

Mindre del av utgiftene går til eldre

Kommunene brukte til sammen nær 75 milliarder kroner på tjenester til pleie- og omsorgstrengende i 2009. Det har skjedd en vridning innenfor pleie og omsorg de siste årene. Hjemmebaserte tjenester har økt kraftig, det har blitt flere yngre brukere av tjenestene, og «yngreomsorg» kan være et mer passende begrep enn «eldreomsorg» for deler av tjenestene. En stadig mindre del av utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene brukes på personer over 67 år. I Norge utgjør pleie- og omsorgssektoren 2,2 prosent av BNP, mens gjennomsnittet for OECD ligger på 1,2 prosent.

Målt som andel av kommunenes samlede brutto driftsutgifter er pleie og omsorg det største tjenesteområdet i kommunal sektor – mer enn hver fjerde krone som kommunene bruker, går til pleie- og omsorgstjenester. Vi skal her se på utviklingen av kommunale driftsutgifter til denne tjenesten de siste årene. Mottakerne av tjenestene finnes i alle aldersgrupper, og vi belyser hvor mye av de totale driftsutgiftene som faktisk går til eldre. Vi definerer her yngre og eldre som henholdsvis 0-66 år og 67 år og eldre.

Aldersuavhengig lovgrunnlag

Dagens pleie- og omsorgstjenester er kommunenes ansvarsområde. Tjenestene reguleres etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som gir kommunene pålegg om å sørge for nødvendig helsehjelp og å yte sosiale tjenester til alle som bor i kommunen eller har midlertidig opphold der. Alder er imidlertid ikke et lovfestet kriterium for retten til å motta tjenester.

Lovgrunnlaget definerer relativt vidt hva som kan ligge til grunn for retten til å motta pleie- og omsorgstjenester. Sosialtjenestelovens § 4-2 nevner alder som en av flere årsaker til å ha særlige hjelpebehov og dermed rett på sosiale tjenester som praktisk bistand, avlastningstiltak, støttekontakt eller plass i institusjon eller bolig. Andre årsaker som nevnes, er sykdom, funksjonshemming og sosiale problemer, og loven åpner også for muligheten til at andre forhold kan ligge til grunn for behovet.

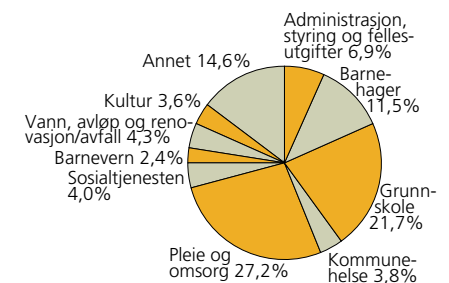
I alle tilfeller skal det ligge en individuell vurdering til grunn for å avgjøre om den enkelte har et behov for hjelp. Generelt sett har mottakere av pleie- og omsorgstjenester store bistandsbehov. Tre av fire med langtidsopphold på institusjon har omfattende bistandsbehov, uavhengig av alder. Når det gjelder mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand, er det høyere andeler av de yngre enn av de eldre mottakerne som har omfattende bistandsbehov ([Gabrielsen mfl. 2010](#)).

Pleie og omsorg – en betydelig kommunal sektor

Kommunene brukte til sammen nær 75 milliarder kroner på tjenester til pleie- og omsorgstrengende i 2009, en vekst på 60 prosent siden 2002. For kommunene er dette den største sektoren (se figur 1) – 27 prosent av de kommunale brutto driftsutgiftene knyttes opp mot tjenester innenfor sykehjem, aldershjem, hjemmesykepleie, praktisk bistand, støttekontakt, avlastning, aktiviseringstilbud og en rekke andre tjenester som ligger innenfor sektorens ansvarsområde. Sektoren har ikke vokst mer enn andre kommunale sektorer de siste årene – andelen utgifter som kommunene bruker på pleie og omsorg,

Julie Kjelvik

Figur 1. **Brutto driftsutgifter til kommunale tjenesteområder. 2009.** Prosent av totale brutto driftsutgifter¹

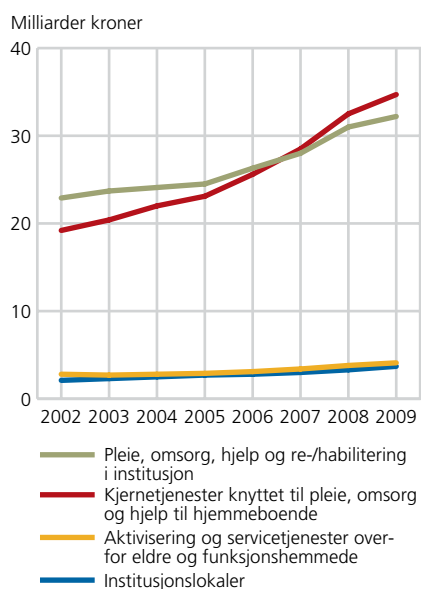


¹ Tall for hele landet uten Oslo.
Kilde: Kommunal regnskapsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.



