til tross for at det har vært en relativt stabil nedgang fra 1995 til 2008, har Danmark fremdeles en relativt høy andel eldre mottakere av hjemmebaserte tjenester. Hermansen skriver:

En viktig forklaring på den høye andelen mottakere av hjemmebaserte tjenester er den sterke økningen i antall eldreboliger (tilsvarende omsorgsboliger i Norge) med hjemmetjenester, som har erstattet pleiehjem (eldreinstitusjoner), i samme periode. I den danske statistikken skilles det mellom praktisk hjelp og personlig pleie. Disse tjenestene utføres i stor grad av samme personell. Ifølge tall fra Danmarks statistikk for 2004 gikk 80 prosent av den samlede tidsbruken i sektoren til personlig pleie og rundt 20 prosent til praktisk hjelp. Den totale gjennomsnittlige tildelte tiden i uken per bruker var 5,1 timer. En økende andel av de som mottar hjemmebaserte tjenester i Danmark, har som i Norge og Sverige, omfattende bistandsbehov (Lewinter 2004; Szebehely 2005).

Den hjemmebaserte omsorgen i Danmark er gratis og skiller seg i så måte fra de øvrige nordiske land (Hermansen 2012, s. 7). I de tilfeller hvor kommunen ikke kan bidra med de nødvendige hjemmetjenestene (som de har inngått avtaler med både offentlige og private virksomheter om å utføre), vil det kunne utbetales en erstatning som går til innkjøp av private tjenester. Danmark skiller seg også ut fra andre nordiske land ved at pleie- og omsorgstjenestene tilbys mer aktivt overfor potensielle mottakere. (Szebehely 2003; Edelbalk & Svensson 2005).

¹⁵ Jf. samtale med seniorforsker Leif Olsen ved Anvendt Kommunal Forskning (AKF) 7. juni 2012.

¹⁶ Kilde: NOSOCO 2009 Social Protection in the Nordic Countries 2007/2008, figur 6.2.3).

Reformer, lovendringer og styrkede brukerrettigheter som kan ha betydning for utviklingen i yngre- og eldreomsorgen i Danmark

Det foreligger ikke forskning fra Danmark som har belyst spørsmålet om eldre og handikappede (funksjonshemmede under 65 år) har de samme rettigheter, mål og krav til velferdsstaten, og om lovgivningen skaper forskjeller mellom grupper etter alder (Rostgaard & Bengtsson 2011).¹⁷ Rostgaard og Bengtsson (2011) viser til at den sosialpolitiske innsatsen overfor eldre og handikappede i Danmark, som i mange andre land, er oppdelt i forskjellige sektorer og med forskjellige ytelser til rådighet. For eksempel kan handikappede under 65 år tilbys 15 timers ledsagelse om måneden etter Serviceloven (SEL) § 97. Og handikappede mellom 18 og 65 år kan etter SEL § 100 få dekket nødvendige merutgifter. Eldre har ikke samme mulighet til å få denne tjenesten. På den annen side finnes det mange eldrecentre som tilbyr tjenester som kun er rettet mot eldre.

Brukerstyrt personlig assistent

Akkurat som i Norge og Sverige har Danmark en ordning med brukerstyrt personlig assistent, som handikappede (funksjonshemmede) benytter seg av. Ordningen er 20 år gammel, og har fått stor utbredelse. I 2007 ble ordningen utvidet etter en offentlig debatt. Dette skjedde til tross for at en strammere økonomi samtidig førte til en stagnasjon i veksten i andre tjenester. Akkurat som i Norge og Sverige er intensjonen med ordningen med brukerstyrt personlig assistent at handikappede i størst mulig grad skal få styre sitt eget liv. Den hjelpeavhengige har arbeidsgiveransvar, men hun eller han kan få hjelp fra kommunen til å styre ordningen. Brukerstyrt personlig assistent skal gi handikappede hjelp til å bo i eget hjem. Ifølge Olsen er ordningen kostbar. Omfanget av tilbudet av brukerstyrt personlig assistent varierer mellom kommunene (Olsen 2012).

Kundevalgsystem (brukervalgsystem)

I 2003 ble det innført et kundevalgsystem innen den kommunale hjemmebaserte omsorgen (Edebalk & Svensson 2005). Kundevalgsystemet omfatter tjenester som matombringning, praktisk bistand og personlig pleie. Med innføring av brukervalg fikk mottakerne av hjemmebaserte tjenester rett til å velge en tjenesteyter eller utfører ut over den kommunale. Kommunen velger hvilke private virksomheter de vil inngå kontrakt med, og kontrollerer dermed hvilke virksomheter som får lov til å yte tjenester som er betalt av kommunen. Kommunen har ansvar for å fastsette enhetlige priser for de ulike pleiebehovene, og sette kvalitetskrav. Prisene skal svare til kommunens selvkost ved utførelse av lignende tjenester. Kontrakter med en og samme utfører kan ikke strekke seg utover to år. Det kreves at kontrakter som inngås med offentlige virksomheter,

¹⁷ Det pågår imidlertid en studie som avsluttes i 2014 som undersøker dette (Rostgaard og Bengtsson 2011). Ifølge Rostgaard er det ingen tvil om at det fokuseres mer på kvalitet og individualisering i tjenestene (Rostgaard 2007; Rostgaard & Bengtsson 2011).

skal omfatte både hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. Rostgaard (2012) har undersøkt hvordan Kundevalgmodellen fungerer for eldre, og viser at det har skjedd en utvikling hvor et økende antall brukere benytter seg av private leverandører. Det er imidlertid forskjeller mellom eldre med hensyn til i hvilken grad de velger private leverandører. De svakeste benytter i liten utstrekning private leverandører.

En studie viser at 165 av 271 danske kommuner hadde godkjent private utførere av praktisk bistand i 2004 (Edebalk & Svensson 2005). Noen færre, 107, kommuner hadde godkjent private utførere av personlig pleie. En tredjedel av de danske kommunene hadde ingen private alternativ. Det var i hovedsak kommuner med et høyt innbyggerantall som hadde inngått kontrakt med private tilbydere. I et flertall av kommunene var det kun en alternativ tilbyder i tillegg til den kommunale. De private tilbyderne har rett til å tilby tilleggstenester utover basistjenestene. Kun 16 prosent av de 27 000 brukerne som hadde mulighet til å velge i 2004, benyttet en privat tilbyder.

En studie av fritt brukervalg i eldreomsorgen i 2011 viser at både antallet private leverandører av praktisk hjelp og private leverandørers markedsandeler har steget kontinuerlig siden 2004 (Bækgaard 2011). I 95 prosent av kommunene var det i 2011 minst én privat leverandør av praktisk hjelp, og på landsbasis er det mer enn 30 prosent av brukerne som mottar praktisk hjelp av en privat leverandør. Muligheten til å velge leverandør av personlig pleie har også økt. Utviklingen har imidlertid vært betydelig langsommere sammenlignet med tjenester som gir praktisk hjelp. Vel en tredjedel av danske kommuner hadde i 2011 ikke private leverandører av pleie til eldre. Bækgaard påpeker at en medvirkende årsak til at markedet for personlig pleie utvikler seg langsommere enn markedet for praktisk hjelp, er at mottakerne av personlig pleie i større grad er ressursvake personer som har vanskeligere for å benytte seg av fritt brukervalgordningen. Det er primært de eldste eldre som ikke velger private leverandører av pleie. I den danske studien stilles det derfor spørsmål ved om det går an å ha store ambisjoner til fritt brukervalg av pleietjenester, siden mange av brukerne ikke har ressurser til å benytte seg av valgmuligheten.

Kommunalreformen

I 2007 ble det gjennomført en kommunalreform som innebar at amternes (fylkenes) ansvar for det spesialiserte området ble overført til kommunene. Kommunene fikk ansvar for finansiering og regulering av spesialiserte tilbud, og dermed ansvar for flere brukere. Overføringen av flere oppgaver, og brukere, til kommunene har ført til en debatt om hvilket kvalitetsnivå kommunene skal legge seg på. Regionene er tilbydere av spesialiserte tilbud, men kommunene velger hvem de skal kjøpe tjenester fra. Kommunene kan opprette egne tilbud. Ifølge Olsen (2012) har mange tilbud siden reformen og fram til i dag (2012) skiftet eier fra regioner til kommunene. Utviklingen sies å ha skjedd stille og rolig. Kommuner har også opprettet tilbud som andre kommuner kjøper. Kommunene har ansvar for å finansiere tjenestene, men det finnes en liten

refusjonsordning opp mot staten. Kommunalreformen har ført til en vekst i private leverandører både av praktisk hjelp og pleie til eldre (Bækgaard 2011).

Vinnere og tapere?

Ifølge Olsen (2012) har økt rettsliggjøring ført til at noen brukergrupper får mer tjenester enn andre. Det er også forskjeller mellom brukere innenfor ulike grupper i om de drar nytte av sine rettigheter. De aller mest sårbare eldre, rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser, som ikke har sterke brukerorganisasjoner og pårørende i ryggen, kommer dårligst ut. Fagfolk, og miljøet som jobber med medborgerskap, ansatte i tjenestene og forskere sies imidlertid å følge med på og gi de sårbare gruppene en stemme. Handikappede sies å ha fått mye ressurser og tjenester gjennom årene, men organisasjonene er i dag defensive fordi de erkjenner at de må være med på å ta ansvar for å spare, i dagens vanskelige økonomiske situasjon. Brukerorganisasjonene for handikappede gir imidlertid uttrykk for frustrasjon fordi de opplever at kutt skjer blindt.

På området psykisk helse erkjennes det i dag og er enighet om at det må tilføres mer ressurser. Det har ifølge Olsen (2012) vært en stagnasjon i tjenester til personer med sinnslidelser og rusmisbrukere de siste ti årene. Presset på tjenestene til disse gruppene sies imidlertid å ha økt. Psykiatrien er sterkt underprioritert, og det er et stort etterslep i tjenestetilbudet til denne gruppen. Med Kommunalreformen i 2007 fikk kommunene det hele og fulle ansvaret for personer med sinnslidelser og rusmisbrukere. Etter reformen har kommunene begynt å interessere seg for de to gruppene. Ifølge Olsen er det en bevissthet i kommunene om at tjenester til disse må bygges ut, men spørsmålet er hvordan dette skal finansieres

Olsen viser til at det i dag pågår en prioriteringsdebatt i Danmark, om hvem som skal få tjenester, og hva slags tjenester brukere skal få. Den nordiske modellen, som kjennetegnes av generelle velferdsytelser, sies å være i ferd med å brytes opp i Danmark på grunn av den vanskelig økonomiske situasjonen, og det går mot differensiering. I debatten gis det uttrykk for bekymring for hva som vil skje med befolkningens oppslutning om velferdsstaten når de generelle ytelsene blir borte. Ifølge Olsen finnes det per i dag ikke forskning som har kartlagt hvilke brukergrupper og tjenester som det gjøres kutt i. Noen områder vet man det kuttes på. Serviceområdet (praktisk hjelp) innen eldreomsorgen har blitt redusert. Tilbudet om praktisk hjelp, som rengjøring, har blitt strammet inn, noe som igjen øker presset på familieomsorgen. Det har vært sterkt fokusert på, og foretatt utprøving av, omsorgsteknologi for å redusere etterspørselen etter tjenester. Etter å ha gjort seg noen erfaringer har skepsisen til å bruke omsorgsteknologi overfor eldre økt. Teknologiløsninger har først og fremst blitt brukt, og fungert positivt, overfor yngre brukere. Omsorgsteknologi brukt av yngre brukere, har ført til bedre livskvalitet, mer sosial omgang og en åpning til jobbmarkedet. Erfaringer med bruk av omsorgsteknologi overfor eldre sies å være mindre vellykkede.

