

Mer hjemmetjenester til mottakere under 67 år

Mens stadig flere under 67 år mottar pleie- og omsorgstjenester, har økningen i antallet mottakere som er 80 år eller eldre de siste 10 årene, vært beskjeden. I aldersgruppen 67-79 år har det blitt færre mottakere. Hjemmesykepleien betjener stadig flere mottakere, mens færre nå får praktisk bistand i hjemmet. Antallet beboere i pleie- og omsorgsinstitusjoner har vært nokså konstant.

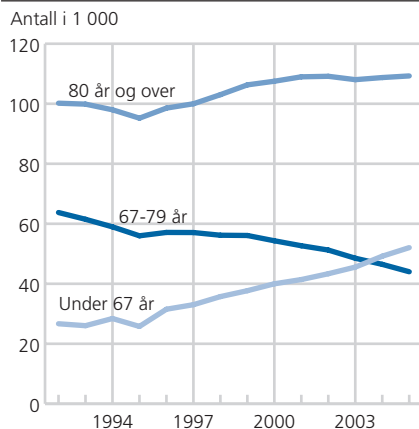
Dag Ragnvald Abrahamsen

Store forandringer i aldersfordelingen

Det har vært en økning på 2,6 prosent i antallet pleie- og omsorgsmottakere siden tusenårsskiftet, til 205 000 i 2005. Mottakerne fordeler seg på nærme- re 165 000 som får hjemmetjenester og i underkant av 41 000 beboere i institusjoner. Antallet mottakere i aldersgruppen 67-79 år har gått ned. Det er en liten økning av mottakere som er over 80 år. Økningen er størst for mottakere under 67 år.

Alle 2005-tall er foreløpige.

Figur 1. Mottakere av pleie- og omsorgstjenester, etter alder. 1992-2005



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Mottakertallene må imidlertid ses opp imot befolkningsutviklingen, slik at en kan si noe om *dekningsgraden* i de ulike aldersgruppene. Andelen innbyggere som mottar pleie- og omsorgstjenester, har vært stabil i hele perioden fra 1992 til 2005. Den har vært mellom 43 og 45 personer per 1 000 innbyggere, uavhengig av alder. Selv om antallet mottakere på 80 år og eldre har steget, har *andelen* eldre mottakere fra 80 år og eldre blitt redusert fra 600 per 1 000 innbyggere i 1992 til knapt 500 i 2005 (figur 2). Dette er en nedgang i andelen mottakere på nærmere 15 prosent. For dem mellom 67 og 79 år er nedgangen enda større – 20 prosent. Blant de yngste under 67 år har antall mottakere derimot økt med hele 78 prosent.

Store kjønnsforskjeller

Andelen som mottar pleie- og omsorgstjenester blant kvinner 67 år og over, er rundt 50 prosent høyere enn for menn (figur 3). Når kvinnene i tillegg lever lengre, vil andelen kvinner blant mottakerne være stor. I 1993 var den 70 prosent. Som følge av at andelen yngre mottakere øker med tilhørende jevn kjønnsfordeling, har imidlertid andelen kvinnelige mottakere blitt redusert til 67 prosent i 2005.

Arven fra mellomkrigstiden

Fra 1994 har det vært en svak nedgang i antall personer 67 år og over i befolkningen. Dette varte fram til 2004, da kurven begynte å peke oppover (1936-kullet ble 67 år). Hele tiden har det vært en økning i antallet som er 80 år og over. Mye av endringene i alderssammensetningen kan forklares ved de lave fødselskullene i mellomkrigstiden (Østby 2004:3).

Fra 1900 og fram til 1923 lå fødselskullene stabilt rundt 60 000. Etter første verdenskrig begynte fødselskullene å avta. I 1936 var antall registrerte barn under 1 år kun 40 000. Først fra 1936 ser vi en stigning i fødselstallene, som fortsetter utover 1940-årene, til tross for annen verdenskrig. I 1944 er vi igjen oppe i et kull på 60 000. Så får vi etterkrigskullene med en topp i 1946 på 71 000, før vi på 1950-tallet ser en stabilisering på rundt 60 000 (Statistisk sentralbyrå, Alnæs 1999).