Julie Kjelvik er samfunnsøkonom og prosjektleder i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (julie.kjelvik@ssb.no)

Figur 2. **Brutto driftsutgifter til pleie og omsorg. 2002-2009. Milliarder kroner**



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

har siden 2003 vært på mellom 26 og 28 prosent av de totale brutto driftsutgiftene på landsnivå. Oslo er ikke medregnet i andelen siden kommunen også er et fylke med fylkeskommunale oppgaver.

Hvor mye av de enkelte kommunenes totale driftsutgifter som går til pleie og omsorg, varierer en del, fra 17 til 49 prosent. I de fleste kommuner ligger andelen nært opp til landsgjennomsnittet – nesten fire av fem kommuner bruker mellom 22 og 32 prosent av sine totale utgifter på pleie og omsorg. Det vil være mange faktorer som gjør at kommuner kommer ulikt ut når vi sammenligner. I denne sammenhengen har blant annet andel eldre innbyggere betydning.

Mer til hjemmebaserte tjenester

Historisk sett har utgifter til institusjonsomsorgen vært større enn utgifter til hjemmebaserte tjenester i kommunene. En vridning av sammensetningen av tjenester i retning mer vekt på hjemmebaserte tjenester har imidlertid skjedd de siste årene. Av de nær 75 milliarder kronene kommunene brukte på pleie og omsorg i 2009 gikk nær 35 milliarder kroner til hjemmetjenester, mens utgifter til institusjonstjenester var på drøye 32 milliarder kroner (se figur 2). I tillegg kommer utgifter til institusjonslokaler og utgifter til aktivisering/servicetjenester, til sammen rundt 4 milliarder kroner.

I 2002 brukte kommunene mer på institusjonstjenester enn tjenester knyttet til hjemmeboende, men i årene etter 2002 har utgiftsveksten i institusjon vært lavere enn til hjemmetjenester. Satsingen på at flere kan bo hjemme lenger, var en politikk som ble fremmet gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50:1996-1997). Planen gjaldt fram til 2001, men hadde trolig virkninger også etter 2001. Videre har også Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) hatt betydning for veksten i de hjemmebaserte tjenestene. Planen skulle styrke tilbudene til personer med psykiske lidelser, blant annet gjennom flere årsverk innenfor hjemmetjenesten.

Flere yngre mottakere

En stadig mindre andel av kommunenes brutto driftsutgifter til pleie og omsorg går til brukere over 67 år (se figur 3). I 2007 var andelen av utgiftene som gikk til denne aldersgruppen, på 63,5 prosent, men andelen falt i begge de påfølgende årene og var i 2009 på 60 prosent av kommunenes nær 75 milliarder kroner på pleie- og omsorgstjenester. Sammenlignet med tilsvarende beregninger fra 1998 ([Brathaug mfl. 2001](#)) har andelen utgifter til aldergruppen 67 år og over sunket med 14 prosentpoeng.

Veksten i yngre mottakeres andel av kommunenes utgifter til pleie og omsorg er knyttet til store endringer i tjenesteytingen i hjemmet. Tallet på mottakere av hjemmetjenester under 67 år er nær doblet sammenlignet med nivået i 1998. I samme periode har antallet av de yngste eldre, de i alderen 67-80 år som mottar hjemmetjenester, gått ned med 30 prosent, mens noen flere av dem over 80 år får hjelp i hjemmet. Se også artikkel i dette nummeret om omsorgstjenester til seniorer ([Otnes 2011](#)).

To av tre kroner av kommunenes utgifter i 2009 til hjemmebasert pleie og omsorg brukes på mottakere under 67 år. I 1998 var bildet noe annerledes; Da gikk mindre enn halvparten av kommunenes hjemmetjenesteutgifter til gruppen under 67 år. Ser vi på økningen fra 2007 til 2009 har utgifter til yngre hjemmeboende økt med 32 prosent, mens kommunale utgifter til eldre



Om lovgrunnlag og reformer

Retten til å motta tjenester er forankret i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, mens forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene beskriver tjenestenes oppgaver og innhold. Forskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Noen sentrale organisatoriske endringer og reformer:

HVPU-reformen (1991-1995): Hovedhensikten var å avvikle alle institusjoner for psykisk utviklingshemmede og overføre personene til egen bolig (NOU 2001:22).