6.4 Oppsummering

Både Sverige og Danmark har over år hatt en sterk vekst i antall yngre brukere av tjenester i kommunene. Økt ressursinnsats til yngre brukere skyldes reformer som har ført til at kommunene har fått ansvar for et økende antall yngre brukere. Det har funnet sted en økt rettsliggjøring av brukerrettigheter både i Sverige og Danmark. I begge landene er det innført særlover for tjenester, som personlige assistenter, som kun gjelder brukere under 65 år. I Sverige viser forskning at det tildeles betydelig flere timer med hjelp fra personlige assistenter til brukere, sammenlignet med timer hjemmetjenester som gis eldre, og også yngre brukere. Noen yngre brukere mottar hjelp både fra personlig assistent og hjemmetjenester. Både i Danmark og Sverige framhever forskere at ambisjonene om å forsterke rettighetene og bygge ut tjenester til funksjonshemmede en periode, har vært betydelig sterkere sammenlignet med andre grupper, som eldre, rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser.

Det er et mye større omfang av brukervalgordninger i Sverige og Danmark, sammenlignet med Norge. Brukervalgordninger handler også om brukerrettigheter. Brukervalgordningene for eldre og yngre er forskjellige. På eldreområdet handler fritt brukervalg først og fremst om mulighet til å kunne velge leverandør av tjenesten, offentlige og private. På funksjonshemmede-feltet handler fritt brukervalg om muligheten til å kunne velge, og ansette, en personlig assistent. Brukerne har innflytelse både over hvilken tjenesteutøver som skal hjelpe dem, og innholdet i hjelpen som gis. I svensk forskning gis det uttrykk for at yngre brukere mottar mer generøse tjenester enn eldre, siden eldre ikke har rett til personlig assistent. Tildeling av personlig assistent til yngre og ikke til eldre brukere oppfattes som å være et uttrykk for forskjellsbehandling, ikke en ulikhet i behov.

Undersøkelser i begge landene kan tyde på at det er vinnere og tapere i systemet med brukervalgordninger. Yngre funksjonshemmede ser ut til å være vinnere, mens eldre i mindre grad har hatt fordel av innføringen av kundevalg. Det ser ut som at få eldre benytter seg av muligheten til å bytte ut hjemmetjeneste-utfører. Noen grupper eldre sies i minst grad å benytte seg av sine rettigheter. Disse er de sykeste og skrøpeligste eldre med omfattende omsorgsbehov, og som ofte også har demens eller annen kognitiv svikt. Denne gruppen eldre, som har minst forutsetning for å være vinnere innenfor konkurranseutsetning, dominerer eldreomsorgen. Forskere gir også uttrykk for at yngre personer med psykisk eller kognitiv nedsatt funksjonshemming er tapere innenfor brukervalgordningene som er opprettet for dem.

7 Avslutning

Tre sentrale spørsmål er belyst i denne rapporten: For det første, hvor omfattende har veksten i yngreomsorgen vært, og har denne veksten særlig kommet i bestemte perioder? For det andre, hva kan forklare utviklingen i yngreomsorgen? Og for det tredje, ser man tegn til at veksten i yngreomsorgen har gått utover omfanget og kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen? De tre spørsmålene er forsøkt besvart gjennom en studie av registerdata, en dokumentstudie og en casestudie i fem kommuner. I tillegg har vi sett på utviklingen av tjenester til eldre og yngre i våre nærmeste naboland, Sverige og Danmark. I dette kapitlet oppsummeres hovedfunnene fra studien. I tillegg diskuteres nærmere prioriteringsutfordringene med hensyn til eldre og yngre brukere av kommunale tjenester, og vi diskuterer noen hypoteser om drivkreftene bak det økte omfanget av yngreomsorgen. Til slutt sier vi noe om slags utfordringer kommunene står overfor i årene som kommer.

7.1 Veksten i yngreomsorgen

Antallet årsverk i pleie- og omsorgssektoren økte fra 75 613 i 1992 til 126 227 i 2010. Det vil si at det har funnet sted en økning på 50 614 årsverk, eller en økning på 67 prosent gjennom en 18-årsperiode. Analyser som ble gjort i 2007, viser at rundt 30 000 av disse nye årsverkene i all hovedsak har tilfalt nye brukere under 67 år. Antallet brukere av kommunale hjemmebaserte tjenester under 67 år økte fra færre enn 25 000 til mer enn 68 000 personer i samme periode, altså en økning i antall på 176 prosent. Denne kraftige økningen i antallet yngre brukere er et av de mest slående utviklingstrekk innen pleie- og omsorgssektoren de siste 20 årene.

Hva kan forklare at veksten i yngreomsorgen har vært spesielt sterk enkelte perioder/år?

Vi har også i denne studien stilt spørsmål om økningen i antallet yngre brukere har vært sterkere i bestemte år eller perioder. Analysene viser at året 1996, i perioden 1993 til 2006, skiller seg klart ut når det gjelder nettotilveksten i antall mottakere av hjemmetjenester alle aldersgrupper. I perioden 1998 til 2000 var det også en relativt

sterk netto tilvekst av hjemmetjenestemottakere under 67 år. Fra 2002 startet en ny periode med sterk tilvekst i yngre brukere av hjemmetjenester, og 2006 er et år som skiller seg klart ut med en netto tilvekst på hele 4859 mottakere av hjemmetjenester under 67 år. Når det gjelder utviklingen i ressursinnsats, i form av antall årsverk innen hjemmebaserte tjenester, viser nettotilveksten i stor grad samme bilde som utviklingen i nettotilveksten av antall mottakere av hjemmetjenester. Både 1996 og 1997 skiller seg ut med svært sterk netto tilvekst i antall årsverk innen de hjemmebaserte tjenestene. Nettotilveksten var også svært sterk i 2006, med en tilføring av hele 4210 årsverk til de hjemmebaserte tjenestene.

Flere «drivere» kan sammen ha forårsaket at veksten toppet seg i 1996–97. Det ser ut som at hoppet i 1996 ikke kun kan tilskrives reformer. HVPU-reformen førte til at en ny gruppe utviklingshemmede etter noen år begynte å etterspørre hjemmetjenestene i kommunene. I de første årene etter reformen var det først og fremst utviklingshemmede som ble skrevet ut av spesialisthelsetjenestens institusjoner, som strømmet til tjenestene. Ettersom tilbud ble etablert i kommunene for denne gruppen, og rettigheter til tjenester ble kjent, kom det også til utviklingshemmede som tidligere bodde hjemme i familien, og som ikke mottok tjenester. En annen medvirkende årsak til hoppet i 1996 kan være at antallet brukere med nedsatt funksjonsevne samtidig fikk en kraftig vekst. Deres brukerorganisasjoner var svært aktive i første halvdel av 1990-tallet for å synliggjøre og løfte fram fysisk funksjonshemmedes behov for tjenester, og som kunne bidra til økt deltakelse i samfunnet, utdanningssystem og arbeidsliv. Deres innsats førte til en sterk oppslutning i opinionen, som også i stor grad påvirket at denne gruppen ble løftet fram som en av de gruppene som skulle oppprioriteres i velferdsstatens ytelser, i Velferdsmeldinga, som kom i 1995 (Bratt 2003). Dette var ikke en reform eller en opptrappingsplan, men kan sies å være et mykt styringssignal som ble en pådriver for vekst. En tredje medvirkende årsak til hoppet i 1996 kan være at det kom til en ny gruppe brukere på grunn av Handlingsplanen for psykisk helsevern og mental helse 1990–1995. Videre ble kommuner og fylkeskommuners ansvar for rusmisbrukere tydeliggjort med lov om sosiale tjenester i 1993.

Flere «drivere» som virket samtidig, kan også ha forårsaket hoppet i 2006. Opptrappingsplaner innen rus og psykiatri kan ha ført til en økning i de to brukergruppene. I 2006 ble Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 sluttført. I 2003 kom den første opptrappingsplanen for rusmisbrukere, som gikk fra 2003 til 2006. Informantene i casestudien som vi har gjennomført, forteller at denne brukergruppen ble synliggjort i første halvdel av 2000-tallet. De forteller at kjennskap til rettigheter til tjenester for denne brukergruppen i økende grad ble utbredt. Ansatte i kommunene og tjenestene begynte på denne tiden å «passe på» at det også ble tilbudt helse- og omsorgstjenester til rusmisbrukere. De forteller også at tilbud som var blitt opprettet som følge av opptrappingsplanen innen psykiatri, kom rusmisbrukerne til gode. En annen drivkraft som kan ha bidratt til at det i 2006 ble et hopp, er helseforetaksre-

formen i 2002. Denne reformen kan ha lagt et ytterligere press på sykehusene for å skrive pasienter raskere ut fra sykehus. Kommunene måtte i økende grad ta imot svært ressurskrevende brukere fra sykehus, ikke bare på grunn av statlig påtrykk, men også på grunn av bedre behandlingsmetoder og medisinsk-teknologisk utvikling.

7.2 Hvilke drivkrefter ligger bak veksten i yngreomsorgen i hele perioden fra 1990 og fram til i dag?

Kan ulike rettigheter knyttet til reformer og opptrappingsplaner forklare veksten i ressursbruk på yngre brukere?

Økningen i antallet yngre brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester framstår altså som markant, enten vi ser på de tradisjonelle hjemmetjenestene eller de «nye» omsorgstjenestene, eller om vi ser på antallet brukere eller årsverksinnsats. Hva skyldes denne økningen? Og hvilke implikasjoner har den for tilbudet til de tradisjonelle brukerne av kommunale hjemmetjenester, altså de eldre?

Det at antallet yngre brukere av kommunale tjenester har økt, må forstås i lys av at kommunene over tid har fått ansvar for flere grupper av yngre brukere. Den siste store reformen som overførte ansvar til kommunene, var likevel HVPU-reformen, som i hovedsak var gjennomført i 1991. Siden denne reformen har kommunene hatt ansvar for primærhelsetjenester og omsorgstjenester til alle befolkningsgrupper. Statlige instanser har likevel lagt føringer gjennom opptrappingsplaner, handlingsplaner og en rekke «myke» styringssignaler i stortingsmeldinger, veiledere et cetera. En mulig forklaring på at antallet yngre brukere har økt over tid, uten at formelt ansvar er overført til kommunene fra stat eller fylkeskommune, er at disse styringssignalene har vektlagt brukerrettigheter for grupper av yngre brukere sterkere enn for eldre brukere. I kapittel 4 i denne rapporten har vi gjennomgått en rekke relevante dokumenter for å lete etter rettighetsformuleringer for ulike brukergrupper. Vi gjennomgikk først de viktigste opptrappingsplanene/handlingsplanene i perioden for å belyse om omleggingene og opptrappingene har ført til en sterkere rettighetsfesting for brukere, og om disse er forskjellig for yngre og eldre brukere. Konklusjonen er gjennomgående at dette ikke er tilfellet. Ingen av de gjennomførte reformene, handlings- og opptrappingsplanene har vært formulert som rettighetslover. I neste omgang så vi på forarbeidene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven, i kraft fra 1.1.2012, for å se om disse gir sterkere rettigheter til enkelte alders- eller diagnosegrupper framfor andre. Igjen er konklusjonen negativ, loven og forarbeidene er generelt formulert, og rettighetene er de samme for alle grupper, uavhengig av alder. En siste innfallsvinkel var å løfte spesielt fram noen problemområder og tiltakstyper som særlig genererer diskusjon om omfang, kvalitet og hvem som skal tildeles tjenester. Vi valgte å se på konkurranseutsetting

og brukervalg, avlastning og støttekontakt, BPA og botilbud for voksne brukere av kommunale tjenester. I casestudien framkommer det både at retorikken og praksisen på disse områdene tyder på at det foregår en viss forskjellsbehandling mellom eldre og yngre brukere. Forskjellsbehandlingen kan likevel ikke begrunnes ut ifra lovverket, noe som også kommer klart fram i selve debatten. Helsetilsynet påpeker for eksempel at det ikke skal skje en forskjellsbehandling mellom aldersgrupper i tildeling av avlastnings- og støttekontakttjenester, og kritiserer at dette later til å være praksis i flere kommuner. I casestudien framkommer det helt tydelig at BPA og støttekontakter i hovedsak tildeles yngre brukere (under 67 år). BPA er en tjeneste kommunene tilbyr fysisk funksjonshemmede.