Endringen i fødselskullene har til nå kun slått inn på aldersgruppen 67-79 år, fordi personer fra det laveste fødselskullet fra 1936 først blir 70 år i 2006. Framover vil også 80-åringene få tilførsel av de lave fødselskullene, men dette vil sannsynligvis ikke slå så kraftig ut her, ettersom økt levealder har større betydning for antallet i denne gruppen. I tillegg til fallende dødelighet i høy alder de senere årene, har også fallende dødelighet i barndommen betydning for størrelsen på disse kohortene (demografisk gruppe som deler en spesiell erfaring på en bestemt tid, for eksempel samme fødselsår).

Stadig større andel mottakere blant de yngre

Dersom vi ser på aldersgruppen under 67 år, viser det seg at andelen innbyggere som mottar pleie- og omsorgstjenester er nær fordoblet de siste 10-12 årene. I 1993 mottok 7 av 1 000 i denne aldersgruppen pleie- og omsorgstjenester. I 2005 hadde dette økt til 13. Selv om andel mottakere i 2005 på 1,3 prosent kan høres lavt ut, dreier dette seg om mange i antall (rundt 50 000 ifølge foreløpige 2005-tall), og de mottar en stor og økende andel av tjenestene. Denne økningen representerer en utfordring for helsevesenet. I og med at det har foregått en storstilt forskyvning fra gruppen 67-79 år til de yngste, kreves det store omstillinger i tjenestetilbudet. Hele økningen blant de yngre har skjedd innen hjemmetjenestene. Politikken med å forbeholde institusjonene for de eldre, har bidratt til et stabilt lavt antall institusjonsbeboere under 67 år. Mulige årsaker til den sterke økningen blant yngre mottakere og strategier for hvordan en skal møte denne utviklingen, er belyst i Stortingsmeldingen «Mestring, muligheter og mening» (St.meld. nr. 25 (2005-2006):42). Særlig angis økt satsing på psykisk helsearbeid gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse som en forklaring, i tillegg til at kommunene også er pålagt andre nye oppgaver gjennom statlige helse- og sosialpolitiske reformer (Romøren 2006: 33, Statistisk sentralbyrå 2006).

De eldre blir friskere

Levekårsundersøkelsen viser at personer som er 67 år eller eldre, vurderer sin egen helse som stadig bedre. I 2005 mente 67 prosent av eldre at de har meget god eller god helse, mot 57 prosent i 1985. I motsatt ende på skalaen vurderte kun 12 prosent av de eldre at de har meget dårlig eller dårlig helse i 2005, mot 15 prosent i 1998. Det er også færre eldre som har vansker med aktivitet og deltaking i samfunnet, se for øvrig artikkelen om helse i dette nummeret av Samfunnsspeilet.

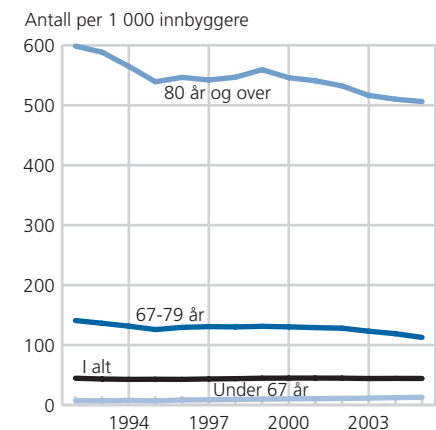
Resultatene fra levekårsundersøkelsen tyder på at dagens eldre har bedre helse og er sprekere enn tidligere generasjoners eldre. Det medfører at en stadig mindre andel eldre har behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester. Dette gjenspeiles i statistikken som tidligere omtalt.

Færre mottar kommunal praktisk bistand – flere mottar hjelp fra slektninger

Samtidig med at noe av tjenestetilbudet flyttes fra institusjon til hjemmetjenester, er det færre som mottar praktisk bistand, som hjemmehjelp eller brukerstyrt personlig assistent.

