

Frode Kann

Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2. - linjetjenesten

Sammendrag av NIBR-rapport 2010:1

Forord

Dette korte notatet er utarbeidet på grunnlag av NIBR-rapport 2010:1 ”Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 - all vekst i endret innretning”, forfattet av Ivar Brevik. Notatet er laget med henblikk på å gi leseren en mer komprimert oversikt over rapportens hovedresultater.

Temaet som belyses, er endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene gjennom de siste par tiårene, i lys av den generelle utviklingen i omfang og typer av oppgaver i perioden.

Notatet er utelukkende basert på dokumentasjon og funn som presenteres i rapporten. I hovedsak gjelder det materiale og formuleringer som er hentet fra rapportens omfattende sammendrag. Det er ikke benyttet andre forskningsresultater eller utført nye analyser. I den grad underlagsmaterialet har tillatt det, er det imidlertid forsøkt antydnet noen grove ressursmessige konsekvenser i form av en overordnet beregning av anslag for vekst i antall årsverk.

For nærmere dokumentasjon og detaljer viser vi til hovedrapporten. Det er underveis gitt enkelte fotnotereferanser med kapittelhenvisninger, men vi vil ellers vise til rapportens eget sammendrag og kapittel 1: «Innledning og leserveiledning».

Prosjektet er utført på oppdrag for KS, som også har anmodet om dette korte sammenfattende notatet for bruk til formidling i organisasjonen.

Oslo, august 2010

Olaf Foss

forskningsjef

Innhold

Forord.....	1
Tabelloversikt	3
1 Innledning og sammendrag.....	4
2 Sentrale utviklingstrekk	7
2.1 Kommunale boliger til omsorgsformål 1980–2006.....	7
2.2 De heimebaserte tjenestene etter 1988.....	8
2.3 Utvikling i årsverk i omsorgstjenestene.....	8
2.4 Årsverk i institusjon versus heimebaserte tjenester.....	9
2.5 Årsverk 1991–2007 med vekt på heimebaserte tjenester	9
2.6 Årsverk i heimebaserte tjenester etter alder og oppholdssted	10
2.7 Årsverk i heimebaserte tjenester etter alder og hjelpeårsak	10
2.8 Endret intensitet i årsverk per bruker 1995–2006	11
2.9 Driftskostnader i de heimebaserte tjenestene 1995–2007	12
3 Forskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene	13
3.1 Oppgaveforskyvning i forhold til spesialisthelsetjenesten.....	14
3.2 Utskrivning fra somatiske sykehus.....	14
3.3 Personer skrevet ut av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten – omregnet til ressursbruk i kommunal omsorg	16
3.4 Ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus.....	16
3.5 Konsekvenser av utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten	17
3.6 Kommunal omsorg og bruk av somatiske sykehus.....	17
3.7 Vekst i kommunal omsorg blant eldre	18
4 Drivkrefter bak endring i kommunale omsorgsoppgaver.....	19
4.1 Statlige reformer og handlingsplaner.....	19
4.2 Profesjonsgrupper innen kommunal omsorg 1997–2007	20
4.3 Kommunenes egendyktiggjøring og ansvarsutvidelse	21
4.4 Kommunal samhandling med spesialisthelsetjenesten	22
4.5 Innstrømning av nye brukere	23
4.6 Mere heimebaserte tjenester til brukere under 67 år.....	23
5 Vekststruktur målt i årsverk	24

Tabelloversikt

Tabell 5.1	Vekst i årsverk innen omsorg.....	25
Tabell 5.2	Vekst i årsverk innen omsorg. Prosent.	25

1 Innledning og sammendrag

Temaet i notatet er endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene gjennom de siste par tiårene, i lys av statlige reformer og den generelle utviklingen i omfang og typer av oppgaver i denne perioden. Notatet er en forenklet utgave av NIBR-rapport 2010:1 *Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 – all vekst i endret innretning.*

Utredningen knyttes til ønsket om bedre dokumentasjon av endring i oppgaver i kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjenester i forhold til spesialisthelsetjenesten. Endringene gjelder oppgaver som *overføres* og som *overtas* av kommune. *Overføring* er utskriving av pasienter fra somatiske sykehus, fra psykiatriske sykehjem eller slike avdelinger i sykehus. *Overtaking* er brukere der utøveransvaret i praksis flyttes som følge av teknologisk utvikling eller ikke avtalt ansvar for brukerne. Det gjelder oppgaver i tilknytning til statlige reformer og oppgaver kommunene har utviklet selv. Vi viser i denne sammenhengen spesielt til kapittel 3 i dette notatet.

Vekst i kommunal omsorg

Det har vært jevn, sterk vekst i årsverk i kommunal omsorg de 25 siste åra. I 1991–1993 var årsveksten 5.000 per år – nesten alt i de heimebaserte tjenestene. Det var lavkonjunktur i nasjonaløkonomien, men med store statlige overføringer knyttet til HVPU (*Helsevernet for psykisk utviklingshemmede*)-reformen. I 1996–1997 under høykonjunktur var det igjen sterk vekst. Åra 1991–93 og 1996–97 hadde halvparten av veksten i omsorgstjenestene i *hele* perioden 1991–2007, både samlet og (åtte av ti årsverk) i de heimebaserte tjenestene, der de aller fleste årsverkene gikk til brukere under 67 år.

HVPU-reformen var epokegjørende fordi en tredel av totaløkningen i årsverk i åra 1991–2007 kom i løpet av de tre første åra, og fordi arbeidet med reformen la grunnlaget for utviklingen av kommunale boliger og tjenester for andre yngre brukergrupper. I tillegg til gode konjunkturer forsterkes kommunenes økonomiske grunnlag gjennom *Handlingsplan for eldreomsorgen* (HPE) i perioden 1998–2001 med statlige midler til både drift og bygging. Det meste av veksten kom i de heimebaserte tjenestene, hvor fire av ti årsverk gikk til brukere under 67 år. Med statens fokus på omsorgsboliger ble det gitt nødvendig økonomisk grunnlag for realiseringen.

Ved HVPU-reformen i 1991–93 og HPE i perioden 1998–2001 genererte statlige bidrag *to tredjedeler* av samlet vekst på 43.000 årsverk i perioden 1991–2001. Handlingsplaner fungerte som hovedpådrivere til veksten i kommunal omsorg. Statlige føringer svekket kommuneøkonomien i perioden 2002–2005, sjøl om deler også kunne tilskrives lavkonjunktoren 2001–2002. I 2006 og 2007 skjøt veksten igjen

fart, med sentralpolitisk vilje til å bedre kommuneøkonomien. Kommunene har fortsatt å kanalisere ressursene inn i de heimebaserte tjenestene, med forsterket vekt på yngre brukere, både med og mot konjunktorene.

Periodene 1991–93, 1996–97, 1998–01 og 2006–07 stod for 95 prosent av veksten i omsorgssektoren. *All* vekst i institusjonsomsorgen skjedde i disse periodene.

Drivkrefter

En drivkraft bak utviklingen i omsorgstjenestene har vært den generelle økonomiske situasjonen i landet. Dernest kan veksten knyttes til en statlig omsorgsideologi med *avinstitusjonalisering, boliggjøring og hjemliggjøring av omsorgstjenestene* som sentrale mål. Det har skjedd gjennom direkte statlig økonomisk bidrag gjennom HVPU-reformen, samt føringer mot bygging av omsorgsboliger i tilknytning til HPE og *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (OPH) i åra 2002–2007.

Kommunenes *sterke og kontinuerlige evne og vilje* til å forme tjenestene etter denne omsorgsideologien er også viktig. Kommunene har endret *innretningen* av tjenestene etter HVPU-reformen. De har nyttet det økonomiske handlingsrommet til å satse på heimebaserte tjenester og gi tilbud til titusener av *nye, yngre* brukere.

Eldreomsorg

Eldreomsorgen siden 1988 viser moderat, jevn vekst i sykehjemsplasser og kraftig reduksjon i plasser på aldershjem. Antall plasser i institusjon og antall plasser i forhold til antall eldre er redusert. Netto tilvekst i *sykehjemsplasser* sammen med modernisering av henimot halvparten av plassene under HPE har økt kvaliteten i institusjonsomsorgen.

Nedbygging av aldershjem de 10–15 siste åra har sitt motstykke i tilvekst av kommunale boliger til såkalte «omsorgsboliger», men uten full kompensasjon av antallet. I 2006 hadde hver fjerde kommunale bolig bebodd av eldre heldøgns omsorg. Tilgjengeligheten av heldøgns omsorg har jevnt over vært konstant de tjue siste åra, sjøl om det kommunale tilbudet i institusjoner og boliger er omstrukturert.

For de heimebaserte tjenestene har det siden 1992 vært reduksjon i antall brukere 67 år+. Det har vært omfordeling blant de eldre, med vekst blant brukere 80 år+ og reduksjon i gruppa 67–79 år. Nettotilveksten har kommet blant brukere *under* 67 år.

Hjemmesykepleien har vært involvert i veksten som rein sykepleie eller i kombinasjon med hjemmehjelp. Antall brukere med bare hjemmehjelp er kraftig redusert. Av en brutto økning på vel 15.000 mottakere av heimebaserte tjenester 80 år+ i åra 1998–2006, var 65 prosent brukere av *bare* hjemmesykepleie, mens resten mottok begge tjenestene.

Totalbildet

Sentralt i utredningen står økonomiske endringer i kommunenes oppgaver fra statlig behandling/omsorg, særlig at kommunene har økt tilbudet og ressursbruken til personer under 67 år. I kapittel 5 i notatet gjør vi et enkelt forsøk på å antyde økonomiske konsekvenser gjennom en overordnet beregning av anslag for vekst i antall årsverk i den grad underlagsmaterialet tillater det. Denne tilnærmingen er basert på underliggende anslag av flere partielle beregninger innen ulike segmenter av

omsorgen og over flere ulike delperioder med endringer for den samlede femtenårsperioden 1993–2007. Grunnlaget er satt sammen og stipulert med referanser til ulike kilder.

2 Sentrale utviklingstrekk

I dette kapitlet gjennomgår vi sentrale utviklingstrekk og hovedtendenser i utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste 20-25 årene.

2.1 Kommunale boliger til omsorgsformål 1980–2006

De kommunale boligene har hatt betegnelser som trygde-, eldre-, service- eller omsorgsboliger, med alt fra rene botilbud til boformer med omfattende tjenester på linje med aldershjem. Boligene har vært en tiltakende del av de kommunale omsorgstjenestene: I 1988 var det 27.600 trygde- og serviceboliger. Det ble redusert til 22.600 i 2006. Bygging av *omsorgsboliger* med finansiering i Husbanken tok til i 1994, og fra 1997 til 2006 økte antallet fra 4.500 til 26.400.

Hjemliggjøring og *boliggjøring* er en fundamental endring i kommunenes satsing i omsorgstjenestene de siste tjue åra. I 1989 var det 4.500 beboere under 67 år i kommunale boliger til omsorgsformål. Det økte til 10.500 i 1996. Utviklingshemmede sto for hele veksten. I 2006 var det 17.575 slike boliger til brukere under 67 år. Det meste av økningen gikk til personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Personer under 67 år med plass i eldreinstitusjoner økte fra ca. 1.600 i 1996 til 1.900 i 2006.

I 2006 bodde halvparten av beboerne under 67 år i boliger med heldøgns omsorg. En betydelig del var utviklingshemmede. Åtte av ti årsverk i de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år gikk til dem i kommunale boliger. Mange sterkt funksjonshemmede har flyttet inn i kommunale boliger. Det har samtidig vært sterk innstrømming av yngre brukere av heimebaserte tjenester bosatt i *ordinære private boliger*. Av 25.000 flere brukere fra 1997 til 2006 var ca. 18.000 bosatt slik i 2006.

Blant de 17.600 beboerne i kommunale boliger i 2006 var halvparten utviklingshemmede, en firedel hadde psykiske lidelser og en firedel somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet. Blant de sistnevnte hadde 65 prosent senfølger av omfattende skade, medfødt funksjonshemming eller nevrologisk betingete sykdommer som hjerneslag, MS eller Parkinson. Av disse *under 50 år* hadde seks av ti stort funksjonstap, og mottok heimebaserte tjenester tilsvarende godt over ett årsverk per person.

Våre data viser at det ofte er mulig å bo i kommunal bolig, selv med omfattende funksjonstap. Kommunal bolig synes å kunne erstatte eldreinstitusjon som boform for de fleste, uavhengig av diagnose og grad av funksjonstap.

2.2 De heimebaserte tjenestene etter 1988

Antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år økte fra 20.000 i 1989 til 55.000 i 2006. I perioden 1998–2006 vokste antall brukere under 67 år med 73 prosent, antall 80 år+ med 15 prosent, mens det ble nesten 25 prosent *færre* brukere 67–79 år. I 2006 utgjorde brukere under 67 år en tredel av samtlige.

Det gir betydelig omlegging av kommunal omsorg, med gradvis integrering av nye brukergrupper. Tilveksten blant personer under 50 år er – ved siden av byggingen av omsorgsboliger – hovedtrekket ved utviklingen. Det startet med HVPU-reformen i 1991 og veksten har pågått jevnt, med betydelige løft etter 2001.

13.000 brukere av hjemmesykepleie i 1994 økte til 40.000 i 2006. Antall brukere av hjemmesykepleie 18–49 år økte kraftig fra 1996 til 2006. Etter 1994 har hjemmesykepleien vært involvert i 62 prosent av økningen i antall brukere under 67 år, og disse representerte fire av ti av de 55.000 brukerne i 2006. I 2006 mottok 73 prosent av brukere under 67 år hjemmesykepleie – eventuelt kombinert med hjemmehjelp. 27 prosent hadde bare hjemmehjelp. Fra 1998 til 2006 utgjorde nye brukere med bare hjemmesykepleie 65 prosent, mens 35 prosent mottok både hjemmesykepleie og hjemmehjelp, både blant dem under 67 år og blant brukere 80 år+.

Bruk av hjemmesykepleie versus hjemmehjelp er betydelig påvirket av bosted. I kommunale boliger i 2002 hadde ni av ti under 67 år bare hjemmehjelp eller begge tjenestene. I *ordinære* private boliger mottok åtte av ti hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp, men oftest bare hjemmesykepleie. Av samtlige med *bare* hjemmesykepleie, bodde nær ni av ti i *ordinære* boliger. Det viser at private bidrag til praktiske gjøremål utgjør et vesentlig supplement til sykepleiebehov.

Brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser vokste fra 17–18.000 personer i åra 1989–1995 til 43.000 i 2006. 9.000 utviklingshemmede brukere i 1995 (da HVPU-reformen ble avsluttet) økte til 12.000 i 2006. Da var likevel fire av fem blant *øvrige* brukere. Brukere med psykiske lidelser var i 2006 like mange som der somatiske sykdommer var hovedårsak, med henholdsvis 22.000 og 21.000 personer.

Blant brukere under 67 år med hjemmesykepleie, hadde halvparten somatisk sykdom som hovedårsak, 36 prosent psykiske lidelser, mens 14 prosent var utviklingshemmet.

I 2003 bodde to tredeler av brukerne under 67 år i ordinære privatboliger. Halvparten hadde *somatiske* sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet, mens 37 prosent hadde *psykiske* lidelser som hovedårsak.

2.3 Utvikling i årsverk i omsorgstjenestene

Vi har etablert tidsserier for årsverk i omsorgstjenesten for perioden 1992–2007. Vi viser hvordan årsverkene fordeler seg mellom institusjon og heimebaserte tjenester, eldre og yngre brukere og ulike grupper etter årsak til hjelpebehovet¹. Vi har beregna fordelinga av årsverk mellom institusjon og heimebaserte tjenester:

¹ Årsverkene for 1992–2002 er regna om. Se kapittel 5 i NIBR-rapport 1:2010 for detaljer

1988–1997: I løpet av åra vokste omsorgssektoren fra 28.000 årsverk til 79.000. Av disse kom 15.000 i 1991–93 under HVPU-reformen, derav 85 prosent i heimebaserte tjenester. 10.000 årsverk kom under høykonjunkturen i 1996–1997.

1998–2002: Tilvekst på 16.000 årsverk i omsorgstjenestene.

2003–2007: Femårsperioden hadde en økning på 12.000 årsverk. I 2003–2005 var veksten *samlet* 600 årsverk. Det er svakeste vekst i omsorgstjenestene etter 1970. Med betydelige statlige bidrag til kommuneøkonomien, økte innsatsen med 11.000 årsverk i årene 2006–2007, en vekst litt over HVPU-årene 1991–1992.

87 prosent av årsverksveksten i årene 1988–97 kom i løpet av 1991–93 og 1996–97. I perioden 1998–2007 kom 90 prosent av veksten i 1998–2001 og 2006–2007. Det understreker betydningen av statlige overføringer og økonomiske konjunkturer.

2.4 Årsverk i institusjon versus heimebaserte tjenester

Det har fram til 2007 vært tilnærmet lineær vekst i andelen heimebaserte tjenester av samlet årsverksinnstas i kommunal omsorg som startet med HVPU-reformen. I åra etterpå var politisk fokus rettet mot sykehjem, mens fagfolk i kommunene bygde ut de heimebaserte tjenestene.

Økningen i *institusjonsomsorgen* med 10.000 årsverk i perioden 1993–2007 kom mest i åra 1995–2000. I åra 2003–2007 fikk institusjonssektoren tilført 1.100 nye årsverk uten vekst i de heimebaserte tjenestene for eldre. Dermed har det nærmest vært stillstand i «eldreomsorgen» i åra etter HPE.

Fordeling av årsverk mellom institusjoner og heimebaserte tjenester var nokså konstant i 1980-åra. Siden har det bare vært økning i antall brukere av heimebaserte tjenester under 67 år. I tidsrommet 1993–2007 kom det til 43.000 nye årsverk i de kommunale omsorgstjenestene. Tre av fire gikk til de heimebaserte – flest til yngre brukere. I 1993–2002 gikk 71 prosent av veksten til heimebaserte tjenester og 91 prosent i åra 2003–2007. I 1993–97, 1998–2002 og 2003–2007 vokste tjenestene med ca. 11.000 årsverk i hver periode. De heimebaserte tjenestenes andel av totalt antall årsverk i sektoren vokste gjennom 1990-åra og under HPE (1998–2001), fra 33 prosent i 1987 til 54 prosent i 2007.

Fra 1987 til 2007 *falt* eldreinstitusjonenes andel av samlet årsverksinnsats i omsorgstjenestene med 21 prosentpoeng. Det er klar indikasjon på flytting av ressurser til andre brukergrupper. De heimebaserte tjenestene har vokst, betydelig påskyndet, men dels uavhengig av konjunkturer og statlige overføringer, fordi veksten har vært knyttet opp mot strukturendring.

2.5 Årsverk 1991–2007 med vekt på heimebaserte tjenester

I 1991–1993 vokste de kommunale omsorgstjenestene med 5.000 årsverk per år. Nesten hele veksten var knyttet til HVPU-reformen. I 1994 og 1995 var det nesten ingen vekst. I 1996 og 1997 vokste sektoren igjen med 4.800 årsverk per år, hvorav sju av ti kom i de heimebaserte tjenestene og i betydelig grad knyttet opp mot nye,

ynge brukere. I løpet av 1991–1997 vokste omsorgstjenestene med 25.000 årsverk, hvorav åtte av ti kom i de heimebaserte tjenestene.

Under HPE ble det gitt statsstøtte til drift av 12.000 årsverk i 1998–2001. Omlag to tredeler kom i de heimebaserte tjenestene, hvor igjen fire av ti gikk til brukere under 67 år. I 2002–2005 opplevde tjenestene svak vekst på linje med årene 1988–1990 (det vil si før HVPU), med 675 årsverk per år som nesten i sin helhet gikk til heimebaserte tjenester. Omsorgstjenestene fikk i 2006–2007 den sterkeste veksten de tjue siste åra, med 5.600 årsverk i gjennomsnitt per år. Fortsatt kom mesteparten i de heimebaserte tjenestene. I de seks åra som fulgte HPE (det vil si 2002–2007), kom det til 14.000 årsverk. Bare 1.700 gikk til institusjonene.

Tidsrommet 1991–2007 har vekst som *vesentlig* er knyttet til innstrømmingen av brukere under 67 år. Det understreker at kommunal omsorg har fokusert mer på de heimebaserte tjenestene og yngre brukere.

2.6 Årsverk i heimebaserte tjenester etter alder og oppholdssted

Hele årsverksveksten 1990–95 og i 2001–2007 gikk til personer under 67 år. I 1989 sto de for 25 prosent av årsverkene i de heimebaserte tjenestene; 54 prosent i 1995 og 60 prosent i 2007. Brukerveksten har særlig kommet i ordinære boliger.

54 prosent av heimebaserte tjenester ble ytt i *kommunale* boliger. To av tre årsverk i heimebaserte tjenester ytt i kommunale boliger gikk til brukere under 67 år i 2002.

Av økningen fra 1996 til 2002 gikk mer enn sju av ti årsverk til brukere bosatt i ordinære, private boliger. Fra 2002 til 2006 kom tre firedeler av veksten i antallet brukere under 67 år blant brukere bosatte slik. Andelen årsverk i heimebaserte tjenester i kommunale boliger har *avtatt* etter HVPU-reformen.

Fra å være dominert av eldre fram til slutten 1980-åra, har de heimebaserte tjenestene blitt et vesentlig tilbud til yngre brukere. Vi finner et løp med voksende bruk av heimebaserte tjenester i kommunale boliger, og et annet løp sterkt preget av omsorg i *ordinære private* boliger. De heimebaserte tjenestene har ekspandert sterkere enn tilveksten av kommunale omsorgsboliger.

2.7 Årsverk i heimebaserte tjenester etter alder og hjelpeårsak

Ressursbruk i de heimebaserte tjenestene fordelt etter hovedårsak er viktig kunnskap for å bedømme utviklingen i tjenestene. Kommunene har tatt ansvar for *nye* brukere og *utvidet* tilbudet for etablerte grupper.

I 2007 ble det utført 64.000 årsverk i kommunale heimebaserte tjenester. Av disse gikk 60 prosent til brukere *under* 67 år. 18.000 slike årsverk gikk til *utviklingshemmede*, mens 20.000 årsverk gikk til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser som hovedårsak til hjelpebehovet. Av disse gikk 60 prosent til personer med

somatiske sykdommer, mens resten (drøyt 8.000 årsverk) gikk til brukere med psykiske lidelser.

I perioden 1996–2007 tilførte kommunene den åpne omsorgen vel 29.000 årsverk. Av disse gikk 19.500 til brukere under 67 år, hvorav ni av ti gikk til brukere med somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Blant brukere 67 år+ var det betydelig økning i perioden med 9.600 årsverk, men *samlige* kom i årene før 2002.

I perioden 2002–2007 førte kommunene netto 10.600 nye årsverk inn i de heimebaserte tjenestene. Bruken blant personer 67 år+ ble redusert. Innsatsen for brukere under 67 år økte fra 26.500 i 2002 til 38.000 årsverk i 2007. Det er en vridning på høyde med konsekvensen av HVPU-reformen i perioden 1990–95.

75 prosent av veksten gikk til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser*. Innsatsen for brukere med *psykiske lidelser* økte fra 3.700 årsverk i 2002 til 8.200 i 2007. Omlag 1.700 av veksten ble finansiert gjennom *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (OPH) i åra 2002–2007. Som HVPU-reformen løftet utviklingshemmede inn i kommunal omsorg, er det disse to gruppenes sterke inntog som kjennetegner perioden 1996–2007. Personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer sto i 2007 for en tredel av antall årsverk i de heimebaserte tjenestene. Kommunene har tilført ressurser langt ut over statens bidrag i OPH. Hovedtyngden har falt på brukere med *somatiske* sykdommer. Disse har ikke vært gjenstand for særskilt statlig satsing.

Årsverkene i heimebaserte tjenester til brukere under 67 år i 2007 tilsvarte 40 prosent av årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten samme år. Det demonstrerer hvor omfattende kommunene arbeider i forhold til slike brukere.

2.8 Endret intensitet i årsverk per bruker 1995–2006

Vi har vurdert intensiteten av omsorg etter 1995 blant sentrale brukere. Tjenestene målt ved omfang per bruker er både mål for behov og behovsdekning.

Innsats per bruker *under* 67 år med psykiske lidelser og/eller somatiske sykdommer ble doblet fra 0,18 i 1995 til 0,39 årsverk i 2006. Personer med psykiske lidelser og somatiske sykdommer fikk respektive 0,31 og 0,47 årsverk per bruker i 2006.

Tidligere synes tjenestene bare å ha ytt litt til alle brukere utenom utviklingshemmede. Doblingen overfor disse i antall årsverk per bruker etter 1995 er konkret uttrykk for at tunge brukere er trukket inn, eller så får hver av de samme brukerne mer. Mest sannsynlig har begge deler skjedd.

Innsatsen per bruker 67 år+ økte med 70 prosent fra 0,13 årsverk i 1995 til 0,22 årsverk i 2006. Med reduksjon i antall eldre brukere fra 1992 til 2006, er *all* vekst i ressursbruk for eldre tatt ut i økt intensitet. I eldreinstitusjoner økte antall årsverk per plass fra 0,97 i 1992 til 1,32 i 2007. Det er en økning på 25 prosent på 15 år.

Yngre brukere av heimebaserte tjenester med *psykiske lidelser og somatiske sykdommer* har eskpandert i bredden og dybden. Det synes å ha vært jevn vekst i *intensitet* i hjelpa, i takt med flere brukere. Utviklingen viser at kommunene har tatt mer ansvar for yngre brukere utenom utviklingshemmede. Kommunene har fulgt opp innstrømming av nye brukere med mer hjelp *per bruker*. Personer med omfattende hjelpebehov har

vært «pådriverne». Det tyder på at synet på hva som er «nødvendig» og «verdigg» omsorg har endret seg.

2.9 Driftskostnader i de heimebaserte tjenestene 1995–2007

Vi har vist fordelingen i heimebaserte tjenester etter hovedårsak til hjelpebehovet. Kostnadene for oppgaver som kommunene har tatt på seg er sentrale. For 2007 er brutto driftskostnader til heimebaserte tjenester for brukere under 67 år beregnet til 19,1 milliarder kroner i rapporten. 10,2 milliarder (54 prosent) gikk til brukere under 67 år med somatiske sykdommer eller psykiske lidelser².

I 1995–2007 løftet kommunene nivået for drift av heimebaserte tjenester for brukere under 67 år, tilsvarende 9,8 milliarder kroner på årsbasis i 2007, hvorav omlag 8,7 milliarder var knyttet til brukere med *somatiske sykdommer og psykiske lidelser* som hovedårsak til hjelpebehovet. Dette er nivåheving utover kostnader knyttet til ferdigbehandlede pasienter i somatiske andrelinjetjeneste. Vi mangler dessverre statistikk der årsverk splittes på heimebaserte tjenester versus eldreinstitusjoner eller mellom brukergrupper.

² se kap. 5 i NIBR-rapport 1:2010 med tabellvedlegg

3 Forskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Vi viser tre former for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten:

Kontakt mellom somatiske sykehus og kommunale omsorgstjenester (1)

Fra 2000 til 2008 økte antall innlagte i somatiske sykehus med 11 prosent og antall dagopphold med 82 prosent. Samtidig ble antall liggedager redusert med to prosent, fra 5,6 døgn i 2000 til 4,7 i 2008. Pleiedelen er sannsynligvis redusert. Antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne ble i tiårsperioden 1999–2008 redusert med en firedel, mens antall behandlede i døgnplasser økte med 68 prosent.

Flere innlagte, kortere liggetid, redusert antall liggedager i *somatiske* sykehus, samt sterk økning i dagopphold og poliklinisk virksomhet, sannsynliggjør forskyvning av oppgaver med økt press på de kommunale omsorgstjenestene.

Færre plasser, flere brukere, kortere oppholdstid og redusert antall døgnopphold i den *psykiatriske spesialisthelsetjenesten* sammen med sterk vekst i poliklinisk virksomhet, tilsier at flere er blitt avhengige av kommunale tilbud.

Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (2)

Omtale av samhandlingsformer og -tiltak i offentlige dokumenter eller rapporter er vage. Det vises til tiltak uten at de er kvantifisert i årsverk eller utbredelse på landsbasis. Det gjør det vanskelig å trekke gode slutninger.

Formene for samhandling har antakelig medført at kommunene har tatt på seg oppgaver som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenestene. Sjøl om ulike typer samhandling kan ha ført til kompetanseheving i kommunene, er vår hypotese at dette neppe har ført til vesentlig oppgaveforskyvning. Utgangspunktet for og intensjonene i *Samhandlingsreformen* støtter antakelsen.

Samhandling gjennom brukere som er skrevet ut fra somatiske sykehus og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (3)

Vi har lite empiri om pasienter som har vært behandlet i andrelinjetjenesten og deretter blitt brukere av kommunale tjenester. Det eneste analyserbare materialet om fortid i andrelinjetjenesten, er Helsetilsynets undersøkelse om året 2003. Den viste at 17 prosent av alle beboerne i *eldreinstitusjoner* var blitt brukere av kommunale tjenester direkte fra andrelinjetjenesten. Det samme gjaldt fire av ti beboere under 67 år. Åtte av ti kom fra somatiske sykehus. I *kommunale boliger* kom seks prosent av beboerne direkte fra andrelinjetjenesten, hvorav mange yngre brukere fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Av 10.000 personer med fortid i andrelinjetjenesten og plass i eldreinstitusjoner og kommunale boliger til omsorgsformål i 2003, kom to tredeler fra somatiske sykehus og én tredel fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Nærmere åtte av ti som kom fra andrelinjetjenesten, var personer 67 år og eldre. Spesialisthelsetjenestenes kontaktflate til kommunene var knyttet til *eldre og sykehjem* og i mindre grad til kommunale boliger – hvor det oftest dreier seg om yngre brukere fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

De kommunale eldreinstitusjonene og boligene synes å ha en viss samhandling med de somatiske sykehusene. Samhandlingen med den psykiatriske spesialisthelsetjenesten har vært større og gjaldt i 2003 3.100 årsverk knyttet til brukere i institusjoner/boliger med fortid i psykiatriske døgninstitusjoner. Undersøkelsen tyder på beskjeden kontaktflate mot kommunale sykehjem og boliger til omsorgsformål.

3.1 Oppgaveforskyvning i forhold til spesialisthelsetjenesten

Helsetilsynets undersøkelse³ omhandler tiltak som hjelp til behandling for *flere aktive, sammensatte sykdommer, teknisk spesialiserte medisinske prosedyrer og kontroll for adferdsavvik*. Omfanget av tilbud ved sammensatte sykdommer og teknisk-medisinske prosedyrer, er lite dokumentert.

I 2003 mottok ni prosent av alle med plass i institusjon og heimebaserte tjenester (18.000 personer) omfattende og/eller faglig spesialisert behandling. Størsteparten oppholdt seg i godt etablert kommunal institusjon. Brukere med *sammensatte sykdommer* utgjorde fem prosent av alle, mens tre prosent ble kontrollert for *adferdsavvik*. Det siste gjaldt hver sjettede utviklingshemmede og hver tolvte blant personer med psykiske lidelser eller alderdemens.

Bare fire av tusen fikk behandling gjennom *teknisk-medisinske prosedyrer* (respirator, smertebehandling o.l.) i 2003. Konklusjonen er at det var liten forskyvning av faglig spesialisert hjelp eller avansert medisinsk teknikk fra sykehus til kommunale omsorgstjenester. utfordringene befinner seg heller i kompetanse og oppgavemengden knyttet til pasienter med psykiske problemer, rusmisbrukere og til dels demente. Bildet kan senere være endret, særlig på bakgrunn av redusert liggetid i somatiske sykehus. Vi finner per 2009 likevel ikke empiri som underbygger slike endringer.

3.2 Utskrivning fra somatiske sykehus

Oppgavemengden i kommunene har økt. Noen hevder at sykehusene rendyrker sin rolle som behandlingsinstitusjon og at siste behandlingsfase og rekreasjonsfasen tas i kommunene. Andre begrenser spørsmålet til at flere innleggelser og redusert liggetid kan ha gitt flere pleiefaglige oppgaver eller medisinsk oppfølging innenfor kommunenes alminnelige kompetanse. Et tredje postulat er at raskere utskrivninger fra

³ fra 2003

sykehus har skjerpet kravet til bred kompetanse i kommunene for å sikre oppfølgingen.

Vi mangler empiri som viser bevegelsene mellom tjenestene innen et enkelt år, endringer over tid i grensen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester og oppgaveoverføring til kommunene ved redusert liggetid.

Vi må svare på spørsmålet ved hjelp av regneeksempler der omfanget i liggetid i sykehus tilsvarende omfang i opphold ved kommunale sykehjem eller boliger. Vi forutsetter at redusert liggetid i sykehus viser forskyvning fra sykehusene til kommunene. Hensikten med eksemplene er å etablere *alternative mål* for betydningen av nedsatt liggetid (a-c):

Kommunal ressursbruk i omsorgstjenester knyttet til personer skrevet ut av somatisk sykehus i 2003 som avlastning av sykehjem (a)

For personer med plass i sykehjem i 2003 har vi regnet om summen av liggedøgn i sykehus for dem som hadde slikt opphold i løpet av siste år til liggedøgn i sykehjem. For alle med fortid i somatisk sykehus siste år tilsvarte samtlige liggedøgn i sykehus 80 årsverk regnet om til opphold i kommunale sykehjem, eller 0,15 prosent av samtlige årsverk nyttet i kommunale eldreinstitusjoner det året. Utskrivninger fra somatiske sykehus som ble egterfulgt av opphold i sykehjem, hadde dermed liten betydning for samlet ressursbruk i sykehjem.

Regneeksemplet antyder «mellomværendet» mellom sykehus og sykehjem i 2003. I 2008 ble ca. fire prosent flere personer 70 år+ skrevet ut fra sykehus enn i 2003. Det sannsynliggjør små endringer fra 2003 til 2008.

Kommunale tjenester ved redusert liggetid i somatiske sykehus (b)

Redusert liggetid i somatiske sykehus kan medføre at de utskrevne pasientene overtas *tidligere* i kommunal omsorg. Vi mener det er grunn til å tro at stort sett *bele* omfanget av redusert liggetid i somatiske sykehus er realisert gjennom tilsvarende tid med opphold i kommunale sykehjem.

Når vi ser bort fra økning i antall døgnopphold, samt forutsetter at reduksjonen i liggetid i somatiske sykehus fra 2003 til 2008 (0,9 døgn) ble dekket inn ved opphold i kommunale sykehjem, tilsvarende det 1.600 sykehjems plasser (eller 2.150 årsverk). Dette utgjorde 3,9 prosent av årsverkene i eldreinstitusjoner i 2008.

Eksemplet kan betraktes som *maksimumsanslag* for hva redusert liggetid kan gi som kostnadsøkning i kommunal omsorg.⁴

Liggetid i somatiske sykehus ved manglende kommunal kapasitet ©

Opphold i somatisk sykehus for pasienter 70 år+ ble redusert med 1,7 døgn fra 1998 til 2007. Hvis reduksjonen ble realisert ved kommunal kapasitet til å ta imot pasientene, ville *samme antall utskrivninger* i 2007 som i 1999 ha redusert oppholdene i somatiske sykehus med 355.000 liggedøgn. Omregnet til opphold i sykehjem utgjør dette 970 plasser, tilsvarende 1.150 årsverk i 2007. Men sjøl om vi tilskriver *bele*

⁴ Utskrevne som ikke ble brukere av sykehjem etter sykehusoppholdet, eller som bare ble brukere av heimebaserte tjenester eller som ikke var brukere i det hele tatt, samt den delen av redusert liggetid som kan tilskrives bedre medisinsk behandling i sykehus, kommer til fratrukk.

reduksjonen manglende kommunale omsorgstjenester, representerte dette bare 2,25 prosent av samtlige plasser/årsverk i eldreinstitusjoner (2,2 sykehjems plasser per kommune).

Bare en mindre del av reduksjonen kan tilskrives bedre kapasitet og kompetanse i de kommunale omsorgstjenestene. Liggetidsreduksjonen skyldes vesentlig tiltak internt i sykehusene, herunder medisinske og teknologiske framskritt.

Det foreligger ikke data som viser hvem og hvor mange som skrives ut fra somatiske sykehus, som blir brukere av kommunale omsorgstjenester (eller går motsatt vei). Det refereres bare til erfaringer, sannsynliggjøring, antakelser og resonnementer som peker mot forskyvning av oppgaver. Studier som empirisk belyser hvordan oppgavefordelingen mellom sykehus og kommuner har endret seg, er fremdeles mangelvare.

3.3 Personer skrevet ut av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten – omregnet til ressursbruk i kommunal omsorg

Vi beregnet ressursbruk i kommunale omsorgstjenester knyttet til brukere med fortid i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Reduksjon på 1.400 heldøgns plasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten 1998–2008 representerte en årlig økning på 1.400 årsverk i de kommunale omsorgstjenestene i 2008.

I 2003 ble det gitt tilbud i institusjon og i kommunale boliger til 3.550 personer som kom direkte fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i årene før, tilsvarende i alt 3.100 årsverk til drift i 2003.

Betydelig økning i behandlede personer i det kommunale psykiske helsevernet for voksne, samt sterk vekst i poliklinisk virksomhet har økt kontakten med de kommunale tjenestene. I 2007 ble det utført ca. 7.500 årsverk i heimebaserte eller liknende tjenester i psykisk helsearbeid for voksne. Kommunene har tilført omlag 3.000 årsverk. Omtrent like mange er finansiert gjennom statlige tilskudd.

Våre beregninger indikerer at mange er skrevet ut fra døgnplasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til ordinær privat bolig og mottar tjenester der. I tillegg har kommunene tilført nesten like mange egenfinansierte årsverk i det psykiske helsearbeidet for voksne som det som ble finansiert gjennom OPH. Dette er en klar parallell til HVPU-reformen, hvor kommunene etter hvert ga tjenester til nesten like mange i tillegg til dem som kom fra institusjonene.

3.4 Ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus

Bør sykehus ta hand om behandling som kunne ha vært utført i kommunene? I 2007 var 145.000 liggedøgn knyttet til ferdigbehandlede pasienter som ikke var friske nok til å reise hjem, men manglet tilbud utenfor sykehus. Om disse døgnene ble dekket inn ved opphold i sykehjem, ville det medført 400 plasser, tilsvarende 525 årsverk. Dette tilsvarer én prosent av årsverksinnsatsen i eldreinstitusjonene samme år.

Utskrivningsklare pasienter i sykehus ville, omregnet i opphold i sykehjem, i 2007 maksimalt utgjort ca. én sykehjemsplass per kommune.

3.5 Konsekvenser av utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten

De økonomiske konsekvensene av oppgaver etter forskyvning mellom stat og kommune har vært sentralt i utredningen. Her følger en oversikt over innsats i kommunene ut fra eksemplene, regnet om til kostnader i kommunale sykehjem.

Redusert liggetid i somatiske sykehus (1)

Vi har stipulert effekten av redusert liggetid i somatiske sykehus i 2003–2008 for *bele* befolkningen og redusert liggetid 1999–2007 for pasienter 70 år+. Regnet om til opphold i sykehjem, utgjorde begge deler i regneeksemplene 1–2 prosent av samlede bruttokostnader til drift av eldreinstitusjoner i 2007 og 2008.

Liggedøgn knyttet til ferdigbehandlete pasienter i somatiske sykehus i 2007, regnet om til opphold i sykehjem, tilsvarte brutto driftskostnader på rundt 300 millioner kroner. Det tilsvarer ca. 0,5 prosent av de samlede driftskostnadene i den nasjonale omsorgssektoren i 2007, gitt at *samlige* døgn skyldtes manglende kapasitet og kompetanse i kommunene. Kommunal innsats gir relativt små kostnader, både i forhold til bruk av ressurser i institusjoner og (enda mindre) i forhold til den samlede kommunale omsorgssektoren.

Pasienter fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (2)

Våre beregninger viser at brukere fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten bosatt i kommunale boliger og i eldreinstitusjoner, benyttet kommunale tjenester for ca. 1,4 milliarder i brutto driftskostnader i 2003.

I perioden 1998–2008 overtok kommunen pasienter fra spesialisthelsetjenestens døgnplasser, tilsvarende 700 millioner i brutto driftskostnader i 2008.

Kommunene hadde etter 1998 egenfinansiert heimebaserte tjenester i det psykiske helsevernet for voksne med omlag 3.000 årsverk i tillegg til OPH. Som nivåhøyning representerte dette på årsbasis brutto driftskostnader tilsvarende 1,5 milliarder i 2007.

Samlet synes kommunene å ha påtatt seg oppgaver i det psykiske helsevernet for voksne etter 1998 som representerte minst to milliarder kroner på årsbasis i 2007, oftest i de heimebaserte tjenestene. I tillegg kommer kostnadene (ca. én milliard i 2003) knyttet til dem som kom fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til sykehjem. Dette gir drøyt tre milliarder på årsbasis, noe som er vesentlig mer enn for de somatiske sykehusene. Det føyer seg til det mønster vi har vist for brukere av heimebaserte tjenester under 67 år med somatiske sykdommer.

3.6 Kommunal omsorg og bruk av somatiske sykehus

Med vesentlig oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenestene til kommunene er det rimelig å vente økt ressursbruk i kommunene. SINTEF og Universitet i Oslo (Hero)

har gjennomført analyser av hvordan kommunal ressursbruk i 2008 påvirket bruken av somatiske sykehustjenester.

Det entydige resultatet fra SINTEF-analysen (2009) om bruk av sykehus for hele befolkningen, var at ulik ressursinnsats i kommunal omsorg hadde liten effekt på samlet sykehusforbruk, når det tas hensyn til variasjoner i behov. HERO (UiO i 2009) finner tilsvarende at samlet forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester ikke har effekt på variablene som beskriver det kommunale tilbudet.

Det synes bare å foreligge begrenset *substitusjon* mellom kommunehelsetjenesten og somatisk spesialisthelsetjeneste, for eksempel for personer 80 år+ akutt innlagt ved medisinske avdelinger. Variasjonen i det kommunale tilbudet av lege- og omsorgstjenester har ikke generell effekt på bruken av spesialisthelsetjenester.

Analysene kommer i hovedsak ut med samme resultat. Det er ingen signifikant sammenheng mellom ressursbruk i de kommunale tjenestene og samlet forbruk av somatiske sykehustjenester. Det finnes negative sammenhenger i forhold til deler av sykehusbruken i den eldste delen av befolkningen, men de er ikke markante.

3.7 Vekst i kommunal omsorg blant eldre

Oppgaveoverføring fra sykehusene burde gitt økt lege- og fysioterapiinnsats for eldre i kommunene. I perioden 2003–2007 økte institusjonsomsorgen med over tusen årsverk. I de heimebaserte tjenestene *reduseres* innsatsen til brukere 67 år+ med 860 årsverk i samme periode. Samlet var det altså *liten vekst* i den kommunale eldreomsorgen etter 2002.

Overlappet mellom kommunehelsetjenesten og de kommunale omsorgstjenestene er beskjedent. Det representerte 670 årsverk i fysioterapi- og legetjenester i 2007, med halvparten på hver. Veksten var liten fram til dette året og uten «oppgaveoverføringseffekt» målt i årsverk.

Svak årsverksvekst i eldreomsorgen og i kommunehelsetjenestene til eldre tyder på liten kommunal innsats for redusert liggetid eller overtakelse av ferdigbehandlede eldre i sykehus. Vi mangler imidlertid empiri for å knytte oppgaveforskyvning fra somatiske sykehus direkte opp mot økt ressursbruk i kommunene.

Hovedveksten i kommunale omsorgstjenester – med nærmere 40.000 årsverk etter 1995 – skyldes i liten grad *direkte* overføringer av brukere og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Veksten kan særlig knyttes til at *kommunene har påtatt seg nye oppgaver for nye brukere* og dyktiggjort seg til å løse dem gjennom endra innretning av tjenestene. Halvparten av årsverksveksten i perioden gikk til heimebaserte tjenester for brukere under 67 år, tilsvarende ca. 10 milliarder kr i brutto driftskostnader i 2007.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) reiser i *Sambandlingsreformen* spørsmål om kommunene i større grad kan ta ansvar for pasientbehandling, pleie, rehabilitering og forebygging. Siden eventuell unødig bruk av spesialisthelsetjenester (d.v.s. at andrelinja egentlig løser kommunale oppgaver) kan indikere for lav kompetanse og kapasitet i kommunene, vil overføring fra andrelinja til kommunene på kort sikt være mindre aktuelt.

4 Drivkrefter bak endring i kommunale omsorgsoppgaver

Vi gjør rede for *drivkrefter* bak endringer i de kommunale omsorgstjenestene de siste tjue åra. Vi definerer «nye» oppgaver i omsorgstjenestene som *spesifikke* tiltak, enkeltoppgaver som kommunene har utviklet for å ivareta nye brukergrupper med andre behov for tjenester og tiltak, større grad av individualisering, fleksibilitet og intensitet.

Kommunene har gradvis etablert et bredt omsorgstilbud gjennom økt fleksibilitet og intensitet, individuell tilpasning og medikalisering av tjenestene, samt ved endringer i heldøgnsomsorgen. Særlig har de heimebaserte tjenestene endret innhold, form og funksjon. Omsorgstjenestene har vokst i omfang og kompetanse, bl.a. fordi *forståelsen* av hva de kommunale tjenestene skal være har endret seg.

Tjenestene har bidratt til å normalisere folks liv tross helsemessig skrøpelighet. Kommunene har realisert mye av omsorgsmålet om å bo i egen bolig så lenge som mulig og blitt i stand til å løse oppgaver i tråd med nye innsikter, prinsipper og mål. De kan derfor i dag ta på seg oppgaver som tidligere lå til spesialisthelsetjenesten.

4.1 Statlige reformer og handlingsplaner

HVPU-reformen (1991–1995) skulle avvikle institusjonsomsorgen og tilby utviklingshemmede å bo selvstendig. Reformen ble drevet fram av målet om å normalisere levekårene. Det var første større statlige tiltak for endret innretning av omsorgstjenestene etter at kommunene overtok ansvaret for sykehjem i 1988. All vekst i de heimebaserte tjenestene i perioden 1991–95 gikk til utviklingshemmede (omlag 13.000 årsverk). Reformen omfattet også heimeboende utviklingshemmede. Kommunen bygde ut både tjenester og boliger. De statlige tilskuddene var omfattende og gjorde reformen realiserbar på kort tid.

HPE i perioden 1998–2001 var statlig satsing for å bedre kapasitet og kvalitet i kommunal omsorg. Den omfattet styrka hjemmetjeneste, flere plasser i heldøgnsomsorg, flere omsorgsboliger, fornyelse og modernisering av eldre institusjonsbygg og ensengsrom i sykehjem. Dette var den andre store satsingen fra staten overfor de kommunale omsorgstjenestene. Staten skulle bevilge ca. 10 milliarder kroner til drift av omlag 12.000 årsverk i perioden 1998–2001, hvorav 11.585 ble realisert. Av disse kom 9.700 årsverk (nærmere 80 prosent) i de heimebaserte tjenestene, hvorav igjen fire av ti gikk til brukere *under 67* år.

Opptrappingsplan for psykisk helse (OPH) i perioden 1998–2008 forutsatte både styrking av tjenestetilbudet i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Det ble lagt vekt på distriktpsikiatriske sentre, polikliniske tjenester og større kommunalt ansvar. Målet for psykisk helsevern for voksne i kommunene på 3.760 årsverk i 2008 ble nådd, idet 3.858 årsverk var tilført ved statlig finansiering ved utgangen av 2007. I 2007 ble det utført 9.000 årsverk i det kommunale psykiske helsevernet for voksne. Omlag halvparten ble finansiert ved statstilskott og resten i regi av kommunene. Opptrappingsplanen fungerte som pådriver ut over eget bidrag, analogt med hva som skjedde under HVPU-reformen

HVPU-reformen varsler noe nytt med tilvekst av andre yngre brukere enn utviklingshemmede i de heimebaserte tjenestene. Utviklingen skjøt fart i 1996–97, og fortsatte under HPE og OPH. Framfor alt har unge brukere strømmet inn. Utviklingen holdt seg gjennom svekket kommuneøkonomi i 2002–2005, for igjen å akselerere med styrket kommuneøkonomi i 2006–2007. De heimebaserte tjenestene har vokst jevnt og nærmest uavbrutt fram til 2007.

Innretning av omsorg i retning av flere heimebaserte tjenester synes å ha skjedd uavhengig av statlige satsinger. En forutsetning for bevegelsen har imidlertid vært omfattende bygging av omsorgsboliger fra 1994 gjennom statlige tilskotts- og låneordninger i Husbanken. Dette var delvis en videreføring av kommunal boligbygging for utviklingshemmede.

HVPU-reformen var det mest profilerte leddet i avinstitusjonalisering av omsorg på 1990-tallet sammen med ned-institusjonalisering i tilbudet til personer med psykiske lidelser og stagnasjon i institusjonstilbudet for eldre. Reformen viser en generell bevegelse mot boligging og individretting av omsorgstjenestene. Under HPE fortsetter trenden sammen med omsorgsboligbygging og styrking av de heimebaserte tjenestene i det psykiske helsevernet under OPH.

4.2 Profesjonsgrupper innen kommunal omsorg 1997–2007

Omlegging av innholdet og profesjonaliteten i omsorgstjenestene kan spores i sammensetning av yrkesgruppene. At enkelte profesjoner har vunnet fram gjenspeiler endret *innretning* av tjenestene. Av en vekst på nærmere 28.000 årsverk i 1997–2007, kom 37 prosent blant høgskoleutdannede, 40 prosent blant personell med videregående utdanning og resten blant pleieassistenter og ytere av praktisk bistand.

Sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter/ytere av praktisk bistand sto i 2007 for tre firedeler av årsverkene i kommunal omsorg. Relativt sett ble antall årsverk for disse gruppene redusert i løpet av tiåret, noe som i sin helhet var knyttet til et generasjonsskifte der eldre hjelpepleiere erstattes av yngre omsorgsarbeidere. I tillegg til økningen i antall vernepleiere, var det stor vekst blant sosionomer, barnevernspedagoger, og (særlig) miljøterapeuter med omlag 2.900 årsverk i perioden, antakelig særlig knyttet til sterk vekst i antall yngre brukere.

I perioden 1997–2007 vokste antall fysioterapi- og legeårsverk i kommunehelsetjenesten med henholdsvis 11 og 24 prosent. På landsbasis var det i 2007 knyttet 670 slike årsverk direkte til institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Overlappet mellom kommunehelsetjenesten og omsorgstjenestene var lite.

Endringer i profesjonssammensetning tyder ikke på nye medisinske oppgaver i omsorgstjenestene. Klassisk omsorgsarbeid utgjør den vesentlige tilveksten i 1997–2007. To tredeler av årsverksveksten var knyttet til omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, pleieassistenter og ytere av praktisk bistand. Disse har stått for det meste av økningen på vel 17.000 årsverk til brukere *under 67* år med heimebaserte tjenester.

I 2007 var det ca. 7.900 lege- og fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten. Til sammenlikning utgjorde *økningen* for sykepleiere, vernepleiere, miljøterapeuter og sosionomer 9.700 årsverk fra 1997–2007. Også for nye brukere er den vesentlige utviklingen i tjenestene i perioden knyttet til tradisjonell omsorg.

4.3 Kommunenes egendyktiggjøring og ansvarsutvidelse

Kommunenes økende evne til å ta nye oppgaver og å utvide dem for brukergrupper, særlig til personer under 67 år, har vært vel så viktig som statlige handlingsplaner. Veksten i ulike profesjonsgrupper og mangfoldet i boliger og institusjoner fra slutten av 1980-åra har gjort kommunene i stand til å ta langt bredere ansvar.

I perioden 1996–2007 vokste de heimebaserte tjenestene med 29.000 årsverk. To tredeler gikk til brukere under 67 år. Omlag 10.000 årsverk er tilført av kommunene selv, uavhengig av nivåheving gjennom statlige handlingsplaner. Det meste har gått til brukere med somatiske sykdommer som hovedårsak til hjelpebehovet.

Kommunene har etter 1995 videreført og utvidet etablerte oppgaver samtidig som de *på eget initiativ* hevet nivået med nye tiltak i heimebaserte tjenester tilsvarende *bele* det statlige driftsbidraget under HPE. Det meste av veksten er hjelp til flere yngre brukergrupper og mer hjelp per person. Halvparten av de utviklingshemmede brukerne av heimebaserte tjenester i 1995 kom fra annet enn HVPU-institusjoner.

Det samme skjedde i tilknytning til OPH. Kommunene etablerte omlag like mange egenfinansierte som statlig finansierte årsverk i heimebaserte tjenester i det psykiske helsearbeidet for voksne. Kommunene har altså utvidet sitt ansvar til andre områder enn dem som dekkes av de statlige reformene, og som antakelig har like stort behov for offentlig bistand.

Under HVPU-reformen og OPH kom det minst like mange brukere fra egne heimer som fra institusjonene. Majoriteten av brukerne med somatiske sykdommer eller fysisk funksjonshemming kan ikke ha kommet fra institusjonene, siden de få institusjonsplassene for disse (f.eks. vanføreheimene) var avviklet før 1995.

Sju av ti brukere under 67 år i kommunale boliger i 2003 kom heimefra eller fra annen kommunal bolig. Nye yngre brukere kommer oftest fra egne heimer/foreldreheimer: Sju av ti av 25.000 nye brukere av heimebaserte tjenester under 67 år i perioden 1997–2006 var bosatt i ordinære private boliger.

Innsatsen for yngre funksjonshemmede som bor i ordinære private heimer, underbygger at kommunene gradvis har tatt på seg oppgaver som tidligere ble ivaretatt av familien eller ikke var skjøttet. Det tiltakende innslaget av tungt fysisk funksjonshemmede i kommunale boliger er uttrykk for at kommunene har tatt ansvar for langt flere slike enn tidligere. Likevel har majoriteten av nye yngre brukere fått hjelp der de bor i private boliger.

Drivkrefter i HVPU-reformens kjølvann har vært en forståelse i familiene av at det er mulig å få kommunal hjelp, med kommunal aksept og praktisk oppfølging. Samtidig har familiene tatt lærdom fra HVPU-reformen og stilt høyere krav til kommunene.

Flere unge brukere i de heimebaserte tjenestene følger bl.a. av at fagpersonalet i kommunene har fokusert på omsorgstjenestene mot yngre brukere, med økte faglige ambisjoner hos de ansatte. Kommunene er derfor blitt bedre i stand til å realisere helse- og omsorgsmål.

Vesentlige deler av fornyingen, særlig for brukere med somatiske sykdommer, synes å ha blitt til uten statlig innblanding, generert av fagmiljøene og uten politisk debatt.

4.4 Kommunal samhandling med spesialisthelsetjenesten

Betydelige brukergrupper er avhengige av at kommunale omsorgstjenester samhandler med spesialisthelsetjenesten. Hvordan skjer kommunal læring gjennom samarbeid om statlige handlingsplaner og samhandling med den psykiatriske spesialisthelsetjenesten?

Arbeidet med de statlige handlingsplanene har sannsynligvis hatt betydelig virkning på utforming av de kommunale tjenestene. Også i de psykiatriske spesialisthelsetjenestene har det blitt økt samhandling med kommunene gjennom etablering av flere døgnplasser i distriktpspsykiatriske sentre (DPS-er) og større aktivitet overfor disse brukergruppene i kommunene.

En betydelig økning i antall behandlede i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og poliklinisk virksomhet betyr økt samhandling med de kommunale tjenestene. Arbeid med OPH har vært en betydelig pådriver her. Det bekreftes av det antall årsverk kommunene har tilført det psykiske helsevernet.

Vi har undersøkt om det har funnet sted pådriving, læring og utvikling gjennom spesialisert medisinsk faglig profesjonsutvikling, generell samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og/eller oppgaveoverføring knyttet til økt poliklinisk virksomhet og redusert liggetid ved somatiske sykehus.

Vi har ikke funnet betydelig forskyvning av faglig spesialiserte tjenester til kommunene, sjøl om slike oppgaver har vokst. Det er små endringer i sammensetningen av profesjonsgruppene innen omsorg i tiåret fram til ca. 2008. Vi antar derfor at profesjonsendring ikke er vesentlig for utviklingen av de kommunale tjenestene.

Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har ført til at kommunene har overtatt oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Tiltakene er dårlig kvantifisert. Det gjør det vanskelig å vurdere konkret om slike samhandlingsformer har hjulpet utviklingen av de kommunale tjenestene.

Antall innlagte, dagopphold og polikliniske behandlinger i eller ved sykehus har økt samtidig som liggetida er redusert. Vi har ikke empirisk grunnlag for å vurdere om utviklingen har drevet innretningen av tjenestene, ut over økt omfang av allmenne omsorgsoppgaver. Det er vanskelig å ta stilling til om utviklingen har bidratt til å

dyktiggjøre kommunene i sitt arbeid overfor oppgaver i den somatiske spesialisthelsetjenesten.

4.5 Innstrømning av nye brukere

Endringer i demografi og helse har hatt liten betydning for utvikling i sykelighet og helse. Utvikling i særskilte lidelser (for eksempel senskader etter trafikkulykker) er imidlertid en klar, men mindre vesentlig årsak til økt etterspørsel etter kommunale tjenester.

Vi har ikke grunnlag for å vurdere om endringer i tilgang på *privat* omsorg har påvirket utviklingen av omsorgstjenestene, utover at kommunene har overtatt oppgaver for *sterkt hjelpetrequende* fra familiene.

Det er vanskelig å kvantifisere endringer i *holdninger, forventninger og kunnskap*, men slike endringer har antakelig bidratt til økt etterspørsel. Grensene for «nødvendige» og «verdige» tilbud er også flyttet av tilbyderne. Sjøl om faktorene er vanskelige å måle, må de anses som vesentlige for utviklingen i etterspørselen etter kommunale omsorgstjenester.

4.6 Mere heimebaserte tjenester til brukere under 67 år

I perioden 1996–2007 vokste de heimebaserte tjenestene til brukere under 67 år med ca. 19.500 årsverk. Statlige driftstilskudd til psykisk helsevern i kommunene under OPH, toppfinansieringsordningen for særskilt ressurskrevende brukere, samt vertskommunetilskuddet for utviklingshemmede, finansierte i 2007 og 2008 omlag 10.000 av årsverkene.

Kommunene dekket selv omlag halvparten av denne nivåhevingen etter 1995. De har dermed påtatt seg betydelige oppgaver for nye brukere. Og brukere under 67 år med *somatiske* sykdommer – som i 2007 nyttet ca. 12.000 årsverk i de kommunale heimebaserte tjenestene – har aldri vært gjenstand for en statlig handlingsplan.

Framveksten av unge brukere, ren hjemmesykepleie og reduksjonen i antallet mottakere av bare hjemmehjelp, kjennetegner tiåret som startet med HPE i 1998. Yngre menneskers behov har vært sentrale pådrivere.

5 Vekststruktur målt i årsverk

Vi gjør et enkelt forsøk på å antyde økonomiske konsekvenser gjennom en overordnet beregning av anslag for vekst i antall årsverk – i den grad underlagsmaterialet tillater det. Denne tilnærmingen er basert på underliggende anslag av flere partielle beregninger innen ulike segmenter av omsorgen og over flere ulike delperioder med endringer for den samlede femtenårsperioden 1993–2007. Grunnlaget er satt sammen og stipulert med referanser til ulike kilder.

Gjennom hele perioden hevdes det i rapporten at omsorgssektoren samlet har fått tilført (netto) 43.000 årsverk. De underliggende beregninger tar høyde for økt *intensitet* i omsorg per bruker. Som følge av de mange og til en viss grad ulike forutsetninger som ligger til grunn for beregning av segmentene, vil det ikke nødvendigvis være konsistens i de aggregerte beregningene. Særlig det nominelle nivået i oversikten blir dermed samlet nokså usikkert. Kostnader per årsverk (justert for øvrig pris-/kostnadsvekst) kan også ha blitt endret gjennom perioden som følge av endret profesjonssammensetning innen omsorgssektoren. Gitt denne usikkerheten, har vi ikke funnet grunnlag for å presentere kostnadsoverslag for endringene som har oppstått i løpet av perioden.

Basert på mer detaljerte tall som gjengis i rapporten, har vi funnet og aggregert opplysninger med indikasjon om fordeling mellom omsorgstyper og -grupper. For årene 1994–2007 summerer disse seg til i underkant av 36.000 årsverk. 1993 preges mye av HVPU-reformen, og det hevdes i rapporten at *hele* omsorgsveksten dette året kom i heimebaserte tjenester. Om vi forutsetter at økningen dette året ligger på rundt 7.000 årsverk, gir det rimelig konsistens i tallreferansene. Vi understreker likevel at disse nominelle beregningene er heftet med betydelig usikkerhet. Tross alle feilkilder, mener vi at tendensen i det strukturelle bildet av omsorgsdreiningen er tydelig.

Forholdstallene mellom utviklingen innen de tre typene spesifisert omsorg gir en klar indikasjon på den strukturendring som har foregått i perioden. Den summariske framstillinga viser endring av ressursinnsats fra institusjonell til heimebasert omsorg i kombinasjon med at flere yngre brukergrupper nå tas vare på innen kommunal omsorg.

Tabell 5.1 *Vekst i årsverk innen omsorg*

År	Beskrivelse (fra rapporten)	Institusjon	Heimebasert		Sum
			under 67	67+	
1993	Gjennomføring av HVPU		7000	0	7000
1994-1995	Nesten ingen vekst	0	0	0	0
1996-1997	4800 per år	2880	2240	4480	9600
1998-2001	Økning under HPE (m/statsstøtte)	4000	3200	4800	12000
2001-2007	Totalvekst innen omsorg, hvorav 1700 i institusjon	1700	12300	0	14000
1993-2007	Samlet vekst	8580	24740	9280	42600

Tallene i tabellen er beregnet på bakgrunn av omtrentelige opplysninger i rapporten. Anslaget for årene 1996–1997 er laget på bakgrunn av at det i rapporten hevdes at det har foregått en gradvis relativ økning av brukere under 67 år. Vi har derfor lagt til grunn at denne andelen innen heimebaserte tjenester var noe lavere (en tredel) enn i de påfølgende årene (fire av ti).

Ca. 10.000 av disse er økning innen institusjonell omsorg, mens hoveddelen av veksten – med rundt 33.000 årsverk – har kommet innen heimebaserte tjenester. Siden eldreinstitusjonenes andel av samlet årsverksinnsats innen omsorgstjenester har falt gjennom perioden⁵, så illustrerer denne oversikten også vridningen av innsatsen mot nye, yngre brukergrupper.

Vi har også beskrevet den samme utviklingen og den relative fordeling over år og grupper.

Tabell 5.2 *Vekst i årsverk innen omsorg. Prosent.*

År	Beskrivelse (fra rapporten)	Institusjon	Heimebasert		Sum
			under 67	67+	
1993	Gjennomføring av HVPU	0 %	16 %	0 %	16 %
1994-1995	Nesten ingen vekst	0 %	0 %	0 %	0 %
1996-1997	4800 per år	7 %	5 %	11 %	23 %
1998-2001	Økning under HPE (m/statsstøtte)	9 %	8 %	11 %	28 %
2001-2007	Totalvekst innen omsorg, hvorav 1700 i institusjon	4 %	29 %	0 %	33 %
1993-2007	Samlet vekst	20 %	58 %	22 %	100 %

Tabellen viser tydelig at mens institusjonsbasert omsorg bare har vært tilgodesett med rundt 20% av årsverksveksten, så har hovedtyngden av økningen kommet ved utvikling av omsorgstilbud for nye brukergrupper under 67 år. Selv om vi går ut fra at økningen i 1993 utelukkende skyldes HVPU, viser tabellen en klar tendens til at kommunene har hatt et sterkt fokus på å innrette sine omsorgstilbud mer mot yngre brukere.

⁵ se kap. 2.4