Akkurat som i Norge har det i Sverige og Danmark funnet sted en økt rettsliggjøring av brukerrettigheter. Til forskjell fra Norge er det i begge landene innført særlover for tjenester, som personlige assistenter, som kun gjelder brukere under 65 år. Brukervalgordninger, som har et mye større omfang i Sverige og Danmark, handler også om brukerrettigheter. Brukervalgordningene for eldre og yngre er forskjellige, noe som gjelder alle de tre landene. På eldreområdet handler fritt brukervalg først og fremst om mulighet til å kunne velge leverandør av tjenesten, offentlige og private. På funksjonshemmede-feltet handler fritt brukervalg om muligheten til å kunne velge, og ansette, en personlig assistent. Brukerne har innflytelse både over hvilken tjenestetøver som skal hjelpe dem, og innholdet i hjelpen som gis. I svensk forskning gis det uttrykk for at yngre brukere mottar mer generøse tjenester enn eldre, siden eldre ikke har rett til personlig assistent. Tildeling av personlig assistent til yngre og ikke eldre brukere oppfattes som å være et uttrykk for forskjellsbehandling, ikke en ulikhet i behov. Betydelig flere timer med hjelp gis fra personlige assistenter, sammenlignet med timer med hjemmetjenester som gis eldre, og også yngre brukere (Szebehely 2011). Både i Sverige, Norge og Danmark framhever forskere at ambisjonene om å forsterke rettighetene, og bygge ut tjenestene, i en periode har vært betydelig større med hensyn til funksjonshemmede enn det som har vært tilfellet for andre grupper, som eldre, rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser.

Undersøkelser både i Sverige og Danmark kan tyde på at det er vinnere og tapere i systemet med brukervalgordninger. Yngre funksjonshemmede ser ut til å være vinnere, mens eldre i mindre grad har hatt fordel av innføringen av kundevalg. Det ser ut som at få eldre benytter seg av muligheten til å bytte ut hjemmetjeneste-utfører. Noen grupper eldre sies spesielt å ikke klare å benytte seg av retten til å velge. Disse er de sykeste og skrøpeligste eldre med omfattende omsorgsbehov, og som ofte også har demens eller annen kognitiv svikt. Denne gruppen eldre, som har minst forutsetning for å være vinnere innenfor konkurranseutsetting, dominerer eldreomsorgen. Forskere gir også uttrykk for at yngre personer med psykiske eller kognitive nedsatte funksjonshemninger er tapere innenfor brukervalgordningene som er opprettet for dem.

Andre drivkrefter for økt yngreomsorg

Ulike rettigheter later altså ikke til å være en sterk forklaring på økningen i antallet yngre brukere. Hvilke forklaringer skal vi da se etter? Dette spørsmålet har vi søkt å besvare gjennom intervjuer med nøkkelinformanter i et utvalg casekommuner. Informantene var kommunale ledere – toppledere og ledere for bestillingskontor – og ansatte i de kommunale tjenestene.

Reformer, opptrappingsplaner, endrede ansvarsforhold mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenestene i kommunene er alle forhold som går igjen i intervjuene i de fem kommunene. Dette oppfattes helt klart som sterke drivkrefter bak det økte antallet yngre brukere av de kommunale tjenestene. Samtidig vektla informantene klart lovfestede brukerrettigheter: ikke så mye sterkere brukerrettigheter i seg selv, men heller den økende bevisstheten om rettighetene i befolkningen, blant brukere og pårørende. Selv om rettighetsfestingen er lik for alle brukere, uavhengig av alder og hvilke brukergrupper de tilhører, forteller informantene at det er noen brukergrupper som i mindre grad benytter seg av og kjemper for sine rettigheter. De som oppfattes som minst pågående, i betydningen minst oppmerksomme på rettighetene sine, er rusmisbrukere, mennesker med psykiske lidelser – og eldre. Dette er grupper som også sies å i mindre grad ha aktive pårørende og brukerorganisasjoner som legger press på tjenesteapparatet for at de skal få ivaretatt sine rettigheter. Noen av informantene forteller imidlertid at ansatte i pleie og omsorg forsøker å passe på at disse brukerne får tjenester. En annen drivkraft som noen av informantene kom inn på, var at tilbudet ser ut til å skape sin egen etterspørsel. Oppretting av tilbud for nye brukergrupper i kommunen har ført at det strømmer til flere brukere. Fylkesmannen kan være en viktig alliert i kommunenes arbeid for å finne et riktig og rimelig tjenestenivå, men Fylkesmannen kan også oppleves som en pådriver for økte kostnader. Det siste skjer når Fylkesmannen omgjør vedtak etter klage, og pålegger kommunene å yte tjenester til enkeltbrukere som går utover det tjenestenivået kommunen generelt ønsker å legge seg på.

En endret arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten beskrives også som en sentral drivkraft. Én side av dette er nedbyggingen av spesialistomsorgen rettet mot ulike grupper, en utvikling som i hovedsak ble fullført rundt 1991 med HVPU-reformen. En annen side er arbeidsdelingen mellom kommunene og somatiske (og psykiatriske) sykehus, som er betydelig endret i løpet av de senere årene. Dette er resultat av en ønsket politikk; det har vært en politisk målsetting å få ned antallet liggedøgn i sykehus. Men det er også en konsekvens av at flere kan overleve med til dels svært alvorlige diagnoser, og at teknologi – som hjemmerespirator – gjør det mulig å gi et tilbud til svært pleietrengende brukere i kommunen. Det er et politisk mål at mer helsehjelp og pleie skal gis utenfor spesialistinstitusjonene, og medisinsk-teknologisk utvikling gjør dette mulig i stadig større grad. Dette blir en drivkraft for økt yngreomsorg i kommunene.

Flere av informantene opplever at det skjer en form for forskjellsbehandling mellom eldre og yngre brukere. Det kan se ut som at denne forskjellsbehandlingen ikke kun skyldes ulike behov, men at alder i seg selv diskvalifiserer når det gjelder å få noen typer tjenester, og også omfanget som gis av tjenester. Nesten alle forteller i tillegg at personer med psykiske lidelser og rusmisbruksproblemer ikke får de tjenestene de har behov for, og har rett til. Antallet i de to brukergruppene kan ut ifra denne studien se ut til å øke fremover. Dette er kanskje en oversett utfordring kommunene står overfor i årene som kommer, som vil være med på å øke presset på de kommunale tjenestene. Yngre funksjonshemmede sies å være brukere som i større grad enn andre får ivaretatt sine behov. Dette sies å være brukere som er aktive for å få ivaretatt sine rettigheter, og som også har sterke brukerorganisasjoner og pårørende som legger press på tjenesteapparatet.

7.3 Har veksten i yngreomsorgen gått utover eldreomsorgstilbudet?

Samtidig som det har funnet sted en vekst i yngreomsorgen, har det funnet sted en reduksjon i tjenestetilbudet til eldre. Økningen i yngreomsorgen har skjedd i en periode der levealderen i Norge har økt, og det er blitt flere eldre i befolkningen. Dette gjelder også antall «gamle eldre», altså de over 80 år. Økningen i eldreomsorgen per innbygger tilsvarer ikke økningen i yngreomsorgen: Når man ser på antall mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbygger i alderen 80 år og eldre, framkommer det at antallet har falt fra 400 i 1992 til 342 i 2011. Til tross for en vekst i det absolutte antallet eldre mottakere av hjemmetjenester, har det altså funnet sted en nedgang i innsatsen per 1000 innbygger i perioden. Veksten i antall mottakere har ikke fulgt veksten i antall eldre 80 år og eldre i befolkningen. For de under 67 år har det, som tallene ovenfor også antyder, funnet sted en motsatt utvikling. Den sterke veksten i antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år framkommer også når utviklingen måles pr. 1000 innbygger under 67 år. I 1992 var det syv mottakere av hjemmetjenester under 67 år pr. 1000 innbygger i denne aldersgruppen. I 2011 hadde antallet økt til 16.

Ifølge beregninger foretatt av Brevik (2010) har brukere av hjemmetjenester under 67 år opplevd en dobbelt så stor økning i årsverksinnsatsen som brukere over 67 år, fra 1995 til 2007. Unge brukere tildeles ofte store ressurser. Statistikk over antallet tildelte timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand i 2011 viser også at samtlige brukere av hjemmetjenester i aldersgruppene under 67 år, uavhengig av bistandsnivå, lå over det gjennomsnittlige antallet tildelte timer for brukergruppen generelt. Dette innebærer at eldre over 80 år ble tildelt færre timer enn yngre brukere, selv om bistandsbehovet var likt.

Nedgangen i dekningsgraden i hjemmetjenestene til eldre over 80 år kompenseres ikke av en økende bruk av institusjonsomsorg. Målt pr. 1000 innbygger 80 år og eldre, har det vært en nedgang i antallet med institusjonstilbud fra 198 i 1992 til 143 i 2006. En del av institusjonstilbudet til eldre har blitt erstattet med omsorgsboliger. Eldre som bor i omsorgsboliger, mottar hjemmetjenester, men omfanget av omsorgsboliger kompenserer ikke for hele nedgangen i institusjonstilbudet.

Når det gjelder «de nye» omsorgstjenestene, brukerstyrt personlig assistent, støttekontakt og avlastning, skjer tildelingen som oftest til yngre brukere. I 2011 var det 2634 brukere under 67 år som hadde brukerstyrt personlig assistent. Dette er en økning på 928 brukere siden i 2005, året da mottakergruppen for ordningen ble utvidet (se kapittel 4). Til sammenligning var det kun 270 brukere over 67 år som mottok en slik tjeneste i 2011, og økningen fra 2005 var på kun 143 brukere. Tilsvarende mønster ser vi for brukere av støttekontakt: I alt 24 358 brukere av støttekontakt var under 67 år i 2011. Siden 2005 var det en økning på 4212 brukere. For de over 67 år var antallet brukere av støttekontakt 5095 i 2011. Når vi sammenligner med 2005, ser vi at det har funnet sted en økning på 1782 brukere.