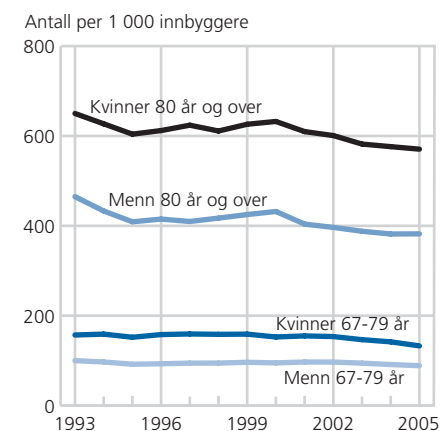
For de som ikke er så hjelpetrengende at de trenger hjemmesykepleie, kan høyere egenbetaling ha medført at det er mindre attraktivt å motta praktisk hjelp. Det kommunale tjenestetilbudet kan derfor sies å ha blitt mer *helserettet* (Svalund 2005b).

Figur 2. Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere. 1992-2005



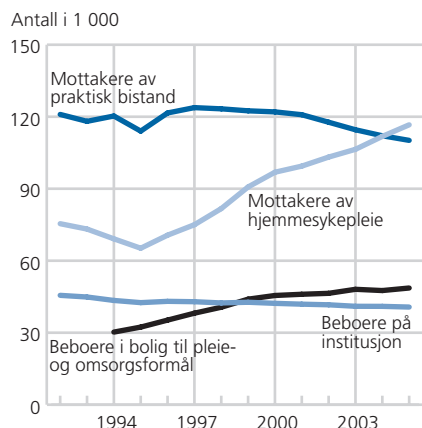
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere, etter kjønn og alder. 1993-2005



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Mottakere av pleie- og omsorgstjenester inkluderer tjenestene hjemmesykepleie, praktisk bistand samt pleie og omsorg i institusjon, og gjelder de som er registrert per 31.12.2005. Mottakere av disse tjenestene i løpet av 2005 som ikke er registrert pr. 31.12 vil således ikke fanges opp. De som kun mottar andre typer tjenester som omsorgsbolig, dagsenter/eldresentertilbud, avlastning i hjemmet, støttekontakt og omsorgslønn er heller ikke med. Det totale tjenesteomfanget gjennom året vil derfor være noe høyere enn det 31.12.-tallene indikerer.

Figur 4. Mottakere av pleie- og omsorgstjenester, fordelt etter type. 1992-2005

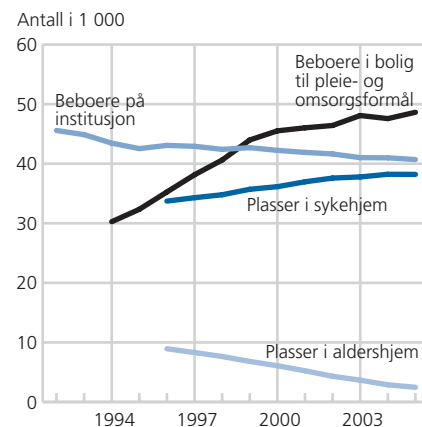
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Antallet som mottar offentlig praktisk bistand, har sunket fra 122 000 i 1999 til 112 000 i 2005 (figur 4). Samtidig viser levekårsundersøkelsen at stadig flere eldre mottar ulønnet hjelp av slektninger og andre (Svalund 2005a:133-134). Mens 9 prosent av personer 67 år og over svarte at «Husholdet har regelmessig mottatt ulønnet hjelp fra slektninger» i 1998, hadde denne andelen steget til 14 prosent i 2005. Nedgang i antall mottakere av praktisk bistand bør imidlertid ikke utelukkende forklares med bedre helse og et mindre tilgjengelig kommunalt tilbud. Helseforsker Tor Inge Romøren mener nedgangen også kan ha sammenheng med at de små mellomkrigskullene nå er kommet i 70-årsalderen. Det har dermed blitt færre av de friskeste eldre, som i større grad har behov for kun praktisk bistand (Hiim 2006).