Handlingsplan for eldreomsorgen (St. meld. nr. 50:1996-97): Planen gjaldt fram til 2001. Et hovedmål var at eldre skal kunne bo i sine egne hjem så lenge som mulig.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008): Målet var generelt å styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser. Mer spesifikt innebar de kommunale tiltakene blant annet flere omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser, flere årsverk i hjemmetjenesten, flere brukere av dagsentra og at flere skulle få tilbud om støttekontakt (St.prp. nr. 63:1997-1998).

Omsorgsplan 2015: Regjeringen hadde en målsetning om 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Fram mot 2015 spesifiserer planen blant annet ulike tiltak for å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse, kalt Kompetanseløftet 2015. Planen inkluderer også en styrking av demensomsorgen fram mot 2015 (St.meld. nr. 25:2005-2006).

De nye omsorgstjenestene har unge brukere

Kommunale tilbud som trygghetsalarm, omsorgslønn, støttekontakt og avlastning er tjenester som Helsedirektoratet omtaler som «de nye omsorgstjenestene» – nye i form av at det er ordninger som er etablert de siste tiårene (Helsedirektoratet 2011). Med unntak av trygghetsalarm, som oftest gis til eldre hjemmeboende, er tjenestene i hovedsak rettet mot yngre brukere.

Mer enn fire av fem brukere av omsorgslønn og støttekontakt i 2009 var under 67 år. Når det gjelder mottakere av avlastning i og utenfor institusjon, var henholdsvis 74 og 98 prosent av mottakerne under 67 år. Til sammen fikk mer enn 45 000 personer kommunalt vedtak om tildelte timer av omsorgslønn, støttekontakt og avlastning i 2009. Og i alt 73 400 personer hadde trygghetsalarm.

Brukerstyrt personlig assistent er en annen type tjeneste som har flest unge brukere. Kommunene gir vedtak om tildeling av brukerstyrt personlig assistent og antall timer i uken. Mottakeren fungerer som arbeidsleder og styrer bruken av assistenten selv, alternativt med hjelp fra foreldre eller hjelpeverge. I 2009 var det i overkant av 2 500 brukere av brukerstyrt personlig assistent – en økning på 1 500 mottakere siden 2002 – og 92 prosent av mottakerne var under 67 år i 2009. Se også artikkel om brukerstyrt personlig assistent i dette nummer av Samfunnsspeilet ([Gabrielsen 2011](#)).

Friskere eldre og usikkert framtidig behov

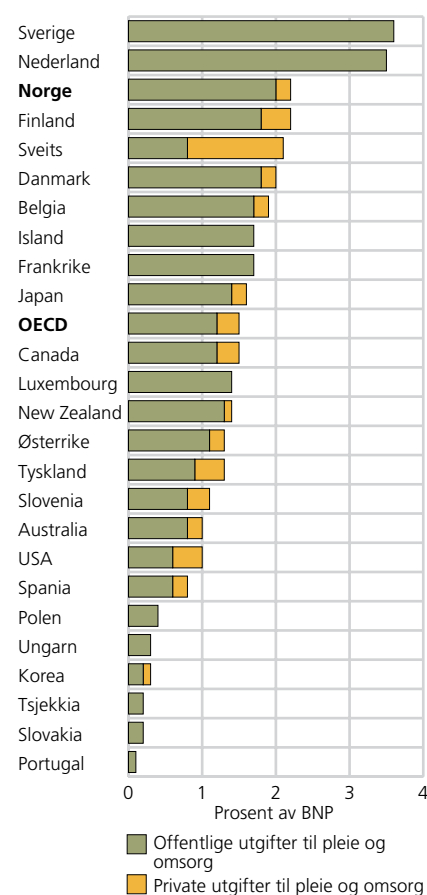
Alderssammensetningen i befolkningen har endret seg de siste tiårene og vil endres kraftig de neste tiårene. Mens det i dag er i overkant av 600 000 personer over 67 år, vil det i 2060 være mer enn 1,5 millioner personer i denne aldersgruppen. Dette under forutsetning av mellomnivået for fruktbarhet, levealder, innenlandsflytting og nettoinnvandring ([SSB 2011](#)). Å anslå befolkningsutviklingen har flere usikkerhetsmomenter, og å anslå behovet for tjenester til de eldre i framtiden er enda vanskeligere.

Helsetilstanden til framtidens eldre er én faktor. I dag trener pensjonister som aldri før; nesten to av tre over 67 år mosjonerte ukentlig eller oftere i 2008, mens ti år tidligere var det bare under halvparten som mosjonerte like ofte ([SSB 2009](#)). Vil trenden fortsette, og vil de eldre bli friskere og ha mindre behov for helsetjenester? Eller er det slik at bedre livsstil øker livslengden, men at livets siste fase likevel vil inneholde like mange år med dårligere helse og behov for pleie og hjelp?