I landsomfattende studier gir ansatte innen pleie og omsorg uttrykk for bekymring for dagens tjenestetilbud til eldre

I en landsomfattende studie av 4187 sykepleiere som jobber i eldreomsorgen i kommunene, gir et stort flertall av informantene uttrykk for at langtidsplasser i sykehjem (74 %), korttidsplasser i sykehjem (60 %) og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning (58 %) ikke er tilstrekkelig bygget ut i forhold til Eldres behov i den kommunen eller bydelen de bor i (Gautun & Hermansen 2011). En annen undersøkelse viser at et flertall av saksbehandlere i pleie og omsorg mener terskelen for å få sykehjems plass har blitt for høy (Gjevjon & Romøren 2010). Noe under halvparten av de undersøkte i studien til Gautun og Hermansen jobber i hjemmesykepleie, resten jobber i sykehjem (55 %). Ca. tre av ti av sykepleiere gir uttrykk for at hjemmetjenestene for eldre er for lite bygget ut. Et flertall gir uttrykk for at for lite personell, og tidspress, går utover kvaliteten på tjenestene som ytes eldre. 35 prosent svarer at Eldres behov for ernæring, hygiene, pleie og medisinske behov ikke ivaretas godt i tjenesten eller institusjonen de jobber i. Halvparten (53 %) svarer at Eldres behov for trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ikke ivaretas godt i tjenesten eller institusjonen de jobber i. En større andel ansatte i hjemmesykepleien svarer at Eldres behov dekkes dårlig av deres tjeneste, sammenlignet med sykepleiere som jobber i sykehjem.

I casestudien framkommer det at det er lettere å gi litt mer til yngre brukere når det må gjøres «tøffe» prioriteringer

Spørsmålet om det er veksten i yngreomsorgstilbudet som har ført til en innstramming i eldreomsorgstilbudet, var vanskelig å svare på for informantene. Det ble sagt at det også kunne være andre forhold, som for eksempel endringer i synet på hva som skal være det offentliges ansvar, som kan ligge bak reduksjonen i eldreomsorgstilbudet. Dessuten opplevde informantene det som vanskelig å svare på spørsmålet. De fleste av informantene var imidlertid opptatt av å påpeke at de klarte å gi et forsvarlig tilbud til eldre, og at kommunene heller kjørte budsjettene i minus dersom de opplevde at de var i ferd med ikke å klare det.

Informantene formidlet imidlertid at det er lettere å gi «litt mer» til de unge brukerne enn de eldre. En viktig grunn til dette, som mange informanter er inne på, er at de yngre – og deres pårørende – har lavere terskel for å be om tjenester. Mange yngre eller pårørende til yngre har en sterk bevissthet om de rettighetene de har, og aksepterer ikke uten videre at kommuneøkonomi skal være en grunn til å nekte dem tjenester som de etter loven kan framsette krav om. De eldre, formidler våre informanter, er nøysomme og beskjedne. De er takknemlige for det lille de får, og sjenerer seg for å be om mer. De har de samme rettighetene, men tar dem ikke i bruk på samme måte som mange av de yngre. Mens praktisk talt alle informanter som er inne på dette, beskriver at pårørende i yngreomsorgen er pågående og aktive, varierer beskrivelsen av pårørende til eldre: Noen nevner ikke pårørende som et tema i eldreomsorgen, andre påpeker at mange eldre har barn som er ressurssterke og står sterkt på for sine foreldre. Det kan likevel tenkes at de eldre brukernes egen beskjedenhet, som den beskrives av informantene, gjør at pågang fra pårørende får mindre gjennomslag: Brukeren er jo fornøyd! Et tredje poeng er at funksjonshemmede brukere har sterkere og aktive organisasjoner i ryggen, som også kan være aktive overfor kommunene.

En annen grunn til at det later til å være lettere å gi «litt mer» til de yngre, har å gjøre med formålet med tjenestene. Yngre brukere sies å ha livet foran seg, og at det kan være et mål å gjøre dem mer selvhjulpne over tid. Eldre brukere sies å ha livet bak seg, de skal ikke kvalifiseres videre. Dette ble sagt å være et argument for å gi en utviklingshemmet bruker timer til matlaging, mens eldre brukere får ferdigmat: Den unge brukeren kan kanskje kvalifiseres til å lage mat uten hjelp etter hvert, mens den eldre har mistet selvhjulpneheten og kommer ikke til å få den igjen. Dette kommer vi tilbake til nedenfor.

7.4 Hvorfor blir ikke drivkreftene for økt yngreomsorg også drivkrefter for økt eldreomsorg?

Et viktig formål med denne studien har vært å øke forståelsen for drivkreftene bak veksten i yngreomsorgen. Vi har vektlagt endrede ansvarsforhold, sterkere rettigheter (for alle grupper), endret relasjon mellom institusjonsomsorg og hjemmeomsorg, og teknologisk utvikling. I denne avsluttende diskusjonen er det også rimelig å reise spørsmålet om hvorfor drivkreftene bak veksten i yngreomsorgen ikke har fungert som drivkrefter i eldreomsorgen. Institusjonstilbudet til eldre over 80 har blitt redusert, og innsatsen i hjemmetjenestene for eldre over 80 år har også blitt redusert, samtidig som yngreomsorgen har økt de siste 20 årene. De kreftene som har drevet fram veksten i yngreomsorgen, har altså ikke i samme grad vært drivkraft for økt innsats i eldreomsorgen. Hva skyldes dette?

Eldreomsorgen oppfattes som å være ferdig/på plass

En grunn til at det ikke har funnet sted en tilsvarende vekst i innsatsen per eldre person i kommunene som det vi har sett for yngre brukere, kan være at eldreomsorgen har lange tradisjoner i kommunene. For de yngre har det vært snakk om å bygge opp tilbud, både som et resultat av ansvarsoverføring og som resultat av at flere yngre med behov fanges opp og gis et tilbud. Alderdom, og de svekkelsene som følger av denne, har «alltid» vært der, mens utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, personer med psykiske lidelser og rusmisbrukere er nye brukergrupper. Tilstander som angst, depresjon og rus ble også i mindre grad fanget opp tidligere. Mange av informantene snakket om at oppmerksomheten omkring tilstander som tidligere var ukjente, eller som ble oppfattet som «private» og kanskje skambelagte, har bidratt til økningen i yngreomsorgen. En grunn til at eldreomsorgen i mindre grad har økt, vil dermed være at denne allerede var relativt godt utbygd – iallfall i antall tjenestemottakere – ved inngangen til perioden.

Ulike systemer: refusjon for særskilt ressurskrevende brukere

I denne studien har vi gjennomgående argumentert for at det ikke er forskjeller på de formelle rettighetene til eldre og yngre brukere. Det er imidlertid ordninger som påvirker kommunenes disposisjoner som kan spille inn, som ikke er formulert som individuelle rettigheter. En slik faktor er refusjonsordningen for særlig krevende brukere (jf. Romøren 2012). Dette er et tilskudd som forvaltes av Helsedirektoratet, og som har til hensikt å sikre at særlig ressurskrevende brukere får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Innslagspunktet for tilskuddet var 935 000 kroner i 2011. Hvis kommunene hadde netto lønnsutgifter utover dette i

forbindelse med tjenester til en enkelt bruker, dekket staten 80 prosent av det overskytende. Ordningen gjelder imidlertid bare brukere under 67 år. Dermed blir romslige vedtak – vedtak som overstiger 935 000 kroner – svært mye mer kostnadskrevenne for kommunene når de gjøres for eldre brukere, enn når de gjøres for yngre. Dette kan være noe av grunnen til at eldre med svært store bistandsbehov i mindre grad enn yngre med tilsvarende funksjonsnivå får støtte til å bo hjemme.

Hvilke behov har brukerne?

Hjemmetjenestene i kommunene jobber ut fra prinsippet at brukerne skal få de tjenestene de trenger, og som de etter loven har krav på. Her er det imidlertid et betydelig rom for skjønn. For hva «trenger» brukeren egentlig? Behovene kan være relativt greie å definere når det gjelder helsestell, men hvilken standard skal man legge seg på når det gjelder personlig hygiene, renhold, matstell og sosial kontakt? Flere av informantene våre tar opp denne problematikken, ofte med konkrete eksempler. I to av kommunene gjaldt eksemplene hjelp til matlaging: Hvorfor fikk unge med utviklingshemming tildelt timer til hjelp til matlaging, mens eldre mennesker fikk ti minutter til oppvarming av ferdigmat? Er det bedre at et gammelt menneske spiser ferdigmat enn at en yngre person gjør det? Andre informanter ga uttrykk for at når det var hektisk, og man måtte prioritere – når det ikke var midler til å gjøre alt det fantes vedtak om – da kuttet man vask og rengjøring til eldre, «og den og den dagen måtte vi kutte dusj». Det later til å være en innarbeidet holdning i organisasjonene, selv om den ikke alltid er direkte uttalt, at yngres behov er viktigere enn de eldres. Unge mennesker har «behov» for å ha det rent rundt seg, de har «behov» for hyppigere hjelp til dusjing, de har «behov» for å kunne lage sin egen mat. Forståelsen av eldres «behov» later i større grad til å være knyttet til hvilken minstestandard for mat og hygiene man må holde for å være innenfor det ansvarlige.

Denne interne prioriteringen av de yngre framheves også i en relativt ny rapport fra Senter for omsorgsforskning i Tromsø (Hamran & Moe 2012). Rapporten er basert på fokusgruppeintervjuer med ansatte i kommunale omsorgstjenester, og dreier seg om praksis med tildeling av hjemmetjenester til eldre og yngre brukere. Studien tematiserer særlig forståelsen av sosiale behov, og påpeker at informantene deres uttrykte et tveetydig syn på eldre brukeres sosiale behov: På den ene siden mente de at de eldre ikke hadde særlig behov for å komme ut av egen bolig, men på den andre siden omtalte de de eldre som mye alene og ensomme (Hamran & Moe 2012:26). En informant i denne studien mente for eksempel at når eldre hadde dagsenter og enkelte kulturtilbud og besøk fra familien, «så etterspør ikke de så mye mer». «Eldre over 80 år har mindre overskudd til å gjøre ting i løpet av en dag, sånn at det er hvile ...,» sa denne informanten. Samtidig hevdet flere i denne studien at mange av de eldre brukerne var ensomme, og «godt hadde trengt litt mer sosial omgang med andre» (op.cit.: 26). Hamran og Moes

(2012) studie gir også eksempler på at kommunene raskere kutter i dusjing til eldre enn til yngre, og også i renhold av hus. En informant sier: «Standard som de eldre får tildelt – husvask for eksempel. Og da er det gjerne en og en halv time hver tredje uke. Mens vi har yngre brukere som vi på en måte ikke anser er noe dårligere i funksjon enn mange eldre, som har en time i uken, der vi stusser på hvorfor det er sånn liksom. Hvorfor er det mer akseptabelt at en eldre person vasser rundt i et skittent hus enn at en yngre gjør det?» (Hamran og Moe 2012:34.)

Vår studie er altså ikke den eneste som finner at kommunene implisitt forholder seg til andre standarder når de gir tjenester til yngre, enn når de gir til eldre. Begge studiene tyder også på at selv om informantene kan uttrykke indignasjon over dette, er forholdene likevel lite tematisert i organisasjonene. Dermed er det også vanskelig å få tak på tenkningen som ligger til grunn. Ambisjonsnivået for tjenestene – hva man mener å oppnå – later likevel til å være en viktig faktor. En av våre informanter sa målet med tjenestene til de eldre lå i «det daglige, et hyggelig liv nå», tilsvarende siterer Hamran og Moe (2012:26) en informant som sier at «de eldre trenger på en måte bare dagliglivets gjøremål». Innsatsen mot de eldre er rettet mot dagliglivet, mens man for yngre brukere har sterkere ambisjoner om å sette brukerne i stand til å klare seg bedre selv. Hamran og Moe (2012) gjør også et hovedpoeng ut av at man har en ambisjon om at yngre brukere skal ha et mest mulig normalt liv, som andre på samme alder. For de eldre forsvinner denne ambisjonen, eller man tenker at det normale livet for mennesker i denne alderen er et relativt passivt liv. Som Hamran og Moe (2012:28) skriver: «[...] informantene har en holdning om at eldre brukere av hjemmetjenesten har begrensede behov med hensyn til sosial kontakt. I dette ligger en stereotypi om at de eldre som får bistand, har andre behov enn andre. De relateres ikke til friske eldre som er aktive på mange arenaer.» På samme måte som i vår studie opplevde Hamran og Moe at når de introduserte spørsmål om forskjellsbehandling av eldre og yngre brukere, ble spørsmålet avvist. Når det i løpet av intervjuene kom opp en rekke forskjeller, ble disse begrunnet med ord som «naturlig» eller «livets gang» (Hamran & Moe 2012:63).

Bevissthet om rettigheter og pårørendes rolle

Innforståtte antakelser i hjelpeapparatet om hva brukere i ulike aldersgrupper har «behov» for, kan altså være en forklaring på at eldre brukere tildeles færre timer enn yngre, og sjelden tildeles tjenester som støttekontakt og brukerstyrt personlig assistent. En annen forklaring er bevisstheten om rettigheter og viljen til å stille krav – og/eller tilgangen til pårørende som stiller krav på brukerens vegne. Så å si alle informantene i denne studien pekte på at yngre er mer rettighetsbevisste, mens eldre er beskjedne, ydmyke, og glade hvis de får noe overhodet. Dette kom også klart fram i Hamran og Moes fokusgruppeintervjuer (Hamran & Moe 2012:22ff).

Et interessant funn i vår undersøkelse er at informantene i utgangspunktet avviser at de gir etter for press fra brukere og pårørende. De har etablert rutiner for å håndtere krav som går utover vedtak, og for å sikre likebehandling i vedtakene. Flere av kommunene forteller om saker der presset har vært til dels svært stort, og familiene har brakt inn advokat så vel som riksdekkende medier, men der kommunens administrasjon har opptrådt prinsipielt. Likevel, når vi tar opp at yngre brukere ofte behandles mer generøst enn eldre – og mange av informantene deler inntrykket av at yngre faktisk får mer – så kommer forventninger, krav og press opp som en sentral forklaringsfaktor.

En mulig forklaring på denne tilsynelatende motstridende situasjonen kan være at det å synliggjøre behov, og argumentere for at behovet faktisk er viktig, har en funksjon i den fasen der situasjonen skal avklares og vedtaket fattes. Eldre er mer beskjedne, og som en informant sier, en mor til et funksjonshemmet barn kjemper mer for å få tjenester enn en datter til en eldre. Dette sies imidlertid ikke å gjelde alle eldre. Det er også eldre som har pårørende som passer på at hun eller han får nok og gode tjenester.

Flere av informantene framstiller pårørende til yngre brukere som krevende. Flere stiller spørsmål ved om forventningene til hva kommunen faktisk skal tilby, er realistiske. Selv om kommunene har rutiner for å «motstå press», kan det likevel hende at pågåenhet belønnes, og at man gir noen ekstra timer for å imøtekomme pågående pårørende. Det er kanskje slike prosesser en av informantene viser til med utsagnet «jeg skulle ønske vi var enda sterkere» (se kap. 5).

Fylkesmannens rolle i denne sammenhengen er interessant. I en av casekommunene beskrev informantene Fylkesmannen som en ekstra trygghet, og viste til hvordan de gjerne oversendte saker til Fylkesmannen for å få en tilbakemelding på om de tilbød tjenester på et akseptabelt nivå. I en annen kommune fortalte informantene om flere eksempler på åpne konflikter mellom Fylkesmannen og kommunen, og brukte til dels sterke ord for å beskrive det som ble opplevd som en prinsippløs holdning fra embetets side. Informantene her uttrykte også at ansatte hos Fylkesmannen var mer lydhøre for krav fra unge brukere og deres pårørende enn de var for klager som gjaldt eldre. Vi vet ikke hvor representative opplevelsene i våre fem casekommuner er, men fylkesmanns-embetenes rolle i prioriteringsutfordringene når det gjelder eldre og yngre brukere later til å være verdt en nærmere studie.

Arbeidslinja i omsorgstjenestene?

«Arbeidslinja» har vært et førende prinsipp i norsk velferdspolitikken gjennom snart to tiår (referanse...). Prinsippet innebærer at flest mulig skal forsørge seg selv gjennom eget arbeid, og at både kontantstønader og tjenester skal innrettes slik at de bygger opp under yrkesaktivitet. Kan «arbeidslinje-tankegangen» bidra til også å forklare at yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester får mer enn eldre brukere?

Noen av informantene i denne studien er inne på en slik tankegang. «Det brukes nok mer ressurser på de yngre, på grunn av aktivisering og skolegang,» sier en informant, og legger til at «de eldre skal ikke kvalifiseres videre». En annen informant sier at «i et forebyggende perspektiv, i et folkehelseperspektiv, kan ikke [ressursfordelingen] se annerledes ut». Yngre brukere, iallfall de som sliter med psykiske lidelser eller rusmisbruk, kan over tid forbedre situasjonen sin. For en del av dem vil det være et mål på sikt at de skal leve et liv som er normalt for personer på deres alder, uten behov for tjenester fra kommunen. Disse yngre brukerne skal læres opp til å håndtere vanlige hverdagsliv, hjelpes til å bo for seg selv og kvalifiseres til arbeid. Slik kvalifisering krever store ressurser. For de eldre, derimot, er målet «et hyggelig liv her og nå».

Ulike fagtradisjoner

I en studie fra 2010 spør Ivar Brevik om det er etablert forskjellige omsorgsregimer for eldre og yngre brukere (Brevik 2010). Han knytter ulikhet i «omsorgsregime» blant annet til ulike fagtradisjoner, der tilbudet til yngre brukere bygger på prinsippene og standardene som ble innført med reformen for personer med utviklingshemming. Spørsmålet tas opp i en rapport av Romøren (2012), som påpeker at vernepleiere arbeider etter andre normer og målsettinger enn sykepleiere. Dermed åpner han for at ulike fagtradisjoner, ulike fagkulturer, kan forklare deler av de forskjellene som synes. Dette antydes også av en informant i vår undersøkelse, da hun kontrasterte en utviklingshemmet ungdom som hadde fått timer til matlaging, og en eldre kvinne som kun fikk ferdigmat, og ble spurt om hvorfor denne forskjellen oppsto: «Kulturforskjeller henger igjen fra da det var omsorg for psykisk utviklingshemmede og eldreomsorg.» I omsorgen for utviklingshemmede er det en sterkere vektlegging av samvær, trening og mestring av dagliglivet enn det som er tradisjon innenfor eldreomsorgen. Denne informanten lot til å støtte Romørens (2012:13) poeng, at ulike fagtradisjoner kan være en del av forklaringen.

7.5 utfordringer framover

På litt lengre sikt står kommunene overfor store økonomiske utfordringer, og også utfordringer når det gjelder bemanningssituasjonen knyttet til demografiske endringer. Det har i flere år blitt uttrykt en bekymring, både av forskere og myndighetene, for at økningen i antall eldre over 80 vil føre til et sterkt press på pleie- og omsorgstjenestene i 2020. Undersøkelser som er gjennomført i den senere tid, viser imidlertid at vi er inne i en utvikling med forbedret helsetilstand også i aldersgruppen over 80 (Hansen 2012). Det store presset på tjenestene som følge av demografisk endring kan derfor tenkes å

først komme på 2030-tallet. Det er imidlertid andre utviklingstrekk som allerede i dag fører til at etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester øker, og som innebærer at kommunene står overfor store prioriteringsutfordringer også i nær framtid. Stadig flere, både eldre og yngre, lever lenger med kroniske sykdommer. Bedre behandlingsmetoder fører til at flere overlever sykdommer, men disse vil i mange år være avhengige av å få bistand fra helse- og omsorgstjenestene. Vi er også inne i en utvikling med stadig flere kompliserte og sammensatte diagnoser som følge av økt alder, som vil kreve større kompetanse for å håndteres. Over 40 prosent av 95-åringene har for eksempel i dag demens (OECD 2010). Bedre behandlingsmetoder og forlenget levealder vil altså kunne føre til at tjenesteapparatet må yte tjenester til brukere over stadig lengre perioder.

Selv om eldre lever lenger, uten store funksjonstap fram til de er svært gamle, vil mange kunne få behov for noe helse- og omsorgstjenester i flere år. Samtidig vokser antallet brukere under 67 år. Vi har siden begynnelsen av 1990-tallet sett en sterk tilvekst av utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, pasienter som skrives ut fra sykehus, og etter hvert også rus og psykiatri.

Informanter både i denne studien og i andre undersøkelser som er gjennomført i kommunene de siste to årene, gir uttrykk for at det de siste fem årene først og fremst har vært en sterk tilvekst av brukere med psykiske lidelser, rusmisbrukere, dobbeltdiagnoser og ferdigbehandlede pasienter i sykehus med store helse- og omsorgsbehov (Gautun 2012; Gautun & Grønningsæter 2012; Hansen & Grødem 2012). Informantene i vår studie, og også i de andre undersøkelsene, gir uttrykk for at dette er brukergrupper som de ser vil øke i antall framover. Samhandlingsreformen oppfattes som å forsterke utviklingen med at kommunene må ta imot et økende antall tunge brukere som krever store personellressurser, og som må ivaretas av helsepersonell med høy helsefaglig kompetanse. I casestudien forteller noen av informantene at det har vært en økning de siste to årene i pasienter, som sykehuset på grunn av bedre behandlingsmetoder klarer å redde livet til, med store kroniske skader. Enkelte av informantene reiste et etisk og ressursmessig spørsmål når det gjelder hvor det er riktig å sette grensen for der man redder liv. I det lå både en bekymring for hvilket liv den enkelte ble valgt reddet til, og at disse pasientene var svært ressurskrevende for kommunene, noe som også kan gå utover tjenestetilbudet til andre brukere.

En undervurdert utfordring for kommunene framover kan se ut til å være at antallet yngre brukere med psykiske lidelser og rusmisbruksproblemer øker. Forskere, både i Sverige, Danmark og Norge, gir uttrykk for at disse brukerne ikke får et godt nok bo- og tjenestetilbud i dag. Olsen (2012) forteller at det har vært en enighet blant forskere, politikere og kommunene i Danmark de siste årene om at tjenestene til disse brukerne bør bygges kraftig opp. Det har imidlertid ikke vært mulig å få til på grunn av en vanskelig økonomisk situasjon. Norge er i en annen økonomisk situasjon enn Danmark, men også her utgjør økningen i disse brukergruppene en utfordring for kommunene. I casestudien gis det uttrykk for at dette både er en ressursutfordring,

og at kommunene opplever det som vanskelig å få til å yte tjenester som dekker disse brukernes behov. Informanter, både i denne studien og andre undersøkelser, gir uttrykk for at de opplever det som komplisert å få god oversikt over, planlegge og tilby gode tilbud til brukere med psykiske lidelser og rusmisbrukere (Gautun 2012; Gautun & Grønningsæter 2012). Enkelte sier at det kun er annenlinjetjenesten som har forutsetning for å yte tjenester til de tyngste brukerne. Økningen i antallet yngre brukere, men også en vekst i en-til-en-bemanning for disse vil være kostnadsdrivende for kommunene. Det har funnet sted en vekst i BPA til yngre funksjonshemmede. Økt kjennskap til og bevissthet om rett til tjenester vil kunne føre til at stadig flere etterspør BPA. Vi er også inne i en utvikling med «profesjonalisering» av assistentene. Det stilles stadig større krav til opplæring, noe som kan være et gode både for assistenten og brukeren, men som vil være kostnadsdrivende for kommunen.

Flere utviklingstrekk fører altså til at kommunene står overfor store utfordringer i årene som kommer. Allerede i dag gir ansatte i kommunene uttrykk for at de økonomiske rammene er stramme. Så langt ser det ut som at når kommunene har vært nødt til å prioritere ned tjenester, så har det blitt kuttet noe ned på eldreomsorgstilbudet. Kommunene har også latt være å tilby eldre nye tjenester som BPA og assistenter, som skal bidra til et mer aktivt og «normalt» liv. Det kan se ut som at eldre brukere ikke har nytt godt av utviklingen med lovfesting av brukerrettigheter på samme måte som yngre brukere. Et viktig spørsmål er hva som vil skje videre med eldreomsorgen dersom det blir et større gap mellom ressurser og oppgaver som skal utføres. En mulig utvikling kan være den samme som har funnet sted i nabolandet Sverige. Økonomiske nedgangstider har ført til en reduksjon i de offentlige eldreomsorgstjenestene fra 1980 fram til 2008 (Szebehely & Ullmanen 2009). Det har imidlertid funnet sted en motsatt utvikling i tjenestetilbudet til funksjonshemmede. Til tross for at Sverige var i en alvorlig lavkonkunktur, ble det gitt to særlover for personer med funksjonshemninger i 1994 (Lag (1993:387 om stöd och service til vissa funktionshindrade (LSS) og Lag om assistentersättning (LASS)). De to rettighetslovene har bidratt til en vekst i omfanget av tjenestene til yngre brukere.

Ifølge Szebehely og Ullmanen 2009 har reduksjonen i de offentlige eldreomsorgstjenestene både ført til at familien yter mer omsorg til eldre, og til en vekst i private kommersielle tjenester. Det er først og fremst døtre som har fått økt sine omsorgsoppgaver. De to forskerne finner at familieomsorgen for eldre med lav utdanning og lav inntekt har økt. Eldre med høy utdanning og inntekt har møtt kuttene i de offentlige tjenestene med å kjøpe private tjenester. Det konkluderes med at reduksjonen i de offentlige eldreomsorgstjenestene har ført til en utvikling med økte kjønns- og klasseforskjeller i familie-omsorgsgivningen.

7.6 Avslutning

Denne studien har gitt et bilde av utviklingen i eldre- og yngreomsorgen i norske kommuner. Vi har sett at antallet yngre brukere har økt betraktelig, og at tilbudet til disse gruppene er bygget opp i kommunene. Eldreomsorgen har ikke hatt en tilsvarende vekst, tvert imot har det skjedd en liten nedgang i andelen eldre over 80 som mottar tjenester. Ulikhet i rettigheter til tjenester i seg selv forklarer ikke denne utviklingen, siden vi har sett at rettighetene er ganske universelt formulert. Derimot legger lover og forskrifter stor vekt på at tjenester skal følge behov. Forståelsen av «behov» blir dermed et nøkkelpunkt.

Vi har sett, særlig gjennom casestudien, at forståelsen av «behov» varierer med hvilke del av livsløpet brukeren er i. En grunnleggende tankegang er at brukerne skal settes i stand til å leve liv som er mest mulig likt livet til andre i samme livsfase. Dermed blir det sentralt å diskutere hva som skal betraktes som «et normalt liv» for mennesker på 15, 45, 75 eller 90 år. Særlig for de eldste brukerne kan det problematiseres at «det normale» later til å være et relativt passivt liv, der man i stor grad er avhengig av hjelp fra andre. Det kan være behov for en bredere debatt om hva mennesker i ulike aldersgrupper, med ulike tjenestebehov, kan forvente av offentlig innsats, og hva som skal være siktemålet med tjenestene.

Litteratur

- Bogen, H. (2011). *Privat drift av omsorgstjenester. Gjennomgang av nyere forskning*. Fafo-notat 2011:22. Oslo: Fafo.
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn bare eldreomsorg. Utvikling, status og yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*. NIBR rapport 2010:2. Oslo: Norsk Institutt for by og regionforskning.
- Bækgaard, M. (2011). *Frit valg i aldrepjejen*. Århus: KREVI - Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut.
- Daatland, S. O. (2005). *Med nordiske briller – Nordiske studier av eldreomsorg*. I M. Szebehely (red.), *Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt* (s. 53–72). TemaNord 2005:508. København: Nordisk Ministerråd.
- Edelbalk, P. & Svenson, M. (2005). *Kundval for eldre og funksjonshindrade i Norden- Konsumentperspektiv*. TemaNord 2005:507. København: Nordisk Ministerråd.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Forskningsrådet (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Fafo-rapport 2012:05. Oslo: Fafo.
- Gautun, H. & Grønningsæter, A. B. (2012). *Bolig og helse. Samhandlingsreformens betydning for boligpolitikken*. Fafo-rapport 2012:03. Oslo: Fafo.
- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 2011:12. Oslo: Fafo.
- Gautun H., Kjerstad, E. & Kristiansen, F. (2002). *Mellom to senger? Eldre sykebuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF-rapport 57/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.

- Gabrielsen, B. (2011). Flere med brukerstyrt personlig assistent. *Samfunnsspeilet*, 2, 18–22.
- Gjevjon, E. R., Romøren, T. I. (2010). *Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene?* Rapport. Senter for omsorgsforskning Østlandet.
- Grant Thornton (2010). *Hur mår den privata vård – och omsorgsmarknaden i Sverige?*
- Gustavsson, A., Tøssebro, J. & Traustaddottir, R. (2005) Introduction : Approaches and perspectives in Nordic disability research. I A. Gustavsson, J. Sandvin, R. Traustaddottir & J. Tøssebro (red.), *Resistance, Reflection and Change. Nordic Disability Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Hamran, T. & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interasjonsteoretisk perspektiv*. Senter for omsorgsforskning, Nord-Norge/Institutt for helse-og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø.
- Hanssen, E. B. (2012). Ældre er blevet mer uafhængige af hjælp. *Danske Ældreråd. Nyhedsbrev*, 2012(3), 2–3.
- Hansen, I. L. S. & Grødem, A. S. (2012). *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene*. Fafo-rapport nr. 2012:48. Oslo: Fafo.
- Hansen, J. I. (2005). Kommunal sosialpolitikk. I M. A. Stamsø (red.), *Velferdsstaten i endring. Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, T. (2000). Kommunal autonomi – hvor stort er spillerommet? I H. Baldersheim & L. E. Rose (red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hatland, A. (2012). Rettsliggjøring av velferdspolitikken. I A. Hatland (red.), *Veivalg i velferdspolitikken*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Faktaark. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, tilgjengelig på <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/FAKTA%20opptrappingsplanen.pdf> (lastet ned 16.10.2012).
- Helsedirektoratet (2011). *Brukerstyrt personlig assistanse – utredning av kriterier for en rettighetsfesting*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). *Opptrappingsplanen for rusfeltet – resultat og virkemidler*. Oslo: Helsedirektoratet, IS-1999.

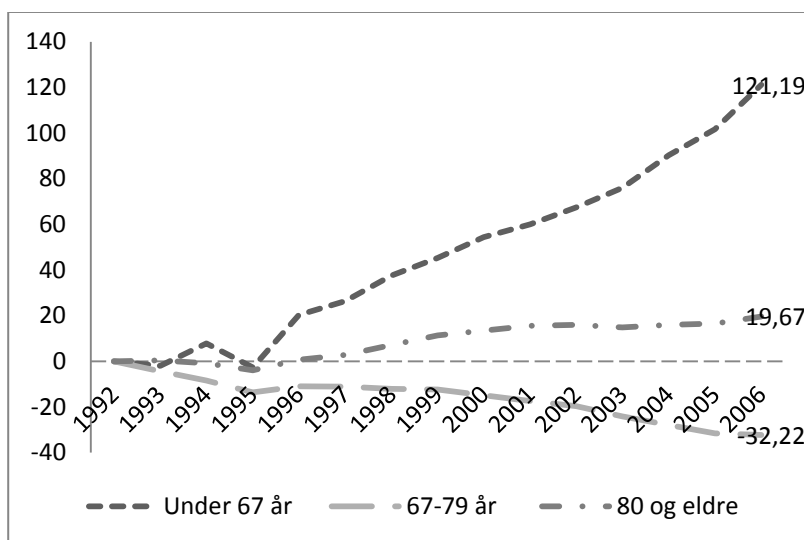
- Hermansen, Å. (2011). *Pleie- og omsorgssektoren i de nordiske land*. Fafo- notat 2011:12. Oslo: Fafo.
- Husbanken (1990). *Boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming*. Rundskriv HB 1212.
- Husbanken (2009). *Rom for trygghet og omsorg. Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem*. HB 8.F.7.
- Innst. 54S (2011-2012). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borghild Tenden om å nedsette et offentlig utvalg som skal følge opp Ansvarsreformen for å bedre livssituasjonen til psykisk utviklingshemmede*. Oslo: Stortinget.
- Kittelsaa, A. & Tøssebro, J. (2011). *Store bofellesskap for personer med utviklingshemming. Noen konsekvenser*. Rapport. Trondheim: NTNU samfunnsforskning AS.
- Kjønstad, A. & Syse, A. (2012). *Velferdsrett II*. Oslo: Gyldendal.
- KS (2011). *Hovedrapport ASSS-Nettverket 2011. Rapporteringsåret 2010*. Oslo: KS.
- NOU 1991: 20. *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming*.
- NOU 1992: 1. *Trygghet – verdighet – omsorg* (Gjærevold-utvalget).
- NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger*.
- NOU 2003: 19. *Makt og demokrati*.
- NOU 2011: 17. *Når sant skal sies om pårørendeomsorg*.
- Ot.prp. nr. 49 (1987-1988). *Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede*.
- Petersen, J. H. (2008). *Hjemmehjelpens historie. Ideer, holdninger, handlinger*. Sydansk Universitetsforlag.
- Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.
- Romøren, T. I. (2007). *Kommunale hjemmetjenester– fra eldreomsorg til «yngreomsorg»? Aldring og livsløp, 1, 2–10*.
- Rostgaard, T. (2007). *Begreper om kvalitet i eldrepleien. Temaer, roller og relasjoner*. København: Socialforskningsinstituttet.

- Rostgaard, T. & Bengtsson, S. (2011). *Handicap og alderdom – en sosialpolitisk modsetning*. Prosjektskisse til Velux-fondet.
- Rundskriv I-27/97, H - 24/97 B. Omsorgsbolig – en veileder. Oslo: Sosial- og helse-departementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- Sandvin, J. T. (2011). Er premissene og rammevilkårene i dag forskjellige sammenlignet med for 20 år siden? *Tidsskriftet Rapport*, 4, 38–45.
- Skretting, A. (2011). Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere – noen utviklings-trekk. I A. Skretting & E. E. Storvoll (red.), *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. Rapport nr. 3. Oslo: Sirus.
- Socialstyrelsen (2012). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och social-tjänst – lägesrapport 2012*.
- Sosial- og helsedepartementet (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgshelsetjenestene for tjenesteyting etter kom-munehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*.
- Statens helsetilsyn (2008). *Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv!* Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven. Rapport nr. 4/2008. Oslo: Statens helsetilsyn.
- St.meld. nr. 67 (1986-87). *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede*.
- St.meld. nr. 47 (1989-90). *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*.
- St.meld. nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- St.meld. nr. 28 (1999-2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000*.
- St.meld. nr. 31 (2001-2002). *Avslutning av handlingplan for eldreomsorgen «Fra hus til hender»*.
- St.meld. nr. 40 (2002-2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

- St.meld. nr. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig ruspolitikk. Alkohol – narkotika – doping.*
- St.prp. nr. 63 (1997-1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse.*
- Svensson, M. & Edelbalk, P. G. (2010). *Kundval i äldreomsorgen.* Starks.
- Szebehely, M. (2005). Äldreomsorger i Norden – verksamhet, forskning og statistikk. I M. Szebehely (red.), *Äldreomsorgsforskning i Norden – En kunskapsöversikt.* TemaNord 2005:508. København: Nordisk Ministerråd.
- Szebehely, M. (2011). Insatser for eldre och funktionshindrade i privat regi. I L. Hartman (red.), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* (s. 215–257). SNS Forlag.
- Szebehely, M. & Trydegård, G. B. (2007). Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 14(2–3), 197–219.
- Szebehely, M. & Ulmanen, P. , (2009). *Att ge omsorg til gamla föräldrar och andra anhöriga: Påverkar det relationen til arbeidsmarknaden?* Rapport til Socialdepartementet 4 dec 2009.
- Søderstrøm, S. & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede.* Rapport. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Tøssebro, J. (1996). *En bedre hverdag.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Tøssebro, J. & Lundeby, H. (2002). *Statlig reform og kommunal hverdag. Utviklingshemmetes levekår 10 år etter reformen.* Trondheim, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU.
- Warberg, L. (2011). *Norsk helserett.* Oslo: Universitetsforlaget.

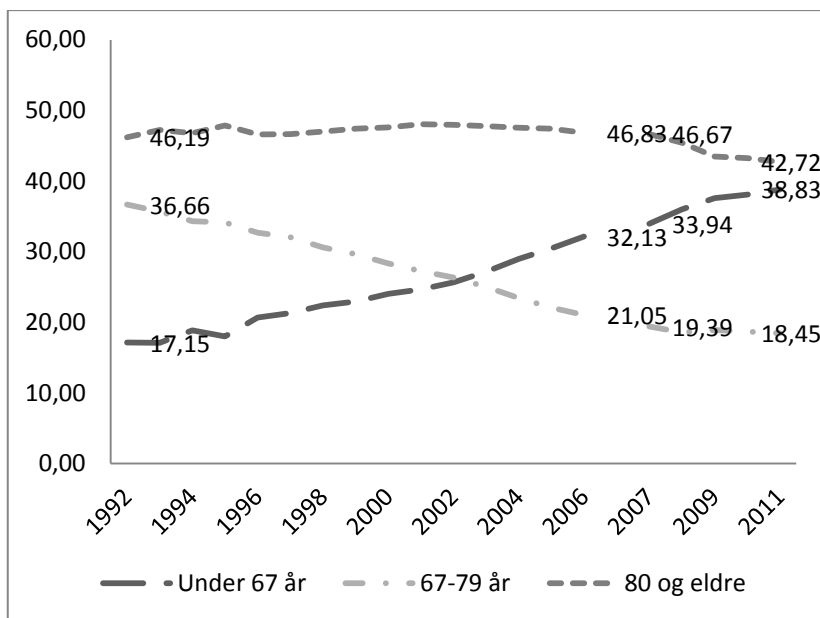
Appendix A

Figur 1 Utvikling i antall mottakere av hjemmetjenester sammenlignet med nivået i 1992



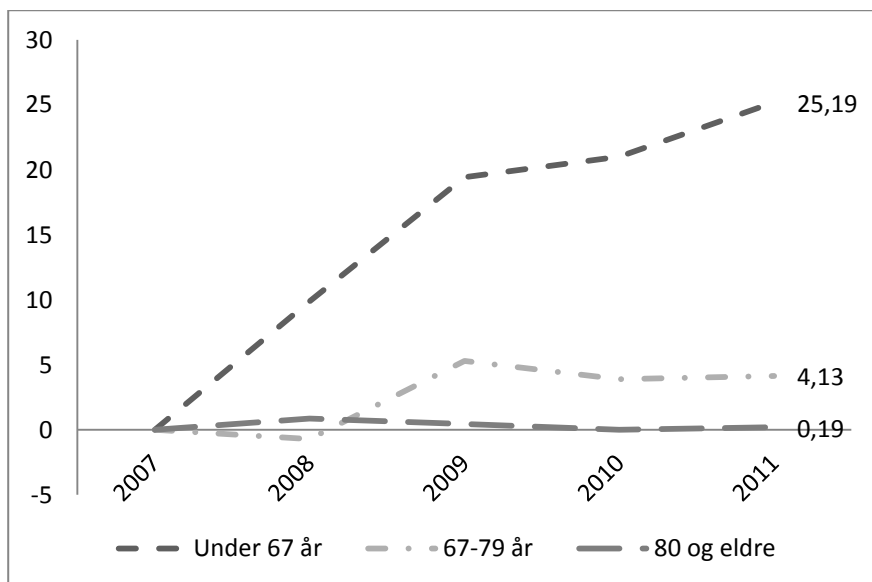
Kilde: SSB (2012)

Figur 2 Andel mottakere av hjemmetjenester etter alder 1992 - 2011



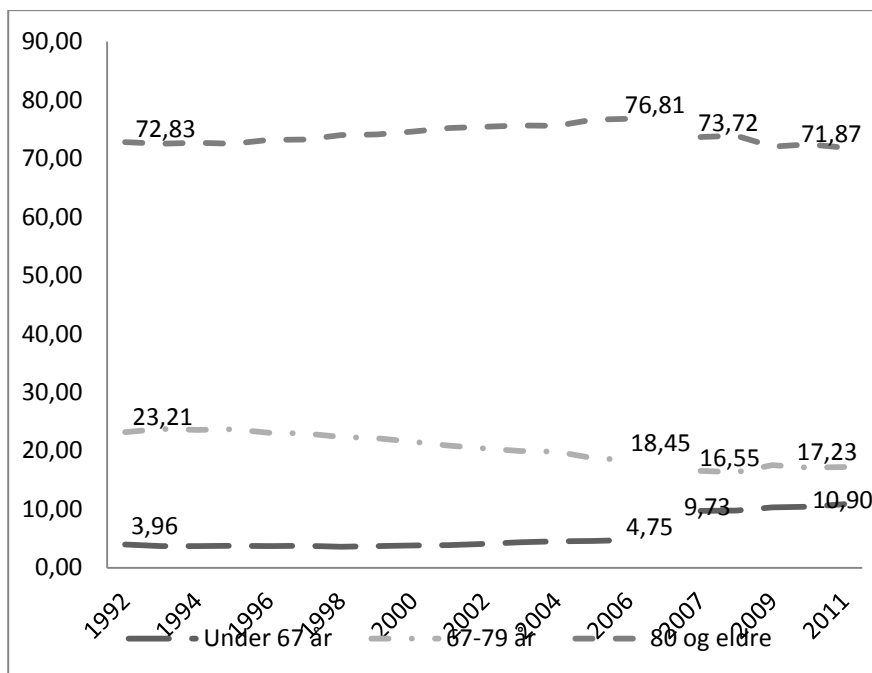
Kilde: SSB (2012)

Figur 3 Utvikling i antall mottakere av hjemmetjenester sammenlignet med nivået i 2007



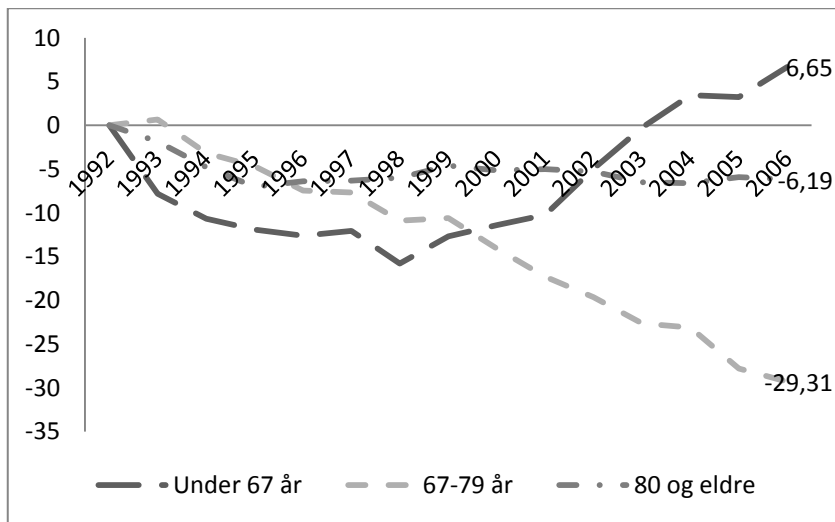
Kilde: SSB (2012)

Figur 4 Andel beboere på institusjon etter alder 1992 - 2011



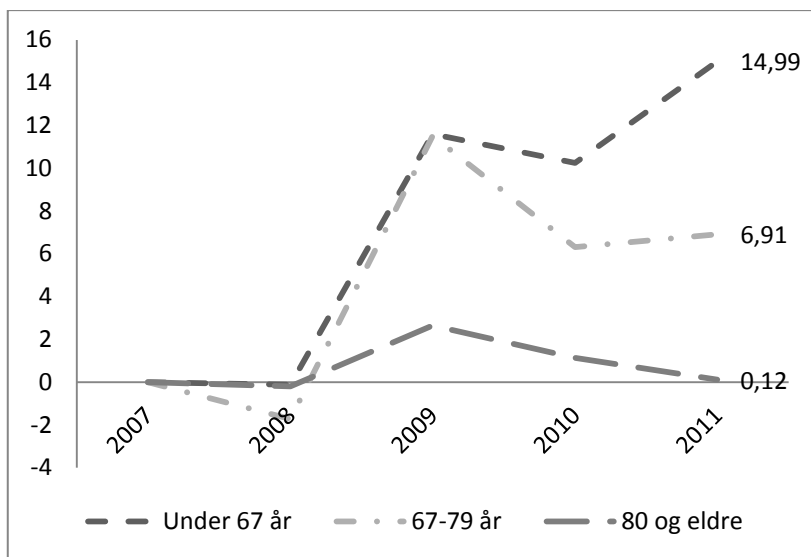
Kilde: SSB (2012)

Figur 5 Utvikling i antall beboere på institusjon sammenlignet med nivået i 1992



Kilde: SSB (2012)

Figur 6 Utvikling i antall beboere på institusjon fra 2007 - nivå



Kilde: SSB (2012)

Avhengige variabler

De avhengige variablene i analysene er dekningsgraden av institusjonsplasser og av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2010 og 2011. Dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (x_1) er operasjonalisert ved å benytte følgende formel for å beregne verdi for hver enkelt kommune:

$$\left(x_1 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall beboere på institusjon 80 år og eldre (2010/2011), n = antall innbyggere 80 år og eldre (2010/2011))

Dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre (x_2) er operasjonalisert ved å benytte følgende formel for å beregne verdi for hver enkelt kommune:

$$\left(x_2 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre (2010/2011), n = antall innbyggere 80 år og eldre (2010/2011))

Uavhengige variabler

Dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år (x_3) er operasjonalisert ved å benytte følgende formel for å beregne verdi for hver enkelt kommune:

$$\left(x_3 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år (2008), n = antall innbyggere under 67 år (2008))

Videre inkluderes variabelen andel somatiske pasienter under 80 år (x_4) i analysene. En stor andel av yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester er utskrevne pasienter fra somatiske sykehus (Romøren 2007). For å kunne undersøke mer hvilken betydning denne gruppen har for tjenestetilbudet til innbyggere 80 år og eldre inkluderes variabelen i analysene. Variabelen er operasjonalisert ved å benytte følgende formel for å beregne verdi for hver enkelt kommune:

$$\left(x_4 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = Antall pasienter under 80 år (2009), n = antall innbyggere under 80 år (2009))

For å kontrollere for demografiske og geografiske forhold, inkluderes andel innbyggere 80 år og eldre (x_5), andel en-personhusholdninger (x_6) og andel innbyggere som bor spredt i analysene (x_7). Det virker rimelig å anta at omsorgsbehovet vil være særlig høyt blant innbyggere 80 år og eldre, og andelen innbyggere denne gruppen utgjør kan dermed fungere som en indikator på behovet for pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner (Hermansen 2009). Variabelen er operasjonalisert ved å benytte følgende formel for å beregne verdi for hver enkelt kommune:

$$\left(x_5 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall innbyggere 80 år og eldre (2008), n = antall innbyggere totalt (2008))

Når det gjelder andel en-personhusholdninger vil trolig behovet for pleie- og omsorgstjenester være høyere i kommuner hvor mange bor alene, i og med at det ikke er andre voksne i husholdet som kan yte bistand dersom det skulle være behov for det. Andel en-personhusholdninger har trolig betydning for behovet for pleie- og omsorgstjenester blant yngre personer som utskrives fra somatiske sykehus. Videre virker det rimelig å anta at en større andel eldre som bor alene i kommunen også fører til økt be-

hov for pleie- og omsorgstjenester i denne gruppen. For å kontrollere for betydningen av en-personhusholdninger, inkluderes variabelen i analysen.

Variabelen er operasjonalisert ved å benytte følgende formel for å beregne verdi for hver enkelt kommune:

$$\left(x_6 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall en-personhusholdninger (2008), n = antall husholdninger totalt (2008))

Når det gjelder andelen av befolkningen som bor spredt, virker det rimelig å anta at en spredt bosetning vil kunne være en kostnadsulemp. Spesielt innenfor den hjemmebaserte omsorgen vil lange reiseavstander, som et resultat av spredt bosetning, kunne innebære større utgifter enn der befolkningen er konsentrert til tettsteder. For å kunne kontrollere for dette, inkluderes variabelen i analysen. Innbyggere som bor spredt, innbefatter de som etter SSBs tettstedsdefinisjon ikke bor i tettsted. Tettsted defineres som en samling hus hvor det må bo minst 200 personer. Normalt skal avstanden mellom husene ikke overstige 50 meter (SSB 2011b).

Variabelen er operasjonalisert ved å benytte følgende formel for å beregne verdi for hver enkelt kommune:

$$\left(x_7 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall innbyggere som bor spredt (2008), n = antall innbyggere totalt (2008))

Brukergrunnlaget legger viktige rammer for utformingen av tjenestetilbudet innen pleie- og omsorgssektoren i den enkelte kommune. For å kontrollere for ulikheter i brukergrunnlaget, inkluderes andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med noe/avgrenset bistandsbehov (x_8) og andel mottakere med omfattende bistandsbehov (x_9). De to variablene er

operasjonalisert ved følgende formler for å beregne verdier for hver enkelt kommune:

$$\left(x_8 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester med noe/avgrenset bistandsbehov (2008), n = antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester totalt (2008))

$$\left(x_9 = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov (2008), n = antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester totalt (2008))

$$\left(x_{10} = \frac{f}{n}\right)$$

(f = antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre (2008), n = antall innbyggere 80 år og eldre (2008))

Når det gjelder omfanget av de hjemmebaserte tjenestene, er gjennomsnittlig antall tildelte timer med hjemmesykepleie i uken og gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand i uken sentrale mål. For å kontrollere for omfanget av de hjemmebaserte tjenestene, inkluderes gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre) (x_{10}) og gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre) (x_{11}) i analysene. De to variablene er operasjonalisert som dikotomier:

$$x_{10} = \begin{cases} 1, & 5 \geq f \\ 0, & 5 < f \end{cases}$$

(f = gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (2008))

$$x_{11} = \begin{cases} 1, & 5 \geq f \\ 0, & 5 < f \end{cases}$$

(f = gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie i uken (2008))

Pleie- og omsorgstjenester er tjenester med høy inntektselastisitet. Høye inntekter vil dermed slå relativt sterkt ut i et større tilbud, mens lave inntekter vil slå tilsvarende sterkt ut i et mindre tilbud. For å kontrollere for betydningen av det økonomiske handlingsrommet, inkluderes frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) i 2008 (x_{12}) i analysene. Variabelen er operasjonalisert ved å benytte følgende formel for å beregne verdi for hver enkelt kommune:

$$\left(x_{12} = \frac{f}{n}\right)$$

(f = frie inntekter i 1000 kroner (2008), n = antall innbyggere totalt (2008))

Når de kommunale inntektene stort sett er gitt i form av frie inntekter, blir hovedoppgaven til de lokale beslutningstakerne å prioritere innenfor de gitte rammene. Pleie og omsorg utgjør sammen med grunnskolen store og kostnadskrevende deler av den kommunale virksomheten. For å kontrollere for betydningen av lokale prioriteringer, tas derfor andel nettoutgifter til pleie og omsorg (x_{13}) og andel nettoutgifter til grunnskole (x_{14}) med i analysene. Det er beregnet en verdi for hver enkelt kommune på de variablene ved å benytte følgende formler:

$$\left(x_{13} = \frac{f}{n}\right)$$

(f = nettoutgifter til pleie og omsorg (2008), n = nettoutgifter totalt (2008))

$$\left(x_{14} = \frac{f}{n}\right)$$

(f = nettoutgifter til grunnskole (2008), n = netto utgifter totalt (2008))

Den estimerte dekningsgraden for institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (Y) beregnes ved å sette regresjonskoeffisientene fra analysen (jamfør tabell 3.3) inn i følgende formel:

$$\begin{aligned} Y &= ((0,109 + (-0,893 \\ &\quad * \text{dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år}) \\ &\quad + (0,0127 * \bar{X}_4) + (-0,216 * \bar{X}_5) + (-0,0912 * \bar{X}_6) + (0,0227 * \bar{X}_7) + \\ &\quad \quad \quad (-0,00866 * \bar{X}_8) + \\ &\quad (-0,0446 * \bar{X}_9) + (0,00106 * 1_{10}) + (0,0294 * 1_{11}) + (0,00348 * \bar{X}_{12}) + \\ &\quad \quad \quad (-0,0177 * \bar{X}_{13}) + (-0,116 * \bar{X}_{14})) \end{aligned}$$

I beregningen av den estimerte dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (Y) holdes følgende variabler konstante ved å multiplisere gjennomsnittsverdien (\bar{X}) for hver variabel med regresjonskoeffisienten for de respektive variablene: andel somatiske pasienter un-

der 80 år (x_4), andel innbyggere 80 år og eldre (x_5), andel enpersonhusholdninger (x_6), andel innbyggere som bor spredt (x_7), andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med noe/avgrenset bistandsbehov (x_8), andel mottakere med omfattende bistandsbehov (x_9), frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) i 2008 (x_{12}), andel nettoutgifter til pleie og omsorg (x_{13}) og andel nettoutgifter til grunnskole (x_{14}). Videre er gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre) (x_{10}) og gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre) (x_{11}) holdt konstant ved å multiplisere regresjonskoeffisienten for disse variablene med 1.

Den estimerte dekningsgraden for hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre (Y) beregnes ved å sette regresjonskoeffisientene fra analysen (jmfør tabell 3.4) inn i følgende formel:

$$\begin{aligned}
 Y &= ((0,260 + (0,960 \\
 &\quad * \textit{dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere under 67 år} \\
 &+ (0,198 * \overline{X_4}) + (0,249 * \overline{X_5}) + (-0,0776 * \overline{X_6}) + (0,0253 * \overline{X_7}) + (0,0299 * \\
 &\quad \overline{X_8}) + \\
 &(-0,0487 * \overline{X_9}) + (0,0144 * \overline{1_{10}}) + (-0,0257 * \overline{1_{11}}) + (-0,0000021 * \overline{X_{12}}) + \\
 &\quad (0,103 * \overline{X_{13}}) + (-0,0409 * \overline{X_{14}}))
 \end{aligned}$$

I beregningen av den estimerte dekningsgraden av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre (Y) holdes følgende variabler konstante ved å multiplisere gjennomsnittsverdien (\overline{X}) for hver variabel med regresjonskoeffisienten for de respektive variablene: andel somatiske pasienter under 80 år (x_4), andel innbyggere 80 år og eldre (x_5), andel enpersonhusholdninger (x_6), andel innbyggere som bor spredt (x_7), andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med noe/avgrenset bistandsbehov (x_8), andel mottakere med omfattende bistandsbehov (x_9), frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) i 2008 (x_{12}), andel nettoutgifter til pleie og omsorg (x_{13}) og andel nettoutgifter til grunnskole (x_{14}). Videre er gjennomsnittlig antall tildelte timer med praktisk bistand i uken (5 timer eller mindre) (x_{10}) og gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie i uken (5 timer eller mindre) (x_{11}) holdt konstant ved å multiplisere regresjonskoeffisienten for disse variablene med 1.

Appendix B

Intervjuguide Casestudien i fem kommuner

Informanten

Hvilke tjenester inngår i pleie- og omsorgssektoren?

Hvilke grupper har økt i antall, og hvordan fordeles ressurser på ulike grupper?

Hva forklarer veksten i yngreomsorgen?

Har veksten i yngreomsorgen gått utover tilbudet til eldre?

Hva er de viktigste utfordringene for pleie- og omsorgssektoren fremover?

Hvordan fordele omsorg?

Denne rapporten ser på hvilke utfordringer kommunene har når de må prioritere ressurser mellom eldre og yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester. Fra å være en eldreomsorgstjeneste for noen tiår siden, brukes i dag 40 prosent av ressursene til yngre brukere under 67 år. Mens yngreomsorgen har hatt en sterk vekst, er omsorgstilbudet til eldre over 80 år redusert. Flere informanter i denne studien mener at veksten i yngreomsorgen har gått ut over tjenestetilbudet til eldre. Eldre og yngre brukere har ifølge lover og forskrifter lik rett til tjenester, men vår studie avdekker et inntrykk av at noen grupper yngre prioriteres høyere enn eldre.



Fafo

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

Fafo-rapport 2012:62
ISBN 978-82-7422-964-8
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20289