Omskiftning i botilbudet

Den såkalte «boliggjøringen» som ble forankret i Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50, 1996-1997), har medført en økning i antallet omsorgsboliger på bekostning av en sterk nedgang i antall aldershjemsplaser (Brevik 2003:30, Svalund 2005b:128). Gjennom denne planen fikk kommunene omfattende støtte til utbygging av tilrettelagte omsorgsboliger og omgjøring/oppgradering av sykehjemsplaser til enerom, eventuelt med eget bad/WC. Det er viktig å merke seg at omsorgsboliger ikke nødvendigvis medfører pleie- og omsorgstjenester, selv om rundt 2/3 av boligene er tilrettelagt også for heldøgns omsorg og pleie (Brevik 2003:73, 86).

Av de i underkant 50 000 som bodde i bolig til pleie- og omsorgsformål i 2005, tyder foreløpige KOSTRA-tall på at cirka 1/3 bodde i bolig med heldøgns bemanning, det vil si at en bor i bygning/bofellesskap med minst en ansatt tilstede hele døgnet. Dette er i samsvar med tidligere undersøkelser (Riksrevisjonen 2004:33). Her er det imidlertid store lokale variasjoner; fringen beboere med heldøgns bemanning, til alle. Mellom disse ytterpunktene ligger ulik grad av hjemmetjenestebesøk. Selv om bygningsmassen er opprustet, stilles det et stort spørsmålstegn ved om det samlede *pleie- og omsorgstilbudet* er blitt mer omfattende i den enkelte kommune (ibid:6).

Figur 5. Antall beboere¹ innen pleie- og omsorgstjenester. 1992-2005

¹ Beboere på institusjon inkluderer beboere i sykehjem, aldershjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Fram til 2001 ble nedgangen i aldershjemsplaser kompensert for av økningen i antall omsorgsboliger (Brevik 2003:72ff). Mot handlingsplanens (forlengede) slutt i 2005 ser vi en utflating i antall beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål (inkludert omsorgsboliger). Antall aldershjemsplaser ser fortsatt ut til å synke sterkt. Antallet innbyggere som er beboere på institusjon eller i bolig til pleie- og omsorgsformål, har imidlertid holdt seg bemerkelsesverdig konstant siden årtusenskiftet på mellom 88 000 og 89 000 (figur 5).

Innvandrerens betydning

Foreløpig er det svært få eldre innvandrere. Av personer 67 år og over har cirka 2 prosent vestlig innvandrerbakgrunn og 1 prosent ikke-vestlig bakgrunn. (Aalandslid 2005:141). Med årene vil det bli en svak økning i den eldre og mest pleietrengende andelen av innvandrerbefolkningen. Da kun 1 av 5 ikke-vestlige innvandrere bor i storfamilier, er det lite sannsynlig at framtidig omsorgsbehov vil bli dekket av familien. Også innvandrerne vil derfor i stor grad være avhengig av hjelp fra det offentlige (ibid:147).

Fra kvantitet til kvalitet

Oppmerksomheten vies i stadig større grad kvaliteten på offentlige tjenester. Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003) «Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene» resulterte i seks indikatorer for å måle kvalitet innen pleie- og omsorgstjenestene. Disse publiseres nå årlig på nasjonalt og regionalt nivå på nettstedet www.bedrekommune.no. Dagens datagrunnlag (KOSTRA) gir muligheter til å belyse strukturelle sider ved kvalitet, som for eksempel omfang av sykehjemstilbud og kompetansenivå hos tjenesteutøvere.

Selve «sannhetens øyeblikk» – møtet mellom tjenesteutøver og tjenestemottaker – er langt vanskeligere å måle objektivt ved hjelp av målbare indikatorer (Normann 2000:32). Det er generelt mange metodiske utfordringer forbundet med såkalte bruker(tilfredshets)undersøkelser, spesielt blant grupper som kan ha vanskeligheter med å svare på slike skjemaer på egen hånd (Rolland m.fl. 2004). Måling av demente mottakeres tilfredshet med tjenesten berøres sterkt av dette. Likevel anses det som viktig at kommunene arbeider *systematisk* med kvalitetsforbedringer.

Betydningen av informasjon fra brukerundersøkelser og kvalitetsindikatorer øker når kommuner kommer sammen og diskuterer forskjeller i resultatene, for å kunne reflektere og lære av «beste praksis». Dette gjøres både i Effektivitetsnettverkene i regi av KS og i andre kommunale diskusjonsfora.

Arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer har skjedd parallelt med at Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet nasjonal strategi for kvalitetsutvikling «... Og bedre skal det bli!» (SHdir 2005).

Tjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de er (ibid: 2):

- virkningsfulle
- trygge og sikre
- involverer mottakere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Følgende kvalitetsindikatorer ble rapportert som nasjonal statistikk for 2005:

Tabell 1. Kvalitetsindikatorer innen pleie og omsorgstjenester	
Indikator	Landsgjennomsnitt
Andel plasser i enerom med tilpasset bad/wc	56 prosent
Andel plasser i enerom	90 prosent
Andel ansatte med fagutdanning	69 prosent
Andel beboere på tidsbegrenset opphold	14 prosent
Antall legetimer per sykehjemsbeboer per uke	0.26 timer
Andel kommuner med brukerundersøkelser i institusjon	55 prosent
Andel kommuner med brukerundersøkelser i hjemmetjenestene	56 prosent

Kilde: KOSTRA-data, foreløpige tall 2005.

Referanser

- Alnæs, K. (1999): *Historien om Norge, del 4: En ny arbeidsdag*, Gyldendal Norsk Forlag.
- Brevik, I. (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Kommunenes vurdering av planen som redskap for utbygging av omsorgstjenestene*. NIBR-notat 2003:114.
- Hiim, H. S. (7. juli 2006): Flere eldre trenger familiehjelp, *Dagsavisen*, <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article2183080.ece>
- Normann, R. (2000): *Service Management*, Cappelen Akademisk Forlag.
- Romøren, T. (2006): *Yngre personer som mottar hjemmetjenester: hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor øker antallet så sterkt?* Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2006, nr. 8.
- Riksrevisjonen: Dokument nr. 3:9 (2003-2004): *Riksrevisjonens undersøkelse av handlingsplanen for eldreomsorgen*. 2004.
- Rolland, A. m.fl. (2004): *Evaluering av kommunale mottakerundersøkelser*, Rapporter 2004/7, Statistisk sentralbyrå.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! (2005-2015)*.
- Statistisk sentralbyrå (10. september 2006): Brøyn, N. og Lunde, E. (2006): «*Psykiske lidelser er den mest brukte diagnosen*» (<http://www.ssb.no/alegetj>).
- Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*. Oslo 1997, Sosial- og helsedepartementet.
- Statistisk sentralbyrå, Befolkningsstatistikk (<http://www.ssb.no/befolkning>).
- St.meld. nr. 45 (2002-2003): *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*, Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006): «*Mestring, muligheter og mening*». *Framtidas omsorgsutfordringer*, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Svalund, J. (2005a): «Helse» i: Ugreninov, E.: *Seniorer i Norge*, Statistiske analyser 72, Statistisk sentralbyrå.
- Svalund, J. (2005b): «Hjelpebehov og tjenestetilbud» i: Ugreninov, E.: *Seniorer i Norge*. Statistiske analyser 72, Statistisk sentralbyrå.
- Vigran, Å. (2002): «Pleie- og omsorgstjeneste»: *Helse- og omsorgstjenester*. Statistiske analyser 56, Statistisk sentralbyrå.
- Østby, L. (2004): Den norske eldrebølgen: Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli, *Samfunnsspeilet* 1, 2004, Statistisk sentralbyrå.
- Aalandslid, V. (2005): «Ikke-vestlige innvandrere» i: Ugreninov, E.: *Seniorer i Norge*. Statistiske analyser 72, Statistisk sentralbyrå, 2005.

Lenker

www.bedrekommune.no