Krav og forventninger til kvalitet og nivå på tjenestene er også en faktor som har betydning for etterspørselen etter tjenester til eldre framover. I dag er for eksempel både enerom og legedekning kvalitetsmål i sykehjem, og det er krav til både bemanningsnivået og kompetansen til personellet.

Hvor stort ansvar pårørende tar, vil også påvirke det offentlige tjenestetilbud. Omtrent hver syvende voksne har i dag regelmessig ulønnet omsorgsarbeid i form av praktisk hjelp til eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre, og de fleste er kvinner ([Rønning 2010](#)). Kan det forventes at omsorg for foreldre er et ansvar som i større grad skal ligge på familien? Behovet for familiær omsorg vil kunne komme i konflikt med behovet for arbeidskraft i framtida.

Figur 4. Offentlige og private utgifter til pleie og omsorg¹ (long term care) i OECD. 2008². Prosent av BNP



¹ Data for Norge, Sveits, Danmark, Belgia, Island, Canada, Østerrike, USA, Ungarn, Tsjekkia og Portugal inkluderer bare helserelaterte pleie- og omsorgsutgifter. For de andre landene inkluderer utgiftene både helserelaterte utgifter og utgifter knyttet til omsorg.

² Data for Luxembourg og Australia er fra 2005, data for Portugal og Slovakia fra 2006 og data for Danmark og Sveits fra 2007.

Kilde: OECD Health Data 2010.

vil man stille spørsmål til om det er riktig at Norge skal tappe kompetanse fra andre land som trenger det selv. Derfor har Norge også forpliktet seg til en ansvarlig rekruttering når det gjelder helsepersonell – i praksis betyr dette å begrense rekruttering av utdannet helsepersonell fra fattige land og å bekoste utdanningen til ikke-utdannet personell fra fattige land. «Som et rikt land må Norge ta et globalt ansvar. Det skjer hele tiden en netto migrasjon av helsepersonell fra de fattigste landene i verden til industrialiserte land», har helsedirektøren uttalt (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Økt etterspørsel kan gi bedre lønn for omsorgsyrker ...

Høyere etterspørsel etter arbeidskraft i framtiden kan bidra til økt lønnspress i sektoren, som igjen genererer økte kostnader for kommunene. Den gjennomsnittlige månedslønna for ansatte i kommunale sosial- og omsorgstjenester var av på 32 000 kroner i 2010, mens månedslønna for kommunalt ansatte innenfor helse var på 35 100 ([SSB, lønnsstatistikk](#)). Gjennomsnittet for alle ansatte i kommunal virksomhet var på 35 400 kroner i 2010.

På kortere sikt, fram mot 2025, blir det antatt at den samlede etterspørselen etter universitets- og høgskoleutdannede vil øke kraftig i Norge, og at gapet mellom tilbud og etterspørsel vil øke for enkelte sektorer. Imidlertid vil det være forskjell på høgskole-/universitetsutdannede på høyt og lavt nivå. Størst gap mellom tilbud og etterspørsel etter arbeidskraft vil det være for arbeidstakere med lavere utdanningsnivå fra universitet og høgskole. Dette gjelder også innenfor helse, pleie og omsorg ([Bjørnstad mfl. 2008](#)).

I dag er sykepleiere den største høgskoleutdannede gruppen innenfor pleie- og omsorgssektoren. Nær 19 000 årsverk av sykepleiere uten spesialitet var det i pleie- og omsorgssektoren i 2009. I tillegg kommer mer enn 4 500 sykepleiere med spesialitet eller videreutdanning. Behovet for sykepleiere vil vokse fram mot 2025, og dersom utdanningskapasiteten ikke endres, vil man ikke ha nok sykepleiere. En motsatt utvikling skisseres for utdanningsgruppen vernepleiere – det vil bli utdannet flere vernepleiere enn det er behov for, og overskuddet av vernepleiere i 2025 vil være betydelig ([Texmon og Stølen 2009](#)).

... men hvem skal betale?

En økning av ansatte i pleie- og omsorgssektoren vil føre med seg kraftig økning i utgiftene i kommunene siden kommunenes driftsutgifter i sektoren består i hovedsak av lønnsutgifter. I dag er tjenestene i hovedsak offentlig finansiert. Størstedelen av utgiftene innenfor pleie- og omsorgssektoren finansieres av kommunene gjennom frie inntekter, mens egenandeler fra pasientene selv utgjør en mindre andel.

Om vederlag for opphold i institusjon

Langtidsopphold: Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et fribeløp på 6 400 kroner per år, kan 75 prosent kreves betalt årlig. Betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 prosent av folketrygdens grunnbeløp i tillegg til fordelene av fribeløpet. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent.

Korttidsopphold: Kommunen kan ta betaling med inntil 125 kroner per døgn for korttidsopphold og inntil 66 kroner for det enkelte dag- eller nattopphold.

Kilde: Forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv.