

SINTEF A11522

RAPPORT

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

Beate M. Huseby og Bård Paulsen

SINTEF Helsetjenesteforskning
Mai 2009

www.sintef.no



**SINTEF Teknologi og samfunn**

Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim

Besøksadresse:

Teknobyen innovasjonssenter

Abels gt 5

7030 Trondheim

Telefon: 73 59 03 00

Telefaks: 932 70 800

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

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

FORFATTER(E)

Beate M. Huseby og Bård Paulsen

OPPDRAKSGIVER(E)

Kommunenes Sentralforbund

RAPPORTNR. SINTEF A11522	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Anne Tøndevold, Kari Hesselberg	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04785-1	PROSJEKTNR. 78H122	ANTALL SIDER OG BILAG 207
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\78H122 KS Eldreomsorg 2009\ENDELIGE RAPPORTER\Rapport A11522 Eldreomsorgen i Norge 09120950.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Bård Paulsen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Birgitte Kalseth
ARKIVKODE E	DATO 2009-05-13	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

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

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

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

Forord

Formålet med dette prosjektet er å undersøke forholdet mellom nordmenns oppfatninger og vurderinger av eldreomsorgen i landet vårt, og måten den fremstår på med utgangspunkt i nasjonal statistikk. En særlig vekt er lagt på kartlegging av variasjoner kommunene imellom, som belyser ulikheter i kvalitet i og tilgjengelighet til omsorgstjenester.

I denne rapporten er samlet fire delrapporter, som hver for seg skal bidra til belysning av de problemstillingene som danner utgangspunktet for prosjektet. Det er gitt en samlet drøfting av resultatene fra disse prosjektene i en egen kortrapport: "Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden? Kortversjon." Den kan bestilles fra SINTEF helsetjenesteforskning.

I dette arbeidet har vi vært avhengige av mange gode hjelpere. Delrapport 1 er en analyse av avisoppslag om eldreomsorgstjenester i nettutgavene av et utvalg norske og svenske aviser. Ingrid Sand og Ingrid B Bakke har levert grunnlagsdata for dette prosjektet, basert på elektronisk søking, gjennomlesning og koding av aktuelle avisoppslag. Den tekniske gjennomføring av en spørreskjema-basert undersøkelse til et representativt utvalg på 1000 nordmenn, som danner grunnlaget for delprosjekt 2, ble ivaretatt av Sentio A/S. Kommuneforlaget, ved spesialrådgiver Geir Halstensen, har sørget for overføring og tilrettelegging av data fra brukerundersøkelser i omsorgstjenesten i regi av KS Effektiviseringsnettverk. De danner datagrunnlaget for delprosjekt 3, der vi drøfter variasjoner i brukernes opplevelser og vurderinger av det tilbudet de får. En takk til alle som på ulike måter har gitt viktige bidrag til gjennomføring av dette prosjektet.

Oppdragsgiver for denne undersøkelsen er Kommunenes Sentralforbund. KS har også etablert en svært innsiktsfull og meget aktiv referansegruppe for prosjektet, som det var spennende og morsomt for oss som forskere å få lov å samarbeide med underveis. Vi takker KS for oppdraget, og våre kontaktpersoner Kjell-Torgeir Skjetne, Anne Tøndevold og Kari Hesselberg for god støtte og oppfølging underveis. Og vi vil takke referansegruppa: Bjørg Tysdal Moe, Gunda Pauline Johansen, Hilde Onarheim, Ivar Johansen, Kjell Fosse, Trond Lesjø og Trond Stenhaug – for gode innspill og et meget hyggelig og nyttig samarbeide.

Birgitte Kalseth har vært kvalitetssikrer for prosjektet, og har bidradd på viktige måter i arbeidet.

Mange har altså gitt vesentlige bidrag til dette prosjektet, og uten dette ville det aldri kunnet la seg realisere. Men alle synspunkter og konklusjoner som fremkommer i rapporten, og alle de svakheter og feil den måtte være beheftet med, er det forfatterne alene som er ansvarlige for. Bård Paulsen er ansvarlig for delrapportene 1 til 3, mens Beate Huseby har ansvaret for delrapport 4.

Trondheim, 13 mai 2009

Beate Huseby

Bård Paulsen

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Tabelloversikt	12
Figuroversikt	19
Sammendrag	21
Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?	23
Delprosjekt 1	27
Eldreomsorg som avistema	27
1 Innledning	29
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen	29
1.2 Design og metode	30
2 Om datagrunnlaget	32
3 Eldreomsorg som tema i "det offentlige rom"	34
3.1 Innledning	34
3.2 Fokus, tema, aktører - noen generelle trekk.....	34
3.3 Oppsummering.....	36
4 Hovedtema	37
4.1 Innledning	37
4.2 Hovedtema i eldreomsorgsrelaterte oppslag i Norge og Sverige	37
4.3 Hvem snakker om hva?	38
4.4 Oppsummering.....	39

5	Enkeltmenneskers møte med omsorgs-tjenesten i Norge. Historier fra avisreportasjer i norske nettavisene.....	40
5.1	Innledning	40
5.2	Manglende tilbud	41
5.3	Uverdigg behandling – systemsvikt	41
5.4	Kriminelle handlinger fra omsorgsgivere	42
5.5	Ulykker	43
5.6	“Glad-meldinger”	44
5.7	Oppsummering.....	44
6	Synspunkter fra fagpersonell	45
6.1	Innledning	45
6.2	Innlegg om bemanning	45
6.3	Overmedisinering.....	45
6.4	Kompetanse.....	46
6.5	Legedekning.....	46
6.6	“Glad-meldinger”	47
6.7	Oppsummering: personalets stemmer.....	47
7	Innlegg fra privatpersoner	48
7.1	Innledning	48
7.2	Fortellinger om møte med omsorgstjenesten.....	48
7.3	Oppslag med generelt innhold.....	49
7.4	Oppsummering.....	51
8	Politiske partier.....	52
8.1	Innledning	52
8.2	Kritikk av forholdene i eldreomsorgen	52
8.3	Konkurransetsetting/privatisering	53
8.4	Andre forslag fra partiene.....	53
8.5	Oppsummering.....	54
9	Oppsummering/konklusjon	55

9.1	Innledning	55
9.2	Er det forskjeller mellom Norge og Sverige med hensyn til hvordan temaet eldreomsorg behandles i "det offentlige rom"?	55
9.3	Valgkampens betydning	56
9.4	Viktige tema i den norske "offentlige samtalen" om eldreomsorg.....	56
9.5	Oppsummering/diskusjon: Den offentlige diskusjonen om eldreomsorgen – og den enkeltes forventninger om offentlig hjelp	58
	Delprosjekt 2	61
	Nordmenns holdninger til omsorgstjenesten	61
1	Innledning	63
1.1	Formålet med undersøkelsen	63
1.2	Om svargiverne	63
1.3	Erfaringer med bruk av omsorgstjenester	65
1.4	Data fra Eurobarometer	66
2	Vurderinger av omsorgstjenester for eldre	67
2.1	Innledning	67
2.2	Generelle synspunkter på kvaliteten i sykehjem og hjemmebaserte tjenester	67
2.3	Variasjoner i befolkningens vurderinger av sykehjem	68
2.4	Variasjoner i befolkningens vurderinger av hjemmesykepleie og hjemmehjelp	69
2.5	Oppsummering.....	71
3	Synspunkter på kvalitet og bemanning i omsorgstjenesten	72
3.1	Innledning	72
3.2	Ulike synspunkter på omsorgspersonellets innsats	73
3.3	Faktorer som innvirker på vurderinger av bemanningssituasjonen.....	75
3.4	Ulike synspunkter på behovet for aktive pårørende	77
3.5	Risiko for faglig svikt eller overgrep	79
3.6	Oppsummering.....	79
4	Forholdet mellom det offentliges og den enkeltes ansvar	80

4.1	Innledning	80
4.2	Generelt: Hvem skal betale og hva skal det kreves av familien?	80
4.3	Betalingsvilje – egenandeler ved praktisk hjelp.....	81
4.4	Ulike synspunkter på praktiske forpliktelser for familien.....	82
4.5	Oppsummering/konklusjon.....	85
5	Når jeg selv blir gammel	86
5.1	Innledning	86
5.2	Trygghet for framtida?.....	86
5.3	Trygg på å få nødvendig hjelp?	88
5.4	Hvordan vil vi ha det når vi blir gamle?	89
5.5	Oppsummering.....	90
6	Norge sammenlignet med andre land	92
6.1	Innledning	92
6.2	Bedre eller dårligere: Norsk omsorgstjeneste sammenlignet med andres.....	93
6.3	Bekymret for å bli gammel?.....	93
6.4	Antatt risiko for overgrep og dårlig behandling	95
6.5	Tillit til omsorgspersonellet.....	97
6.6	Oppsummering/konklusjon.....	98
7	Sammenfatning, drøfting	99
7.1	Innledning	99
7.2	Mange nordmenn er bekymret for alderdommen.....	99
7.3	Ulike oppfatninger om grensene mellom det offentlige og private ansvaret	100
7.4	Hvordan vil vi ha det?.....	100
7.5	Helt elendig – eller best i verden?.....	100
	Vedlegg 1: Spørreskjema.....	101
	Delprosjekt 3	105
	Synspunkter fra brukere og deres pårørende	105
1	Innledning	107

1.1	Innledning	107
2	Synspunkter fra institusjonsbeboerne og deres pårørende.....	111
2.1	Innledning	111
2.2	Synspunkter fra beboere og deres pårørende – en oversikt	111
2.3	Selvbestemmelse	114
2.4	Aktivitetstilbud	116
2.5	Kunnskap om egen helse	117
2.6	Trivsel blant beboerne	118
2.7	Sammenfatning/drøfting	120
3	Brukerne av hjemmebaserte tjenester	123
3.1	Innledning	123
3.2	Ulike brukere – ulike problemstillinger?	124
3.3	Innflytelse på innholdet i tjenesten	127
3.4	Brukernes innflytelse på tjenestevolumet	129
3.5	Nok hjelp i forhold til opplevde behov?	130
3.6	Forutsigelighet.....	131
3.7	Sammenfatning/drøfting	133
4	Noen ord til slutt	137
	Delprosjekt 4	139
	Tallenes tale – hvor god er egentlig eldreomsorgen i Norge?.....	139
5	Innledning	141
5.1	Sentrale utviklingstrekk i pleie og omsorgssektoren 1997-2007	141
5.2	Kommunale forskjeller i kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet.....	144
6	Hvor stor del av ressursene i pleie- og omsorgssektoren går til eldreomsorg?	146
6.1	Kommuner med manglende eller ufullstendige data	149
6.2	Om landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og relativt standardavvik.....	151

7	Brutto driftsutgifter til eldreomsorg.....	152
7.1	Utgifter til institusjoner og utgifter til hjemmetjenester.....	153
7.2	Hva forklarer variasjonene i utgiftene?.....	155
7.2.1	Hva forklares ikke?.....	158
8	Årsverk i eldreomsorgen	159
8.1	Hva forklarer forskjellene mellom kommunene i årsverk?.....	160
8.2	Sammenhenger mellom årsverk, utgifter og dekningsgrad	161
9	Tjenestetilbudets dekningsgrad	163
9.1	Antall timer med hjemmetjeneste per uke	163
9.2	Mottakere av hjemmetjenester	164
9.3	Dekningsgrad institusjonsplasser.....	165
9.4	Dekningsgrad totalt (sum hjemmetjenester og institusjonsplasser)	166
9.5	Hva forklarer variasjonene i dekningsgrad totalt?.....	166
9.6	Omsorgsfokus	169
10	Kvaliteten i eldreomsorgen	173
10.1	Indikatorer fra KOSTRA.....	174
10.1.1	Hva påvirker variasjonene i kommunene når det gjelder implementering av brukerundersøkelser?	175
10.1.2	Hva påvirker variasjonene i kommunene når det gjelder legetimer per uke per institusjonsplass?.....	175
10.1.3	Hva påvirker variasjonene i kommunene når det gjelder andel ansatte med fagutdanning? ..	175
10.2	Helsetilsynets vurderinger av kvaliteten i eldreomsorgen	176
10.2.1	Tilsynsrapporter 2003-2008.....	177
11	Kommuneprofiler i eldreomsorgen	181
11.1	Kommuneprofiler i eldreomsorgen og kvalitetsindikatorer	186
11.2	Status for eldreomsorgen i sju utvalgte kommuner	187
12	Norsk eldreomsorg i et internasjonalt perspektiv	193
12.1	Innledning	193
12.2	Tjenester til hjemmeboende i nordisk perspektiv	194

12.2.1	Endringer over tid:	195
12.3	Tilgjengelighet til eldreboliger og institusjonsplasser i nordisk perspektiv	196
12.3.1	Endringer over tid	197
12.4	Utgifter til eldre	198
12.4.1	Om data fra europeiske land på sosiale utgifter	199
12.4.2	Utgifter til tjenester til eldre	200
12.4.3	Pensjoner	201
12.5	Utgifter til helsetjenester	203
13	Kort oppsummering	205

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Oversikt over aviser som inngår i undersøkelsen. I parentes: Antall tilslag i perioden.	30
Tabell 1.2	Benyttede søkeord. Norske og svenske aviser.	31
Tabell 2.1	Tilslag etter søkeord i norske og svenske aviser. Prosentvis. Absolutte tall i parentes.	32
Tabell 2.2	Andel relevante tilslag etter land. Prosent. Absolutte tall i parentes. N=2438.	32
Tabell 2.3	Fordeling mellom ulike søkeord etter fjerning av irrelevante oppslag. Prosentvis. N=2068.	33
Tabell 2.4	Forholdet mellom riks- og lokalaviser. N=2068.	33
Tabell 3.1	Andel oppslag med eldreomsorg som hovedtema. Norge under/etter valgkamp 2007, Sverige. Prosentvis. N=2059)	34
Tabell 3.2	Hvem snakker? Avisoppslag fordelt på aktører. Norge under og etter valgkamp, Sverige. Prosentvis. N=2057.	35
Tabell 3.3	Andel artikler der eldre/eldreomsorg er hovedtema. Etter Aktør. Norge og Sverige, hele perioden. Prosentvis. N= 2066.	36
Tabell 4.1	Hovedtema. Norge under og etter valgkamp, Sverige. Prosentvis fordeling. N = 2093.	37
Tabell 4.2	Artikkelens tema etter hvem som taler gjennom artikkelen. Norge og Sverige samlet. Prosentvis N = 2064.	38
Tabell 1.1	Svargiverne etter alder. Faktisk og vektet utvalg. N = 1000.	64
Tabell 1.2	Svargiverne etter kjønn. Faktisk og vektet utvalg. N = 1000.	64
Tabell 1.3	Svargiverne etter landsdel. Faktisk og vektet utvalg. N = 1000.	64
Tabell 1.4	Svargiverne etter landsdel. Faktisk og vektet utvalg. N = 1000.	65
Tabell 1.5	Andel svargivere med ulike erfaringsgrunnlag med bruk av omsorgstjenesten. N = 992.	66
Tabell 2.1	Totalvurderinger av sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Prosentvis. N = 461.	67
Tabell 2.2	Vurdering av kvaliteten i sykehjem. Etter svargivernes alder. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Prosentvis. N = 461.	68
Tabell 2.3	Vurdering av kvaliteten i sykehjem. Etter kommunestørrelse. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Prosentvis. N = 459.	68

Tabell 2.4	Vurdering av kvaliteten i hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Etter svargivernes erfaring med omsorgstjenesten. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester Prosentvis. N = 459.	69
Tabell 2.5	Vurdering av kvaliteten i hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Etter svargivernes alder. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Prosentvis. N = 461.....	69
Tabell 2.6	Vurdering av kvaliteten i hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Etter størrelse på svargivernes bokommune. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Prosentvis. N = 460.....	70
Tabell 2.7	Logistisk regresjon. Tilbøyelighet til å vurdere hjemmebaserte tjenester som "Meget bra" etter brukererfaringer, alder og kommunestørrelse. Svargivere med brukererfaringer fra omsorgstjenesten. Odds Ratio. N = 464	70
Tabell 3.1	Vurdering av personellsituasjon og personellinnsats. Prosentvis. N = 1000.	72
Tabell 3.2	Pårørende må stå på for sine eldre. Prosentvis. N = 1000.	72
Tabell 3.3	Enighet med påstanden: " De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb". Etter erfaringsgrunnlag. Prosentvis. N=991.	73
Tabell 3.4	Enighet med påstanden: " De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb". Etter alder. Prosentvis. N = 999.	73
Tabell 3.5	Enighet med påstanden: " De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb". Etter kjønn. Prosentvis. N = 1002.	74
Tabell 3.6	"Helt enig" i påstanden "De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb." Etter svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten, alder og kjønn. Logistisk regresjon. N=992	74
Tabell 3.7	Enighet med påstanden: " Jeg synes det virker som om bemanningen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. ". Etter alder. Prosentvis. N = 1000.....	75
Tabell 3.8	Enighet med påstanden: " Jeg synes det virker som om bemanningen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. ". Etter kjønn. Prosentvis. N = 999.....	75
Tabell 3.9	Enighet i påstanden "Jeg synes det virker som om bemanningssituasjonen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne". Etter størrelse på svargiverens bokommune. N=995.....	76
Tabell 3.10	Enighet med påstanden: "Bemanningen i eldreomsorgen er dårlig". Etter svargivernes alder, kjønn og bokommune. Logistisk regresjon.	76

Tabell 3.11	Enighet med påstanden: "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem". Etter svargivernes erfaringsgrunnlag med omsorgstjenesten. Prosentvis. N = 989 .	77
Tabell 3.12	Enighet med påstanden: "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem". Etter svargivernes alder. Prosentvis. N = 1001	77
Tabell 3.13	Enighet med påstanden: "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem". Etter svargivernes kjønn. Prosentvis. N = 1000.....	78
Tabell 3.14	"Helt enig" i påstanden "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengig av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem." Etter svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten, alder og kjønn. Logistisk regresjon. N = 992	78
Tabell 3.15	Antatt risiko for faglig svikt eller overgrep i eldreomsorgen. Prosentvis. N = 1000.....	79
Tabell 4.1	Enighet med påstander om betalingsvilje og praktiske forpliktelser. Prosentvis fordeling. N=1000.....	80
Tabell 4.2	Enighet med påstanden "Jeg synes det er riktig at eldre bør betale en egenandel når de får hjelp til husarbeid." Etter erfaringer med omsorgstjenesten. Prosentvis. N= 992	81
Tabell 4.3	Enighet med påstanden "Jeg synes det er riktig at eldre bør betale en egenandel når de får hjelp til husarbeid." Etter alder. Prosentvis. N= 1001)...	81
Tabell 4.4	Enighet med påstanden "Jeg synes det er riktig at eldre bør betale en egenandel når de får hjelp til husarbeid." Etter husholdsinntekt. Prosentvis. N= 788	82
Tabell 4.5	"Enig" i påstanden "Jeg synes det er riktig at eldre bør betale den egenandel når de får hjelp til husarbeid." Etter svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten, alder og inntekt. Logistisk regresjon. N=1000.....	82
Tabell 4.6	Enighet med påstanden "Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter erfaringer med omsorgstjenesten. Prosentvis. N = 989	83
Tabell 4.7	Enighet med påstanden "Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter alder. Prosentvis. N = 1000	83

Tabell 4.8	Enighet med påstanden "Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter kjønn. Prosentvis. N = 1002)	83
Tabell 4.9	Enighet med påstanden "Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter utdanning. Prosentvis. N = 981	84
Tabell 4.10	"Helt enig" i påstanden "Jeg synes familiene til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten, alder, kjønn og utdanning. Logistisk regresjon. N=1000	84
Tabell 5.1	Hvordan ser du på det å bli gammel? Prosentvis. N=1000.....	86
Tabell 5.2	"Hvordan ser du på det å bli gammel?" Etter kjønn. Prosentvis. N= 1000	87
Tabell 5.3	"Hvordan ser du på det å bli gammel?" Etter alder. Prosentvis. N = 999.....	87
Tabell 5.4	Logistisk regresjon. Bekymring for å bli gammel og hjelptrengende. Odds Ratio. N = 1000.....	87
Tabell 5.5	"Tror du at du vil få nødvendig hjelp og pleie dersom du en gang i framtida trenger det?" Prosentvis. N=1000	88
Tabell 5.6	"Tror du at du vil få nødvendig hjelp?" Menn og kvinner. Prosentvis. N= 1000	88
Tabell 5.7	Etter alder. Prosentvis. N= 1000	88
Tabell 5.8	Logistisk regresjon. Tror at man får nødvendig hjelp. Odds Ratio. N = 1000 ..	89
Tabell 5.9	Ønsket bo- og omsorgsform. Prosentvis. N = 1000.	89
Tabell 5.10	"Hva er viktig for at man skal ha det bra?" Prosentvis. N = 1000	90
Tabell 6.1	"Tror du at eldreomsorgen i disse landene er bedre eller dårligere enn i Norge? Prosentvis. N=1000.....	93
Tabell 6.2	Bekymret for å bli gammel og avhengig av hjelp. Etter nasjonalitet Prosentvis.....	94
Tabell 6.3	Tro på at man får nødvendig hjelp og pleie. Etter nasjonalitet. Prosentvis.	94
Tabell 6.4	Antatt fare for å få for lite hjelp til å ivareta fysiske behov. Etter nasjonalitet. Prosentvis.....	95
Tabell 6.5	Antatt fare for sviktende helse pga. dårlig medisinsk oppfølging. Etter nasjonalitet. Prosentvis.....	96
Tabell 6.6	Antatt fare for psykiske overgrep. Etter nasjonalitet. Prosentvis.....	96
Tabell 6.7	Antatt fare for tyveri av personlige eiendeler. Etter nasjonalitet. Prosentvis. ..	97

Tabell 6.8	Synspunkter på om ansatte i eldreomsorgen gjør en god jobb. Etter nasjonalitet. Prosentvis.	97
Tabell 1.1	Kommuner som har levert data fra henholdsvis beboerundersøkelser, pårørende undersøkelser og brukere av hjemmebaserte tjenester i løpet av 2007 og 2008. Etter kommunestørrelse. Sammenlignet med kommunefordeling for landet. Prosentvis. Absolutte tall i parentes.	109
Tabell 2.1	Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Beboere 67 år og eldre i omsorgsinstitusjoner i kommunene. N = 2.378	112
Tabell 2.2	Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Pårørende til beboere i omsorgsinstitusjoner i kommunene. N = 5.312	113
Tabell 2.3	Synspunkter på to tema relatert til selvbestemmelse. Beboere 67 år og eldre i institusjoner. Prosentvis.	114
Tabell 2.4	Logistisk regresjon. Trekk ved beboerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at beboerne opplever selvbestemmelse. N = 1455	115
Tabell 2.5	Synspunkter på to tema relatert til mulighet for egen aktivitet. Beboere 67 år og eldre i institusjoner. Prosentvis.	116
Tabell 2.6	Logistisk regresjon. Trekk ved beboerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at beboerne skal si seg fornøyd med mulighet for aktivitet og opplevelser. N = 1801	116
Tabell 2.7	Oppfatninger om hvor god kunnskap man får om egen helse. Beboere 67 år og eldre i institusjoner. Prosentvis.	117
Tabell 2.8	Logistisk regresjon. Trekk ved beboerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at beboerne opplever at de får nok kunnskap om egen helse. N = 1672.....	118
Tabell 2.9	"I hvor stor grad trives du sammen med de andre beboerne?" Prosentvis. N=2362.....	119
Tabell 2.10	Logistisk regresjon. Trekk ved beboerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at beboerne skal mene at de trives sammen med andre beboere. N = 2138	119
Tabell 3.1	Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Brukere av hjemmebaserte tjenester samlet. 67 år og eldre. N = 10.203	124
Tabell 3.2	Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Bare hjemmesykepleie. 67 år og eldre. N = 1.696	125
Tabell 3.3	Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Bare praktisk hjelp i hjemmet. 67 år og eldre. N = 3.354	126

Tabell 3.4	Faktorer relatert til brukerens innflytelse på innholdet i hjelpetilbudet. Prosentvis.	127
Tabell 3.5	Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukerne opplever å ha innflytelse på innholdet i tjenesten. N = 7217.	128
Tabell 3.6	Faktorer relatert til brukerens innflytelse på mengden hjelp. Prosentvis.	129
Tabell 3.7	Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukere skal oppleve å ha innflytelse på mengden tjenester. N = 4857.	129
Tabell 3.8	Faktorer relatert til brukerens opplevelse av å få nok hjelp i forhold det behov man har. Prosentvis.	130
Tabell 3.9	Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukerne skal oppleve at de får nok hjelp. N = 4857.	130
Tabell 3.10	Faktorer relatert til brukerens opplevelse av forutsigelighet i tjenesten. Prosentvis.	131
Tabell 3.11	Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukerne opplever personalet som punktlig. N = 8.113.	132
Tabell 3.12	Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukerne sier seg fornøyd med informasjonen om hva personalet skal gjøre. N = 7970.	133
Tabell 6.1	Beregning av eldres andel av ressursene i pleie- og omsorgssektoren på nasjonalt nivå.	147
Tabell 6.2	Kommuner med manglende eller ufullstendige data	150
Tabell 7.1	Analyse av variasjonene mellom kommunene i brutto driftsutgifter til eldreomsorg 2007. Utgifter korrigert for ressurser til yngre brukere. OLS regresjon.	155
Tabell 8.1	Analyse av årsverk i brukerrettet tjeneste per 1000 innbygger 67 år+. Data fra 2007 korrigert for ressurser til yngre brukere. OLS regresjon.	161
Tabell 9.1	Analyse av total dekningsgrad av omsorgstjenester for eldre 67 år+. Data fra 2007. OLS regresjon.	167
Tabell 9.2	Forholdet mellom kommunenes nivå av hjemmetjenester og institusjonsplasser. Prosent av kommunene totalt. Data fra SSB.	171

Tabell 9.3	En klassifisering av kommunenes omsorgstilbud. Prosent av kommunene totalt. Data fra SSB.	171
Tabell 9.4	Gjennomsnitt av brutto driftsutgifter til eldreomsorg og årsverk i brukerrettet tjeneste etter omsorgsfokus. Data fra SSB.	171
Tabell 9.5	Gjennomsnittsalder i befolkningen og gjennomsnittlig andel eldre over 67 år som bor alene etter omsorgsfokus. Data fra SSB.	172
Tabell 10.1	Antall tilsynsrapporter innen områdene pleie- og omsorgstjenester og sykehjem i perioden 2003-2008.	177
Tabell 10.2	Antall tilsynsrapporter innen områdene pleie- og omsorgstjenester og sykehjem i perioden 2003-2008 fordelt på type tjeneste som er revidert.	177
Tabell 10.3	Registrerte avvik i Helsetilsynets revisjoner av pleie og omsorgstjenestene og sykehjem 2003-2008 etter hvilket område som ble revidert.	178
Tabell 11.1	Kommuneprofiler i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007.	181
Tabell 11.2	Kommuneprofiler i eldreomsorgen og gjennomsnittlig nivå av brutto driftsutgifter, årsverk og dekningsgrad. Data fra KOSTRA 2007.	183
Tabell 11.3	Kommuneprofiler i eldreomsorgen og kommunestørrelse. Data fra KOSTRA 2007.	185
Tabell 11.4	Indikatorer for omsorgsbehov etter kommuneprofiler i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007 og SSB.	185
Tabell 11.5	Kommunekaraktistika etter kommuneprofiler i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007.	186
Tabell 11.6	Utvalgte kvalitetsindikatorer etter kommuneprofiler i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007.	187
Tabell 11.7	Sju kommuneeksempler på typologien i eldreomsorgen.	189
Tabell 12.1	Tilgjengelighet til praktisk hjelp i hjemmet i nordiske land. Data fra NOSOSCO 2007.	195
Tabell 12.2	Dekningsgrad av boliger for eldre. Sum institusjoner og omsorgsboliger. Data fra 2006 og 2007.	197
Tabell 12.3	Levealder og andel eldre i befolkningen. Utvalgte europeiske land 2006.	200
Tabell 12.4	Utgifter til eldre i utvalgte europeiske land 2006. PPS per innbygger.	201
Tabell 12.5	Utvalgte trekk ved alderspensjonssystemene i nordiske land.	203
Tabell 12.6	Utgifter til helse og sykdom i utvalgte europeiske land. Euro per innbygger i konstante priser år 2000.	204

Tabell 13.1	Nøkkeltall for eldreomsorgen 2007. Landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og forskjeller mellom kommunene.	207
-------------	---	-----

Figuroversikt

Figur 6.1	Andel av totale brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester som går til tjenester for eldre 67 år+. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.....	148
Figur 6.2	Brutto driftsutgifter til eldreomsorg i kommunene per innbygger 67 år+ med og uten korrigerende for ressurser til yngre brukere. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.....	148
Figur 6.3	Andel av totale brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester som går til eldreomsorg etter kommunestørrelse. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.	149
Figur 7.1	Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre korrigerende for ressurser til yngre brukere av pleie og omsorgstjenester. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.	153
Figur 7.2	Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre korrigerende for ressurser til yngre brukere av pleie og omsorgstjenester. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.	153
Figur 7.3	Brutto driftsutgifter til institusjoner for eldre 2007. Korrigerende for yngre beboere på institusjon. Kroner per innbygger over 67 år.....	154
Figur 7.4	Brutto driftsutgifter til tjenester for hjemmeboende eldre 2007. Korrigerende for andel timer til yngre brukere av hjemmetjenester. Kroner per innbygger over 67 år.....	154
Figur 7.5	Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre etter kommunestørrelse. Korrigerende tall. Norske kommuner 2007.	157
Figur 7.6	Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre for kommuner med og uten høye frie disponible inntekter. Korrigerende tall. Norske kommuner 2007.	157
Figur 8.1	Årsverk i brukerrettet tjeneste innen pleie og omsorg per 1000 innbygger 67 år+ korrigerende for ressurser til yngre brukere. Data fra KOSTRA 2007.	160
Figur 8.2	Årsverk i brukerrettet tjeneste med fagutdanning per 1000 innbygger 67 år+ korrigerende for ressurser til yngre brukere. Data fra KOSTRA 2007.	160

Figur 8.3	Gjennomsnittlig nivå av brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester per innbygger 67 år+ etter nivå av årsverk i brukerrettet tjeneste. Data korrigert for ressurser til yngre brukere.....	162
Figur 8.4	Gjennomsnittlig dekningsgrad av hjemmetjenester og institusjonsplasser for eldre 67 år+ etter nivå av årsverk i brukerrettet tjeneste. Data korrigert for ressurser til yngre brukere.	162
Figur 9.1	Gjennomsnittlig antall timer hjemmetjeneste per uke til eldre over 67 år. Sum av praktisk hjelp og hjemmesykepleie. Data fra IPLOS 2007.	164
Figur 9.2	Prosent eldre over 67 år og over 80 år som mottar hjemmetjenester. Sum av praktisk hjelp og hjemmesykepleie. Norske kommuner 2007.....	165
Figur 9.3	Beboere på institusjon over 67 år i prosent av alle eldre 67 år+. Inklusive tidsbegrenset opphold på institusjon. Norske kommuner 2007.....	165
Figur 9.4	Samlet dekningsgrad av omsorgstjenester til eldre over 67 år. Sum mottakere av hjemmetjenester og institusjonsplass inklusive tidsbegrensede opphold på institusjon. Antall kommuner etter dekningsgrad 2007.	166
Figur 9.5	Dekningsgrad av omsorgstjenester for eldre 67 år+ etter andel eldre over 80 år i befolkningen. Dekningsgraden representerer summen av hjemmetjenester og institusjonsbeboere. Norske kommuner 2007.	168
Figur 9.6	Dekningsgrad av omsorgstjenester for eldre 67 år+ etter andel eldre som bor alene over 67 år. Dekningsgraden representerer summen av hjemmetjenester og institusjonsbeboere. Tall korrigert for yngre brukere. Norske kommuner 2007.....	168
Figur 9.7	Gjennomsnittlig brutto driftsutgifter til eldreomsorg etter kommunenes dekningsgrad av omsorgstjenester for eldre 67 år+ Dekningsgraden representerer summen av hjemmetjenester og institusjonsbeboere. Utgiftstall korrigert for yngre brukere. Norske kommuner 2007.....	169

Sammendrag

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

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

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

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

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

Noen sentrale konklusjoner:

- Nordmenn ser med mer bekymring på det å bli gammel enn befolkningen i land det er naturlig å sammenligne seg med.
- Nordmenn har et utpreget tvisyn på omsorgstjenesten: Stor tillit til de som jobber i tjenesten, men liten tillit til systemet som legger premissene for arbeidet deres.
- Familieomsorgen står ikke sterkt i Norge. Nordmenn vil ha hjelp fra det offentlige, fortrinnsvis i eget hjem eller i tilrettelagt bolig.
- Omsorgsbrukerne i de kommunene som deltok i KS Effektiviseringsnettverk 2007 og 2008 har stor tillit til personalet som yter tjenestene, både i institusjon og når det gjelder hjemmebaserte tjenester.
- De fleste av omsorgstjenestens brukere i disse kommunene gir uttrykk for tilfredshet med ivaretagelsen av basale funksjoner i omsorgen.
- Mange av brukerne i disse kommunene er mindre fornøyd med muligheten for medbestemmelse og innflytelse på omsorgstilbudet, og på måten tjenesten gis på.
- Mange av institusjonsbrukerne er mindre tilfreds med den hjelp man får til å holde seg aktiv og få mulighet til opplevelser utenfor institusjonen.
- Det ser ut til at den offentlige debatten om eldreomsorg, slik den fremstår i avisenes nettutgaver i årene 2007 og 2008, er mer politisert i Norge enn i Sverige.

- Omsorgstrengende som ikke får det tilbudet de har behov for er hovedtema i mange av oppslagene i norske aviser.
- Norge bruker mer penger på eldreomsorg enn noen av de Europeiske landene vi har sammenlignet med.
- Det er betydelige variasjoner kommunene imellom med hensyn til hvor mye ressurser som settes inn i eldreomsorgen.
- Tilgjengeligheten til omsorgstjenesten totalt sett varierer mye. Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder den totale dekningsgraden for omsorgstjenesten (definert som antall brukere som mottar slike tjenester blant alle 67 år eller eldre).
- Det er stor variasjon kommunene imellom når det gjelder tilgang til ulike tjenester. Kommunene har svært ulik profil når det gjelder satsing på henholdsvis institusjonsomsorg og hjemmebasert omsorg.
- Vi har identifisert sju ulike kommuneprofiler i eldreomsorgen. De ulike kommuneprofilene kan i stor grad knyttes til kommunenes ulike behovsstruktur, og deres økonomiske og geografiske forutsetninger.
- I høyinnsatskommunene er andelen over 90 år blant de eldre dobbelt så høy som i lavinnsatskommuner.
- Kommuner med høye frie disponible inntekter bruker mer ressurser på eldreomsorg enn kommuner uten slike økonomiske muligheter.
- Hjemmetjenesteorienterte kommuner har ofte større omsorgsbyrde for yngre brukere i pleie og omsorgstjenesten enn institusjonsorienterte kommuner.
- Forskning på kvalitet gir ulike svar avhengig av hvordan kvaliteten måles. Det er få eller ingen systematiske sammenhenger mellom kvalitetsindikatorene.
- Indikatorene for kvalitet samvarierer verken i særlig grad med hverandre eller med kommuneprofilene i eldreomsorgen.

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

Introduksjon.

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

Omsorg er et omfattende begrep. Å ta vare på mennesker i siste del av livet betyr å ta ansvar for mange forskjellige behov. Hva vi vektlegger vil variere. En NOU fra 1992 om framtidige omsorgsbehov valgte stikkordene "Trygghet – Verdighet – Omsorg" for å karakterisere de sentrale krav til omsorgstjenesten (¹). Det peker mot en omsorgstjeneste som har som hovedformål å ivareta visse grunnleggende behov, og der brukeren først og fremst er mottaker av tjenester. "Omsorgsmeldingen", som ble presentert et godt tiår senere, vektlegger stikkordene "Mestring, muligheter og mening" (²). "Omsorgsmeldingens" eldre skal ha større valgfrihet, mer ansvar for sin egen situasjon, og større muligheter til å utnytte egne ressurser og ferdigheter til å leve et meningsfullt og aktivt liv. Omsorgstjenestens skal bidra til dette ved å bygge tilbudet på en dypere forståelse av den enkelte brukers individualitet.

Tanken om at vi skal og må bruke ressurser på omsorgstjenester har tradisjonelt stor oppslutning i befolkningen (Bay 1998³). Men statlige ambisjoner er ikke uten videre tilstrekkelig til å overbevise den enkelte om at vi får den hjelpen vi trenger når behovet oppstår. Sviktende tillit til omsorgstjenestene i befolkningen er et alvorlig velferdsstatlig problem. Spørsmålet kompliseres og utdypes når vi tar i betraktning den kommende vekst i antallet eldre i befolkningen. Vi blir flere som skal ha hjelp, og færre til å gi den. Det er imidlertid ikke sikkert at det bildet som tegnes av omsorgstjenestene i det offentlige rommet gir en dekkende beskrivelse av variasjonen og bredden i omsorgstjenestens arbeid. Sterke historier om enkeltmennesker som ikke får den hjelpen de trenger, eller som får en behandling vi oppfatter som uverdig, kan komme til å prege vårt generelle bilde av velferdsstatens tilbud til eldre. Det er ikke sikkert det gir et rettferdig bilde av det tilbudet omsorgstjenesten faktisk gir.

Eldreomsorgen skal ivareta mange ulike behov. Ikke alle ønsker seg den samme typen omsorg når vi blir gamle. Noen forbinder alderdom med det å kunne "slappe av og ha det

¹ NOU 1992:1: Trygghet – verdighet – omsorg

² St. meld nr. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

³ Bay, AH (1998): Opinionen og eldreomsorgen. NOVA

godt", og ønsker mye hjelp. Andre ønsker å leve et så aktivt og selvstendig liv som mulig – og vil ha minst mulig hjelp innblanding i eget liv. Samtidig har vi ulike forestillinger om hvor langt det offentliges ansvar strekker seg, og hva som må til for å kunne fastslå at vi dekker et behov på en god måte. I utgangspunktet har vi altså ingen gullstandard å måle omsorgstjenesten mot. Svarene på spørsmålene om hvor mye penger vi skal bruke på kommunale omsorgstjenester, hva slags tjenester vi skal tilby, og hva som må til for at vi skal si oss fornøyd med det tilbudet omsorgstjeneste gir befolkningen, er i stor grad knyttet opp mot politiske prosesser. Når vi skal vurdere den reelle situasjonen i eldreomsorgen må vi derfor knytte vurderingene til andre referansepunkter. Slike referansepunkter kan være sammenligninger med andre land.

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

Delprosjekt 1 er en undersøkelse av avisomtaler av eldreomsorgen. Avisene – både riksaviser og lokalaviser – bringer mye stoff om omsorgstjenester. På nasjonalt nivå på finner vi gjerne de generelle politiske debatter, kommentarer og skandaler. I lokalavisene finner vi kanskje oftere historier om enkeltmenneskers opplevelser og debatter fokusert på den enkelte kommune. Begge nivåer gir viktige bidrag til det samlede bildet av omsorgstjenesten. Som et ledd i undersøkelsen er det gjort en enkel analyse av avisomtaler i et utvalg riks- og lokalaviser i løpet av ett år, der vi ser nærmere på spørsmål som hvem som er de mest aktive debattantene når det gjelder eldreomsorg, og hva slags tema som fokuseres. For sammenligningens skyld har vi inkludert et utvalg svenske aviser, for å kunne drøfte i hvilken grad intensitet, fokus og vinkling i debatten om omsorgstjenester er forskjellig i de to nært beslektede nordiske landene.

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

Delprosjekt 3 er en drøfting av erfaringene til omsorgsbrukere i kommuner som deltok i KS Effektiviseringsnettverk i 2007 og 2008, der kommunene samarbeider om kartlegging av brukererfaringer i utvalgte tjenester. Deltakelsen er frivillig fra kommunenes side, og det gjør at disse undersøkelsene ikke kan betraktes som representative på landsbasis. Vi har brukt det materialet for å finne ut om det er systematiske mønstre i disse kommunene med hensyn til hva brukerne er mest fornøyd med og hva de opplever som problematisk.

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

Undersøkelse gjennomføres i to ledd:

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

Vår kartlegging av eldreomsorgen i Norge gir et sammensatt resultat: Noen kommuner satser mye på eldreomsorg og når fram til mange, mens andre kommuner har en betydelig svakere profil. En slik sammensatt beskrivelse utløser nye spørsmål: Er dette godt nok? I mangel av en gullstandard for omsorgstjenester er den nest beste strategien å sammenligne det tilbudet vi gir våre eldre med det som ytes i andre land. For at en slik sammenligning skal være meningsfull må de landene vi velger ha visse fundamentale forutsetninger felles med vårt eget. I et internasjonalt perspektiv er helsesystemene i de skandinaviske landene nokså like. I både Danmark, Sverige og Norge er det politisk konsensus om det generelle helsepolitiske målet om god tilgang til helsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen,

uavhengig av alder, kjønn eller bosted. I alle de skandinaviske landene er helsetjenestene i hovedsak finansiert gjennom offentlige skatter og avgifter. Helsetjenestesystemene i alle de tre landene har også, inntil 2002, vært kjennetegnet av stor grad av desentralisering, og en relativt tydelig oppgavefordeling mellom staten, fylkene og kommunene. I tillegg til de nordiske landene har vi trukket inn andre land i vår sammenlignende diskusjon der det er hensiktsmessig og forsvarlig, og der data finnes.

En sammenfattende drøfting av resultatene fra de fire delprosjektene er gitt i en egen kortversjon.⁴

⁴ Sintef Helsetjenesteforskning: Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig, eller best i verden? Kortversjonen."

Delprosjekt 1

Eldreomsorg som avistema

Bård Paulsen

SINTEF Helsetjenesteforskning

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

“Jeg kan ikke åpne en avis uten å støte på ordet eldreomsorg – eller noe som har med eldre å gjøre”.

Vi utsettes daglig for et trykk fra massemedia: aviser på internett og papir, og radio og fjernsyn via eteren. Massemedia leverer en ustanselig strøm av informasjon og synspunkter på viktige samfunnsmessige tema. Det danner et viktig grunnlag for den forståelse vi har og de vurderinger vi gjør av det samfunnet vi lever i. Et helt sentralt tema i norsk samfunnsdebatt er situasjonen i eldreomsorgen. Det berører oss alle – enten fordi vi har familiemedlemmer eller venner som får omsorg fra det offentlige – eller fordi vi selv får eller kan komme til å trenge slike tjenester en dag, og bidrar til å påvirke de forestillingene vi har av hvordan det er å bli gammel i Norge. Hensikten med denne undersøkelsen er å beskrive hvordan tilbudet til gamle i Norge fremtrer i denne strømmen av informasjon. De sentrale spørsmålene er:

- Hvem “snakker” om eldreomsorg i det offentlige rom?
- Hvor ofte?
- Hva snakker de om?

Grunnlaget for analysen er et søk med utgangspunkt i utvalgte eldreomsorgsrelaterte søkeord i et utvalg norske og svenske aviser. Når vi tar med oss også svenske aviser er det for å prøve å etablere noen holdepunkter for å drøfte om det er særtrekk ved den norske måten å diskutere eldreomsorg på. Innholdsmessig ligger imidlertid hovedvekten i undersøkelsen på de norske avisene.

Formålet med undersøkelsen er å prøve å tegne et bilde av hvordan den offentlige omsorgstjenesten til eldre fremstår i den offentlige “samtaalen” – her representert med et utvalg sentrale dagsaviser. Med det som utgangspunkt er vi ikke primært opptatt av generelle og storlinjede politiske debatter, men først og fremst hva slags fremstillinger som gis av det å være omsorgstrengende eller mottaker av omsorgstjenester. Vi har derfor konsentrert drøftingen om de mest brukernære historiene – der vi finner de mest konkrete beskrivelsene av det å motta omsorg i Norge.

En undersøkelse som dette vil aldri kunne gi “Det sanne bildet” av omsorgstjenesten i Norge. Det er heller ikke meningen. Vi er opptatt av å finne ut noe om hva de sentrale aktørene synes det er viktig å formidle. Det er gjerne historiene litt i utkanten av det dagligdage og alminnelige: Historier om det som går galt, om det som er truende eller kritikkverdig, noe som er uventet, eller ekstraordinært gledelig. Vi vil altså prøve å ta tak i slike pasientnære ytringer, undersøke hva den som ytrer seg er opptatt av å formidle, og på grunnlag av mange slike ytringer prøve å sette sammen et slags samlende bilde av måten omsorgstjenesten beskrives på når vi møter det i avisene.

Samtidig som vi beskriver det vi vil si noe om er det viktig å si noe om hva vi ikke har tenkt gjøre. Formålet med vår kartlegging er ikke å drøfte avisenes prioriteringer, vektlegginger og

balansering mellom ulike hensyn i sin stoffpresentasjon. Det krever en annen tilnærming enn vår, og sprenger rammene for dette svært begrensede prosjektet.

En siste reservasjon må knyttes til representativitet. Selv om de fleste avisene i dag presenterer seg som partipolitisk uavhengige, så har de gjerne sine tradisjonelle tilknytninger til det politiske samfunnskartet. Samtidig har ulike redaksjoner ulike prioriteringer mht. velferdspolitisk stoff: Noen gir dette en helt sentral plass i sitt journalistiske og redaksjonelle arbeid – andre bare mer perifert. Tabell 1.1. under viser for eksempel at antall tilslag på våre søkeord varierer betydelig mellom avisene for den aktuelle perioden. Avisa Nordlys ligger på topp med 405 tilslag, mens Fædrelandsvennen med sine 83 har den laveste noteringen. Avisenes søkemotorer, som er grunnlaget for uttaket, kan ha ulike egenskaper. Ulik geografiske tilknytning har konsekvenser – noen steder er slike saker av ulike grunner særlig brennbare – andre steder mindre konfliktfylte. Dagsaktuelle hendelser – lokalt eller på riksplan – vil sette dagsorden og prioriteringer i avisenes arbeid og fokus. En undersøkelse av avisinnhold kan ikke forstås som løstrevet fra den tiden undersøkelsen dekker, og fra de føringer, tilknytninger og disposisjoner som preger arbeidet i en enkelte avis. Vi har prøvd å oppnå et så godt grunnlag som mulig ved å velge ut aviser etter visse kriterier for å oppnå et så dekkende bilde som mulig. I lesningen av rapporten er det imidlertid viktig å ha i mente de begrensinger som alltid vil ligge i denne typen undersøkelser.

1.2 Design og metode.

Grunnlaget for vår drøfting av eldreomsorgsrelaterte oppslag i et utvalg av norske og svenske aviser i løpet av ett år, representert ved nettutgavene. Avisene ble valgt ut slik at de representerer en blanding av riks- og lokal-/regionalaviser. Stofftilfanget er innhentet ved nettbaserte arkivsøk i de utvalgte avisene. Lokal/regionalavisene ble valgt slik at de dekker ulike deler av de to land geografisk. Samtidig ble utvalget i de respektive land forsøkt balansert mot hverandre slik at antall aviser i hvert land ble omtrent like stort. Antall tilslag per avis varierer mye, og totalt antall tilslag for de aktuelle søkeordene ble derfor noe større i Sverige enn det ble i Norge. En oversikt over utvalgte aviser er gitt i tabell 1.1. Antall tilslag for den enkelte avis i parentes. Totalt sett fikk vi 1.268 tilslag på de valgte søkeordene i svenske aviser, og 1170 i norske.

Tabell 1.1 Oversikt over aviser som inngår i undersøkelsen. I parentes: Antall tilslag i perioden.

	Riksaviser	Lokal/regionalaviser
Norge	Aftenposten (222)	Fædrelandsvennen (83)
	VG.nett (107)	Bergens Tidende (165)
	Dagsavisen (91)	Adresseavisen (97)
		Nordlys (405)
Sverige	Svenska Dagbladet (158)	Östgöta Correspondenten (244)
	Dagens Nyheter (122)	Norrländska Socialdemokraten (130)
	Aftonbladet (90)	Sydsvenskan (200)
		Nerrikes Allehanda (286)

Registreringsperioden går fra 1. mai 2007 til 31. mai 2008. Den tiende september 2007 var det kommunevalg i Norge. Det gjør det mulig å undersøke forholdet mellom offentlighetens behandling av temaet både i en valgkampsammenheng og i en normal periode. I Sverige var det i løpet av denne perioden verken Riksdags- eller kommunevalg.

Det ble utviklet et sett søkeord for fangst av relevante avisoppslag. Søkeordene fremgår av tabell 1.2. Språklige og til dels helsepolitiske forskjeller gjør at søkeordene for norske og svenske aviser ikke sammenfaller fullstendig. F. eks er det i norsk sammenheng sentrale søkeordet "sykehjem" uaktuelt i Sverige, fordi institusjonsbasert omsorg har flere former i Sverige. Ordet "sjukhem" ga svært få tilslag i avisene, og "äldreboende" ble derfor brukt som søkeord, selv om det kan ha flere former enn det norske sykehjemmet. Tilsvarende ser vi at det norske skillet mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelp ikke er brukbart i Sverige, som har en mindre skarp arbeidsdeling mellom sykepleiere og annet personell i hjemmebaserte tjenester. På den andre side er et ord som "hjemmebaserte tjenester" (som et motsvar til det svenske "hemtjänst") lite innarbeidet i norsk offentlig debatt.

Tabell 1.2 Benyttede søkeord. Norske og svenske aviser.

Norge	Sverige
Eldreomsorg	Äldreomsorg Äldrevård
Sykehjem	Äldreboende
Hjemmesykepleie	Hemtjänst
Hjemmehjelp	

For hvert tilslag ble artikkelens overskrift og eventuelle ingress registrert. Artikkelen ble videre kodet mht dato, relevans, tittel og evt. undertittel, samt det søkeordet som ga tilslaget. Etter gjennomlesning ble innholdet kodet mht hvem som uttaler seg (artikkelens "stemme"), tema (hva artikkelen handler om), og verdimesig innretning (positiv/negativ eller nøytral). I tillegg ble det gjort tekstlige utdypninger, både mht tema og mht. hvem som fremstår som artikkelens stemme. For hvert oppslag ble det laget et kort innholdsekstrakt, som utdypet tema og referer oppslaget konklusjon. Innholdsekstrakt danner grunnlaget for vår analyse av temasammensetning for viktige aktørgrupper i kapitlene 5 - 8.

Disponering av rapporten

Kapittel 2 gir en gjennomgang og drøfting datagrunnlaget.

Kapitlene 3 og 4 gir en overordnet diskusjon av hovedtrekk ved måten den offentlige samtalen om eldreomsorgen fremtrer på, belyst ved vårt utvalg av nettaviser i Norge og Sverige:

- Tema: Hva snakker man om?
- Deltakere: Hvem er det som snakker?
- Hvem snakker om hva?
- Er det karakteristiske forskjeller mellom Norge og Sverige?

Kapitlene 5 – 8 tar for seg de sentrale aktørgruppene i den norske offentlige diskusjonen om eldreomsorgen, og drøfter innhold og retning i oppslagene for uvalgte grupper.

Kapittel 9 gir en sammenfattende oppsummering og drøfting.

2 Om datagrunnlaget

Tabell 2.1 viser fordelingen av tilslag etter søkeord i norske og svenske nettaviser. Søkeordene er stilt sammen slik at korrespondansen mellom norske og svenske søkeord blir best mulig.

Tabell 2.1 Tilslag etter søkeord i norske og svenske aviser. Prosentvis. Absolutte tall i parentes.

Norge		Sverige	
Eldreomsorg	42,9 (502)	Äldreomsorg	29,0 (357)
		Äldrevård	7,8 (96)
Sykehjem	49,0 (573)	Äldreboende	43,0 (529)
Hjemmesykepleie	2,5 (29)	Hemtjänst	20,2 (248)
Hjemmehjelp	5,6 (65)		
Alle	100,0 (1170)	Alle	100,0 (1230)

Det sentrale begrepet eldreomsorg får 43 prosent av tilslagene i Norge, mens de svenske referansebegrepene äldreomsorg og äldrevård til sammen summerer seg til 36,5 prosent. Også når det gjelder forholdet mellom det norske begrepet "sykehjem" og det svenske "äldreboende" finner vi omtrent like store andeler av de samlede tilslagene. Det er imidlertid viktig å minne om at det er viktige helsepolitiske forskjeller mellom Norge og Sverige når det gjelder botilbud til eldre. Når det gjelder hjemmebaserte tjenester ser det ut til at dette påkaller mer interesse i de svenske enn i de norske nettavisene.

Ikke alle tilslagene er like relevante. Sentrale søkeord kan ofte forekomme i artikler der temaet eldreomsorg er lite sentralt eller helt irrelevant. Etter gjennomlesning ble derfor den enkelte artikkel vurdert mht. relevans – dvs.: hvor sentralt temaet eldreomsorg fremstod i artikkelen. Tabell 2.2 viser fordelingen i svenske og norske nettaviser mht fokus i forhold til undersøkelsens tema.

Tabell 2.2 Andel relevante tilslag etter land. Prosent. Absolutte tall i parentes. N=2438

	Norge	Sverige	Begge
OK	43,7 (511)	54,3 (668)	49,1 (1179)
Eldre ikke hovedtema	44,9 (519)	30,1 (370)	37,0 (889)
Irrelevant	12,0 (140)	15,6 (192)	13,8 (332)
Total	100,0 (1170)	100,0 (1230)	100,0 (2400)

Ca halvparten av alle oppslagene klassifiseres som spesifikke for temaet eldreomsorg, noe flere i Sverige enn i Norge.

13,8 prosent av oppslagene klassifiseres som irrelevante. Det dreier seg om artikler der et aktuelt søkeord forekommer, mens artikkelen ellers tematisk og substansielt dreier seg og helt andre ting. Et illustrerende eksempel er et intervju med en kjent artist som forteller at besøk hos sin gamle mor som ligger på sykehjem betyr mye for henne.

De 332 tilslagene kodet som "irrelevante" ble ekskludert fra undersøkelsen. Etter denne korreksjonen omfatter materialet 1030 artikler fra norske aviser, 1038 fra svenske, totalt 2.068 for begge land. Tabell 2.3 viser fordelingen mellom tilslag for ulike søkeord etter fjerning av irrelevante tilslag. En sammenligning med tabell 2.1. foran viser at fjerning av irrelevante tilslag ikke gir nevneverdige endringer i fordelingen mellom hovedgruppene søkeord.

Tabell 2.3 Fordeling mellom ulike søkeord etter fjerning av irrelevante oppslag. Prosentvis. N=2068

Hovedgruppe søkeord:	Norge	Sverige	Begge
Grp 1: Eldreomsorg, Äldrevård, Äldreomsorg.	46,9 (483)	37,9 (393)	42,4 (876)
Grp 2: Sykehjem, Äldreboende	45,4 (407)	41,1 (427)	43,3 (894)
Grp 3: Hjemmesykepleie, Hjemmehjelp, Hemtjänst	7,7 (79)	21,0 (218)	14,4 (297)
Total	100,0 (1029)	100,0 (1038)	100,0 (2067)

Tabell 2.4 Forholdet mellom riks- og lokalaviser. N=2068

	Norge	Sverige	Begge
Riksavis	35,3 (364)	30,9 (321)	33,1 (685)
Region/lokalavis	64,7 (666)	69,1 (717)	66,9 (1383)
Total	100,0 (1030)	100,0 (1038)	100,0 (2068)

Tabell 2.4 viser fordelingen mellom riksaviser og regional/lokalaviser i henholdsvis Norge og Sverige etter at "ikke gyldige" er luket ut. Det er et noe større innslag av oppslag fra riksaviser i det norske materialet enn i det svenske.

3 Eldreomsorg som tema i "det offentlige rom"

3.1 Innledning

Mange synes kanskje eldreomsorg får vel mye plass i den offentlige oppmerksomheten. Men hva er det egentlig den offentlige diskusjonen om eldreomsorg handler om? Hva slags innhold har de mange artikler, oppslag, uttalelser om temaet? Er det som møter oss først og fremst konkrete beskrivelser og historier om hvordan vikeligheten arter seg for de som arbeider på sektoren – eller for de som saken gjelder: de eldre selv? Består den offentlige diskusjonen av heftige debatter om hva slags eldreomsorg vi trenger og **vil ha**? Eller er begrepet eldreomsorg først og fremst et slags symbol vi **bruker** for å oppnå oppmerksomhet i en hektisk medievirkelighet?

I dette kapitlet skal vi se nærmere på spørsmålet om hvordan eldreomsorg, og tema relatert til det, fremstår på i den daglige informasjonsflommen:

- Tema: Hva dreier det seg om?
- Deltakere: Hvem er det som snakker?

3.2 Fokus, tema, aktører - noen generelle trekk.

I kapittel 2 fant vi at bare rundt halvparten av artiklene primært fokuserte på eldrerelaterte tema. Det ser imidlertid ut til at denne andelen er klart høyere i Sverige enn i Norge. En mulig forklaring på denne forskjellen kan være at vi i Norge hadde en kommunevalgkamp i perioden fram til valget 10.de september 2007, som utgjør den første delen av registreringsperioden. En rimelig antakelse kan være at generelle politiske betraktninger blir viktigere i en valgkamp enn ellers. Tabell 3.1. viser andelen temaspesifikke oppslag i Norge før og etter valget, sammenlignet med registrerte oppslag i svenske nettaviser.

Tabell 3.1 Andel oppslag med eldreomsorg som hovedtema. Norge under/etter valgkamp 2007, Sverige. Prosentvis. N=2059)

	Norge		Sverige	Totalt
	Valgkamp	Etter valgkamp		
Eldreomsorg hovedtema	49,9 (307)	49,1 (201)	64,3 (665)	57,0 (1173)
Eldreomsorg ikke hovedtema	50,1 (308)	50,9 (208)	35,7 (370)	43,0 (886)
Tot.	100,0 (615)	100,0 (409)	100,0 (1035)	100,0 (2059)

Sig P (Cramer's V) = 0,000

Tabellen tyder ikke på at i hvilken grad eldreomsorg fremstår som hovedtema eller ikke ble påvirket av om det var valgkamp i Norge. Derimot ser det ut til at det er en stabil forskjell

mellom Norge og Sverige på dette punktet. Mens bare halvparten av de eldrerelaterte oppslagene i norske nettaviser hadde dette som hovedperspektiv, er den tilsvarende andelen i de svenske ca to tredjedeler. Det kan med andre ord se ut som om den svenske offentligheten er mer fokusert når temaet er eldreomsorg – mens det i norsk sammenheng oftere inngår i en bredere sammenheng som ett av flere tema.

En valgkamp er primært politikernes arena. Tabell 3.2 viser hvem som er de viktigste deltakerne i de offentlige diskusjonen om eldreomsorgsrelaterte spørsmål i Norge og Sverige i perioden.

Tabell 3.2 Hvem snakker? Avisoppslag fordelt på aktører. Norge under og etter valgkamp, Sverige. Prosentvis. N=2057.

	Norge i valgkamp	Norge etter Valgkamp	Sverige	Total
Avisen selv	20,2 (124)	27,4 (112)	37,4 (387)	30,3 (623)
Politiske partier	42,5 (261)	13,9 (57)	6,6 (68)	18,8 (386)
Organisasjoner	4,9 (30)	12,2 (50)	4,4 (45)	6,1 (125)
Privatpersoner/Pårørende	9,6 (59)	15,4 (63)	9,2 (95)	10,5 (217)
Fagpersonell	3,7 (23)	6,1 (25)	5,0 (52)	4,9 (100)
Tjenesteledere, kommunal adm.	6,7 (41)	10,5 (43)	22,3 (231)	15,3 (315)
Departementer, sentrale fagmyndigheter	3,9 (24)	2,7 (11)	6,0 (62)	4,7 (97)
Andre	8,5 (52)	11,7 (48)	9,1 (94)	9,4 (194)
Total	100,0 (614)	100,0 (409)	100,0 (1034)	100,0 (2057)

Sig P (Cramer's V) = 0,000

Utenom valgkampen er det det vi har kalt "Avisen selv": reportasjer, ledere, kommentarer der avisene selv bestemmer sakvalg og innretning, som er den viktigste enkeltgruppe, både i Norge og Sverige, mest fremtredende i Sverige. De politiske partiene er hovedaktørene i perioden før valget, men har en betraktelig mindre andel av oppslagene etterpå. I Sverige er bare få av oppslagene å forstå som partienes ytringer. Organisasjoner (fagorganisasjoner, interesseorganisasjoner) er mer aktive i Norge enn i Sverige, mens kommunale ledere og tjenesteledere er mer aktive i den svenske offentligheten.

Både i valgkampperioden og i normalsituasjonen er både politikere, organisasjonene og privatpersoner/pårørende mer aktive i Norge enn i Sverige, mens både avisenes egenbaserte stoff og ytringer fra kommunenes administrasjon er betydelig viktigere i Sverige enn i Norge. Samlet sett kan det altså se ut til at et den offentlige interessen for denne sektoren gjennomgående er mer politisert i Norge enn i Sverige.

Innledningsvis (tabell 3.1) fant vi at eldreomsorg oftere fremstår som hovedtema i svenske aviser enn i de norske, der eldrerelaterte tema oftere inngår i mer sammensatte diskusjoner. I hvilken grad varierer dette mellom ulike typer aktører?

Tabell 3.3 Andel artikler der eldre/eldreomsorg er hovedtema. Etter Aktør. Norge og Sverige, hele perioden. Prosentvis. N= 2066.

	Norge		Sverige	
	Eldre hovedtema	Eldre ikke hovedtema	Eldre hovedtema	Eldre ikke hovedtema
Avisen selv	48,3 (116)	51,7 (124)	68,3 (265)	31,7 (123)
Politiske partier	33,3 (106)	66,7 (212)	47,1 (32)	52,9 (36)
Organisasjoner	68,8 (55)	31,3 (25)	71,7 (33)	28,3 (13)
Privatpersoner/Pårørende	64,5 (80)	35,5 (44)	69,5 (66)	30,5 (29)
Fagpersonell	89,6 (43)	10,4 (5)	82,7 (43)	17,3 (9)
Tjenesteledere, kommunal adm.	64,3 (54)	35,7 (30)	59,9 (139)	40,1 (93)
Departementer, sentrale fagmyndigheter	54,3 (19)	45,7 (16)	72,6 (45)	27,4 (62)
Andre	37,0 (37)	63,0 (63)	47,9 (45)	52,1 (49)
Alle	49,6 (510)	50,4 (519)	64,4 (668)	35,6 (369)

Sig P (Cramer's V) = 0,000

Bare rundt halvparten av tilslagene i norske aviser har eldre som hovedtema, mot rundt to tredjedeler av tilslagene i de svenske avisene.

I begge land ser det ut til at de mest eldrefokuserte bidragene kommer fra fagpersonellet, mens de minst eldrefokuserte bidragene kommer fra de politiske partiene og gruppen "andre". Ellers ser det ut til at forskjellene mellom de ulike aktørgruppene er moderate innen hvert av landene, og for de fleste grupper lavere i Norge enn i Sverige.

3.3 Oppsummering

Både når vi ser på hvem som deltar, og når vi ser på innholdet i oppslagene, ser det ut til at temaet eldreomsorg er mer politisert i Norge enn i Sverige. Avisreportasjene, der avisene selv bestemmer vinkling og tema har en betydelig større andel i svenske oppslag om eldreomsorg enn i norske nettaviser. Det samme gjelder kommunale ledere og tjenesteledere. I Norge er politikere betydelig mer aktive enn i Sverige, også i perioden etter at kommunevalgkampen er avsluttet. Samtidig er tilslagene på de aktuelle søkeordene klart mer fokusert på eldreomsorg i Sverige enn i Norge. I Norsk sammenheng inngår temaet eldreomsorg oftere i mer generelle betraktninger. Vi tolker det som et uttrykk for at eldreomsorg har en større plass i den generelle samfunnsdebatten her i den perioden vi studerer. Dette gjelder uavhengig av om man vi er i valgkamp, eller i den politisk sett roligere perioden etterpå.

4 Hovedtema

4.1 Innledning

Alle artikler ble gjennomlest og klassifisert i sju hovedgrupper etter sitt innhold. Det gir grunnlag for å undersøke nærmere forholdet mellom hvem som snakker og hva som sies.

I forrige kapittel fant vi at politikerne ser ut til å være noe mer aktive i den offentlige diskusjonen om eldreomsorg i Norge enn i vårt naboland Sverige, også etter at valgkampen er avsluttet. Har dette noen konsekvenser for hva som diskuteres? Er det slik at partipolitikkenes problemstillinger blir mer sentrale i det norske systemet? Er det for eksempel slik at politikerne er mest opptatt av økonomiske prioriteringer og "smarte løsninger" – mens kvaliteten i tjenesten er tema primært for pårørende og de som jobber i tjenesten? Eller er det slik at alle aktører er like engasjert i alle typer tema?

4.2 Hovedtema i eldreomsorgsrelaterte oppslag i Norge og Sverige

Tabell 4.1 Hovedtema. Norge under og etter valgkamp, Sverige. Prosentvis fordeling. N = 2093.

	Norge, valgkamp	Norge etter valgkamp	Sverige	Total
Generell argumentasjon	24,3 (149)	22,2 (91)	9,0 (93)	16,2 (333)
Økonomi, ressurser	18,2 (112)	25,2 (103)	19,4 (200)	20,2 (415)
System og organisasjon	21,8 (134)	14,4 (59)	24,8 (256)	21,8 (449)
Verdighet	3,1 (19)	3,7 (15)	1,6 (17)	2,5 (51)
Faglig kvalitet	5,7 (35)	3,4 (14)	4,5 (47)	4,7 (96)
Ulykker, mislighold, kriminalitet	5,0 (31)	10,8 (44)	19,6 (202)	13,5 (277)
Annet	21,8 (134)	20,3 (83)	21,1 (218)	21,2 (435)
Total	100,0 (614)	100,0 (409)	100,0 (1033)	100,0 (2056)

Sig P(Cramers V): 0.000

På enkelte punkter er det klare ulikheter mellom Norge og Sverige. Mens "Generell argumentasjon" er en hovedgruppe i den norske diskusjonen – valgkamp eller ikke – er det forholdsvis få av tilslagene i de svenske avisene som faller i denne kategorien. På den annen side ser vi at oppslag om "Ulykker, mislighold, kriminalitet" er langt vanligere i Sverige enn i

Norge. Vi tolker denne ulikheten som en bekreftelse på et mønster av en mer politisert offentlig oppmerksomhet på dette feltet i Norge enn i Sverige, slik vi fant i forrige kapittel.

Temaene "Verdighet" og "Faglig kvalitet" har ganske få tilslag – både i norske og svenske nettbaserte aviser. Koding til disse kategoriene forutsetter imidlertid at ordene "verdighet" eller "kvalitet" forekommer i overskrift eller artikkel. På den annen side er det rimelig å anta at mange av de enkelte episodene som rapporteres i andre kategoriene berører både brukernes verdighet og illustrerer manglende kvalitet, selv om disse ordene ikke eksplisitt er brukt. Særlig gjelder det kategorien "Ulykker, mislighold, kriminalitet". Vi vil gå nærmere inn det innholdsmessige i de følgende kapitlene, og prøve å belyse hvordan viktige aktørgrupper behandler ulike tema.

Det ser ikke ut til at det skjedde vesentlige forandringer i temasammensetning i den offentlige diskusjonen om eldreomsorgstjenester i Norge da valgkampen tok slutt, og vi beveget oss over en mer normal periode. Det ser ut til at problemstillingen "System og organisasjon" fikk noe flere tilslag i valgkampperioden enn etterpå, mens vektleggingen av spørsmål knyttet til økonomi og ressurser ser ut til å tiltrekke seg relativt mer oppmerksomhet i perioden etter at valgkampen var avsluttet.

Det er ikke urimelig å tenke seg at riks- og regional-aviser vil ha en tematisk arbeidsdeling seg imellom. En analyse av temafordeling mellom aviser på henholdsvis riks- og lokalplan tyder imidlertid ikke på at de temamessig er typisk forskjellige, verken i valgkampperiode eller etterpå (Tabell ikke vist).

4.3 Hvem snakker om hva?

Tabell 4.2 Artikkelenes tema etter hvem som taler gjennom artikkelen. Norge og Sverige samlet. Prosentvis N = 2064.

	Generell	Øko- nomi.	Sys. Org.	Verdig- het	Kvali- tet.	Ulykker	Annet	Total
Avisen selv	12,6 (79)	13,5 (85)	15,8 (99)	1,3 (8)	1,0 (6)	35,7 (224)	20,2 (127)	100,0 (628)
Politiske Partier	35,0 (135)	15,0 (58)	25,6 (99)	4,1 (16)	1,8 (7)	0,0 (0)	18,4 (71)	100,0 (386)
Organisasjoner	10,4 (13)	29,6 (37)	24,4 (30)	4,0 (5)	5,6 (7)	5,6 (7)	20,8 (26)	100,0 (125)
Privatpers/pårørende	11,9 (26)	28,8 (63)	16,4 (36)	3,7 (8)	5,0 (11)	7,3 (16)	26,9 (59)	100,0 (219)
Fagpersonell	1,0 (1)	23,0 (23)	24,0 (24)	5,0 (5)	20,0 (20)	4,0 (4)	23,0 (23)	100,0 (100)
Kommune, tjenesteleder	10,3 (33)	33,5 (106)	30,1 (95)	0,9 (3)	5,1 (16)	4,7 (15)	15,2 (48)	100,0 (316)
Dep./ Sentral fagmyndighet	14,4 (14)	18,6 (18)	24,7 (24)	3,1 (3)	16,5 (16)	5,2 (5)	17,5 (17)	100,0 (97)
Andre	18,7 (36)	13,5 (26)	22,8 (44)	1,6 (3)	6,7 (13)	4,1 (8)	32,6 (63)	100,0 (193)
Alle	16,3 (337)	20,2 (416)	21,9 (451)	2,5 (51)	4,7 (96)	13,5 (279)	21,0 (434)	100,0 (2064)

Sig P (Cramer's V) = 0,000

Tabellen viser hva slags tema som opptar ulike aktørgrupper. For de politiske partiene er det generelle politiske innlegg, og diskusjoner av system og organisasjon som er det viktigste. Organisasjonene er primært opptatt av økonomi og ressurs-situasjonen på sektoren, og har en profil nokså lik representantene fra kommunesektoren.

En interessant gruppe er fagpersonellet. Det er denne gruppen som oftest har "kvalitet" som hovedstikkord, ved siden av diskusjoner av økonomi og organisatoriske problemstillinger.

Tabellens første tre kolonner representerer de generelle problemstillingene: generell helse- og omsorgspolitik, og diskusjoner av sektorens økonomi og organisasjon. Dette utgjør mer enn halvparten av samtlige tilslag, og det er her vi har den største aktiviteten fra de tyngste aktørene på sektoren: politikere, organisasjonene, administrasjon og ledere på kommunalt og statlig nivå.

De tre neste kolonnene representerer mer brukernære problemstillinger: Verdighet for brukeren, kvalitet i tilbudet, og enkeltepisoder med et negativt fortegn: "Ulykker, Mislighold, kriminalitet". Til sammen utgjør disse ikke mer enn ca 20 prosent av oppslagene, og ser ut til å være mer vanlig i Sverige enn i Norge. (jf. tabell 3.1.)

4.4 Oppsummering

Det ser ut til at den norske "offentlige samtalen" om eldreomsorg er mer politisert enn den svenske – både når vi ser på hvem som deltar, og hva det snakkes om. Det gjelder også i normalperioden etter at valget er avsluttet. I forrige kapittel fant vi at andelen innlegg fra politikerne faller betydelig idet valgkampen avsluttes, men er klart høyere i Norge enn i Sverige, også i normalperioden etterpå. I dette kapitlet har vi vist at det også er klare forskjeller mellom Norge Sverige mht hvilke tema som står mest sentralt i den offentlige diskusjonen om eldreomsorgen. Generell argumentasjon – mest typisk for de politiske partiene – er langt viktigere i Norge enn i Sverige, valgkamp eller ikke. På den annen side har de svenske nettavisene relativt sett betydelig flere oppslag som dreier seg om enkelt-hendelser: Ulykker, mislighold eller kriminelle handlinger. Det gir neppe grunnlag for å anta at svenske omsorgsarbeidere er mer kriminelle enn de norske. Snarere er det vel et uttrykk for at de tematisk mer generelle oppslagene er fraværende - slik at de konkrete enkeltendelsene hendelsene får en relativt sett større plass på "mediehimmelen".

Det er viktig å minne om at vår konklusjon om at den norske offentlige debatten om eldreomsorgen er mer politisert enn den tilsvarende i Sverige må gjøres med en lang rekke forbehold, slik vi gjorde i vår innledende drøfting i første kapittel. Den er bestemt både av det avisutvalget vi har, og av trekk ved den perioden vi studerer. Spørsmålet om dette er en tidsbestemt eller mer generell tendens vil bare kunne besvares ved gjentatte undersøkelser over lengre perioder.

Generelle debatter om omsorgspolitik, og om økonomi og organisering av slike tjenester, danner viktige premisser for våre forestillinger om hva slags eldreomsorg vi ønsker oss, og hva slags virkemidler som må til for å oppnå det. På den andre siden er det antakelig de pasient- og brukernære historiene som har størst betydning for oss når skal prøve å danne oss et bilde av hva vi kan vente oss når vi selv, eller noen av våre nærmeste, blir hjelptrengende.

I de neste kapitlene skal vi se nærmere på hva slags historier som fortelles. En viktig kilde for slike historier er avisenes reportasjer om enkeltmenneskers opplevelser som brukere av tjenesten. En annen viktig kilde er privatpersoners og pårørendes ytringer, ofte basert på egne erfaringer, eller erfaringer som pårørende. Fagpersonellet, de som står nærmest brukerne i det daglige, er en tredje viktig kilde. Avslutningsvis vil vi gjøre en gjennomgang av politikernes bidrag, der vi konsentrerer oss om den delen av oppslag der eldreomsorg tematisk fremstår som det sentrale perspektivet, og ikke som en del av en generell politisk argumentasjon.

5 Enkeltmenneskers møte med omsorgstjenesten i Norge. Historier fra avisreportasjer i norske nettavisene

5.1 Innledning

I rundt en fjerdedel av oppslagene i de norske nettavisene er det avisene selv som "taler". Det omfatter artikler og reportasjer der ingen annen "stemme" enn avisens egen fremstår som avsender for budskapet. Her har vi inkludert også ledere og annet kommentarstoff, som riktignok har en noe annen form, men som gir avisenes kommentarer til aktuelle hendelser.

Ikke alle disse oppslagene har eldreomsorg som hovedtema. Rundt halvparten har det ikke, men fremstår som mer generelle argumentasjoner der eldreomsorg er ett av mange tema som berøres. Konsentrerer vi oss om artiklene med klar eldrefokusering, sitter vi igjen med 116 oppslag fra de norske nettavisene.

Blant de eldrefokuserte oppslagene finner vi at vel halvparten har et generelt preg: valgkampstoff, politisk nyhetsstoff, reportasjer fra kommunal saksbehandling, og generelle oppslag om omsorgsrelaterte problemstillinger. De siste halvparten har preg av konkrete historier om enkeltpersoners møte med omsorgstjenesten. Det er disse konkrete enkelthistoriene som er tema for dette kapitlet.

Historier om enkeltmenneskers møte med omsorgstjenesten er antakelig viktigere for vår oppfatning av omsorgssektoren enn antallet tilsier, rett og slett fordi de handler om brukernære ting. Sett fra den enkeltes synspunkt kan slike problemstillinger bli særlig viktige fordi de ofte kommer tett på oss – enten fordi vi selv mottar omsorgstjenester, har nære familiemedlemmer som er avhengig av andres hjelp for å klare seg, eller rett og slett fordi vi en gang i framtida kan komme til å trenge slik hjelp selv. Det er naturlig å tro at slike nære problemstillinger ofte oppleves som viktigere for oss enn de mer generelle spørsmålene om hvordan omsorgstjenester skal finansieres og organiseres – fordi de bidrar til å fargesette det bildet vi har av hvordan tilværelsen kan arte seg for den som mottar omsorgstjenester. I dette kapitlet skal vi prøve å trenge litt nærmere inn i disse enkelthistoriene, for å danne et bilde av hva slags problemstillinger som fra et brukerperspektiv oppleves som viktige i vår opplevelse av tilbudet til eldre.

Gjennomgangen har ikke til hensikt å gi noe tallmessig uttrykk for hvor ofte ulike typer hendelser forekommer. Formålet er først og fremst å si noe om **hva slags** hendelser vi får beretninger om. For det formålet er oppslagen tematisk sortert, og drøftes som eksempler på viktige problemområder i omsorgstjenesten – slik de fremstilles i den daglige nyhetsstrømmen. Der vi har mange likartede hendelser har vi plukket ut en eller to representanter for typen, men ikke prøvd å vurdere hyppighet mht. forekomst.

5.2 Manglende tilbud

Et viktig innslag blant oppslag av denne typen er historier om manglende eller ufullstendige tilbud. I mange tilfeller dreier det seg om gamle mennesker som på tross av høy alder og kanskje også fysiske funksjonsproblemer ikke får et omsorgstilbud:

Kari (89) flyttet fra lageret til gangen.

Endelig plass til Thea (103).

Frisk pasient lå 62 døgn på sykehus – ikke plass på sykehjem.

Det å ha sikkerhet for å få et adekvat og tilstrekkelig tilbud når man selv eller våre nærmeste trenger det er en viktig del av grunnlaget for vår forventning om en trygg alderdom. Historier om trengende som ikke får hjelp, eller skrøpelige gamle som innkvarteres under det de fleste av oss oppfatter som uverdige forhold, gir inntrykk av en omsorgstjeneste som ikke er der når vi trenger den.

5.3 Uverdigg behandling – systemsvikt

Mange av oppslagene dreier seg om dårlig standard eller uverdigg behandling av pasienter:

Mangel på enerom til eldre.

Slakter hjemmehjelpen i Oslo. (Undersøkelse viser at brukerne er misfornøyde).

Overlot 100-åring til seg selv. (Helsetilsynet vurderer sak om vanskjøtsel fra hjemmesykepleie).

Et viktig perspektiv i denne sammenhengen er behandlingen av eldre med mental svikt. I noen tilfeller kan slike pasienter representere store utfordringer for pleierne, pga. uforutsigelig oppførsel, vandring, bråk og forstyrrelse av medpasienter. I noen tilfeller tyr man til uakseptable metoder for å redusere belastningen på medpasienter og personale, og sikre at pasientene ikke skader seg selv:

Fant sykehjemspasient fastbundet til stol.

I slike tilfeller er det rimelig å se feilbehandling som et uttrykk for avmakt hos personalet, konfrontert med en svært krevende pasient i en situasjon som kanskje også på andre måter er presset når det gjelder personalressurser. I andre tilfeller kan feilbehandling skyldes systemsvikt som manglende rutiner, manglende kompetanse, eller slurv og etisk svikt hos dem som faktisk observerer pasienten gjennom den daglige pleien:

Sultet på sykehjem.

Hjertestans etter feilmedisinering.

En særskilt problemstilling er knyttet til omsorgstjenestens medisinske sikkerhetsnett for sine brukere. Høsten 2007 ble det gjennom flere undersøkelser avdekket at mange kommunale sykehjem hadde lite legeressurser tilgjengelig for sine beboere:

Får 17 minutter legehjelp i uken. (Eldre får for lite legetid ved sykehjem).

Helsetilsynet krever straksløsning. Har opprettet tilsynssak mot kommunen pga dårlig legedekning.

5.4 Kriminelle handlinger fra omsorgsgivere.

Mange av oppslagene gjelder direkte kriminelle handlinger, begått av personer som er betrodd omsorgen for skrøpelige gamle. Slike handlinger kan være ganske forskjellige.

En del av oppslagene har utgangspunkt i rusproblemer og pillemisbrukere blant personalet. Det beskriver situasjoner der ansatte på ulike måter tilegner seg pasientenes medisiner, for å bruke dem selv:

Fjernet innholdet i medisinkapslene. (En hjelpepleier ved et sykehjem fjernet innhold fra medisinkapslene før han ga dem til pasientene).

Ga eldre hormonmedisin. (Hjelpepleieren brukte den narkotiske medisinen selv. I stedet fikk pasientene hjelpepleierens eget østrogenpreparat).

Sykepleier stjal beroligende midler og skrapte vekk pillelogo for å dekke over.

Noen oppslag kan gjelde seksuelt betonte overgrep:

Utstyrt med en falsk legeattest har en mann fått skiftet bleier ved to pleieinstitusjoner i Nord-Norge

Hjemmehjelper dømt for voldtekter (En 30 år gammel hjemmehjelp er i Borgarting lagmannsrett dømt til tre års fengsel for voldtekt av to kvinnelige pasienter).

Sykehjemsleder tiltalt for overgrep

Den første gruppen – tyveri og misbruk av pasienters medisiner – kan ha stor negativ betydning for pasientenes livskvalitet. Mange av pasientene i omsorgstjenesten trenger beroligende, smertestillende, og andre medisiner som er ment å redusere de daglige plagene for pasienten, men som kan tiltrekke seg interesse fra misbrukere. Flere av oppslagene forteller om situasjoner der personalet tilvender seg medikamenter og lurert pasientene og omgivelsene ved å erstatte dette med preparater med andre virkninger. For pasientene kan det medføre økt smertebelastning, redusert livskvalitet og kanskje forkortet liv.

Den siste gruppen – seksuelt betonte overgrep – er et ømfintlig område for de fleste. Vi ønsker våre gamle en mest mulig trygg og verdig situasjon. Samtidig er hjelpeløse gamle ganske ubeskyttede overfor uønskede og krenkende handlinger fra mennesker man må slippe inn på livet for daglig pleie og stell.

Ikke alle saker som dreier seg om tillitsbrudd fra omsorgsgiverne bli avisstoff, og ikke alle slike saker fanges opp av rettssystemet. Men det er klart at en omsorgssituasjon basert på

nær kontakt, daglig omsorg og utstrakt tillit lar seg misbruke. Og når slike tillitsbrudd rapporteres, så rokker det ved forestillingen om et trygt tilbud.

5.5 Ulykker

Ulykker skjer over alt, også i omsorgstjenesten. Ulykker i omsorgstjenesten rammer imidlertid ofte svært hjelpeløse mennesker. Det kan gi ulykker mer alvorlige utfall og stille de som er ansvarlige for tjenesten overfor store utfordringer.

Ulykker kan skyldes ytre påvirkninger:

Brann sykehjem.

Brann i sykehjemsdel av omsorgssenter granskes.

Kaffetrakter begynte å brenne. (Brannuhell sykehjem).

Eldre mann omkom i brann (Hjemmehjelp meldte røykutvikling mann omkom i brann).

Røyk og brannalarm på sykehjem.

Brann i sykehjem – beboere evakuert.

En skadd i sykehjemsbrann.

Ulykker kan også skyldes svikt, feil eller uheldige omstendigheter i arbeidet med pasientene:

Dement pasient datt på krok (En pasient ved et sykehjem fikk en jernkrok gjennom kroppen, og brannvesenet måtte ta i bruk bilbergingsutstyr for å få fraktet mannen til sykehus).

Skåldet på sykehjem – døde.

Branner og tilsvarende hendelser kan ha dramatiske forløp, berøre mange mennesker, og ha tragiske utfall. Derfor er denne typer hendelser alltid skremmende – uansett hvor de inntreffer. I omsorgstjenesten kan imidlertid slike ulykker ramme hardere enn andre steder, fordi de som rammes er hjelpeløse mennesker, som i slike situasjoner er svært avhengig av hjelp fra andre. I kjølvannet av slike episoder er det derfor ikke uvanlig at det reises spørsmål om eventuelle tragiske utfall skyldes dårlig vedlikehold, sviktende rutiner eller skjodesløs oppførsel.

En annen type ulykker er knyttet til hendelser i arbeidet med enkeltpasientene, slik det er beskrevet i de to siste sitatene. Også her kan det tenkes ulike årsaker som teknisk svikt og uforklarlige forhold, eller personlige feil hos de som jobber på sektoren.

Trygghet for omsorgsmottakerne er avhengig av gode rutiner for sikring mot potensielt ulykkesskapende forhold. Ulykker som inntreffer utløser nesten alltid spørsmålet om disse rutinene er gode nok. Det er avgjørende for brukernes trygghet og publikums tillit.

5.6 "Glad-meldinger"

Meldinger om positive hendelser forekommer, men er ikke noe dominerende innslag i reportasjestoffet. De kan ha forskjellig innhold:

Ga en million til sykehjemmet. (Beboer testamenterte til sykehjemmet – skal brukes til koselige formål for beboerne.).

Her er det som et slott! Beboere flytter hjem til nyoppusset sykehjem og er begeistret.

5.7 Oppsummering.

I dette kapitlet har vi undersøkt oppslag der ingen annen stemme enn avisens egen høres: reportasjer og hendelser på sektoren, eller ledere og kommentarer til aktuelle hendelser. Vi har konsentrert diskusjonen om det brukerorienterte stoffet, og ikke kommentert mer generelle ytringer av helsepolitisk eller generell samfunnsdebatteerende karakter.

Avisenes historier lar seg inndele i følgende hovedkategorier:

- Manglende tilbud: historier om enkeltpersoner som ikke får det tilbudet de trenger og har behov for.
- Uverdige behandling – systemsvikt.
- Kriminelle handlinger fra omsorgsgivere.
- Ulykker.
- "Gladmeldinger"

"Gladmeldingene" er få – de fleste av brukerhistoriene har den motsatte tendensen. Nyhetsstoff er stoff som skal være egnet til å vekke oppmerksomhet og engasjere publikum. Da er det ofte historier om negative avvik som blir det viktigste. I dette perspektivet er det mindre plass til historier om det som fungerer alminnelig bra. Slik sett forteller avisreportasjene bare del av historien om tilbudet til eldre i norske kommuner.

6 Synspunkter fra fagpersonell

6.1 Innledning

I rundt 5 prosent av tilslagene – både i de norske og svenske avisene – er det stemmen til de som arbeider i eldreomsorgen vi hører: pleiepersonell, hjemmehjelpere og av og til innlegg fra leger. I volum kan de ikke sies å dominere diskusjonen om eldreomsorgen. Men de står nært brukerne, deres fortellinger om situasjonen på sektoren er gjerne konkrete og brukerrelaterte, og representerer på den måten viktige innspill i vår forståelse av tilbudet til eldre som trenger omsorg.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på ytringen fra fagpersonellet i de norske nettavisene vår registrering omfatter, for perioden mai 2007 til juni 2008, basert på innholdsekstraktene fra hver enkelt artikkel.

I Norge står fagpersonellet som avsender for 48 oppslag i de aktuelle avisene i perioden. 43 av disse har eldreomsorg som hovedtema. Ingen andre har så sterk eldrefokusering når de formidler sine synspunkter. 20 prosent av ytringene herfra er leserinnlegg. Resten er intervju og reportasjer.

6.2 Innlegg om bemanning

Mange av innleggene fra ansatte i omsorgssektoren dreier seg om ressursituasjonen på sektoren, og gir uttrykk for kritikk overfor kommunale planer og vedtak som berører sektoren økonomisk. Spesielt er man opptatt av bemanning. Mange opplever at det er for få hender til for mange oppgaver – og gir uttrykk for sin frustrasjon over det. En av artiklene er et intervju med en omsorgsarbeider som sier opp sin stilling med begrunnelse i for stort arbeids- og tidspress.

I flere av artiklene er de ansatte opptatt av konsekvensene av arbeidspress og underbemanning, og de mestringsstrategier ansatte utvikler når tiden med brukerne blir for knapp. I et oppslag nevnes spesielt at for dårlig tid med den enkelte bruker gjør at pasientenes rettigheter etter pasientloven ikke kan ivaretas. En annen er opptatt av at private tilbydere får et marked når det offentlige kommer til kort:

Positivt at det finnes privat tilbud til eldre som vil på luftetur, men negativt at de må betale selv. Dette skulle vært offentlig tilbud.

6.3 Overmedisinering

Blant mange negative utslag av bemanningssituasjonen er det flere som peker på overmedisinering som et problem i omsorgstjenesten:

Ansatte har ikke mulighet til å roe pasienter pga tid, og bruker medisin i stedet. Vanlig praksis. Høyt medisinforkbruk ved de fleste sykehjem.

Andre knytter overmedisinering til kompetansemangel:

13 prosent hjemmeboende og 40 prosent av sykehjemsbeboere får antidepressiva. Problemet neglisjeres av det psykiske helsevernet, og kompetansen i omsorgstjenesten er ikke god nok.

Leit at eldre ikke har noe alternativ til antidepressiva, for dårlig kompetanse i omsorgstjenesten.

Alvorlig at eldre ikke har alternativ til piller

Selv om alle disse innleggene uttrykker kritikk overfor bruke av medisin i sykehjemmene, er det ett av innleggene som gir uttrykk for at medisineringen ofte kan være et uttrykk for pasientenes egne ønsker:

.....mener det er for mye bruk av sovemedisin, men mener også at på sykehjem bør man lytte til pasientene og det de selv mener de har behov for

6.4 Kompetanse

Flere av oppslagene kommenterer kompetansesituasjonen i omsorgstjenesten på en mer generell basis:

For få faglærte i hjemmetjenesten.

Demente tar opp sykehjems plasser, slik at meget syke pasienter overlates til hjemmetjenesten, som ikke har kapasitet og kompetanse til å ta hånd om denne typen pasienter.

Kravet til kompetanse må styrkes og tydeliggjøres, dårlig kompetanse går ut over de eldres verdighet.

I ett av innleggene uttrykkes bekymring for at omsorgstjenesten representerer for små fagmiljø til å være faglig attraktive

Nyutdannede sykepleiere vil ikke jobbe i sykehjem pga lite fagmiljø.

6.5 Legedekning.

Flere av oppslagene gjelder dårlig legedekning i sykehjem:

For dårlig legedekning. Leger forsvinner fra sykehjemmene etter kort tid.

Problemer med å rekruttere leger til sykehjem

Foreslår virkemidler for bedre legedekning i sykehjemmene

Legene har for lite tid. Behov for større stillingsandeler og spesialiserte legestillinger i omsorgstjenesten.

I ett av oppslagene drøftes oppgjørsordningen for legene, som beskrives som uhensiktsmessig når det gjelder å ivareta et medisinsk tilbud til eldre:

Fastlegene får tilskudd for pasienter i sykehjem. Dette tilskuddet bør heller brukes til bedre legedekning på sykehjemmene

6.6 "Glad-meldinger"

Det er ikke mange av oppslagene som kan karakteriseres som "glad-meldinger": historier om gode løsninger eller hyggelige hendelser. Men de forekommer. Et eksempel på artikler om gode løsninger er en melding om en systematisk styrking av eldres rett til besøk, veiledning og informasjon, som har blitt svært godt mottatt av de eldre i den aktuelle kommunen. Et eksempel på et hyggelig tiltak er et oppslag om en gruppe hjelpepleiere som har startet aktiviteter med kor og dans til glede for beboere i sykehjem.

6.7 Oppsummering: personalets stemmer

Sentrale tema i innlegg fra fagpersonellet er bemannings- og kompetansesituasjonen i omsorgssektoren. Mange av innleggene uttrykker bekymring for negative utslag av dårlig bemanning eller sviktende kompetanse. Her nevnes f.eks. overmedisinering av beboere i sykehjem, eller for lite ressurser til å tilby f.eks. spaserturer eller annet som kan bidra til å øke trivsel og styrke helsesituasjonen. Problemet knyttes ikke bare til sykepleiere og annet omsorgspersonell, men også til legedekning i institusjonene.

Ikke mange av ytringene fra fagpersonellet er optimistiske i tonen. De fleste er kritiske til særlig ressurs- og bemanningssituasjonen på sektoren, og negative utslag av det. Noen unntak i form av glad-meldinger finnes. Men de er som sagt få.

7 Innlegg fra privatpersoner

7.1 Innledning

Også privatpersoner – mennesker uten spesiell tilknytning til sektoren eller den organiserte politikken – har en stemme i media. Det kan være i form av leserinnlegg, kronikker, intervjuer eller på andre måter. Relativt sett er andelen slike innlegg ganske stor – i Norge rundt 15 prosent av samtlige tilslag. (Jf. tabell 2.2). I "normalsituasjonen" utenom valgkampperioden er dette den største aktørgruppen – når vi ser bort fra oppslagene katalogisert som "Avisreportasjer". Å dømme etter antallet oppslag er med andre ord det vi oppfatter som privatpersoner viktige premissleverandører for den alminnelige oppfatningen for situasjonen i eldreomsorgen. Det er imidlertid viktig å ha i mente at bak et navn under ett avisinnlegg eller i et intervju kan det skjule seg ulike identiteter – f. eks i politisk sammenheng – uten at dette er nevnt i selve artikkelen.

Oppslagene med privatpersoner som forankring kan ha ulike innretninger:

- Fortellinger om enkeltpersoners møte med omsorgstjenesten.
- Generelle betraktninger om situasjonen på sektoren
- Politiske innlegg til støtte for bestemte partier.

De rene partipolitiske innleggene som utgjør en svær begrenset andel, vil ikke bli kommentert videre her. Ser vi bort fra disse utgjør det vi har kalt "fortellinger om enkeltpersoner" rundt en tredjedel, og det vi har kalt "generelle betraktninger" de resterende to tredjedeler.

7.2 Fortellinger om møte med omsorgstjenesten

Historier om enkeltmenneskers opplevelser i møtet med omsorgstjenesten kan ofte ha et tydelig budskap. Konkrete bilder av enkeltpersoners opplevelser gir ofte stort engasjement, og er viktige elementer i vår forståelse av sektoren.

De aller fleste av disse historiene har en negativ konklusjon: de handler gjerne om offentlig utilstrekkelighet. Unntakene er en liten håndfull innlegg fra mennesker som takker for god behandling de selv eller deres pårørende har fått, gjerne ved en navngitt institusjon eller annen tjeneste.

Mange av oppslagene dreier seg om omsorgstrengede som ikke får det tilbudet de trenger:

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

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

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

Får ikke plass på sykehjem i nabolaget. Plassene tilhører en annen bydel.

Bekymret for 101-år gammel far som ikke får plass på sykehjem.

Eldre kvinne får ikke langtidsplass, men flyttes rundt på korttidsopphold.

Oppfyller kriteriene for plass, men må vente til plass blir ledig. Barna passer NN kontinuerlig.

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

Kone tar seg av mannen etter at han ble rammet av slag.

Noen av innleggene gjelder uverdige forhold for personer under kommunal omsorg, som følge av manglende kapasitet:

Bor på lager pga plassmangel

Eldre kvinne ble plassert på styrketreningsrom.

Flere er bekymret for kvaliteten ved tilbudet:

Sønn bekymret etter at mor fikk skader etter fall ved sykehjem

Fallulykker, datter mener det er for dårlig bemanning.

En serie innlegg er opptatt av det man opplever som for dårlig tilbud eller urimelig prising innen hjemmebaserte tjenester som f. eks:

Trygghetsalarm medførte telefonregning.

Kommunen betaler ikke vask i gangen, brukeren må gjøre det selv med rullator og stakk.

7.3 Oppslag med generelt innhold.

Historier om konkrete erfaringer er viktige. Men flertallet av ytringene fra det vi har kalt privatpersoner har en mer generell karakter. De gir generelle betraktninger om "tingenes tilstand", eller kommentarer til aktuelle hendelser eller enkeltsaker.

Mange av innleggene handler om at eldreomsorg ikke prioriteres høyt nok:

Tromsø gir penger til OL-søknad, men ikke til eldreomsorg.

Skammelig at det ikke fins plass til alle som trenger det.

Mangel på plasser gir kreative løsninger. Det skaper frykt.

Politikere må samarbeide for å skaffe plasser.

Satsing på kultur går utover eldre og syke.

Eldreomsorgen får for lite, mens folk flytter til utlandet og lever på trygd fra Norge.

Arbeidskraft fra utviklingsland bør settes inn i eldreomsorgen.

Kvaliteten i eldeomsorgen blir kommentert av mange:

Eldreomsorgen får for lite ressurser når det må gå tre uker mellom hver dusj. Å ta 85 prosent av folks pensjon for dette er for mye.

For dyrt og for dårlig tilbud ved sykehjem.

Mener debatt også må handle om kvalitet.

Behandling av demens krever mer kompetanse.

Mange av innleggene er opptatt av eldreomsorg som et rettighetsspørsmål:

Eldre diskrimineres, blir ikke hørt eller spurt. Menneskelige behov tas ikke på alvor.

Demenspasientene er avhengig av pleieres prioriteringer for å få komme ut, men det er det ikke tid til. Ingen rettigheter for pasienter.

For dårlige rettigheter for pleiepasienter.

Positivt at man får velge mellom privat og kommunal hjemmetjeneste.

Brukerne av velferdssystemene må komme mer til orde.

De som ønsker det må få dele rom på sykehjem.

I noen av innleggene blir forholdet mellom pårørendes ansvar og det offentlige diskutert:

Det kreves for mye av pårørende i eldreomsorgen

Mener sykehjemmene gjør det bra, men at pårørende må gjøre mer selv også

7.4 Oppsummering

Oppslag der vi hører privatpersoners stemme utgjør en betydelig del av den samfunnsmessige diskusjonen om eldreomsorgen. I perioden etter valgkampen er det privatpersoner som står bak de fleste oppslagene om eldreomsorgen i norske avisers netttutgaver – når vi ser bort fra reportasjestoffet der det er avisene selv som står som stemmen i oppslaget”.

Privatpersoner som uttaler seg kan ha ulike forhold til omsorgstjenesten: De kan selv være brukere av tjenesten, pårørende, samfunnsengasjerte enkeltpersoner eller partipolitikere. Brukersammensetningen reflekteres i temavalget. Flertallet av innleggene er generelle i formen, og gir betraktninger og kommentarer til den generelle situasjonen på sektoren. Men rundt en tredjedel forteller konkrete historier om møtet med omsorgstjenesten – enten som bruker selv eller som pårørende.

Noen få av historiene om bruker/pårørende-erfaringer har et positivt innhold vis a vis omsorgssektoren – f. eks i form av en takk for god pleie og oppfølging. De aller fleste fremstår som kritiske. Kritikken kan ha ulike innhold:

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

De fleste av oppslagene der vi hører pårørendes stemme har en generell karakter: de gir kommentarer og synspunkter på situasjonen på sektoren, eller forslag til forbedringstiltak. Noen tema er spesielt sentrale:

- Eldreomsorg prioriteres ikke høyt nok.
- Utilstrekkelig kvalitet pga for lite ressurser.
- Eldres rettigheter.
- Forholdet mellom pårørendes og det offentlige ansvar.

8 Politiske partier

8.1 Innledning

Representanter for de politiske partiene er viktige aktører i den offentlige debatten om eldreomsorg. I perioden før kommunevalget i Norge 10 september var de "avsendere" for vel 40 prosent av registrerte oppslag om temaet i norske avisers nettutgaver. Aktiviteten fra partiene kulminerte ved valget, og i perioden etterpå var deres andel 14 prosent (jf. tab. 4.2). Et særtrekk ved innleggene fra politikerne er at tanker om eldreomsorgen ofte inngår mer omfattende argumentasjon, der eldreomsorgen står som ett av flere tema. Bare i ca en tredjedel av innleggene fremstår eldre og eldreomsorg som hovedtema, mens gjennomsnittet for alle aktørgrupper er på ca 50 prosent (jf. tabell 2.3).

I dette kapitlet skal vi se nærmere på innholdet i innspillene fra politikere – slik de fremstår i de oppslagene som fanges opp i vår registrering. Fremstillingen er konsentrert om innlegg der eldreomsorg fremstår som hovedtema, jf. drøftingen over.

Drøftingen tar utgangspunkt i korte innholdsreferat av de enkelte oppslag som ble gjort etter gjennomlesning av den enkelte artikkel.

Ut fra innholdsreferatene faller politiker innleggene i tre hovedgrupper:

- Kritikk av forholdene på sektoren
- For og mot privatisering av omsorgstjenester
- Debatt om/forslag til utvikling av sektoren.

Rundt halvparten av alle innleggene faller i den siste kategorien: politiske utspill om utviklingstiltak for sektoren. Resten fordeler seg noenlunde likt mellom de to andre.

8.2 Kritikk av forholdene i eldreomsorgen

Kritiske kommentarer til dagens eldreomsorg kan ha ulike fokus og tema. Noen er forholdsvis konkrete, og går direkte på forhold i den enkelte kommune, f.eks knyttet til enkelte institusjoner eller tjenester. Et viktig tema i denne sammenheng er forholdet mellom ressursbruk og forhold som f.eks medisinerings:

Mener praksis må granskes, og overmedisinering må bli slutt. Det trengs mer penger til bydelene.

I tillegg til de konkrete og lokalt orienterte innleggene finner vi mange innlegg som gir en mer overordnet kritikk av måten eldreomsorgen drives på i dag, gjerne forklart med feilslått politikk hos andre partier:

Eldreomsorgen er for sykdomsfokusert, sykehusmodellen råder. Det fratar de eldre verdigheten. Det trengs ny organisering og holdningsendring.

Kvaliteten på dagens eldreomsorg avhenger av hvilken kommune man bor i. Det er et resultat av Arbeiderpartiets politikk.

8.3 Konkurransetsetting/privatisering.

I valgkampen ved kommunevalget 2007 var privatisering av omsorgstjenester et helt sentralt tema, og svært mange av innleggene er knyttet til dette:

..... vil si opp de kommunalt ansatte i eldreomsorgen i kommunen og sette ut drift til private.

..... mener at skandaleomsust privat drevet sykehjem er i dag et solskinnseksempel på privatisering.

.... mener at eldreomsorgen er underfinansiert. Derfor bør det brukes mer penger, samtidig som konkurranse skal gi lavere priser.

..... mener rett til å velge hvem som skal gi hjelp gir mer verdig omsorg.

....er mot fokuset på privatisering, mener andre tema er viktigere innen eldreomsorg.

.....mener konkurranseutsetting og privatisering av eldreomsorgen gir uholdbare tidsrammer pga effektivisering. Det går ut over de svakeste og fører til uverdigg behandling av eldre i Oslo.

..... vil ikke ha konkurranseutsetting, men vil styre brukernes valgfrihet med andre midler.

.... mener at felleskapet må ta seg av eldreomsorgen. Eldreomsorg kan ikke baseres på stykkpris.

8.4 Andre forslag fra partiene

I tillegg til de som gjelder privatiseringsdebatten dreier nesten halvparten av innleggene fra politikerne seg om ulike tiltak og forslag for bedring av situasjonen på eldresektoren. Mange av innspillene har preg av generelle erklæringer, som f.eks:

Mer ressurser og ansatte inn i eldreomsorg!

For få plasser, lover mer til eldreomsorgen.

I tillegg til de generelle erklæringene presenteres ulike forslag til tiltak for å forbedre kvalitet og effektivitet på sektoren, som f.eks:

.....foreslår eldreplan.

.....lover å få bort deltidsarbeid i eldreomsorgen.

....lover å ta vare på korttidsplasser.

...mener kompetanseheving og fagutdanning er avgjørende for omsorgssektoren.

...mener bygging av heis i gamle boligblokker bla kan lette presset på omsorgsboliger.

...ønsker å overføre all finansiering av eldreomsorg til staten for at ikke kommuneøkonomien skal få for stor betydning for ressursbruk.

...mener at finansiering gjennom folketrygden kan sikre finansiering av plass når vedtak er fattet.

...lanserer ny eldreplan. Lover 12.000 nye sykehjemsplasser, kompetanseløft for ansatte, fokus på innhold, og selvbestemmelse mht hvem man ønsker som hjelper.

Mange av forslagene gjelder styrking av rettighetene til brukerne selv:

....ønsker verdighetsgaranti i eldreomsorg.

.....ønsker økt brukermedvirkning.

....lanserer forslag om å lovfeste eldrerettigheter.

...vil lage håndbok til hjelp for omsorgstrengende og pårørende for lettere å stille krav.

8.5 Oppsummering

En summarisk gjennomgang som dette gir selvfølgelig ingen fullstendig analyse av måten de politiske partienes representanter behandlet det kompliserte tema eldreomsorgen på i den perioden vi studerer: mai 2007 til juni 2008. Det kan imidlertid gi et grunnlag for noen refleksjoner om måten den politiske debatten innrettes på, og noe spekulasjoner om hva det kan bety for hvordan vi som publikum oppfatter situasjonen på sektoren.

Den politiske ambisjonen er knytte til ønsket om å overbevise velgerne om at man kan tilby en bedre situasjon enn den vi har i dag. Slik sett kan kritikk av forholdene på sektoren bli en del av argumentasjonen, og rundt en fjerdedel av oppslagene har denne karakteren. Sammenligner vi dette med de andre aktørgruppene, behandlet i kapitlene foran, er allikevel andelen innlegg med karakter av elendighetsbeskrivelser ganske moderat.

9 Oppsummering/konklusjon

9.1 Innledning

Tema for denne undersøkelsen er den "offentlige samtalen om eldreomsorgen" – slik den fremstår i avisenes nettutgaver. Undersøkelsen har et todelt formål: å prøve å kartlegge hva som karakteriserer måten eldreomsorgen behandles på i det offentlige rom, både med hensyn til hvem som er aktive i diskusjonen, hva slags tema som er viktige, og hvordan de behandles. I tillegg har vi prøvd å danne oss et grunnlag for å undersøke om det er karakteristiske forskjeller mellom Norge og Sverige når det gjelder hvordan eldreomsorgen behandles i det offentlige rom – basert på avisenes nettoppslag.

Undersøkelsen bygger på analyser av nettoppslag i et utvalg svenske og norske aviser i perioden 1 mai 2007 t.o.m. 31 mai 2008. Ved hjelp av et sett søkeord relatert til eldreomsorg ble i alt 2056 oppslag fanget opp, gjennomlest og registret. Hvert oppslag ble tematisk karakterisert ved et kort (en til to-linjers) innholdsekstrakt som danner grunnlag for analyser av temasammensetning. I analysen ble hovedvekten lagt på brukernære problemstillinger. Generelle samfunnsdebatter og generelle prinsipper for utforming av organisatoriske eller finansieringsmessige løsninger for eldretjenester, eller generelle helsepolitisk diskusjoner, er bare perifert berørt.

Det er viktig å minne om at avisoppslag ikke gir grunnlag for statistikk om positive eller negative hendelser. Vi kan ikke – med utgangspunkt i en opptelling av antall oppslag om en bestemt type hendelser, si noe om hvor ofte dette forekommer og hvor vanlig det er. Dersom en hendelse er alvorlig nok vil den gjerne omtales i flere aviser, og ut fra ulike synsvinkler. Alvorlige saker har gjerne et etterspill i form av en gransking eller annen behandling, som kan resultere i nye oppslag – gjerne lenge etter at selve hendelsen fant sted. På den andre siden må vi anta at det kan skje mange uønskede hendelser som ikke resulterer i avisoppslag. Det kan henge sammen med at hendelse ikke fikk alvorlige følger for noen, eller rett og slett at den ikke ble rapportert til offentligheten.

De oppslagene som når oss forteller imidlertid at slike ting kan skje. Det berører vår opplevelse av omsorgstjenesten. Og det utløser et spørsmål om hvor godt omsorgstjenesten er organisert, og i hvilken grad de nødvendige ressurser er på plass, for å sikre sine brukere tilstrekkelig omsorg og en trygg hverdag også når man er avhengig av andres hjelp.

9.2 Er det forskjeller mellom Norge og Sverige med hensyn til hvordan temaet eldreomsorg behandles i "det offentlige rom"?

Vår undersøkelse av nettbasert avisformidling tyder på det. Det ser ut til – basert på våre indikasjoner – at den norske debatten om eldreomsorgen er mer politisert i Norge enn i Sverige i den aktuelle perioden. Konklusjonen er basert dels på en analyse av hvem det er som uttaler seg, men først og fremst på en undersøkelse av hva det snakkes om. Representantene fra de politiske partiene lot seg oftere høre i den norske diskusjonen om eldreomsorg enn i den svenske. Det gjelder også i perioden etter at valgkampen var

avsluttet, selv om aktiviteten blant de norske politikerne falt betydelig etter valget. Vi fant også at det vi har kalt "generell argumentasjon": Politiske og generelle samfunnsmessige diskusjoner om eldreomsorg, har en betydelig større plass i den norske diskusjonen enn den har i den svenske – også i normalperioden etter valget. Kanskje særlig det siste – den vedvarende norske interessen for generelle diskusjoner om eldreomsorgens plass og utforming i samfunnet også utenfor valggrammen – tolker vi som et uttrykk for et generell mer aktivt politisk fokus på eldreomsorg i det Norge.

I vurderingen av en slik konklusjon er det viktig å minne om de representativitetsproblemer som hefter ved en slik analyse. Viktige hendelser og andre trekk ved den perioden vi studerer vil ha betydning, likeledes redaksjonelle valg, geografiske tilknytninger og andre trekk ved de avisene vi baserer vår drøfting på.

9.3 Valgkampens betydning

10 september 2007 var det kommunevalg i Norge. De norske kommunene har ansvaret for alle de tjenestene vi forbinder med eldreomsorg: i kommunale institusjoner eller i pasientens eget hjem. Kommunevalgkamp i Norge vil derfor i stor grad være et politisk oppgjør og eldreomsorg, og tema relatert til eldreomsorg vil ha en dominerende plass i den offentlige debatt.

Når vi studerer deltakelse og temasammensetningen i den norske debatten før og etter valget september 2007 finner vi den største endringen på deltakersiden. Representantene fra de politiske partiene reduserte sin andel i avisoppslagene (oppslag der politikerne fremstår som "stemmen") fra 42,5 til 14 prosent (Som fremdeles er betydelig høyere enn tilsvarende andel i Sverige). Men selv om de politiske partiene i stor grad trakk seg ut av debatten, forsvant ikke interessen for generelle diskusjoner om eldreomsorgen. Derimot falt andelen innlegg om "system og organisering". Diskusjonen om privatisering av virksomhetene innenfor eldreomsorgen var et sentralt tema i den norske valgkampen 2007, og det ser altså ut til at det først og fremst var dette temaet som fikk svekket sin relative betydning da mange av politikerne trakk seg ut. Relativt sett fikk et tema som "økonomi og ressurser" til omsorgstjenesten økt betydning da valgkampen var slutt. Det henger sammen med at dette var sentralt i innlegg fra mange viktige gjenværende aktører: Organisasjoner, fagpersonellet, privatpersoner og pårørende.

9.4 Viktige tema i den norske "offentlige samtalen" om eldreomsorg

Det er den norske offentlige samtalen om eldreomsorgen som er hovedtema for denne undersøkelsen. Formålet er å prøve å danne et bilde av hvordan omsorgstjenesten beskrives i denne samtalen – representert ved nettbaserte avisoppslag. Hva forteller avisene om hvordan det er å være avhengig av omsorg fra det offentlige? Hvordan fremstilles livet til de som i det daglige lever livet sitt med offentlige hjelpere som garantister for en god og verdig alderdom? For å få et bilde av det har vi valgt ut for nærmere analyse artikler og oppslag der vi antok at de brukernære perspektivene ville være særlig viktige:

- Avisenes reportasjer om og kommentarer til ulike hendelser i omsorgstjenesten.
- Fagpersonell.
- Pårørende/privatpersoner.

I tillegg har vi gjort en summarisk gjennom av oppslag der vi hører stemmene til representantene fra de politiske partiene – i intervjuer, kommentarer eller annet.

Avisenes egne stemmer:

I kapittel 5 tok vi for oss det stoffet der ingen annen stemme enn avisens egen høres: reportasjer om hendelser på sektoren, eller ledere og kommentarer til aktuelle hendelser. Vi har konsentrert diskusjonen om det brukerorienterte stoffet, og ikke kommentert mer generelle ytringer av helsepolitisk eller generell samfunnsdebatteerende karakter.

Avisenes historier lar seg inndeile i følgende hovedkategorier:

- Manglende tilbud: historier om enkeltpersoner som ikke får det tilbudet de mener de trenger og har krav på.
- Uverdige behandling – systemsvikt.
- Kriminelle handlinger fra omsorgsgivere.
- Ulykker.
- "Gladmeldinger"

Fagpersonellets stemme:

Fagpersonellet er viktige premissleverandører for diskusjonen om eldreomsorgen. Sentrale tema i deres innlegg/ytringer er:

- Bemanningsproblemer
- Overmedisinering og andre problemer som følger av dårlig bemanning
- Kompetansesituasjonen på sektoren
- Dårlig legedekning
- "Gladmeldinger" Gode løsninger og hyggelige hendelser.

Pårørende og andre privatpersoner:

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

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

To tredjedeler av ytringene fra pårørende/privatpersoner gir som nevnt generelle synspunkter på situasjonen i sektoren, eller forslag til forbedringstiltak. Viktige tema er:

- Eldreomsorg prioriteres ikke høyt nok.
- Utilstrekkelig kvalitet pga for lite ressurser.
- Eldres rettigheter.
- Forholdet mellom pårørendes og det offentlige ansvar.

Representanter fra de politiske partiene:

Innleggene fra politikerne lar seg grovt inndeile i tre hovedgrupper:

- Kritikk av forholdene på sektoren
- For og mot privatisering av omsorgstjenester
- Andre forslag til utvikling av sektoren.

Rundt halvparten av alle innleggene faller i den siste kategorien: politiske utspill om utviklingstiltak for sektoren. Resten fordeler seg noenlunde likt mellom de to andre. Kritikken av den aktuelle situasjonen er nok viktig også i den politiske debatten, men det viktigste er å få fram egne forslag til utviklingstiltak.

9.5 Oppsummering/diskusjon: Den offentlige diskusjonen om eldreomsorgen – og den enkeltes forventninger om offentlig hjelp

Vår avisgjennomgang gir et bilde av en omsorgstjeneste under betydelig press. Noen typer historier ser ut til å være særlig viktige:

- Historier om omsorgstrengede som ikke får det tilbudet de mener de har krav på.
- Historier om uverdigg behandling av mennesker under omsorg.

Blant nyhetsstoffet finner vi dessuten historier om skremmende hendelser: Branner, ulykker, kriminalitet.

Historier om eldre som ikke får det tilbudet de trenger er viktige, både i det rene nyhetsstoffet, og i ytringer fra pårørende og andre privatpersoner. Det handler om eldre som venter urimelig lenge, eldre som blir plassert i uegnede rom. Det stiller spørsmål ved forestillingen om at omsorgstjenesten er der når du trenger den. Spørsmålet om det er tilstrekkelig kapasitet i omsorgstjenesten er nok blant de mest sentrale i folks opplevelser av situasjonen på sektoren.

Mange av historiene dreier seg om omsorgsmottakere som blir utsatt for uverdig behandling og svikt i omsorgen. Det kan henge sammen med ressursproblemer, som f.eks dårlig bemanning, kompetansesvikt, manglende fysisk eller teknisk standard eller annet. I noen tilfeller dreier det seg om sviktende rutiner, som kan føre til dårlig medisinsk og pleiemessig oppfølging, eller det kan henge sammen med manglende kompetanse eller personlige feil begått av de som yter omsorgen.

I noen tilfeller bli forsvarløse eldre gjenstand for regulær kriminalitet. I vår gjennomgang fant vi eksempler på økonomisk kriminalitet i form av tyveri, på omsorgspersonell som stjeler pasientenes medisiner, og seksuelle overgrep. Kriminalitet forekommer overalt i samfunnet, og det er neppe rimelig å vente at omsorgstjenesten går fri. Men mange av omsorgstjenestens brukere er ikke selv i stand til å forsvare seg mot slike handlinger. Det stiller særlige krav til omsorgstjenestens organisasjoner. Sett fra publikums side utløser dette viktige spørsmål: Er dette mulig å unngå? I hvilken grad er det bygd opp rutiner som skal gi brukerne vern mot denne typen hendelser? Hvor grundig blir søkeres vandel vurdert i forbindelse med ansettelse?

Tilsvarende problemstillinger vil gjerne reise seg etter hendelser vi oppfatter som ulykker: Branner, fall, skader påført pasienter i forbindelse med "hendelige uhell" i den daglige pleien. Hvor effektivt er det forebyggende arbeidet mot brann? I hvilken grad er omsorgstjenestens bygninger sikret mot brann? Hvor godt er personalet trent til å ta vare på pasientene når slike hendelser inntreffer? Og når det gjelder andre typer ulykker: I hvilken grad er det mulig å gardere seg mot at demente pasienter skader seg selv? Hvor dyktige er man til å unngå slike situasjoner? I hvilken grad finnes rutiner som gir et så godt vern som mulig mot uønskede hendelser?

Når vi sammenfatter inntrykket av avisenes ulike oppslag om enkeltmenneskers møte med omsorgstjenesten, finner vi i hovedsak en negativ tendens. De gode historiene om samvittighetsfulle omsorgsarbeidere som gir sine brukere gode betingelser for livskvalitet også i de

senere fasene i livet er sjeldne. I stor grad har nok dette med nyhetsdekningens natur å gjøre. En nyhet er en hendelse som bryter med det daglige og alminnelige. Det er gjerne de negative hendelsene, som beskriver situasjoner der våre forestillinger om sikkerhet og trygghet blir utfordret. "Dårlig nytt er ofte godt nytt", fordi slike oppslag er egnet til å påkalle oppmerksomhet hos publikum. Noe av det samme gjelder også andre typer ytringer: kommentarer, leserinnlegg og annet. Det er gjerne opplevelsen av urett og kritikkverdige forhold som utløser ønsket om å la sin stemme høre. Som alminnelig leser vet vi at disse enkelthistoriene ikke forteller hele historien om omsorgstjenesten: om alle de som i det daglige gjør en samvittighetsfull jobb for å gi de som trenger omsorg en så god hverdag som mulig. På den annen side gir slike historier et mulighetsscenario: de forteller om ting som kan skje både oss selv og våre nærmeste – gitt visse uheldige omstendigheter. Slik sett kan de bidra til å forme et bilde av en omsorgstjeneste som kan komme til å svikte oss når den aktuelle situasjonen oppstår.

Delprosjekt 2

Nordmenns holdninger til omsorgstjenesten

Bård Paulsen

SINTEF Helsetjenesteforskning

1 Innledning

1.1 Formålet med undersøkelsen

Eldreomsorg er et viktig helsepolitisk tema. Situasjonen i eldreomsorgen angår de fleste av oss – både fordi mange av oss har foreldre eller besteforeldre som trenger hjelp fra omsorgstjenesten for å klare seg, og fordi vi selv kan komme til å trenge hjelp fra det offentlige når vi blir eldre og helsa skranter. Og de fleste mener noe om eldreomsorgen. Formålet med denne undersøkelsen er å prøve å kartlegge alminnelige nordmenns oppfatninger om nettopp dette. Vi har bedt et representativt utvalg på 1000 personer over 15 år fortelle oss om:

- Generelle vurderinger av kvaliteten i tjenesten.
- Synspunkter på forholdet mellom hva vi selv må ta et ansvar for - og hva vi kan forvente av det offentlige.
- Hva som er viktig for hver enkelt når man selv blir avhengig av hjelp.
- Hvordan man vurderer eldreomsorgen i Norge relativt i forhold til tilsvarende tjenester i andre land.

Undersøkelsen bygger på data innhentet gjennom telefonbaserte intervjuer, som ble gjennomført i desember 2008. ⁵Spørreskjema følger rapporten som vedlegg 1. En del sentrale spørsmål er hentet fra en større europeisk undersøkelse, gjennomført som en del av Eurobarometers kartlegginger av situasjonen i EU-området. Det gjør det mulig å sammenligne måten vi opplever vår omsorgstjeneste på med tilsvarende i andre land.

1.2 Om svargiverne

Selv om utvalget trekkes representativt vil det vanligvis oppstå mindre skjevheter i en telefonbasert survey, blant annet fordi noen grupper er vanskeligere å oppnå intervju med enn andre. Sammenfall med alders-, kjønns- og bostedsfordelingen på landsbasis oppnås ved å vekte datasettet slik at det rent fordelingsmessig sammenfaller med tilsvarende fordeling på landsbasis. Analysene bygger på det vektete datasettet. Tabellene 1.1. til 1.4. viser fordelingen mht alder, kjønn og bosted i faktisk oppnådde intervjuer (faktisk utvalg) og vektet utvalg.

⁵ Teknisk gjennomføring av spørreundersøkelsen: Sentio A/S

Tabell 1.1 Svargiverne etter alder. Faktisk og vektet utvalg. N = 1000.

	Faktisk utvalg	Vektet utvalg
15 – 29	16,3	23,2
30 – 39	14,6	18,2
40 – 49	21,7	17,6
50 +	47,4	41,0
Totalt	100,0(1000)	100,0(1000)

Tabell 1.1 viser at det er oppnådd intervju med noe færre blant de yngre årsklasser, 15-39 år, enn det ville vært i en perfekt representativ fordeling.

De over 50 utgjør over 40 prosent av totalutvalget. I vår sammenheng er dette en viktig gruppe. Mange av de yngre blant disse har foreldre eller andre slektninger som mottar omsorgstjenester, mens vi blant de eldste vil finne personer som selv mottar slike tjenester, eller har en ektefelle som er avhengig av omsorgstjenester. Det er imidlertid viktig å ha i mente at en telefonbasert undersøkelse ikke kan bli representativ mht omsorgstjenestens brukere, blant annet fordi sykehjemsbeboere og eldre med mentale svekkelser er vanskelige å fange opp med denne metoden.

Tabell 1.2 Svargiverne etter kjønn. Faktisk og vektet utvalg. N = 1000.

	Faktisk utvalg	Vektet utvalg
Menn	51,0	49,3
Kvinner	49,0	50,7
Totalt	100,0(1000)	100,0(1000)

Tabell 1.2 viser at det faktiske utvalget har en svak overrepresentasjon av menn.

Tabell 1.3 Svargiverne etter landsdel. Faktisk og vektet utvalg. N = 1000.

	Faktisk Utvalg	Vektet utvalg
Nord-Norge	9,9	9,9
Midt-Norge	14,1	13,9
Vestlandet	20,3	20,3
Østre Østland	34,4	34,5
Vestre Østland	9,3	9,3
Oslo	12,0	12,0
Totalt	100,0(1000)	100,0(1000)

Tabell 1.3 viser at de enkelte landsdelene er korrekt representert i det faktiske utvalget.

Vel halvparten av alle nordmenn bor på Østlandet, svært mange av disse i byer og tettbygde strøk. Hva slags kommune man bor i kan ha betydning både for hvor godt omsorgstjenesten er utbygd, hva slags tilbud som finnes, og dermed også folks erfaringer og vurderinger av tjenesten. Små kommuner skårer ofte bedre enn de større. Tabell 1.4. gir en oversikt over

hva slags kommuner svargiverne er rekruttert fra, ordnet etter kommunestørrelse (Innbyggertall).

Tabell 1.4 Svargiverne etter landsdel. Faktisk og vektet utvalg. N = 1000.

	Faktisk Utvalg	Vektet utvalg
Under 5.000	10,9	9,9
5.001 – 10.000	13,6	13,9
10.001 – 20.000	18,0	17,6
20.001 – 50.000	21,6	22,6
Over 50.000	35,4	35,5
Uoppgitt	0,5	0,4
Totalt	100,0(992)	100,0(1000)

Tabell 1.4 viser at utvalgets fordeling mellom små og store kommuner samsvarer godt med fordelingen på landsbasis. Ca. fjerdeparten av svargiverne kommer fra kommuner med under 10.000 innbyggere, mens vel en tredjedel kommer fra kommuner med 50.000 innbyggere eller mer. Her finner vi storbyene, samt Asker og Bærum.

1.3 Erfaringer med bruk av omsorgstjenester

Mange av oss har erfaringer med omsorgstjenesten. Noen av oss er selv brukere av slike tjenester, eller vi har en ektefelle/samboer som er det. Kanskje er våre foreldre avhengig av hjelp fra det offentlige, kanskje også andre slektninger, venner eller kolleger. Ofte vil det være slik at ulike tilknytningsformer overlapper hverandre: Mange av de som selv mottar tjenester har venner eller slektninger som også gjør det, og har kanskje erfaringer som pårørende til foreldre som hadde kommunal omsorg.

For å få et uttrykk for variasjonen i erfaringsgrunnlaget med omsorgstjenesten har vi bygd opp en variabel kalt "Tilknytningsnivå til omsorgstjenesten", som skal reflektere grad av nærhet mht erfaringer vedrørende bruk av omsorgstjenester.

Variabelen har fire nivå:

Nivå 1: Egne brukererfaringer:

Ektefelle eller svargiveren selv mottar (eller har mottatt) kommunale omsorgstjenester.

Nivå 2: Foreldre:

Minst en av foreldre mottar eller har mottatt slike tjenester.

Nivå 3: Mindre nært:

Andre slektninger, venner, kolleger, naboer mottar eller har mottatt slike tjenester.

Nivå 4: Ingen erfaringer:

Verken en selv, ektefelle, nær familie, andre slektninger eller venner osv. mottar eller har mottatt slike tjenester.

Variabelen er bygd opp slik at høyeste nivå overstyrer lavere. Eksempelvis: Dersom både du selv eller ektefellen mottar omsorgstjenester så kategoriseres dette som nivå 1. Dersom du tillegg har foreldre som får eller har fått slike tjenester, og har andre slektninger i samme situasjon så skåres dette fremdeles som nivå 1 – siden egne erfaringer er det sterkeste erfaringsgrunnlaget.

Tabell 1.5 Andel svargivere med ulike erfaringsgrunnlag med bruk av omsorgstjenesten. N = 992.

Ektefelle/jeg selv	7,7
En av foreldrene	20,5
Slektning, venn, kollega	18,9
Ingen erfaringer	53,0
Totalt	100,0(992)

Vel en fjerdedel har nære erfaringer med omsorgstjenesten, i form av egne eller foreldres kontakter med slike tjenester. Over halvparten oppgir ikke å ha personlige erfaringer med omsorgstjenesten i det hele tatt.

1.4 Data fra Eurobarometer

Siste del av undersøkelsen er en sammenligning mellom den norske svargivningen med resultater fra en omfattende EU-basert undersøkelse, gjennomført på oppdrag fra Europakommisjonen sommeren 2007. Eurobarometers undersøkelse ble gjennomført som en surveyundersøkelse i et representativt utvalg på ca 1000 personer i samtlige 27 EU-land (per juni 2007), samt i kandidatlandene Tyrkia og Kroatia. Formålet var å kartlegge befolkningens erfaringer med og oppfatninger om egen helse, om helsetjenester og om langtids omsorg i sine respektive land. Spørreundersøkelsen gikk samtidig i de aktuelle 29 landene, og i alt 28.660 personer over 15 år ble intervjuet. ⁶ Blant disse 29 landene har vi valgt ut 8 som ligger oss nært geografisk og sosialt som sammenligningsland.

⁶ Eurobarometer: Health and long-term care in the European Union. European Commission December 2007.

2 Vurderinger av omsorgstjenester for eldre

2.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan folk flest vurderer omsorgstjenesten, med utgangspunkt i svargivernes totalvurderinger av henholdsvis sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Innledningsvis vil vi gi en generell oversikt over hovedtrekk i svargivningen. Deretter vil vi undersøke om ulike grupper blant svargiverne vurderer dette på ulike måter. Avslutningsvis vil vi undersøke den relative effekten av hver av de undersøkte variablene når de kontrolleres mot hverandre.

2.2 Generelle synspunkter på kvaliteten i sykehjem og hjemmebaserte tjenester

Tabell 2.1 viser totalvurderingen av henholdsvis sykehjem og hjemmebasert tilbud, basert på spørsmålet:

“Med utgangspunkt i egne erfaringer eller erfaringene til noen du kjenner godt: Hvordan vil du vurdere kvaliteten på:

Sykehjem?

Hjemmesykepleie og hjemmehjelp?”

Tabell 2.1 Totalvurderinger av sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Prosentvis. N = 461.

	Meget bra	Ganske bra	Ganske dårlig	Meget dårlig	Vet ikke	Totalt (N)
Sykehjem	17,5	44,1	14,3	4,6	19,6	100,0(461)
Hjemmesykepleie og hjemmehjelp	20,8	45,5	17,6	4,1	12,0	100,0(461)

I spørsmålsstillingen blir svargiverne bedt om å ta utgangspunkt i egne erfaringer eller erfaringene til noen de kjenner godt. Tabell 1.5 i kapittel 1 viste at ca 47 prosent av svargiverne, hadde slike erfaringer – enten i egen nær familie eller ved at de hadde andre slektninger, venner eller kolleger som er eller ha vært i den situasjonen. Det tilsvarer nokså nøyaktig det antallet som har besvart spørsmålene. Tabellen over gir med andre ord uttrykk for erfaringer og vurderinger bare til de som faktisk har direkte eller indirekte opplevelser med bruk av omsorgstjenesten.

Tabellen viser at vurderingene av de to omsorgstilbudene er forholdsvis sammenfallende. Rundt to tredjedeler av svargiverne mener at omsorgstilbudet er bra eller meget bra. Men henholdsvis 24 og 16 prosent sier at det er “ganske” eller “meget dårlig”.

2.3 Variasjoner i befolkningens vurderinger av sykehjem

Tabell 2.2 Vurdering av kvaliteten i sykehjem. Etter svargivernes alder. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Prosentvis. N = 461

	Meget bra	Ganske bra	Ganske dårlig	Meget dårlig	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	15,8	51,6	13,7	2,1	16,8	100,0 (95)
30-39 år	8,8	40,0	23,8	5,0	22,5	100,0 (80)
40-49 år	13,8	41,4	13,8	8,0	23,0	100,0 (87)
50 år og eldre	23,6	43,2	11,1	3,5	18,6	100,0(199)
Alle	17,6	44,0	14,3	4,3	19,7	100,0(461)

Sig P (Cramer's V): 0,034

De over 50 er mest positive til kvaliteten i sykehjemstjenesten. Mest kritiske er de mellom 30 og 39 år, der nesten 30 prosent mener at denne tjenesten fortjener vurderingen "dårlig".

Kommuner av ulike størrelse kan ha ulike forutsetninger for å utvikle omsorgstilbud i tråd med befolkningens behov. Tabell 2.3 viser hvordan vurderinger av kvaliteten på sykehjem vurderes av brukere i henholdsvis små og større kommuner, her definert ved over/under 20 000 innbyggere.

Tabell 2.3 Vurdering av kvaliteten i sykehjem. Etter kommunestørrelse. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Prosentvis. N = 459

	Meget bra	Ganske bra	Ganske dårlig	Meget dårlig	Vet ikke	Totalt (N)
Bostedskommune under 20.000 innb	23,8	44,9	10,8	4,9	15,7	100,0(185)
Bostedskommune over 20.000 innb	13,5	43,3	16,8	4,0	22,3	100,0(274)
Alle	17,6	44,0	14,4	4,4	19,6	100,0(459)

Sig P (Cramer's V): 0,017

Mange mindre kommuner har et høyere innslag av eldre enn de større. En multivariat analyse tyder imidlertid ikke på at den relative betydningen av alder påvirkes når det kontrolleres for kommunestørrelse (logistisk regresjon, tabell ikke vist).

Bortsett fra alders- og bostedseffekten finner vi ingen eller bare svake indikasjoner på variasjon mht totalvurdering av sykehjemstilbudet mellom ulike grupper svargivere. Vi fant ingen indikasjoner på at ulike typer erfaringer med omsorgstjenesten slår ut i ulike vurderinger av sykehjemstilbudet i Norge.

2.4 Variasjoner i befolkningens vurderinger av hjemmesykepleie og hjemmehjelp

Mens vurdering av kvaliteten i sykehjem ikke ser ut til å påvirkes av svargivernes egne erfaringer med omsorgstjenesten, ser bildet ut til å være annerledes når det gjelder vurderinger av hjemmebaserte tjenester. Tabell 2.4 gir et inntrykk dette.

Tabell 2.4 Vurdering av kvaliteten i hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Etter svargivernes erfaring med omsorgstjenesten. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester Prosentvis. N = 459.

Brukererfaringer:	Meget bra	Ganske bra	Ganske dårlig	Meget dårlig	Vet ikke	Totalt (N)
Ektefelle/jeg selv	31,3	40,3	9,0	7,5	11,9	100,0 (67)
Foreldre	25,4	44,2	17,1	3,3	9,9	100,0(181)
Andre slektninger, venn	13,3	48,3	20,9	3,8	13,7	100,0(211)
Alle	20,7	45,5	17,6	4,1	12,0	100,0(459)

Sig P (Cramer's V): 0,012

Tabellen viser svargivernes reaksjon på spørsmålet: " Med utgangspunkt i egne erfaringer eller erfaringene til noen du kjenner godt – hvordan vil du vurdere kvaliteten på hjemmesykepleie og hjemmehjelp?" Et interessant trekk ved tabellen er at personer med egne eller svært nære brukererfaringer er klart mer tilbøyelige til å gi hjemmebaserte tjenester karakteren "Meget bra" enn de som bare har mer perifere erfaringer. Samtidig er det denne gruppen som er minst tilbøyelig til å skåre tjenestene som dårlige.

Også alder ser ut til å ha betydning for hvordan svargiverne vurderer hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenester.

Tabell 2.5 Vurdering av kvaliteten i hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Etter svargivernes alder. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Prosentvis. N = 461.

	Meget bra	Ganske bra	Ganske dårlig	Meget dårlig	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	15,8	49,5	17,9	3,2	13,7	100,0 (95)
30-39 år	8,6	50,6	27,2	1,2	12,3	100,0 (81)
40-49 år	21,8	46,0	16,1	5,7	10,3	100,0 (87)
50 år og eldre	27,6	41,2	14,1	5,0	12,1	100,0(199)
Alle	20,8	45,5	17,5	4,1	12,1	100,0(462)

Sig P (Cramer's V): 0,037

Mest skeptisk til kvaliteten i hjemmebaserte tjenester er de mellom 30 og 39 år. De over 40 er mer tilbøyelige til å være enig i at kvaliteten er meget god, med klare utslag for de over 50.

Tabell 2.6 Vurdering av kvaliteten i hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Etter størrelse på svargiverens bostedskommune. Svargivere som har erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Prosentvis. N = 460.

	Meget bra	Ganske bra	Ganske dårlig	Meget dårlig	Vet ikke	Totalt (N)
Bostedskommune under 20 000 innb	27,6	48,1	9,2	3,8	11,4	100,0(185)
Bostedskommune over 20 000 innb	16,0	44,0	22,9	4,4	12,7	100,0(275)
Alle	20,7	45,7	17,4	4,1	12,2	100,0(460)

Sig P (Cramer's V): 0,001

Det er en klar sammenheng mellom størrelsen på svargiverens bostedskommune og synet på kvaliteten i de hjemmebaserte tjenestene. Folk fra de største kommunene er klart mindre tilbøyelige til å skåre de hjemmebaserte tjenestene i egen kommune som "Meget bra" enn befolkningen i kommuner med 20.000 eller færre innbyggere.

Tabellene 2.4 til 2.6 tyder på at både erfaringer med omsorgstjenesten, alder og størrelse på den kommunen man bor i har betydning for hva slags standpunkt man inntar. Det er imidlertid rimelig å anta at det er sammenheng mellom alder og omsorgserfaring: Jo eldre man er, jo større er sannsynligheten for at man har konkrete erfaringer med bruk av omsorgstjenester. Også trekk ved den kommunen du bor i kan tenkes å spille inn. I tabell 2.7 gjøres en analyse av den relative effekten av henholdsvis erfaringer med omsorgstjenesten, alder og kommunestørrelse.

Den avhengige variabelen – vurderinger av hjemmebaserte tjenester – har i utgangspunktet fem svaralternativer, slik det er vist i tabellene 2.4 til 2.5. Det ser imidlertid ut til at det er viljen til å ta i bruk beste karakter – "Meget bra" – som viser den største variasjonen mellom svargiverne. Tabell 2.7 viser hvordan oppslutningen om svaralternativet "meget bra" varierer med henholdsvis erfaringer med omsorgstjenesten, alder og kommunestørrelse – når vi kontrollerer variablene mot hverandre. Analysen er basert på logistisk regresjon.

Tabell 2.7 Logistisk regresjon. Tilbøyelighet til å vurdere hjemmebaserte tjenester som "Meget bra" etter brukererfaringer, alder og kommunestørrelse. Svargivere med brukererfaringer fra omsorgstjenesten. Odds Ratio. N = 464

	Odds ratio Exp (B)	Sig P
Konstant	0,096	0,000
Jeg selv/ foreldre har brukererfaringer fra omsorgstjenesten	1,760	0,045
Over 40 år	1,739	0,069
Bor i kommune med mindre enn 20 000 innb.	1,871	0,008

Variabelspesifikasjon:

Hjemmebaserte tjenester "meget bra" = 1, andre verdier = 0.

40 år og eldre = 1, andre verdier = 0

Bor i kommune med under 20.000 innb. = 1, andre verdier = 0

Jeg selv/foreldre har erfaringer som omsorgsmottaker = 1, andre = 0

Svargiverne som enten selv har erfaringer som omsorgsbruker, eller som har foreldre med slike erfaringer, har 76 prosent høyere sannsynlighet enn andre for å skåre hjemmebaserte

tjenester som "meget bra". Samtidig ser vi at effekten av det å være over 40 år bare er tilnærmet signifikant. Tabellen viser ellers at kommunestørrelse har stor betydning. Folk i kommuner med mindre enn 20.000 innbyggere har 87 prosent høyere sannsynlighet enn folk i større kommuner for å mene at hjemmebaserte tjenester fortjener betegnelsen "meget bra".

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi undersøkt variasjoner i folks holdninger til omsorgstjenesten. Vi har sett at de fleste oppfatter kvaliteten på sykehjemstjenester og hjemmebaserte tjenester som bra, men så mye som en femtedel mener at den er "ganske" eller "meget dårlig".

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

Når det gjelder hjemmebaserte tjenester er et interessant trekk at de som selv har mottatt omsorgstjenester oftere enn andre sier at tilbudet er meget bra. Også alder (over 40 år) og bosted i en mindre kommune er assosiert med relativt sett høyere vurdering av kvaliteten i de hjemmebaserte tjenestene. Det er imidlertid en tett kobling mellom alder og omsorgerfaringer: Jo eldre vi blir, jo større er sannsynligheten for at våre foreldre, vi selv, andre slektninger eller venner har erfaringer som omsorgsbrukere. En multivariat analyse viser at når vi kontrollerer alder og omsorgerfaringer mot hverandre svekkes den relative effekten av begge. Når det gjelder vurdering av kvaliteten i den hjemmebaserte omsorgen ser det imidlertid ut til at effekten av egne erfaringer som omsorgsbrukere er viktigere enn den relative betydningen av alder. Den sterke samvariasjonen mellom alder og brukererfaringer inviterer imidlertid til en viss varsomhet i tolkningen av dette resultatet.

3 Synspunkter på kvalitet og bemanning i omsorgstjenesten

3.1 Innledning

Svargiverne ble bedt om å ta stilling til personellsituasjonen i omsorgstjenesten ved å markere grad av enighet med to påstander:

- *"Jeg synes det virker som om bemanningen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukene."*
- *"De som jobber i omsorgstjenesten er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb."*

Tabell 3.1. viser hvordan svargiverne reagerte på dette.

Tabell 3.1 Vurdering av personellsituasjon og personellinnsats. Prosentvis. N = 1000.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Bemanningen for dårlig	49,7	30,3	9,0	5,6	5,3	100,0(1000)
Personellet gjør en førsteklasses jobb	51,8	32,7	9,4	2,0	4,2	100,0(1000)

Personalet i omsorgstjenesten nyter stor tillit i befolkningen. Totalt sett er ca 85 prosent helt eller litt enig i at personalet i omsorgstjenesten er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb. Samtidig ser vi at de alle fleste – 80 prosent – mener at bemanningen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. Satt på spissen: Man har tillit til de som arbeider der, men ikke til det "systemet" de arbeider i.

Sviktende tillit til "systemet" kan gjøre omsorgsmottakeren avhengig av gode støttespillere. Tabell 3.2 viser grad av enighet med påstanden:

- *"Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem."*

Tabell 3.2 Pårørende må stå på for sine eldre. Prosentvis. N = 1000.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Pårørende må stå på for sine eldre.	56,3	30,1	6,0	3,9	3,1	100,0(1000)

Også tabell 3.2. gir uttrykk for en betydelig systemskepsis blant svargiverne. Mange mener at det ikke er selvsagt at de som trenger omsorg automatisk får det tilbudet de trenger, men er avhengig av en "advokat" i familien som kan tale den omsorgstrengendes sak, i møtet med "systemet" som levere tjenesten.

Et samlet inntrykk er at svargiverne har stor tillit til personellet i omsorgstjenesten, men skepsis til "systemet" som fordeler tjenester og tilrettelegger arbeidsbetingelsene for de som arbeider der. Vi må anta at synspunkter på omsorgstjenesten vil kunne variere mellom svargivere av ulike alder og kjønn, og erfaringer med omsorgstjeneste i den kommunen der man bor. I resten av dette kapitlet skal vi se litt nærmere på dette. Først presenteres en rekke bivariate tabeller, der vi undersøker effekten av de ulike variablene hver for seg. Deretter gjøres en multivariat analyse der vi undersøker den relative betydningen av disse variablene, når de kontrolleres for effektene av hverandre.

3.2 Ulike synspunkter på omsorgspersonellets innsats

Det ser altså ut til at folk flest har stor tillit til de som jobber i omsorgstjenesten, men i mindre grad tillit til systemet. Det er rimelig å anta at det er sammenhenger mellom disse synspunktene og den enkeltes erfaringer med omsorgstjenesten og andre trekk ved svargiverne. Tabell 3.3 viser hvordan kvaliteten på personalinnsatsen varierer med svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten.

Tabell 3.3 Enighet med påstanden: " De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb". Etter erfaringsgrunnlag. Prosentvis. N=991.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Jeg selv/ektefelle	67,2	17,9	6,0	4,5	4,5	100,0 (67)
En av foreldrene	49,2	37,2	8,7	1,6	3,3	100,0(183)
Slektning, venn	42,5	40,1	13,2	1,4	2,8	100,0(212)
Ingen erfaringer	54,1	30,6	8,3	2,1	4,9	100,0(529)
Alle	51,6	33,0	9,3	2,0	4,1	100,0(991)

Sig P (Cramer's V): 0,009

Ser vi på fordelingen i første tabellkolonne ser vi at det er de med egne brukererfaringene som oftest sier seg helt enig i påstanden om at personalet gjør en førsteklasses jobb. På den annen side ser vi at tilliten er over gjennomsnittet også blant de som ikke har personlige erfaringer med omsorgstjenesten. Tabell 3.4. viser hvordan tilliten til personalet varierer med alder.

Tabell 3.4 Enighet med påstanden: " De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb". Etter alder. Prosentvis. N = 999.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	38,6	36,5	15,0	2,1	7,7	100,0(233)
30-39 år	47,5	36,5	10,5	1,7	3,9	100,0(181)
40-49 år	57,7	31,4	7,4	1,7	1,7	100,0(175)
50 år og eldre	58,8	29,3	6,6	2,0	3,4	100,0(410)
Alle	51,9	32,6	9,4	1,9	4,2	100,0(999)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Oppslutningen om påstanden om at de ansatte gjør en førsteklasses jobber er størst blant de middelaldrende og eldre – fra 40 år og oppover. De yngste er de mest reserverte. Men også her er det store flertallet enige.

Tabell 3.5 Enighet med påstanden: " De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb". Etter kjønn. Prosentvis. N = 1002.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Menn	54,9	29,8	7,9	2,0	5,5	100,0 (494)
Kvinner	48,6	35,4	10,8	2,0	3,1	100,0 (508)
Alle	51,7	32,6	9,4	2,0	4,3	100,0(1002)

Sig P (Cramer's V): 0,044

Menn er noe mer tilbøyelig enn kvinner til å si seg "Helt enig" i påstanden om at de som jobber i eldreomsorgen gjør en god jobb. Forskjellene er imidlertid gjennomgående små.

Vi har ikke funnet signifikante sammenhenger mellom oppslutning om dette synspunktet og andre faktorer som utdanning og inntekt, eller om man bor i en stor eller liten kommune (Tabeller ikke vist).

Samlet sett viser tabellene 3.3 til 3.5 at de som selv er brukere av omsorgstjenesten, og de over 40 år oftere enn andre er "helt enig" i at de som jobber i omsorgstjenesten gjør en god jobb. På den annen side ser det ut til at oppslutningen om dette synspunktet er mindre blant kvinner enn blant menn. I tabell 3.6 undersøkes den relative effekten av hver av disse variablene, når de kontrolleres mot hverandre.

Den avhengige variabelen – enighet i påstanden "De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb" – har i utgangspunktet fem svaralternativer, slik det er vist i tabellene 2.4 til 2.5. Det ser imidlertid ut til at det er i oppslutningen om svaralternativet "Helt enig" som viser den største variasjonen mellom svargiverne. Tabell 3.6 viser hvordan oppslutningen om svaralternativet "Helt enig" varierer med henholdsvis erfaringer med omsorgstjenesten, alder og kjønn – når vi kontrollerer hver av disse for effekten av andre variable. Analysen er basert på logistisk regresjon.

Tabell 3.6 "Helt enig" i påstanden "De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb." Etter svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten, alder og kjønn. Logistisk regresjon. N=992

	Odds ratio Exp (B)	Sig P
Konstant	0,833	0,123
Egne erfaringer som omsorgsbruker	1,721	0,048
Over 40 år	1,860	0,000
Kvinne	0,741	0,021

Variabelspesifikasjon:

"Helt enig" i påstanden = 1. Andre verdier = 0

Kvinne = 1, Mann = 0

Over 40 år = 1, Under 40 år = 0

Ektefelle/Jeg selv har (mottatt) omsorg = 1, Andre = 0

De som selv har erfaringer med omsorgstjenesten har 72 prosent høyere sannsynlighet for å mene at de som arbeider der gjør en god jobb, enn de som ikke har slike erfaringer.

Variasjonen innen gruppen er imidlertid stor. Samtidig ser vi at de over 40 år er mer tilbøyelig til å være enige i dette enn de yngre. På den annen side er kvinner klart mindre tilbøyelige enn menn til å være helt enige i at de som jobber i omsorgen gjør en god jobb, når vi kontrollerer for andre variable.

3.3 Faktorer som innvirker på vurderinger av bemanningssituasjonen

Innledningsvis fant vi at de fleste oppfatter bemanningssituasjonen i omsorgstjenesten som så svak at et går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. Også her finne vi nyanser – avhengig av hvem som svarer. Riktignok finner i ingen (signifikant) sammenheng mellom synet på bemanningssituasjonen og erfaring er med omsorgstjenesten. Derimot ser det ut til at alder, kjønn og hva slags kommune du bor i har betydning. Andre bakgrunnsdata som utdanning og inntakt har det ikke.

Tabellene 3.7. og 3.8 viser sammenhengen mellom svargivernes alder og kjønn og deres synspunkter på bemanningsspørsmålet.

Tabell 3.7 Enighet med påstanden: " Jeg synes det virker som om bemanningen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. ". Etter alder. Prosentvis. N = 1000.

Alder	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	33,3	40,7	12,8	6,1	7,4	100,0(231)
30-39 år	56,0	26,4	5,5	6,0	6,0	100,0(182)
40-49 år	58,2	27,1	11,3	2,8	0,6	100,0(177)
50 år og eldre	52,4	27,6	7,8	6,3	5,9	100,0(410)
Alle	49,7	30,3	9,1	5,6	5,3	100,0(1000)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Tabell 3.8 Enighet med påstanden: " Jeg synes det virker som om bemanningen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. ". Etter kjønn. Prosentvis. N = 999.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Menn	44,7	29,5	11,6	6,5	7,7	100,0(492)
Kvinner	54,6	31,2	6,5	4,7	3,0	100,0(507)
Alle	49,7	30,3	9,0	5,6	5,3	100,0(999)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Kvinnene er klart mer negative i sin vurdering av bemanningssituasjonen i omsorgstjenesten enn menn.

Det ser også ut til at vurdering av bemanningssituasjonen avhenger av hva slags kommune du bor i. Tabell 3.9. gir et bilde av dette.

Tabell 3.9 Enighet i påstanden "Jeg synes det virker som om bemanningssituasjonen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne". Etter størrelse på svargiverens bokommune. N=995.

Størrelse, bokomm.	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Under 5.000	35,4	34,3	11,1	14,1	5,1	100,0 (99)
5 001 – 10 000	61,2	23,7	6,5	3,6	5,9	100,0(139)
10 001 – 20 000	46,0	34,1	10,2	6,8	2,8	100,0(176)
20 000 – 50 000	46,5	33,2	7,5	6,2	6,6	100,0(226)
Over 50 000	53,2	27,9	9,6	3,7	5,6	100,0(355)
Alle	49,7	30,3	8,9	5,8	5,2	100,0(995)

Sig P(Cramer's V): 0,003

Svargivere fra de minste kommunene er minst kritiske til bemanningssituasjonen i eldreomsorgen. De har den høyeste andelen som er helt eller litt uenig i påstanden, og den laveste andelen som er helt enige. Samtidig ser vi at et betydelig flertall også i disse kommunene er bekymret for at bemanningssituasjonen i eldreomsorgen skal gå ut over kvaliteten.

Vi finner ingen signifikante effekter av egne omsorgserfaringer på vurdering av bemanningssituasjonen. Heller ikke ser det ut til at bakgrunnsdata som utdanning og inntekt slår ut. (Tabeller ikke vist.) Det ser altså ut til at oppslutningen om påstanden "Bemanningen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over tilbudet til brukerne" først og fremst varierer med svargivernes alder, kjønn og trekk ved den kommunen de bor i. Tabell 3.10 viser den relative effekten av hver av disse når de kontrolleres mot hverandre.

Tabell 3.10 Enighet med påstanden: "Bemanningen i eldreomsorgen er dårlig". Etter svargivernes alder, kjønn og bokommune. Logistisk regresjon.

	Odds ratio (Exp P)	Sig P
Konstant	3,523	0,000
Kvinne	2,102	0,000
Bor i kommune under 5000 innb.	0,496	0,004
Under 30 år	0,605	0,005

Variabelspesifikasjon:

Helt enig/litt enig i påstanden = 1. Andre verdier = 0

Kvinne =1, Mann =0

Bor i kommune med under 5000 innb =1, 5000 og mer = 0

Sammenhengen mellom synspunkter på bemanningen i omsorgstjenesten og svargivernes kjønn, alder og kommunetilknytning opprettholdes også når vi kontrollerer hver av disse mot effekten av andre variable.

3.4 Ulike synspunkter på behovet for aktive pårørende

Innledningsvis fant vi ganske massiv oppslutning om synspunktet "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på for dem." (Tabell. 3.3) Også når det gjelder dette er det imidlertid nyanser blant svargiverne. Tabellene 3.11. til 3.13. viser hvordan dette varierer.

Tabell 3.11 Enighet med påstanden: "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem". Etter svargivernes erfaringsgrunnlag med omsorgstjenesten. Prosentvis. N = 989

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Jeg selv/ektefelle	67,2	19,4	3,0	7,	3,0	100,0 (67)
En av foreldrene	63,7	24,2	7,1	3,3	1,6	100,0 (182)
Slekting, venn	55,5	35,1	5,7	1,4	2,4	100,0 (211)
Ingen erfaringer	52,9	31,8	7,2	4,5	3,6	100,0 (529)
Alle	56,4	30,2	6,6	3,8	2,9	100,0 (989)

Sig P (Cramer's V): 0,045

Oppslutningen om dette synspunktet blir sterkere jo sterkere erfaringsgrunnlag man har med omsorgstjenesten. Flest helt enige finner vi blant dem som selv mottar slike tjenester.

Også svargivernes kjønn og alder ser ut til å ha betydning. Det går fram av tabellene 3.12 og 3.13.

Tabell 3.12 Enighet med påstanden: "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem". Etter svargivernes alder. Prosentvis. N = 1001 ⁷

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	35,3	46,6	9,9	2,2	6,0	100(232)
30-39 år	58,8	29,7	3,3	4,4	3,8	100(182)
40-49 år	64,2	22,2	7,4	5,7	0,6	100(176)
50 år og eldre	63,5	24,6	5,8	3,9	2,2	100(411)
Alle	56,2	30,2	6,6	3,9	3,1	100(1001)

Sig P (Cramer's V): 0,000

De eldre er i størst grad opptatt av at personer som får offentlig omsorg er avhengig av våkne pårørende for å få det tilbudet de har behov for.

⁷) N >1000 pga. vektning av data.

Tabell 3.13 Enighet med påstanden: "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem". Etter svargivernes kjønn. Prosentvis. N = 1000

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Menn	50,9	33,5	6,3	4,5	4,9	100(493)
Kvinner	61,5	26,8	6,9	3,2	1,6	100(507)
Alle	56,3	30,1	6,6	3,8	3,2	100(1000)

Sig P (Cramer's V): 0,001

Tabell 3.13 tyder på at systemskepsisen er størst blant kvinner.

Tabell 3.11 til 3.13 viser at både erfaring med omsorgstjenesten, kjønn og alder har betydning for svargivernes oppsutning om påstanden "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengig av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem." Tabell 3.14 viser den relative effekten av hver av disse, når effekten av variablene kontrolleres mot hverandre.

Den avhengige variabelen har fem svaralternativer. Variasjonen mellom svargiverne er imidlertid knyttet til svaralternativet "Helt enig", Tabellen viser med andre ord hvordan oppslutningen om svaralternativet "Helt enig" varierer med henholdsvis erfaringer med omsorgstjenesten, alder og kjønn – når vi kontrollerer hver av disse for effekten av andre variable. Analysen er basert på logistisk regresjon og er gjort i to steg. Først tester vi effekten av erfaringer med omsorgstjenesten og svargivernes kjønn. Deretter introduserer vi alder.

Tabell 3.14 "Helt enig" i påstanden "Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengig av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem." Etter svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten, alder og kjønn. Logistisk regresjon. N = 992

	1:		2:	
	Effekten av omsorgserfaringer kontrollert for kjønn		Effekten av omsorgserfaringer, kjønn og alder	
	Odds ratio Exp (B)	Sig P	Odds ratio Exp (B)	Sig P
Konstant	0,935	0,488	0,665	0,001
Jeg selv/foreldre har erfaringer som omsorgsbruker	1,527	0,005	1,208	0,241
Kvinne	1,549	0,001	1,564	0,001
Over 40 år			1,969	0,000

Variabelspesifikasjon:

"Helt enig" i at påstanden = 1. Andre verdier = 0

Jeg selv/foreldre har brukererfaringer med omsorgstjenesten = 1, Annet = 0

Kvinne =1, Mann =0

Over 40 år=1, 15 – 40 år = 0

Tabellen (steg 2) viser at, kontrollert for andre relevante variable, har de over 40 nesten dobbelt så stor sannsynlighet for å si seg helt enig i at omsorgsbrukere trenger aktive pårørende, i forhold til de under 40. Kvinner har vel 50 prosent større sannsynlighet enn menn for å være enig dette synspunktet. Et interessant trekk er forholdet mellom alder og omsorgserfaringer. I steg 1 ser vi bare på effektene av omsorgserfaringer og kjønn alene, og finner at mennesker med nære omsorgserfaringer (der foreldre eller en selv mottar omsorg)

har betydelig høyere sannsynlighet enn andre for å være helt enig i synspunktet. Idet vi introduserer effekten av alder (Steg 2) forsvinner imidlertid effekten av svargivernes brukererfaringer. Her ser det altså ut til at alderseffekten er den viktigste forklaringsvariabelen, når vi kontrollerer de ulike variablene mot hverandre.

3.5 Risiko for faglig svikt eller overgrep

Av og til forteller media om faglig svikt, noen ganger også om direkte overgrep, i eldreomsorgen. Tabell 3.15 viser hvordan svargiverne vurderer risikoen for at eldre skal risikere å bli utsatt for slike episoder.

Tabell 3.15 Antatt risiko for faglig svikt eller overgrep i eldreomsorgen. Prosentvis. N = 1000.

	Høy risiko	En viss risiko	Ikke særlig risiko	Ingen risiko i det hele tatt	Vet ikke	Totalt (N)
For lite hjelp til å ivareta fysiske behov (Mat, drikke, personlig hygiene)	25,7	47,4	19,8	3,5	3,7	100,0(1000)
Sviktende helse pga. dårlig medisinsk oppfølging	20,1	47,5	24,7	4,9	2,7	100,0(1000)
Psykiske overgrep i form av respektløs eller ydmykende behandling	17,4	42,4	31,5	5,5	3,2	100,0(1000)
Tyveri av personlige eiendeler (Penger, eiendom)	16,2	42,7	31,6	6,8	2,9	100,0(1000)

For alle berørte tema er det flere som mener at eldre utsettes for risiko enn som mener at slik risiko ikke foreligger. Mest bekymring er knyttet til faglig svikt, både pleiefaglig og medisinsk. Over 70 prosent mener at eldre som får omsorg risikerer å få for lite hjelp til å ivareta grunnleggende fysiske behov.

3.6 Oppsummering

Vår undersøkelse tyder på at befolkning har et tvetydig syn på omsorgstjenesten. På den ene siden uttrykkes stor støtte til de som arbeider der. Et overveldende flertall mener at personalet er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb. Et like overveldende flertall mener samtidig at det virker som bemanningen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne. Et tilsvarende flertall mener at eldre som får omsorg fra det offentlige trenger våkne pårørende som en slags advokater vis a vis omsorgstjenesten.

De som selv har erfaringer som omsorgsbrukere, og de over 40 år, er mest tilbøyelige til å si seg "Helt enige" i at ansatte i omsorgstjenesten gjør en god jobb. Menn er oftere enige i dette enn kvinner.

Kvinner er mer systemskeptiske enn menn. Kvinnene er mer tilbøyelige enn menn til å mene at bemanningen i omsorgstjenesten truer kvaliteten i tjenesten, og mener oftere enn menn at eldre som får omsorg trenger "advokater" i form av aktive og årvåkne familiemedlemmer.

Interessant å merke seg er også ulikheter i synet på bemanningssituasjonen i omsorgstjenesten. Det er færrest blant de yngste årsklassene som er enige i påstanden om dårlig bemanning. Vi ser også at folk fra de minste kommunene er de som oftest er uenig i påstanden om bemanningssvikt (selv om et stort flertall også her mener bemanningen er for dårlig).

4 Forholdet mellom det offentliges og den enkeltes ansvar

4.1 Innledning

Norge blir gjerne beskrevet som et land med relativt rause velferdsordninger. Noen mener kanskje at de er vel rause – og at hver enkelt og familien bør ta et større ansvar for egen velferd, også i alderdommen. Grensen mellom det offentliges og den enkelte borgers ansvar for å ta vare på seg selv og familien vil alltid være et viktig velferdspolitisk tema. I dette kapitlet skal vi se litt nærmere på hvor svargiverne mener grensene skal gå i forhold til to viktige spørsmål:

- Tjenesteyting: Familiens ansvar for å yte praktisk hjelp når eldre familiemedlemmer trenger slik hjelp.
- Betalingsvilje: Er det rimelig at vi selv skal betale for slike tjenester?

Diskusjonen tar utgangspunkt i svargivernes markering av grad av enighet med to påstander:

“Jeg synes det er riktig at eldre bør betale en egenandel når de får hjelp til husarbeid.”

“Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag. ”

4.2 Generelt: Hvem skal betale og hva skal det kreves av familien?

Tabell 4.1 Enighet med påstander om betalingsvilje og praktiske forpliktelser. Prosentvis fordeling. N=1000

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Eldre bør betale egenandel v/hjelp til husarbeid	21,5	30,2	13,5	30,7	4,0	100,0(1000)
Familien bør stille mer opp med praktisk hjelp	20,8	34,6	20,0	17,7	6,9	100,0(1000)

Vel halvparten mener at eldre bør betale egenandeler når de får hjelp til husarbeid. Omtrent like mange er enige i at familiene bør stille mer opp med praktisk hjelp enn det som er vanlig i dag. Og det er ganske få som ikke har klart å gjøre seg opp noen meninger om dette. Det ser altså ut til at spørsmålet om hvor grensen mellom det offentliges og den enkeltes ansvar deler befolkningen i to forholdsvis like deler, med en liten overvekt på den positive siden.

Gjennomsnittstall som dette kan dekke over betydelige ulikheter i oppfatninger mellom ulike grupper. Forhold som inntekt og utdanning, egne erfaringer som omsorgsgiver eller – mot-

taker, kan ha betydning for hvordan man ser på dette spørsmålet. Kanskje er det også slik at yngre og eldre, kvinner og menn, ut fra sine forutsetninger og erfaringer vurderer slike ting ulikt. I resten av dette kapitlet skal vi prøve å danne oss et bilde av hvordan syn på spørsmålet om krav til egenandeler og familieinnsats varierer med trekk ved svargiverne.

4.3 Betalingsvilje – egenandeler ved praktisk hjelp

Svargivningen mht vilje til å betale egenandeler ble testet i forhold til svargivernes kjønn og alder, husholdsinntekt og utdanning, erfaringer med omsorgstjenesten og om man bor i en stor eller liten kommune. Verken kjønn, utdanning eller størrelsen på den kommunen man bor i gir signifikante variasjoner mht. betalingsvilje. Derimot finner vi klare sammenhenger mellom synspunkter på betalingsvilje og svargivernes alder, inntekt og erfaringer med omsorgstjenesten. Tabellene 4.2 til 4.4 gir et bilde av dette.

Tabell 4.2 Enighet med påstanden "Jeg synes det er riktig at eldre bør betale en egenandel når de får hjelp til husarbeid." Etter erfaringer med omsorgstjenesten. Prosentvis. N= 992

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Ektefelle/Jeg selv	20,9	37,3	11,9	25,4	4,5	100,0(67)
En av foreldrene	30,6	33,3	8,2	23,5	4,4	100,0(183)
Slektning, venn, kollega	11,4	30,8	1,2	39,8	2,8	100,0(211)
Ingen erfaringer	22,9	27,8	14,7	30,2	4,3	100,0(529)
Alle	21,7	30,1	13,4	30,7	4,0	100,0(990)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Tabell 4.2 tyder på at hva slags erfaringer du har med omsorgstjenesten har stor betydning for vurderinger av hva brukere selv skal betale. De som har foreldre som får omsorg er mest tilbøyelige til å mene at det er riktig å kreve egenandeler, mens det ser ut til at de som selv mottar slike tjenester synes dette er mindre naturlig.

Tabell 4.3 Enighet med påstanden "Jeg synes det er riktig at eldre bør betale en egenandel når de får hjelp til husarbeid." Etter alder. Prosentvis. N= 1001⁸)

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	11,6	24,1	19,0	38,8	6,5	100,0(232)
30-39 år	16,5	30,2	17,0	31,9	4,4	100,0(182)
40-49 år	25,0	27,3	12,5	33,5	1,7	100,0(176)
50 +	27,7	34,8	9,2	24,6	3,6	100,0(411)
Alle	21,5	30,2	13,5	30,8	4,1	100,0(1001)

Sig P (Cramer's V): 0,000

⁸ Forhøyet N pga. vektning av datasett.

Tabell 4.3. tyder på at der er forskjeller mellom eldre og yngre mht. betalingsvilje. Blant de under 30 er det bare litt over en tredjedel som mener at man selv skal betale, mens mer enn halvparten sier seg uenig i dette. Samtidig ser vi at nesten to tredjedeler av de over femti mener at det er naturlig med egenandeler, og bare en tredjedel sier seg uenig.

Tabell 4.4 Enighet med påstanden "Jeg synes det er riktig at eldre bør betale en egenandel når de får hjelp til husarbeid." Etter husholdsinntekt. Prosentvis. N= 788

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Opp til 500.000	23,8	28,4	9,3	34,9	3,7	100,0(324)
5 – 900.000	21,1	31,9	15,4	27,4	4,2	100,0(332)
Over 900.000	29,5	31,1	15,9	21,2	2,3	100,0(132)
Alle	23,6	30,3	12,9	29,4	3,7	100,0(788)

Sig P (Cramer's V): 0,029

Det er en klar sammenheng mellom betalingsvilje og inntekt. De som har de høyeste inntektene synes det er mer naturlig å kreve egenandeler ved praktisk hjelp i hjemmet enn de med midlere og lavere inntekter. Forskjellene er imidlertid forholdsvis moderate.

Tabellene 4.2 til 4.4 tyder på at både de som har foreldre som mottar omsorg, de over 50 og de med husholdsinntekt over kr. 900.000 er de som oftest er enig i påstanden om at eldre som mottar praktisk hjelp i hjemmet bør betale egenandeler. Tabell 4.5 viser effektene av hver av disse variablene når de kontrolleres mot hverandre.

Tabell 4.5 "Enig" i påstanden "Jeg synes det er riktig at eldre bør betale den egenandel når de får hjelp til husarbeid." Etter svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten, alder og inntekt. Logistisk regresjon. N=1000

	Odds ratio Exp (B)	Sig P
Konstant	0,752	0,008
Har foreldre som mottar omsorg	1,565	0,017
Alder over 50 år	1,983	0,000
Husholdsinnt. over 900.000	1,540	0,031

Variabelspesifikasjon:

"Enig" i påstanden: Helt/litt enig = 1. Andre verdier = 0

Erfaringer med omsorgstjenesten: Har foreldre som mottar omsorg =1, Annet = 0

Alder over 50 år: Over 50 år=1, 15 – 50 år = 0

Tabell 4.5 viser at både det å ha foreldre som trenger omsorg, selv være over 50 år, og det å ha høy husholdsinntekt alle er positivt assosiert med egenbetaling når man mottar hjelp til husarbeidet fra det offentlige, også når vi kontrollerer effektene av variablene mot hverandre.

4.4 Ulike synspunkter på praktiske forpliktelser for familien

Også spørsmålet om familiene til omsorgstrengende bør yte mer praktisk hjelp enn det som er vanlig i dag ble testet mot bakgrunnsdata om svargiverne. Resultatene er gitt i tabellene 4.6 til 4.9.

Tabell 4.6 Enighet med påstanden "Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter erfaringer med omsorgstjenesten. Prosentvis. N = 989

Erfaring med omsorgstjenester	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Ektefelle/jeg selv	23,9	26,9	11,9	25,4	11,9	100,0(67)
En av foreldrene	13,7	35,2	21,4	23,6	6,0	100,0(182)
Slektning, venn, kollega	19,9	38,4	23,7	11,8	6,2	100,0(211)
Ingen erfaringer	22,7	34,4	18,7	17,4	6,8	100,0(529)
Alle	20,5	34,9	19,8	17,9	6,9	100,0(989)

Sig P (Cramer's V): 0,017

De som selv har fått eller får omsorgstjenester, eller har en ektefelle i denne situasjonen, er de som klarest gir uttrykk for at familiene til omsorgstrengende bør stille opp mer enn det som er vanlig i dag. Og motsatt: De som har omsorgstrengende foreldre er minst tilbøyelige til å være enige i dette. Interessant å merke seg er også at svargivere uten erfaringer eller erfaring bare med omsorgstrengende blant fjernere slektninger, kolleger eller venner, er mer tilbøyelige til å mene at familiene bør stille mer opp, enn de som har foreldre i denne situasjonen.

Tabell 4.7 Enighet med påstanden "Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter alder. Prosentvis. N = 1000

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	25,4	43,1	19,4	8,2	3,9	100,0(232)
30-39 år	17,6	34,1	25,8	15,9	6,6	100,0(182)
40-49 år	19,9	27,3	19,9	25,6	7,4	100,0(176)
50 +	20,2	33,2	17,6	20,5	8,5	100,0(410)
Alle	20,9	34,6	19,9	17,7	6,9	100,0(1000)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Det er de yngste som signaliserer størst oppslutning om synspunktet om at familien bør stille mer opp når familiemedlemmer trenger omsorg.

Tabell 4.8 Enighet med påstanden "Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter kjønn. Prosentvis. N = 1002⁹⁾

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Menn	25,1	33,1	18,4	15,4	8,1	100,0 (495)
Kvinner	16,8	36,1	21,5	19,9	5,7	100,0 (507)
Alle	20,9	34,6	20,0	17,7	6,9	100,0(1002)

Sig P (Cramer's V): 0,005

⁹⁾ Forhøyet N pga vektning av datasett

Kvinner er klart mer skeptiske enn menn til tanken om at familiene bør stille mer opp med praktisk hjelp til familiemedlemmer som trenger omsorg. Færre kvinner enn menn sier seg helt enig i utsagnet, og betydelig flere kvinner markerer seg uenig.

Tabell 4.9 Enighet med påstanden "Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter utdanning. Prosentvis. N = 981

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt (N)
Grunnskole	26,4	40,9	8,8	14,5	9,4	100,0(156)
Videregående skole	23,6	34,8	18,6	17,8	5,2	100,0(365)
1-3 år etter videregående skole	23,3	32,6	22,3	14,9	7,0	100,0(215)
4 år eller mer etter videregående	11,6	31,4	27,3	22,3	7,4	100,0(242)
Alle	21,0	34,5	20,0	17,7	6,8	100,0(981)

Sig P (Cramer's V): 0,000

De med lengst utdanning er i minst grad enige i at familiene bør stille mer opp enn de gjør. Og motsatt: De med minst formell utdanning er oftest enig i at det bør kreves mer familieinnsats når noen i familien blir omsorgstrengende.

Det er rimelig å tenke seg at sammenhengen mellom utdanning og familieinnsats kan avspeile forskjeller i inntektsnivå og betalingsvilje, slik vi fant i tabell 4.4 i forrige avsnitt. En test viser imidlertid ingen sammenheng mellom inntekt og synspunkter på familieinnsats. (Tabell ikke vist). Heller ikke hva slags kommune du bor i ser ut til å influere på holdninger til spørsmålet om hvor mye familiene skal stille opp med praktisk hjelp.

Det ser altså ut til at de som har foreldre som mottar omsorg, yngre mennesker, menn og svargivere med kortere utdanning er mest tilbøyelige til å mene at familiene bør stille opp med praktisk hjelp mer enn de gjør i dag. Variasjonen mellom svargiverne er knyttet til svaralternativet "Helt enig". Tabell 4.10 viser hvordan oppslutningen om svaralternativet "Helt enig" varierer med henholdsvis erfaringer med omsorgstjenesten, alder, kjønn og utdanning – når vi kontrollerer hver av disse for effekten av andre variable.

Tabell 4.10 "Helt enig" i påstanden "Jeg synes familiene til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag." Etter svargivernes erfaringer med omsorgstjenesten, alder, kjønn og utdanning. Logistisk regresjon. N=1000

	Odds ratio Exp (B)	Sig P
Konstant	0,409	0,000
Har foreldre som mottar omsorg	0,643	0,057
Kvinne	0,606	0,002
Høy utd.	0,439	0,000
Alder under 30 år	1,199	0,323

Variabelspesifikasjon:

"Helt enig" i påstanden = 1. Andre verdier = 0

Har foreldre som mottar omsorg =1, Annet = 0

Kvinne =1, Mann =0

Høy utdanning (Videregående pluss 4 år eller mer) =1, Kortere utd=0

Alder under 30 år =1, Annet = 0

Tabellen viser at sannsynligheten for at en kvinne skal mene at familien bør stille mer opp med praktisk hjelp bare er 60 prosent av den tilsvarende sannsynligheten for at en mann vil mene dette. Og sannsynligheten for at de med lengst utdanning skal være enige i dette er bare 44 prosent av sannsynligheten for å slutte opp om dette blant at de med kortere utdanning.

Effekten av det å ha foreldre som får omsorg på tilbøyelighet til å være helt enig i at familien bør stille mer opp bare er tilnærmet signifikant når vi introduserer effekten av andre variable. Samtidig ser det ut til at alderseffekten faller helt bort.

4.5 Oppsummering/konklusjon

Tema for dette kapitlet er befolkningens synspunkter på krav til egenbetaling og praktisk innsats fra omsorgsbrukerne og deres familie.

Når det gjelder spørsmålet om egenbetaling ved hjelp til husarbeid finner vi de mest positive blant:

- De som har foreldre som mottar omsorgstjenester.
- De over 50 år.
- De som har god økonomi.

Når det gjelder spørsmålet om at familiene bør stille opp mer enn de gjør finner vi at de som i minst grad støtter dette er:

- Kvinner
- De med lengst utdanning

Vi fant også en indikasjon (riktignok bare tilnærmet signifikant på 0,05-nivå) på at de som har foreldre som mottar omsorg er mindre tilbøyelige til være helt enige i at familiene bør stille mer opp enn det som er vanlig i dag.

Gjennomgangen viser at ulike grupper har ganske ulike oppfatninger mht. til hvor grensene går mellom det offentlige, den omsorgstrengende selv, og deres familie.

Det ser ut til å være systematiske ulikheter i synspunkter mellom de som selv trenger omsorg og deres familier. De som har foreldre i en omsorgssituasjon er oftest positive til at omsorgsmottakeren skal betale egenandeler ved praktisk hjelp i hjemmet. Det er rimelig å tolke dette som en indikator på at mange opplever det som mer ønskelig å kunne betale for slike tjenester enn å måtte ta ansvar for selv å utføre dem - i en ofte hektisk hverdag. Det støttes av at de med best økonomi også er de mest betalingsvillige. Også forskjellene mellom de ulike aldersklassene kan illustrere dette. De over 50 år er mer i favør av egenbetaling enn andre. Det er rimelig å tolke dette som et uttrykk for at mange av de over 50 vet at de kan få omsorgstrengende familiemedlemmer – mens dette er en fjernere problemstilling for de yngste årsklassene. Den samme tolkningen kan vi antakelig legge på forskjellen mellom kvinner og menn. Mennene mener oftere enn kvinner at familiene bør stille opp mer enn de faktisk gjør, mens kvinner er mer positive til egenbetalingsordninger enn menn. Det er rimelig å se dette i sammenheng med at privat omsorg i stor grad er noe som utføres av kvinner. Et vel utbygd offentlig tilbud vil – selv om det kreves egenbetaling – potensielt avlaste kvinnene for omsorgsoppgaver som i mange tilfeller kan bli tunge.

Et interessant trekk i dette bildet er at de med kortere utdanning er mer tilbøyelig til å være enige i at familiene i større grad bør stille opp med praktisk hjelp enn de med lengre utdanning. Det er ikke urimelig å se dette som et uttrykk for at ulike grupper avveier forholdet mellom egen karriere og omsorgsforpliktelser for familiemedlemmer på ulike måter. De med de lengste utdannelsene vil kanskje mer enn andre oppleve avbrudd eller reduksjon i sin deltakelse i arbeidslivet som en trussel mot en videre karriereutvikling.

5 Når jeg selv blir gammel

5.1 Innledning

Vi har sett at mange har et upreget tvisyn på omsorgstjenesten: Man har tiltro til personalet, men er mer skeptiske til om tjenesten har det bemanningsnivået som er nødvendig for å levere tjenester av god kvalitet. Det gjør, etter manges mening, en person som mottar offentlig omsorg avhengig av årvåkne pårørende som kan sørge for at man får det man trenger. Det er ikke urimelig å anta at svargivernes tvisyn på omsorgstjenesten i dag kan slå ut i en viss bekymring for hvordan man selv vil oppleve det å være avhengig av offentlig omsorg en gang i framtida. Det er hovedtema for dette kapitlet. I tillegg skal vi prøve å danne oss et bilde av hva slags ønsker og forventninger svargiverne har til den omsorgstjenesten de selv kan bli avhengige av.

5.2 Trygghet for framtida?

For å få et inntrykk av nordmenns forventninger til det å bli gammel stilte vi spørsmålet:

"Hvordan ser du på det selv å bli gammel og avhengig av hjelp fra andre en dag?"

Svargivningen fremgår av tabell 5.1.

Tabell 5.1 Hvordan ser du på det å bli gammel? Prosentvis. N=1000

Meget bekymret	24,4
Litt bekymret	40,3
Ikke særlig bekymret	21,6
Ikke bekymret i det hele tatt	11,8
Vet ikke	1,9
Totalt	100,0(1000)

Et klart flertall – ca to tredjedeler av de spurte – ser med bekymring på det å bli gammel og avhengig av andre. Menn og kvinner, og folk i ulike alder, har imidlertid litt ulike syn på dette.

Tabell 5.2 "Hvordan ser du på det å bli gammel?" Etter kjønn. Prosentvis. N= 1000

	Meget bekymret	Litt bekymret	Ikke særlig bekymret	Ikke bekymret i det hele tatt	Vet ikke	Totalt (N)
Menn	16,0	43,7	23,1	15,0	2,2	100,0(494)
Kvinner	32,6	37,0	20,2	8,7	1,6	100,0(506)
Alle	24,4	40,3	21,6	11,8	1,9	100,0(1000)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Tabell 5.3 "Hvordan ser du på det å bli gammel?" Etter alder. Prosentvis. N = 999

	Meget bekymret	Litt bekymret	Ikke særlig bekymret	Ikke bekymret i det hele tatt	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	10,8	39,7	31,5	15,9	2,2	100,0(232)
30-39 år	25,8	45,6	14,8	12,6	1,1	100,0(182)
40-49 år	29,1	45,1	19,4	5,7	0,6	100,0(175)
50 +	29,5	36,3	20,0	11,7	2,4	100,0(410)
Alle	24,4	40,3	21,6	11,8	1,8	1000(999)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Kvinner er mer bekymret enn menn, mens de under 30 år er klart mindre bekymret enn de over 30. Men også i denne gruppen gir halvparten uttrykk for at de er litt eller meget bekymret. Tabell 5.4 viser effekten av henholdsvis kjønn og alder, kontrollert mot hverandre.

Tabell 5.4 Logistisk regresjon. Bekymring for å bli gammel og hjelpetrengende. Odds Ratio. N = 1000

	Odds ratio Exp (B)	Sig P
Konstant	1,803	0,000
Under 30 år	0,457	0,000
Kvinne	1,535	0,002

Variabelspesifikasjon:

Litt/meget bekymret for å bli gammel: =1. Andre verdier = 0

Alder under 30 år =1, Alder 31 eller mer =0

Kvinne = 1, Mann =0

Både alder og kjønn opprettholder sin selvstendige effekt på tendens til bekymring for alderdommen, også når variablene kontrolleres mot hverandre. Sannsynligheten for at de under 30 år skal bekymre seg for alderdommen er bare rundt halvparten av andres, mens sannsynligheten for at kvinnene skal føle bekymring er halvannen gang så stor som den er for menn.

5.3 Trygg på å få nødvendig hjelp?

Tabell 5.5 "Tror du at du vil få nødvendig hjelp og pleie dersom du en gang i framtida trenger det?" Prosentvis. N=1000

Ja, sikkert	25,6
Ja, sannsynligvis	49,1
Nei, sannsynligvis ikke	13,5
Nei, ganske sikkert ikke	7,5
Vet ikke	4,3
Totalt	100,0(1000)

Ca 75 prosent tror at de sannsynligvis får nødvendig hjelp og pleie. Men bare en fjerdedel føler seg sikker på det.

Tabell 5.6 "Tror du at du vil få nødvendig hjelp?" Menn og kvinner. Prosentvis. N= 1000

	Ja, sikkert	Ja, sannsynligvis	Nei, sannsynligvis ikke	Nei, ganske sikkert ikke	Vet ikke	Totalt (N)
Menn	29,0	51,5	10,2	5,7	3,4	100,0(493)
Kvinner	22,3	46,8	16,6	9,3	4,9	100,0(506)
Alle	25,6	49,1	13,5	7,5	4,2	100,0(1000)

Sig P (Cramer's V): 0,001

Tabell 5.7 Etter alder. Prosentvis. N= 1000

	Ja, sikkert	Ja, sannsynligvis	Nei, sannsynligvis ikke	Nei, ganske sikkert ikke	Vet ikke	Totalt (N)
Under 30 år	39,2	50,9	4,7	2,6	2,6	100,0(232)
30-39 år	21,0	50,8	17,1	7,2	3,9	100,0(181)
40-49 år	15,9	48,3	19,3	11,9	4,5	100,0(176)
50 +	23,9	47,8	14,4	8,5	5,4	100,0(410)
Alle	25,5	49,1	13,5	7,5	4,3	100,0(999)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Kvinnene har mindre tro på at de får nødvendig pleie og hjelp når de trenger det enn menn. Ca en fjerdedel av kvinnene mener at de sannsynligvis eller ganske sikkert ikke vil få den hjelp og pleie de kommer til å trenge. Blant menn er det bare ca 15 prosent som stiller spørsmålsteget ved dette.

De yngre er minst bekymret, og har mest tro på at de skal få den hjelpen de har behov for. De mest bekymrede er aldersgruppen 40-49 år.

Tabell 5.8 Logistisk regresjon. Tror at man får nødvendig hjelp. Odds Ratio. N = 1000

	Odds ratio Exp (B)	Sig P
Konstant	3,569	0,000
Under 30 år	3,615	0,000
Alder 40 – 49 år	0,692	0,045
Kvinne	0,538	0,000

Variabelspesifikasjon:

Tror at man får nødvendig hjelp: Sikkert/sannsynligvis = 1, Sannsynligvis/sikkert ikke/vet ikke=0

Under 30 år: 15-30 år=1, 31 år eller mer =0

Alder 40 - 49 år: 0 – 49 år =1, Annet =0

Kvinne: Kvinne = 1, Mann = 0

I tabell 5.8 har vi undersøkt effektene av alder og kjønn på synspunkter på det å få hjelp ved behov. Både kjønns- og alderseffektene opprettholdes, også når vi kontrollerer for effekter av de andre variablene. De under 30 år er betydelig mer optimistiske som andre, de middelaldrende betydelig mindre. Kvinner har bare rundt halvparten så stor sannsynlighet for å se positivt på dette som menn.

5.4 Hvordan vil vi ha det når vi blir gamle?

Tabell 5.9 Ønsket bo- og omsorgsform. Prosentvis. N = 1000.

I eget hjem med hjelp fra familiemedlemmer	15,0
I eget hjem med hjemmesykepleie og /eller hjemmehjelp	31,0
Hjemme hos et nært familiemedlem (Sønn /datter)	2,4
Tilrettelagt bolig for eldre med felles tjenester	33,3
Bo i en omsorgsbolig eller et sykehjem med heldøgns pleie.	12,8
Vet ikke	5,4
Totalt	100,0(1000)

Tabell 5.9 viser svargivernes respons på spørsmålet: *“Hvordan vil du helst bli tatt vare på når du blir gammel?”* Ca to tredjedeler ønsker å bo hjemme eller i en tilrettelagt bolig med nødvendige tjenester som hjemmehjelp eller hjemmesykepleie. Familiepleie står ikke særlig sterkt i Norge. Så godt som ingen ønsker å bo hos sønn/datter, og bare 15 prosent ser for seg at det skal være familien som skal stille opp med nødvendig hjelp.

Tabell 5.10 "Hva er viktig for at man skal ha det bra?" Prosentvis. N = 1000

	Helt av- Gjørende	Ganske viktig	Kan akseptere at dette ikke blir prioritert	Vet ikke	Totalt (N)
At jeg kan ha jevnlig kontakt med min familie	68,9	28,8	1,7	0,5	100,0(1000)
At jeg slipper å dele rom med noen dersom jeg må på sykehjem	58,3	26,2	14,4	1,1	100,0(1000)
At jeg får hjelp/trening til å holde meg frisk og aktiv	54,6	40,8	4,0	0,6	100,0(1000)
At jeg får bestemme selv hvilken døgnrytme jeg vil ha i det daglige	46,1	43,5	9,8	0,7	100,0(1000)
At jeg får god mat	41,8	51,2	6,5	0,5	100,0(1000)
At hjelpen gis av så få personer at jeg kan bli godt kjent med dem	39,3	48,	11,4	1,0	100,0(1000)
At jeg får holde på med mine hobbyer/interesser	35,0	47,7	16,5	0,8	100,0(1000)
At jeg kan slappe av og la andre ta seg av praktiske ting	26,5	54,6	16,6	2,4	100,0(1000)

Det absolutt viktigste kravet er at man kan ha kontakt med familien. Det er flest som prioriterer dette høyt, og nesten ingen aksepterer at dette ikke blir prioritert. Det er heller ikke mange som er villig til å akseptere at man ikke får nødvendig hjelp /trening til å holde seg frisk og aktiv.

Det er viktig for mange å slippe å dele rom med andre dersom man må på sykehjem. Men samtidig er det en forholdsvis høy andel som sier at man kan akseptere at dette ikke bli prioritert.

Blant de lavest prioriterte behov er det å kunne slappe av og la andre ta seg av praktiske ting, og det å få holde på med hobbyer/interesser. Det er relativt få som sier at dette er avgjørende for at man skal ha det bra, og relativt mange som aksepterer at dette ikke blir prioritert.

5.5 Oppsummering

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

95 prosent av svargiverne har klare oppfatninger om hvordan de helst vil ha det når de blir hjelptrengende. De fleste – rundt to tredjedeler – ønsker å leve et selvstendig liv i egen bolig, eller i en tilrettelagt bolig med felles tjenester. Nesten ingen ønsker å flytte hjem til sønner eller døtre. Familieomsorg står ikke særlig sterkt. De færreste ønsker å ligge sin familie til byrde, og oppfatter det offentlige som den viktigste kilde for nødvendig hjelp og pleie.

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

Det er viktig å ta vare på de mulighetene man har til å leve et så aktivt og godt liv som mulig. Bare få er villige til å akseptere at det ikke prioriteres at man ikke får hjelp eller trening til å holde seg frisk og aktiv. Det er også få som er villige til å akseptere at det å tilby god mat ikke gis tilstrekkelig prioritet. God mat er en del av det gode liv.

Oppsummert: Hovedstikkordene for å beskrive vår opplevelse av det som venter oss når vi blir avhengige av hjelp fra andre ser ut til å være:

- En uttalt bekymring for det å bli gammel
- En klar forventning om at nødvendig pleie og omsorg skal ytes av det offentlige
- Og samtidig en tydelig usikkerhet hos mange mht om det offentlige klarer oppgaven.

6 Norge sammenlignet med andre land

6.1 Innledning

Helt elendig- eller best i verden?

I de foregående kapitlene har vi sett at mange nordmenn har et tvisyn på omsorgstjenesten: Kritiske til noen sider, fornøyde med andre, og langt fra enstemmig. Vi har med andre ord ikke noe enkelt svar på hva folk flest i Norge mener om de norske omsorgstjenesten. Et interessant spørsmål i den sammenhengen er: Hvordan tror vi andre har det? Hvordan vurderer vi spørsmålet: Har vi det verre eller bedre enn de som bor i land vi kan sammenligne oss med?

I kapitlets første del vil vi undersøke de norske svargivernes vurderinger av kvaliteten på omsorgstjenesten i Norge, sammenlignet med tilsvarende tjenester i tre utvalgte land som mange vil føle at vi har et ganske nært forhold til: Sverige, England og Frankrike. (Dette spørsmålet ble bare stilt i den norske undersøkelsen).

I resten av kapitlet undersøker vi fellestrekk og ulikheter i måten befolkningen i åtte utvalgte EU-land. De åtte er utvalgt fordi de ligger oss forholdsvis nært sosialt og geografisk. De åtte landene er:

- Sverige
- Danmark
- Finland
- Storbritannia
- Nederland
- Belgia
- Tyskland
- Frankrike

Det datamessige grunnlaget for sammenligningen er Eurobarometers kartlegging av europeeres holdninger til helse- og omsorgstjenester, gjennomført sommeren 2007.¹⁰ Undersøkelsen er nærmere omtalt i kapittel 1. For sammenligningens skyld innlemmet vi enkelte av spørsmålene fra Eurobarometers undersøkelse i den norske, der vi ber om nordmenns svar på likelydende spørsmål. Tema for dette kapitlet er med andre ord spørsmålet om hvordan nordmenn vurderer ulike forhold ved omsorgstjenesten i Norge – sammenlignet med hvordan mennesker i andre land vurderer de tjenester de tilbys i sitt eget land.

Innledningsvis kan det imidlertid være naturlig å mane til et visst forbehold ved lesning av slike sammenlignende undersøkelser. Det er mange grunner til det:

¹⁰ Eurobarometer: Health and long-term care in the European Union. European Commission December 2007.

- **Demografiske:** Både Eurobarometer og vår undersøkelse henter data fra et representativt utvalg på minimum 1000 tilfeldig valgte personer over 15 år. Det kan imidlertid være betydelige demografiske ulikheter nasjonene imellom, slik at f. eks kjønns- og alderssammensetning i slike representative utvalg kan bli svært forskjellige landene imellom.
- **Velferdspolitiske:** Landene organiserer og finansierer tjenestene forskjellig. Det kan bety at tjenester kan utformes svært forskjellig fra land til land, selv om de betegnes på samme måte. Ulike betalingsordninger og ulike rettighetslover kan bety at ikke alle typer tjenester er like tilgjengelige for alle grupper i befolkningen i de ulike land.
- **Kulturelle og språklige:** Det er ikke sikkert ordene gir de samme assosiasjoner i ulike land – selv om alle er enige om at de er korrekt oversatt. I ulike kulturer vektlegges offentlige og privat ansvar på ulike måter. Tradisjon og historie kan skape ulike verdier og forventninger, og dermed også ulik målestokk når vi ber om vurderinger.

Med det som bakgrunn skal vi se nærmere på hvordan nordmenn plasserer seg i det europeiske terrenget når et gjelder vurderinger av omsorgstjenester for eldre.

6.2 Bedre eller dårligere: Norsk omsorgstjeneste sammenlignet med andres

Tabell 6.1 "Tror du at eldreomsorgen i disse landene er bedre eller dårligere enn i Norge? Prosentvis. N=1000

	Mye bedre	Litt bedre	Omtrent like bra	Litt dårligere	Mye dårligere	Vet ikke	Totalt (N)
Sverige	6,7	28,4	45,0	6,7	1,6	11,6	100,0(1000)
Frankrike	4,6	18,7	24,2	23,8	4,6	24,1	100,0(1000)
England	1,4	10,9	24,4	37,7	7,6	18,0	100,0(1000)

Tabell 6.1. viser hvordan nordmenn vurderer vår omsorgstjenesten i forhold til andre lands. Det er interessante forskjeller mht hvordan referanselandene vurderes.

Sverige har høy stjerne i det norske omdømmet. 80 prosent mener Sverige har en like bra eller bedre omsorgstjeneste enn den norske, og over en tredjedel mener den er bedre. England på sin side skårer lavt. Det er tre ganger så mange som mener den engelske omsorgstjenesten er dårligere en den norske, enn det er som mener den er bedre. Frankrike blir plassert omtrent midt mellom disse to, med en liten overvekt på minussiden.

6.3 Bekymret for å bli gammel?

Vårt norske utvalg ble, på linje med representative utvalg i 27 EU-land, stilt to spørsmål som skal gi en indikator på i hvilken grad man ser alderdommen trygt i møte – selv om man blir avhengig av hjelp fra andre:

"Hvordan ser du på det at du selv som gammel kanskje blir avhengig av hjelp fra andre en dag?"

"Tror du at du vil få nødvendig hjelp og pleie dersom du en gang i framtida trenger det?"

Det første spørsmålet hadde svaralternativene "Meget bekymret", "Litt bekymret", "Ikke særlig bekymret" og "Ikke bekymret i det hele tatt". For oversiktens skyld ble dette slått sammen til to svaralternativer: "Bekymret" og "Ikke bekymret". I tillegg tilbys svaralternativet "Vet ikke".

Spørsmålet om man kan regne med å få nødvendig pleie hadde fire svaralternativer, som i vår tabell er slått sammen til to. "Ja, sikkert" og "Ja, sannsynligvis" er slått samme til "Ja", og "Nei, sannsynligvis ikke" og "Nei, ganske sikkert ikke" er slått sammen til "Nei". I tillegg kommer alternativet "Vet ikke".

Tabellene 6.2 og 6.3. viser resultatene for Norge og de 8 utvalgte EU-landene.

Tabell 6.2 Bekymret for å bli gammel og avhengig av hjelp. Etter nasjonalitet Prosentvis.

	Ikke bekymret	Bekymret	Vet ikke	N
Nederland	55	44	1	1 001
Finland	53	47	-	1 026
Danmark	50	49	1	1 007
Belgia	44	55	1	1 040
Tyskland	43	55	2	1 510
Gj.snitt EU	43	54	3	26 659
Storbritannia	39	59	2	1 313
Sverige	39	59	2	1 001
Frankrike	37	62	1	1 039
Norge	33	65	2	1 000

Tabell 6.3 Tro på at man får nødvendig hjelp og pleie. Etter nasjonalitet. Prosentvis.

	Ja	Nei	Vet ikke	N
Belgia	88	9	3	1 040
Sverige	84	14	2	1 001
Finland	78	19	3	1 026
Frankrike	76	16	8	1 039
Norge	75	21	4	1 000
Tyskland	74	17	9	1 510
Nederland	72	20	8	1 001
Danmark	72	26	2	1 007
Gj.snitt EU	71	16	13	26 659
Storbritannia	61	29	10	1 313

Det ser ut til at nordmenn er mer bekymret enn folk i de utvalgte sammenligningslandene. Interessant å merke seg er at både i Sverige og Frankrike – som de fleste antok hadde en omsorgstjeneste omtrent like god som vår eller bedre – er det mange som uttrykker bekymring for det å bli gammel.

Ser vi tabell 6.2 og 6.3 i sammenheng får vi inntrykk av et tilsynelatende paradoks. Sverige, Frankrike og Norge, hvis befolkning er blant de mest bekymrede i tabell 6.2, er ikke blant de mest pessimistiske når det gjelder troen på at man skal få nødvendig hjelp når behovet oppstår.

6.4 Antatt risiko for overgrep og dårlig behandling

Sviktede helse, dårlig funksjon og avhengighet av hjelp fra andre gjør mange eldre svært sårbare for svikt i kvaliteten på den behandlingen man får, i verste fall også for direkte overgrep. Manglende sikkerhet for at slike uønskede hendelser ikke skjer vil oppleves som en alvorlig trussel mot livskvaliteten i den delen av livet da man er avhengig av andre.

Befolkningens forventninger om sikkerhet mot overgrep og dårlig behandling ble forsøkt fanget opp gjennom fire spørsmål:

I hvilken grad tror du at eldre (i ditt land) risikerer:

"For lite hjelp til å ivareta fysiske behov (Mat, drikke, personlig hygiene)?"

"Sviktende helse pga. dårlig medisinsk oppfølging?"

"Psykiske overgrep i form av respektløs eller ydmykende behandling?"

"Tyveri av personlige eiendeler?"

De to første spørsmålene gjelder kvaliteten i omsorgstilbudet: Pleiefaglige spørsmål knyttet til ernæring, eliminasjon osv, og medisinsk oppfølging mens man er under omsorg. De to siste spørsmålene dreier seg personlig integritet hos personalet, eksemplifisert med spørsmål om psykisk trakassering og direkte kriminelle handlinger.

Spørsmålene hadde fire svaralternativer. I tabellene 6.4. til 6.7. er svaralternativene "Høy risiko" og "En viss risiko" slått sammen til "Høy/noe risiko". Svaralternative "Ikke særlig risiko" og "Ingen risiko i det hele tatt" er slått sammen til "Lav/ingen risiko". I tillegg kommer svaralternativet "Vet ikke".

Tabell 6.4 Antatt fare for å få for lite hjelp til å ivareta fysiske behov. Etter nasjonalitet. Prosentvis.

	Lav/ingen risiko	Høy/noe risiko	Vet ikke	N
Sverige	42	55	3	1 001
Danmark	34	63	3	1 007
Belgia	32	65	3	1 040
Tyskland	30	60	10	1 510
Finland	27	71	2	1 026
Nederland	25	72	3	1 001
Gj.snitt EU	25	67	8	26 659
Norge	23	73	4	1 000
Frankrike	22	74	4	1 039
Storbritannia	15	75	15	1 313

Tabell 6.5 Antatt fare for sviktende helse pga. dårlig medisinsk oppfølging. Etter nasjonalitet. Prosentvis.

	Lav/ingen risiko	Høy/noe risiko	Vet ikke	N
Sverige	51	45	4	1 001
Danmark	39	58	3	1 007
Tyskland	32	59	9	1 510
Belgia	30	66	4	1 040
Norge	30	68	3	1 000
Finland	29	69	2	1 026
Nederland	28	68	4	1 001
Gj.snitt EU	26	66	8	26 659
Frankrike	27	68	5	1 039
Storbritannia	15	73	12	1 313

Tabellene 6.4. og 6.5. viser hvordan folk i Norge og utvalgte EU-land vurderer kvaliteten i omsorgstjenesten, både pleiemessig og medisinsk.

Begge tabellene viser at det er befolkningen i våre nærmeste naboland Sverige og Danmark som har mest tillit til kvaliteten i omsorgstjenesten, mens befolkningen i Frankrike og Storbritannia ligger nederst i begge tabellene. Norge komme ikke spesielt godt ut. Når det gjelder antatt sikkerhet mot å bli utsatt for pleiemessig svikt mht f. eks ernæring og hygiene ligger Norge under gjennomsnittet for EU-landene, og bare litt over de landene som skårer svakest i tabell 6.4. Når det gjelder tillit til at man får medisinsk oppfølging plasserer Norge seg omtrent midt i laget – betydelig svakere enn våre naboland Sverige og Danmark.

Tabell 6.6 Antatt fare for psykiske overgrep. Etter nasjonalitet. Prosentvis.

	Lav/ingen risiko	Høy/noe risiko	Vet ikke	N
Sverige	62	32	6	1 001
Danmark	49	47	4	1 007
Finland	39	59	2	1 026
Norge	37	60	3	1 000
Nederland	37	57	6	1 001
Tyskland	34	56	10	1 510
Belgia	27	70	3	1 040
Gj.snitt EU	27	64	9	26 659
Frankrike	21	75	4	1 039
Storbritannia	14	76	10	1 313

Tabell 6.7 Antatt fare for tyveri av personlige eiendeler. Etter nasjonalitet. Prosentvis.

	Lav/ingen risiko	Høy/noe risiko	Vet ikke	N
Sverige	70	25	5	1 001
Danmark	55	41	4	1 007
Finland	44	54	2	1 026
Norge	38	59	3	1 000
Tyskland	37	53	10	1 510
Nederland	32	64	4	1 001
Gj.snitt EU	25	67	8	26 659
Belgia	23	73	4	1 040
Frankrike	17	79	4	1 039
Storbritannia	16	74	10	1 313

Tabellene 6.6 og 6.7 gir et bilde av hvordan svargiverne vurderer faren for at eldre skal bli utsatt for psykiske overgrep eller kriminell atferd (tyveri). De to tabellene gir et sammenfallende bilde. De skandinaviske landene: Sverige, Danmark, Finland og Norge ligger øverst i tabellen (Minst antatt risiko), og Frankrike og Storbritannia ligger nederst. Mellom disse ligger et sjikt bestående av Tyskland, Nederland og Belgia – med litt ulik rekkefølge seg i mellom i de ulike tabellene.

Tabellene 6.4 – 6.7 er preget av stabilitet i topp og bunn: Sverige og Danmark skårer høyst på tillit i alle spørsmål, og i alle sammenhenger bedre enn Norge. Sverige står i en særstilling i alle henseender. Like systematisk skårer Frankrike og Storbritannia lavest i alle sammenhenger.

6.5 Tillit til omsorgspersonellet

For å undersøke graden av tillit til personellet i omsorgstjenesten ble svargiverne bedt om å angi grad av enighet med påstanden:

“De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb”.

Svaralternativene “Helt enig” og “Litt enig” ble her slått sammen til “Enig”, og svaralternativene “Litt uenig” og “Helt uenig” ble slått sammen til “Uenig”. I tillegg kan det svares “Vet ikke”. Tabell 6.8 viser reaksjonen på dette spørsmålet i Norge og uvalgte EU-land.

Tabell 6.8 Synspunkter på om ansatte i eldreomsorgen gjør en god jobb. Etter nasjonalitet. Prosentvis.

	Enig	Uenig	Vet ikke	N
Norge	85	11	4	1 000
Sverige	81	10	9	1 001
Finland	81	15	4	1 026
Danmark	80	14	6	1 007
Nederland	80	12	8	1 001
Belgia	77	17	6	1 040
Frankrike	69	22	9	1 039
Tyskland	68	20	12	1 510
Storbritannia	63	22	15	1 313
Gj.snitt EU	59	24	17	26 659

Nordmenn har stor tiltro til personellet i eldreomsorgen, slik de også har det i våre nærmeste naboland. Storbritannia plasserer seg også her på bunnen. Verd å merke seg er imidlertid at gjennomsnittet for alle 27 EU-land ligger klart under Storbritannia. Det gir en indikator på at spredningen er meget stor i EU-området totalt.

Verd å merke seg er også at andelen "Vet ikke" øker jo lenger ned i tabellen vi kommer. Det er rimelig å tolke dette som en refleks av at tjenester for eldre er svært ulikt organisert og finansiert i Europa, slik at befolkningens tilgjengelighet til og erfaringer med omsorgstjenester vil variere landene imellom.

6.6 Oppsummering/konklusjon

Tema for dette kapitlet har vært nordmenns oppfatninger om omsorgstjenestene for eldre, sammenlignet med det folk mener i andre land vi gjerne sammenligner oss med. Innledningsvis fant vi at nordmenn har stor respekt for svenskenes velferdsordninger, men ganske lite for den engelske. Dette inntrykket får støtte i det vi senere fant, da vi sammenlignet oppfatningene i de ulike land. Gjennomgående er det slik at den svenske befolkningen ligger høyest av alle mht hvordan man vurderer kvaliteten på omsorgstjenestene i eget land, mens befolkningen i Storbritannia like systematisk plasserer seg på bunnen i sammenligninger mellom de åtte landene vi har inkludert i vår drøfting.

Nordmenn er mer bekymret enn befolkningen i de andre åtte nasjonene for hvordan det skal bli når man blir gammel. Bekymringen lar seg ikke uten videre forklare med at man frykter at omsorgstjenesten ikke stiller opp: De fleste tror de får nødvendig hjelp og pleie. Men det ser allikevel ut til at nordmenn oftere enn de fleste andre frykter at tjenesten skal svikte på det rent pleiemessige: At man skal få mindre hjelp enn det som trengs for å ivareta fysiske behov som ernæring, hygiene osv. Blant de ni nasjonene har Nordmenn heller ikke mer enn middels tiltro til at man skal få den medisinske oppfølgingen man trenger for å bevare helse så lenge som mulig.

Vi har tidligere drøftet det vi har kalt nordmenns tvisyn på omsorgstjenesten: Skepsis til "Systemet", men tillit til de som arbeider i det. Det finner vi manifestert også når vi sammenligner med oppfatningene i andre land. Selv om nordmenn frykter både pleiemessig svikt og dårlig medisinsk oppfølging, har de fleste av oss stor tillit til de som arbeider i tjenesten – mer enn alle de sju andre nasjonene vi bruker som referanse i denne undersøkelsen.

På den andre siden er det er betydelig andel, også i Norge, som frykter at man kan bli utsatt for både psykisk trakassering og tyveri når man blir eldre og avhengig av andres hjelp. Riktignok plasserer Norge seg her blant de bedre stilte sammen med de andre nordiske landene, men fremdeles er det så mye som 60 prosent av de spurte nordmenn som frykter at eldre kan bli utsatt for psykisk trakassering, og omtrent like mange som tror at eldre kan bli utsatt for tyveri av personlige eiendeler. En alminnelig tiltro til høy integritet hos de som arbeider i omsorgstjenesten utelukker altså ikke muligheten for at negative hendelser i enkelte tilfeller kan forekomme. Samtidig er det viktig å ha i mente at disse utsagnene er generelt formulert. De kan refereres både til utro tjenere i omsorgstjenesten, til medlemmer av omsorgsmottakerens egen familie, til andre som har kontakt med eldre, eller regulære kriminelle.

7 Sammenfatning, drøfting

7.1 Innledning

I denne undersøkelsen har vi studert nordmenns oppfatninger om – og forventninger til – omsorgstjenester for eldre. Drøftingen bygger på telefonbaserte intervju med et representativt utvalg på 1000 personer, gjennomført høsten 2008. På enkelte punkter har vi også sammenlignet nordmenns oppfatninger om eldreomsorgen med hvordan dette vurderes av befolkningen i åtte andre europeiske land, som gjerne betraktes som et naturlig sammenligningsgrunnlag i slike sammenhenger: Våre nordiske naboland Sverige, Danmark og Finland, og dessuten Storbritannia, Tyskland, Nederland, Belgia og Frankrike.

7.2 Mange nordmenn er bekymret for alderdommen

Nordmenn flest oppfatter den omsorgstjenesten som tilbys våre eldre som bra. Når det gjelder sykehjem mener 18 prosent at de tjenester som tilbys er "Meget bra", og 44 prosent "Ganske bra". Når det gjelder tjenester som tilbys i eget hjem mener 21 prosent at tjenesten er "Meget bra", og 46 prosent at den er "Ganske bra". Det er imidlertid verd å merke seg at et betydelig mindretall karakteriserer både sykehjemstjenester og hjemmebaserte tjenester som "ganske" eller "meget dårlige". Folk i kommuner med mindre enn 20.000 innbyggere er mer fornøyd enn de som bor i større kommuner. Et interessant trekk i dette er også at de som selv har erfaringer som bruker av omsorgstjenesten er mer tilbøyelig enn andre til å vurdere kvaliteten i hjemmebaserte tjenester som "Meget bra".

Selv om de fleste oppfatter eldreomsorgen som bra, ser nordmenn på det å bli gammel med bekymring. Nordmenn er mer bekymret enn befolkningen i noen av de åtte europeiske landene vi her har brukt som referanse. Mange er bekymret for at de ikke får den pleie og hjelp de trenger når de blir gamle og omsorgstrengende. Det gjelder både det rent pleiemessige som hjelp til ernæring og personlig hygiene, men også når det gjelder medisinsk oppfølging. Kvinner er mer bekymret enn menn, og yngre er mer optimistiske enn eldre.

Nordmenns syn på kvaliteten i omsorgstjenesten er motsetningsfylt. På tross av bekymringen for mangelfull pleie og medisinsk oppfølging mener de fleste at de ansatte i omsorgstjenestene er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb. Eldre og mennesker som selv har erfaringer som bruke av omsorgstjenester er de som oftest sier seg "Helt enige" i at de som jobber i tjenesten gjør en førsteklasses jobb. Kvinner er mer tilbakeholdne i dette spørsmålet enn menn.

Den tilsynelatende motsetningen mellom vurderinger av personalets innsats og integritet, og bekymringer for sviktende kvalitet i omsorgstjenesten, henger sammen med den alminnelige oppfatning av at bemanningen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tjenesten. Svargiverne har stor tillit til personellet i omsorgstjenesten – men ikke til systemet som setter rammebetingelsene for dem. Systemskepsisen er størst blant kvinner og blant eldre.

7.3 Ulike oppfatninger om grensene mellom det offentlige og private ansvaret

Det er ulike oppfatninger med hensyn til hvor grensene skal gå mellom det offentliges innsats og det vi selv skal yte i form av egenbetaling eller praktisk hjelp til familie-medlemmer. Holdningene til disse spørsmålene reflekterer i betydelig grad hvordan vi selv berøres av dette i praksis. Tanken om at offentlige tjenester til praktisk hjelp kan ha egenbetaling fra brukerne som en del av finansieringsgrunnlaget har mest støtte hos de som selv har foreldre som trenger omsorg, og blant de som har best familieøkonomi. På den annen side: Tanken om at familiene til omsorgstrengende bør stille opp mer enn de gjør dag har mindre støtte blant kvinner enn blant menn. Heller ikke de med lengst utdanning synes det er naturlig å kreve mer praktisk hjelp fra familiene enn det som er vanlig i dag.

7.4 Hvordan vil vi ha det?

De fleste ønsker seg et selvstendig liv i egen eller en tilrettelagt bolig med nødvendig hjelp fra det offentlige. Familieomsorg oppfattes vanligvis ikke som et aktuelt alternativ: Nesten ingen ønsker å flytte hjem til egne barn når man ikke lenger klarer seg alene. På den andre siden mener de fleste at det å ha god kontakt med familien er avgjørende for at man skal ha de bra når man blir gammel – og det er så godt som ingen som er villige til å akseptere at dette hensynet ikke blir prioritert når det skal etableres et omsorgstilbud. Å bo selvstendig, men samtidig ha mulighet for tett kontakt med den nære familien, men uten at familien belastes for mye, ser ut til å være viktige elementer i våre ønsker for hvordan vi skal ha det når vi blir gamle. Også behovet for stimulering til å holde seg frisk og aktiv oppfattes som avgjørende, og svært få er villige til å akseptere at dette ikke blir prioritert. Minst viktig blant de hensyn som her ble vurdert var det å kunne slappe av og la andre ta seg av praktiske ting.

7.5 Helt elendig – eller best i verden?

Nordmenn ser som nevnt med større bekymring på det å bli gammel enn man gjør i våre nordiske naboland, og i viktige sammenligningsland ellers i Europa. Vi er mer redd for sviktende kvalitet i pleietilbud og medisinske tjenester enn andre skandinaver, men er samtidig den av samtlige som har mest tillit til personalet som arbeider i omsorgstjenesten. Vi betrakter omsorgstjenesten med mer tvisyn enn de fleste andre: Stor tillit til de som arbeider i tjenesten, kombinert med stor skepsis til det systemet som legger ramme-betingelsene for dem.

Vurdert i forhold til "den nordiske familien" – Sverige Danmark, Finland og oss selv – så skårer nordmenn sin omsorgstjeneste lavere enn det befolkningen i resten av Norden gjør. Vi har stor respekt for svenskene. Og gjennomgående har også svenskene selv mer tillit til sin egen omsorgstjeneste enn noe annet land blant dem vi sammenligner med. Danskene plasserer seg om nummer to. Minst tillit til egen omsorgstjeneste har befolkningene i Storbritannia og Frankrike – de plasserer seg gjennomgående lavest i alle de spørsmål som ble vurdert i denne sammenhengen.

Går vi tilbake til det innledende spørsmålet – helt elendig eller best i verden – så tyder ikke vår forholdsvis begrensede undersøkelse på at nordmenn flest mener at norsk omsorgstjeneste er verdens beste, og absolutt ikke bedre enn i våre naboland. Tvert imot: vi er mer bekymret for det å bli gammel og hjelpetrengende, og mindre sikker på at vi skal få et tilstrekkelig omsorgstilbud, enn både svensker, dansker og finner.

Skal nordmenns holdning til sin omsorgstjeneste karakteriseres med noen få hovedstikkord må det antakelig bli: Stor bekymring, klar systemskepsis, sterk selvstendighetstrang, men samtidig et sterkt ønske om at det tilrettelegges for god kontakt med familien.

Vedlegg 1: Spørreskjema.

1. Har du selv eller noen i din nærmeste familie hatt behov for omsorg fra det offentlige i løpet av de siste 10 år? (Med omsorg mener vi tjenester som sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp)

1. Nei, jeg har ingen personlige erfaringer når det gjelder dette.
2. Ja, en av mine foreldre
3. Ja, en annen slektning eller venn
4. Ja, jeg har selv mottatt slike tjenester.
5. Ja, ektefelle/samboer har mottatt slike tjenester
6. Ja, en nabo, venn, kollega eller andre jeg kjenner godt har fått slike tjenester.
7. Vet ikke

2. Med utgangspunkt i egne erfaringer eller erfaringene til noen du kjenner godt hvordan vil du vurdere kvaliteten på:

	Meget bra	Ganske bra	Ganske dårlig	Meget dårlig	Vet ikke
Sykehjem					
Hjemmesykepleie og hjemmehjelp					

3. I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander:

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke
a) Jeg synes det er riktig at eldre bør betale en egenandel når de får hjelp til husarbeid.					
b) Jeg synes familien til eldre med svekket helse bør stille opp og gi praktisk hjelp i større grad enn det som er vanlig i dag.					
c) Jeg synes det virker som om bemanningen i eldreomsorgen er så dårlig at det går ut over kvaliteten i tilbudet til brukerne.					
d) De som jobber i eldreomsorgen er svært ansvarlige og gjør en førsteklasses jobb.					
e) Eldre som får omsorg fra det offentlige er avhengige av våkne pårørende som kan stå på og stille krav for dem.					

4. Hvordan ser du på det at du selv som gammel kanskje blir avhengig av hjelp fra andre en dag?

1. Meget bekymret,
2. Litt bekymret
3. Ikke særlig bekymret
4. Ikke bekymret i det hele tatt
5. Vet ikke

5. Tror du at du vil få nødvendig hjelp og pleie dersom du en gang i framtida trenger det?

1. Ja, sikkert
2. Ja, sannsynligvis
3. Nei, sannsynligvis ikke
4. Nei, ganske sikkert ikke
5. Vet ikke

6. Hvordan vil du helst bli tatt vare på når du blir gammel?

1. I eget hjem med hjelp fra familiemedlemmer.
2. I eget hjem med hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp.
3. Bo hjemme hos et nært familiemedlem (sønn/datter).
4. Bo i en tilrettelagt bolig for eldre med felles tjenester.
5. Bo i en omsorgsbolig eller et sykehjem med heldøgns pleie- og omsorg.
6. Vet ikke.

7. Dersom du blir avhengig av hjelp fra andre når du blir eldre: Hva tror du vil være viktigst for at du skal ha det bra?

	Helt avgjørende	Ganske viktig	Kan akseptere at dette ikke blir prioritert	Vet ikke
a) At jeg kan ha jevnlig kontakt med familie/venner.				
b) At jeg får hjelp/trening til å holde meg frisk og aktiv.				
c) At jeg kan slappe av og la andre ta seg av praktiske ting				
d) At jeg får hjelp til å holde på med mine hobbyer/interesser				
e) At jeg får bestemme selv over hva slags døgnrytme jeg vil ha i det daglige				
f) At jeg får god mat				
g) At hjelpen gis av så få personer at jeg kan bli godt kjent med dem.				
h) At jeg slipper å dele rom med noen dersom jeg må på sykehjem.				

8. I hvilken grad tror du eldre i Norge risikerer:

	Høy risiko	En viss risiko	Ikke særlig risiko	Ingen risiko i det hele tatt	Vet ikke
a) For lite hjelp til å ivareta fysiske behov (Mat, drikke, personlig hygiene)					
b) Sviktende helse pga dårlig medisinsk oppfølging.					
c) Psykiske overgrep i form av respektløs eller ydmykende behandling.					
d) Tyveri av personlige eiendeler (penger, eiendom).					

9. Tror du at eldreomsorgen i disse landene er bedre eller dårligere enn eldreomsorgen i Norge?

	Mye bedre	Litt bedre	Omtrent like bra	Litt dårligere	Mye dårligere	Vet ikke
Sverige						
Frankrike						
England						

Delprosjekt 3

Synspunkter fra brukere og deres pårørende

Bård Paulsen

SINTEF Helsetjenesteforskning

1 Innledning

1.1 Innledning

Omsorgstjenestens brukere har rett til et tilbud som tilfredsstillende visse krav til kvalitet. Formålet med denne undersøkelsen er å få et bilde av hvilke trekk ved omsorgstjenestene brukerne selv er mest fornøyde med, og hvor man er mindre fornøyd. Undersøkelsen bygger på data fra "Effektiviseringsnettverkene" i regi av Kommunenes Sentralforbund. Diskusjonen er avgrenset til brukere 67 år og eldre.

I Norge har vi gjennom kvalitetsforskriften, som trådte i kraft 1 juli 2003¹¹, fått en ganske detaljert beskrivelse av hva slags kvalitetskrav omsorgstjenesten skal arbeide mot. Kommunene skal "utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes blant annet:

- Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- Selvstendighet og styring av eget liv
- Fysiologiske behov (som tilstrekkelig ernæring: mat og drikke) variert og helsefremmende kosthold og valgfrihet i forhold til mat
- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet.
- Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå unødig sengeopphold
- Mulighet for ro og skjermet privatliv
- Få ivare tatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- Muligheter til å ivareta egenomsorg
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg, tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig tannbehandling og ivare tatt munnhygiene
- Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- Tilpasset hjelp til måltider og nok ro til å spise
- Tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- Tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter"

Kvalitetsforskriften formulerer kvalitetskrav på en rekke områder som vi oppfatter som avgjørende for et godt og verdig liv. Vi har blant annet krav på respektfull behandling fra de som hjelper oss, vi skal ha mulighet til å bestemme mest mulig selv, samtidig som vi skal få den hjelp vi trenger for å dekke både fysiske og sosiale behov, og få hjelp til det vi ikke lenger klarer å ivareta selv. Kvalitetsforskriften gir oss en opplisting av en rekke viktige dimensjoner som vi kan måle sentrale sider ved brukernes livskvalitet i forhold til. De dimensjoner som er nevnt er alle sterkt påvirket av kvaliteten på det arbeidet som utføres, og måten omsorgstjenesten er organisert på.

¹¹ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr 66 om helsetjenestene i kommunene, og etter lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v.

Det er ikke lett å skaffe enkle, målbare uttrykk for grad av måloppnåelse for alle dimensjonene i Kvalitetsforskriften. I mange sammenhenger er det bare brukeren selv som kan gi svar. Et problem i denne sammenhengen er at mange av omsorgstjenestens brukere, særlig blant sykehjemsbeboerne, har nedsatte kognitive funksjoner, og av den grunn ikke kan besvare spørreskjema selv. En alternativ strategi er å spørre pårørende. En undersøkelse av Tor Inge Romøren viser stor grad av sammenfall i vurderingene fra henholdsvis brukerne selv og deres pårørende ¹².

Om bruk av data fra Effektiviseringsnettverkene

Gjennom KS Effektivitetsnettverkene er det utviklet spørreskjemabasert verktøy for å gi kommunene muligheter til selv å undersøke hvor godt de klarer å ivareta viktige mål til kvalitet i omsorgstjenesten. Det omfatter både brukere i omsorgsinstitusjoner i kommunene og i de hjemmebaserte tjenestene. For beboerne i institusjoner går det i tillegg et spørreskjema til pårørende. En fullstendig beskrivelse av undersøkelsesopplegget, samt data fra gjennomførte undersøkelser, finnes på www.bedrekommune.no.

Deltakelse er basert på frivillighet fra kommunenes side. Gjennomføring av undersøkelsen stiller store krav til planlegging og organisering i den enkelte kommune, i tillegg til at det avsettes ressurser til intervjuing av brukere som ikke selv kan besvare skjema, samt ivaretagelse av andre praktiske sider ved gjennomføring av undersøkelsen. Til sammen stiller dette store krav til de deltakende kommuner, og oppslutningen fra år til år har vært varierende. Få eller ingen kommuner deltar hvert år, og ikke alle kommuner gjennomfører undersøkelser i alle deler av omsorgstjenesten samtidig. Det er derfor hensiktsmessig å bruke data fra flere år. Vi har valgt å bruke data fra årene 2007 og 2008. 98 norske kommuner gjennomførte slike undersøkelser blant brukere i hjemmebaserte tjenester i løpet av disse to årene. 78 kommuner gjennomførte slike undersøkelser blant eldre i pleie- og omsorgsinstitusjoner, og 105 kommuner gjennomførte spørreundersøkelser blant deres pårørende. Der enkeltkommuner var representert med samme type undersøkelse begge år ble data fra året med minste antall svargivere fjernet, for å unngå at enkeltbrukere skulle bli representert to ganger.

Det er kommunene selv som har ansvaret for den praktiske gjennomføring av undersøkelsen. Det omfatter både trekking av utvalg, distribusjon og innsamling av skjema, samt utpeking og opplæring av intervjuere for brukere som ikke kan besvare et skriftlig spørreskjema, men som ellers er i stand til å gi svar på spørsmålene.

Kommuner av ulik størrelse vil trekke sitt brukerutvalg på ulike måter. I de minste kommunene omfattes alle brukere som kan besvare skjema, samt pårørende til alle beboere i sykehjem. I større kommuner må det trekkes et representativt utvalg. I den veilederen som er utarbeidet er det gitt retningslinjer for hvordan slike utvalg kan trekkes.

Noen begrensinger

Data fra Effektiviseringsnettverkene kan ikke uten videre betraktes som representative på landsbasis. Dersom formålet var nasjonal representativitet måtte utvalget av kommuner baseres på tilfeldig utvalg, og ikke på frivillig deltakelse. I tillegg måtte en representativ undersøkelse ha en sterkere sentral styring av utvalgsmetoder for representative brukerutvalg i de større kommunene. Særlig kommuneutvalget er kritisk. Det kan tenkes at det er systematiske forskjeller mellom de kommunene som velger å delta og de som velger ikke å delta. En mulig antakelse er at motivasjonen for å delta er størst blant de kommunene som er mest opptatt av å sikre høy kvalitet i omsorgstjenesten, mens motivasjonen for å delta kanskje er mindre blant kommuner som ikke har dette like høyt på sin politiske agenda. Det kan f. eks resultere i at vi får en overrepresentasjon av brukere fra kommuner med god kvalitet i sine tjenester, og en tilsvarende underrepresentasjon av brukere fra kommuner

¹² Romøren T.I. (2005) Kvalitet i sykehjem – sett fra tre kanter. Tidsskrift for velferdsforskning Vol 8, No. 4, 2005; 226-343

som kanskje ville skåret lavere på kvalitet i omsorgstjenesten. Også gjennomføring av intervju med brukerne kan innebære feilkilder. Ved personlige intervju, ansikt til ansikt med personer i en utpreget avhengighetssituasjon, er det alltid en fare for at svargiveren drives til å gi for positive svar for å unngå ubehag. En drøfting av dette er f. eks gitt av Leif H Hansen i en artikkel i "Sykepleien" mai 2006 ¹³.

Presisering av problemstillingen

Data fra effektiviseringsnettverkene kan altså ikke uten videre oppfattes som gjennomsnittsbetraktninger av hvor fornøyde nordmenn som mottar omsorgstjenester i sin alminnelighet er med de tjenestene de mottar. Vi må nøye oss med å si at dette er en beskrivelse bygd på de spesielle kommunene som har deltatt i denne undersøkelsen de to aktuelle årene. Men slike data kan si oss noe om på hvilke av de dimensjoner undersøkelsen belyser vi finner den største variasjonen mellom brukere og mellom kommuner:

- Er det slik at noen av de tema som det spørres om gir lavere skår fra omsorgsbrukere i noen kommuner enn det gjør i andre?
- Eller er det slik at brukerne stort sett svarer omtrent likt – uavhengig av hva slags kommune de bor i?
- På hvilke dimensjoner er variasjonen størst?
- På hvilke områder er variasjonen minst?

Kommuneutvalget

Undersøkelsene blant institusjonsbeboerne, deres pårørende og brukerne av hjemmebaserte tjenester blir ikke alltid gjort samtidig og i like stort omfang i alle kommuner. Tabell 1.1. viser hvilke kommuner som gjennomførte slike undersøkelser i løpet av de to årene for sine respektive brukergruppe, sammenlignet med kommunesammensetningen på landsbasis.

Tabell 1.1 Kommuner som har levert data fra henholdsvis beboerundersøkelser, pårørende undersøkelser og brukere av hjemmebaserte tjenester i løpet av 2007 og 2008. Etter kommunestørrelse. Sammenlignet med kommunefordeling for landet. Prosentvis. Absolutte tall i parentes.

Innbyggertall	Landet	Data fra Effektiviseringsnettverkene 2007/08		
		Institusjonsbeboere	Pårørende til Institusjonsbeboere	Brukere av hjemmebaserte tjenester
Under 5.000	55,0 (237)	43,6 (34)	45,7 (48)	43,7 (42)
5 – 10.000	21,1 (91)	24,4 (19)	20,0 (21)	17,7 (17)
10 – 20.000	13,0 (56)	15,4 (12)	18,1 (19)	18,8 (18)
20 – 50.000	7,9 (34)	14,1 (11)	14,3 (15)	15,6 (15)
Over 50.000	3,0 (13)	2,6 (2)	1,9 (2)	4,2 (4)
Sum	100,0 (431)	100,0 (78)	100,0 (105)	100,0 (96)

Blant kommunene i effektiviseringsnettverkene finner vi et mindre innslag av småkommuner enn i landet totalt. På den annen side har utvalget et noe større innslag av mellomstore kommuner med fra 10 til 50.000 innbyggere. Det gjelder både for institusjonsbeboerne,

¹³ Hansen LH (2006) Strategiske svar fra sykehjemspasienter. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=2204>

deres pårørende, og brukerne av de hjemmebaserte tjenestene. Avviket er størst for kommunene mellom 20.000 og 50.000 innbyggere. Ellers er det verd å merke seg at antallet store kommuner blir lite, selv om antallet svargivere fra disse kommunene er stort. Hvor godt disse 2-4 kommunene representerer de i alt 13 kommunene med over 50.000 innbyggere på landsbasis, lar seg ikke vurdere med grunnlag i våre data.

2 Synspunkter fra institusjonsbeboerne og deres pårørende

2.1 Innledning

Skrøpelige eldre i kommunale institusjoner er en nøkkelgruppe i kvalitetssammenheng. Beboerne her er avhengig av institusjonen og dens ansatte for å få dekket de fleste av sine behov, og er slik sett totalt prisgitt det tilbudet den enkelte kommune er i stand til å gi.

Mange av institusjonsbeboere er så svekket at de ikke selv er i stand til å besvare spørreskjema skriftlig, men kan være i stand til å formulere seg muntlig. For disse er svarene innhentet gjennom personlig intervju. Intervjuerne er valgt slik at de ikke selv er knyttet til institusjonen.

En betydelig gruppe er imidlertid så svekket at det ikke er verken forsvarlig eller hensiktsmessig å intervju dem. For å sikre at alle grupper har sine representanter blir det sendt spørreskjema også til pårørende til institusjonsboere. I de to årene 2007 og 2008 ble det som nevnt gjennomført beboerundersøkelser i 78 kommuner, som resulterte i svar fra i alt 2.378 beboere over 66 år. 105 kommuner innhentet synspunkter fra alt 5.281 pårørende.

Spørreskjema til beboere og pårørende er bygd opp slik at de sammenfaller mest mulig mht hvilke tema som blir belyst, og hvordan spørsmålene blir stilt. Når beboere og pårørende blir bedt om sine vurderinger brukes en firedelt skala, der 1 betyr "svært liten grad" og 4 betyr "svært stor grad" med referanse til hvordan brukeren opplever at ulike krav til kvalitet blir oppfylt.

2.2 Synspunkter fra beboere og deres pårørende – en oversikt

Tabellene 2.1. og 2.2 gir en oversikt over gjennomsnittlige brukerskårer for kvaliteten på ulike sider ved det å bo i en omsorgsinstitusjon, slik det oppleves av beboerne selv og deres pårørende i de kommunene som inngår i dette utvalget. Beboerne er alle 67 år eller eldre. For pårørende er det ikke skilt mellom pårørende til brukere over eller under 67 år. Innslaget av yngre brukere i de aktuelle omsorgsinstitusjonene er imidlertid lite (4 prosent).

Tabell 2.1 Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Beboere 67 år og eldre i omsorgsinstitusjoner i kommunene. N = 2.378

	Gj.snitt	Std.avvik	N
Personalet overholder taushetsplikten	3,75	0,54	1,489
Personalet behandler deg med høflighet og respekt	3,67	0,58	2,325
Trives sammen med personalet	3,58	0,58	2,332
Fornøyd med hjelpen til personlig hygiene	3,50	0,69	2,186
Fornøyd med måltidene	3,47	0,65	2,321
Fornøyd med mulighet for privatliv/være alene	3,46	0,83	2,264
Trives på rommet der du bor	3,45	0,75	2,341
Fornøyd med maten du får	3,45	0,70	2,343
Fornøyd med hvor klart og tydelig personalet snakker	3,44	0,58	2,314
Opplever at pers. hører på deg hvis du har noe å klage på	3,44	0,78	1,785
Fornøyd med muligheten til å få snakke med pers.	3,41	0,77	2225
Får bestemme når du vil legge deg	3,37	0,91	2,304
Fornøyd med muligheten til å klage	3,35	0,83	1,709
Fornøyd med medisinsk behandling	3,34	0,80	2,058
Fornøyd med muligheten for å komme til tannlege	3,33	0,91	1,666
Fornøyd med muligheten til å snakke med lege	3,07	1,01	2,055
Får bestemme hvilken hjelp du vil ha	2,99	1,07	1,955
Trives sammen med de andre beboerne	2,95	0,89	2,158
Informasjon om aktivitets- og kulturtilbud	2,91	1,06	1,998
Informasjon om egen helse	2,82	1,05	1,951
Fornøyd med mulighet til å gjøre daglige gjøremål	2,78	1,04	1,727
Fornøyd med aktivitetstilbudet der du bor	2,62	1,07	2,040
Fornøyd med muligheten til å komme ut og få andre opplevelser/turer	2,44	1,09	1,992
Får bestemme når du skal spise	2,26	1,18	2,238

Tabellene gir oss en oversikt over hvilke områder som oppleves som problematiske blant svargiverne i de kommunene vi her har undersøkt, og hvilke områder som oppleves som mindre problematiske. Det kan gi oss et grunnlag for å drøfte om det er trekk ved brukene og de kommunene de bor i som kan bidra til å forklare systematiske forskjeller i brukernes vurderinger av omsorgstilbudet i institusjonene i kommunene.

Tabell 2.2 Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Pårørende til beboere i omsorgsinstitusjoner i kommunene. N = 5.312

	Gj.snitt	Std.avvik	N
Personalet overholder taushetsplikten	3,75	0,53	3 433
Personalet behandler beboeren med høflighet og respekt	3,62	0,62	5 117
Trives sammen med personalet	3,49	0,68	5 005
Beboerens mulighet til å snakke med pleiepersonalet	3,45	0,76	4 560
Personalet hører på deg hvis du har noe å klage på	3,43	0,79	4 533
Fornøyd med hvor klart og tydelig personalet snakker	3,38	0,78	4 716
Fornøyd med mulighet for privatliv/være alene	3,37	0,85	4 780
Fornøyd med måltidene	3,32	0,72	4 920
Fornøyd med maten	3,29	0,73	4 919
Fornøyd med hjelpen til personlig hygiene	3,29	0,78	4 743
Trives på rommet der han/hun bor	3,23	0,84	4 941
Fornøyd med medisinsk behandling	3,15	0,83	4 406
Får bestemme når han/hun vil legge seg	3,09	0,95	4 167
Fornøyd med muligheten til å klage	3,05	0,97	3 302
Fornøyd med muligheten for å komme til tannlege	2,95	1,04	3 376
Fornøyd med muligheten til å snakke med lege	2,92	1,00	3 604
Informasjon om egen helse	2,89	1,00	3 465
Får bestemme hvilken hjelp han/hun vil ha	2,83	0,99	3 782
Får bestemme når han/hun skal spise	2,82	1,04	4 378
Informasjon om aktivitets- og kulturtilbud	2,75	1,07	3 365
Trives sammen med de andre beboerne	2,67	0,94	4 515
Fornøyd med mulighet til å gjøre daglige gjøremål	2,36	1,08	3 802
Fornøyd med aktivitetstilbudet der han/hun bor	2,33	1,03	4 215
Fornøyd med muligheten til å komme ut og få andre opplevelser/turer	2,10	1,02	4 394

Tabellene tyder på at det er stor grad av samsvar mellom beboerne og deres pårørendes vurderinger.

Begge tabellene viser tydelig tredeling, når vi organiserer dem etter gjennomsnittlig skår. Det er markerte sprang mellom de tre delene i tabellene.

Høyst rangert er to variable som karakteriserer personalets væremåte overfor beboere. Personalets alminnelige framferd og diskresjon gis en meget god attest av de fleste, både blant brukerne og de pårørende. Høy gjennomsnittsskår og det spredningsmålet (standardavviket) som er brukt tyder på liten spredning i svargivningen.

Begge tabellene har en mellomgruppe av variable med klart lavere gjennomsnittlig skår enn de to vi har drøftet over, men samtidig atskilt med et tydelig sprang til de variablene vi finner nederst i tabellen. Mellomgruppen omfatter en lang rekke forhold som er av avgjørende betydning for den enkeltes velferd: Hvor fornøyd man er med mat, måltider, rommet der man bor, trivsel sammen med personalet, medisinsk oppfølging, og hjelp til personlig hygiene hvis det behøves. Ut fra gjennomsnittlig skår og liten spredning i svargivningen er det rimelig å konkludere med at dette er forhold de fleste beboerne og deres pårørende opplever er i orden.

Nederst i tabellen, i tydelig avstand fra mellomgruppen, finner vi en rekke forhold som peker seg ut med en klart lavere gjennomsnittlig skår og mer spredning i svargivningen enn de andre – både hos beboerne og deres pårørende. Dette er forhold som utløser svar som fordeler seg over hele den firedelte skalaen som svargivningen er basert på.

Noe av disse er relatert til beboerens mulighet for **egenaktivitet og selvbestemmelse**:

- Får bestemme hvilken hjelp han/hun vil ha
- Fornøyd med muligheten til å gjøre daglige gjøremål

Noen av disse er relatert til mulighet til **deltakelse i forskjellige aktiviteter**:

- Fornøyd med aktivitetstilbudet der du bor
- Fornøyd med muligheten til å komme ut og få andre opplevelser/turer

Andre dreier seg om tilgangen på **kunnskap om egen helse**:

- Fornøyd med muligheten til å snakke med lege
- Fornøyd med informasjonen han/hun får om din egen helse

I tillegg finner vi en betydelig variasjon med hensyn til hvor godt beboerne trives sammen med de andre beboerne i institusjonen.

Vi skal la disse variablene danne utgangspunkt for vår videre undersøkelse av forskjellen mellom ulike typer omsorgskommuner. I tillegg vil vi undersøke om det er trekk ved beboerne selv som bidrar til å forklare de forskjellene vi finner. Av praktiske grunner vil vi bygge den videre analysen på svarene fra beboerne. Det er stort sammenfall mellom pårørendes synspunkter og beboernes. Det er imidlertid mest hensiktsmessig å bygge den videre analysen på svarene fra beboerne, først og fremst fordi det her gis mer bakgrunnsdata om beboeren selv.

2.3 Selvbestemmelse

Tabell 2.3 Synspunkter på to tema relatert til selvbestemmelse. Beboere 67 år og eldre i institusjoner. Prosentvis.

	1.	2.	3.	4.	Vet ikke	Tot. (N)
	I svært liten grad			I svært stor grad		
Fornøyd med muligheten til å gjøre dagligdagse gjøremål?	12,5	13,2	26,5	21,9	25,8	100,0 (2329)
Får bestemme hvilken hjelp du skal ha?	12,6	10,7	25,4	35,0	16,2	100,0 (2334)

Ca en fjerdedel av svargiverne har valgt svaralternativene 1 eller 2, som markerer at man er lite fornøyd, på spørsmålet om muligheten til å gjøre dagligdagse gjøremål. En litt mindre andel gir uttrykk for det samme når det gjelder det å få bestemme hvilken hjelp man vil ha. På grunnlag av dette har vi laget en ny variabel, som vi har kalt "Selvbestemmelse". Indeksen har to verdier. Høy grad av selvbestemmelser har brukere som markerer 3 eller 4 på begge de to variablene i tabellen over. "Mindre grad" av selvbestemmelse har brukere som markerer i rute 1 eller 2 for en eller begge variablene.

Tabell 2.4 viser den relative effekten av trekk ved brukerne selv og deres bostedskommuner på graden av opplevd selvbestemmelse i institusjonene.¹⁴

Tabell 2.4 Logistisk regresjon. Trekk ved beboerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at beboerne opplever selvbestemmelse. N = 1455

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	1,012	0,921
Under 80 år	0,989	0,939
Høy personellinnsats i omsorgstjenesten totalt	0,997	0,986
Høy ressursinnsats i institusjonsomsorgen	1,090	0,481
Kommune under 5.000 innb.*	1,583	0,022
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	1,502	0,036
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	2,293	0,000
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	0,876	0,467
Konstant	0,614	0,068

*) Referanseverdi kommune størrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

Når det gjelder kommunevariabelen personellinnsats er det viktig å merke seg at den gjelder omsorgstjenesten i kommunens omsorgstjeneste totalt, og ikke bare institusjonsomsorgen. (Gode data for personellinnsatsen i institusjonene mangler).

Tabellen tyder på at om svargiveren er mann eller kvinne er uten betydning for opplevelse av selvbestemmelse. Vi finner heller ingen forskjeller mellom de yngre eldre og de over 80 år.

Hva slags kommune du bor i ser imidlertid ut til å ha stor betydning. Når vi bruker kommuner med over 50.000 innbyggere som referanseverdi, finner vi en høyere grad av opplevd selvbestemmelse (gjennomsnittlig) i kommunene med under 20.000 innbyggere. Mest uttalt er dette i gruppen 10 - 20.000, der sannsynligheten for at man skal oppleve å ha selvbestemmelse er ca 2,3 ganger så høy som i de største kommunene.

Det ser ikke ut til at graden av opplevd selvbestemmelse er knyttet til ressursinnsatsen på sektoren. Det er ikke slik at beboerne i kommuner med høy samlet personellinnsats i omsorgstjenesten (mer enn 150 årsverk per innb. 67 +) eller høy ressursinnsats i institusjonsomsorgen (Driftsutgifter i institusjoner over 50.000 kr per innb. over 67 år i kommunen) føler høyere grad av selvbestemmelse enn andre, når vi kontrollerer for årsverksinnsats og kommune størrelse.

¹⁴ Variabelbeskrivelse for kommunevariable er gitt i vedlegg 1.

2.4 Aktivitetstilbud

Tabell 2.5 Synspunkter på to tema relatert til mulighet for egen aktivitet. Beboere 67 år og eldre i institusjoner. Prosentvis.

	1.	2.	3.	4.	Vet ikke	Tot.
	I svært liten grad			I svært stor grad		(N)
Fornøyd med aktivitetstilbudet	17,5	20,0	27,5	22,1	13,0	100,0 (2344)
Fornøyd med muligheten for å komme ut og få andre opplevelser/turer	22,8	19,0	24,6	17,4	14,6	100,0 (2339)

Særlig når det gjelder muligheten for å komme ut og oppleve andre ting enn det daglige er det mange som er lite fornøyd. I sum er det er litt flere som oppgir svaralternativ 1 eller 2 enn det er som bruker svaralternativene 3 eller fire. Når det gjelder aktivitetstilbudet ved institusjonen er det noe flere som er fornøyd, men fremdeles er det godt over en tredjedel av svargiverne som er mindre fornøyd med dette.

Med utgangspunkt i disse to variablene har vi laget et en indeks "Aktivitet". Den har to verdier. Verdien "Godt tilbud": Brukeren markerer 3 eller 4 i begge de to variablene i tabellen over. Verdien "Mindre godt tilbud": Brukeren markerer 1 eller 2 for en eller begge variablene i tabellen over.

Indeksen "Aktivitet" sier noe om i hvilken grad det tilrettelegges for utfoldelse ut over daglige rutiner i institusjonen. Tabell 2.6 viser effekten av trekk ved beboerne selv og trekk ved deres bostedskommune når det gjelder hvor fornøyd man er med hensyn til aktivitet og opplevelsesmuligheter.

Tabell 2.6 Logistisk regresjon. Trekk ved beboerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at beboerne skal si seg fornøyd med mulighet for aktivitet og opplevelser. N = 1801

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	0,960	0,717
Under 80 år	0,661	0,002
Høy personellinnsats i omsorgstjenesten totalt	2,000	0,000
Høy ressursinnsats i institusjonsomsorgen	1,243	0,057
Kommune under 5.000 innb.*	2,256	0,000
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	1,741	0,003
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	2,122	0,000
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	1,128	0,488
Konstant	0,268	0,000

*) Referanseverdi kommunestørrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

De yngste blant de over 67 år i sykehjem er klart mindre fornøyd med sin mulighet til utfoldelse og opplevelser enn de over 80 år. Om du er mann eller kvinne spiller ingen rolle den sammenheng.

Tabellen viser også at den totale bemanningen i eldreomsorgen i kommunen er viktig. Institusjonsbeboere i kommuner med høy personellinnsats i eldreomsorgen totalt har dobbelt så stor sannsynlighet for å være fornøyd med muligheten for aktivitet og opplevelser utenfor institusjonen, enn de som bor i kommuner med mindre personellinnsats. Høy ressursinnsats på institusjonssiden i kommunen, målt ved antall kroner til institusjonsomsorg per innbygger over 67 år, har bare en tilnærmet signifikant effekt (Signifikant på 6 prosent nivå).

Det ser ut til at de mindre kommunene – med under 20.000 innbyggere – får en bedre vurdering på dette området av sine institusjonsbeboerne enn de større.

2.5 Kunnskap om egen helse

Tabell 2.7 Oppfatninger om hvor god kunnskap man får om egen helse. Beboere 67 år og eldre i institusjoner. Prosentvis.

	1.	2.	3.	4.	Vet ikke	Tot. (N)
	I svært liten grad			I svært stor grad		
Fornøyd med informasjonen du får om egen helse	13,7	13,8	29,5	26,3	6,8	100,0 (2344)
Fornøyd med muligheten til å snakke med lege	10,4	10,5	28,5	37,8	12,7	100,0 (2354)

Beboerne i sykehjem er gjerne sterkt sykdomsbelastet, med et stort behov for å hjelp til å ta vare på helsa. En viktig oppgave for helsepersonellet i institusjonene er å observere pasientens helsetilstand, og sette inn medisinske hjelpetiltak der det er nødvendig. En del av grunnlaget for pasientens opplevelse av trygghet er at man har mulighet til å snakke med lege ved behov, og ellers får den informasjon som er nødvendig for å ta vare på helsa så godt som mulig. De fleste opplever at de får slik hjelp, basert på indikatorene i tabell 2.5. Det er imidlertid så mye som rundt en fjerdedel av de spurte som sier seg misfornøyd med den informasjonen de får om egen helse, og rundt en femtedel er misfornøyd med muligheten til å snakke med legen.

Selv om de fleste er tilfreds kan det være interessante variasjoner mellom ulike brukere og ulike typer kommuner. Vi har samlet de to variablene i tabellen over i en indeks vi har kalt "Kunnskap om egen helse". Variabelen har to verdier:

1: God: Markerer 3 eller 4 for begge de to variablene i tabellen over.

0: Mindre god: Markerer 1 eller 2 for en eller begge variablene.

Tabell 2.8 viser hvordan vurderingen av dette påvirkes av trekk ved kommunene og ved brukerne selv.

Tabell 2.8 Logistisk regresjon. Trekk ved beboerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at beboerne opplever at de får nok kunnskap om egen helse. N = 1672

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	0,951	0,666
Under 80 år	0,712	0,010
Høy personellinnsats i omsorgstjenesten totalt	1,024	0,879
Høy ressursinnsats i institusjonsomsorgen	1,178	0,246
Mye legetid per beboer	0,953	0,747
Kommune under 5.000 innb.*	2,307	0,000
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	2,575	0,000
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	2,754	0,000
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	2,029	0,000
Konstant	1,279	0,452

*) Referanseverdi kommunestørrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

Det ser ut til at de yngre eldre – de under 80 år – har en noe mindre (71 prosent) sannsynlighet enn de over 80 til å mene at de får god helseinformasjon. Det er ikke forskjell mellom menn og kvinner i dette spørsmålet.

Variasjoner i ressursvariablene: årsverksinnsats i kommunens totale eldreomsorgstjeneste, brutto utgifter til institusjonsdrift, eller gjennomsnittlig legetid per beboer i institusjonen ser ikke ut til å ha effekt på opplevelsen av hvor mye kunnskap man opplever at man får om egen helse. Trekk ved den kommunen man bor i ser imidlertid ut til å ha betydning, også når vi kontrollerer for ressursvariable og trekk ved brukere. Beboere i institusjoner som ligger i kommuner med under 50.000 innbyggere er klart mer tilbøyelige til å mene at de nok hjelp på dette området enn de som bor i de største kommunene (Kommuner med over 50.000 innbyggere).

2.6 Trivsel blant beboerne

Tabell 2.1, som innleder diskusjonen i dette kapitlet, viser at de fleste av svargiverne gir uttrykk for at de trives godt sammen med personalet i institusjonene. Men de er mer forbeholdne når det gjelder spørsmålet om man trives samme med de andre beboerne. Det er rimelig å anta at dette reflekterer at institusjonsbeboere med mentale svekkelser kan representerer trivselsmessige utfordringer for sine medbeboere. Det er som nevnt de mentalt friskeste som har besvart spørreskjema.

Tabell 2.7 viser hva beboerne har svart på spørsmålet om trivsel sammen med andre beboerne.

Tabell 2.9 "I hvor stor grad trives du sammen med de andre beboerne?" Prosentvis. N=2362

1. Svært liten grad	6,9
2.	17,4
3.	40,0
4. Svært stor grad	27,0
Vet ikke	8,6
Sum	100,0

Vel to tredjedeler av svargiverne sier at de trives sammen med de andre beboerne i institusjonen, mens en knapp fjerdedel sier at de ikke gjør det. Et interessant spørsmål i denne sammenhengen er i hvilken grad trekk ved bostedskommunene eller brukerne selv slår ut i denne sammenhengen. Tabell 2.8. gir et bilde av dette.

Tabell 2.10 Logistisk regresjon. Trekk ved beboerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at beboerne skal mene at de trives sammen med andre beboere. N = 2138

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	1,321	0,013
Under 80 år	0,841	0,179
Høy personellinnsats i omsorgstjenesten totalt	0,733	0,035
Høy ressursinnsats i institusjonsomsorgen	1,002	0,984
Kommune under 5.000 innb.*	2,026	0,001
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	1,292	0,172
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	1,460	0,053
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	1,169	0,362
Konstant	2,277	0,000

*) Referanseverdi kommunestørrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

Kvinner har større sannsynlighet for å trives sammen med sine medbeboere enn det menn har. Alder ser imidlertid ikke ut til å spille noe rolle i denne sammenhengen.

Personellinnsatsen i den totale omsorgstjenesten i kommunen ser ut til å slå ut i en uventet retning. Beboere i institusjoner i kommuner med høy samlet personalinnsats i omsorgstjenestene er noe mindre tilbøyelige til å trives med hverandre enn beboere fra andre kommuner. Ellers er småkommune-effekten betydelig: Beboere i institusjoner i kommuner med under 5.000 innbyggere har dobbelt så stor sannsynlighet for å trives sammen med hverandre enn det beboere i større kommuner gjør. Vi finner ingen tilsvarende effekter for noen av de andre kommunegruppene.

2.7 Sammenfatning/drøfting

Institusjonsbeboerne og deres pårørende i disse kommunene har et ganske sammenfallende syn på hvordan institusjonslivet arter seg for våre eldre.

Et svært tydelig resultat i denne undersøkelsen er den gode attesten til framferden til de som jobber i institusjonene, og som har den tetteste kontakten med beboerne. De aller fleste mener at ansatte behandler beboerne med respekt og høflighet, og er påpasselige med å overholde taushetsplikten.

Også på en lang rekke andre områder av betydning for trivsel og velvære peker gjennomsnittlige vurderinger fra brukerne og deres pårørende i retning av en alminnelig tilfredshet med viktige sider ved dagliglivet i institusjonen. Det gjelder forhold som mat og gjennomføring av måltider, trivsel på rommet der man bor, hjelp med basale funksjoner som for eksempel personlig hygiene, og trivelig stemning mellom personalet og beboerne.

På enkelte områder fant vi imidlertid betydelig større variasjon i svargivningen. Det gjelder områdene:

- Kunnskap om egen helse
- Selvbestemmelse
- Aktivitetstilbud
- Trivsel med andre beboere

Stor variasjon i brukervurderingene gir et godt utgangspunkt for å lete etter mulige årsaker til eventuelle systematiske variasjoner mellom kommunene, og mellom de ulike beboergruppene i institusjonene.

I tabellen under har vi gitt en sammenfatning av de viktigste funnene.

De under 80 var mindre fornøyd med muligheten til å skaffe seg kunnskap om egen helse enn de over 80 år. Litt overraskende fant vi at legetid per beboer ikke synes å ha noen selvstendig effekt i denne sammenhengen. En mulig forklaring på dette kan være at det skjer en konsentrasjon av de medisinske oppmerksomheten i institusjonen rundt de svakeste med mest behov for medisinsk oppfølging. I den sammenheng er det naturlig å minne om at de som har besvart skjema antakelig er blant de minst belastede pasientene i institusjonene. Kommunestørrelse har stor betydning. Beboerne fra de største kommunene (over 50.000) er minst fornøyd med tilgangen på informasjon om egen helse.

Indeksen "Selvbestemmelse" er upåvirket av alle andre variable enn kommunestørrelse. Indeksen selvbestemmelse sier noe om hvordan beboernes behov for å leve mest mulig i tråd med sine egne forutsetninger avveies mot institusjonens behov for effektiv, rasjonell drift. Det krever gjerne mer tid dersom beboerne selv skal ivareta daglige gjøremål: gamle fingre løser oppgaver som for eksempel det å finne fram klær, kneppe knapper osv langsommere, oppgaver må tilrettelegges, personalet må vente til den gamle selv er ferdig osv. På samme måte kan sterk vektlegging av at beboeren selv skal bestemme hva slags hjelp man vil ha stille store krav til fleksibilitet og tilpasning på personellsiden i en travel og ofte stressende hverdag i en omsorgssituasjon. Ut fra dette perspektivet er det rimelig å anta at trekk ved kommunene ressursituasjon kan ha betydning for brukernes opplevelser av selvbestemmelse. Vi fant imidlertid ingen effekter av ressursvariablene på institusjonsbeboernes opplevelse av selvbestemmelse. Derimot fant vi at mindre kommuner vil ha lettere for å realisere slike verdier enn de større kommunene.

	Få kunnskap om egen helse	Opplever selvbestemmelse	Mulighet for aktivitet og opplevelser	Trives med andre beboere
Brukerens kjønn	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt	Kvinner trives bedre med sine medbeboere enn menn.
Brukerens alder	De under 80 år minst fornøyd	Ingen signifikant effekt	De under 80 år minst fornøyd	Ingen signifikant effekt
Personellinnsats i omsorgstjenesten totalt i bokommunen	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt	Beboere i kommuner med høy personellinnsats mest fornøyd	Noe lavere trivsel mellom beboerne i kommuner med høy personellinnsats.
Legetid beboer/uke	Ingen signifikant effekt	Ikke testet	Ikke testet	Ikke testet
Økonomisk satsing på institusjonsomsorg i bokommunen	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt	Beboere i kommuner med høy ressursinnsats mest fornøyd	Ingen signifikant effekt
Bokommunens størrelse	De som bor i kommuner med opp til 20.000 innb. mer fornøyd enn de som bor i større kommuner.	De som bor i kommuner opp til 20.000 innb. mer fornøyd enn de som bor i større kommuner	De som bor i kommuner opp til 20.000 innb. mer fornøyd enn de som bor i større kommuner	Best trivsel blant beboerne i småkommuner (under 5.000 innb.) og i kommuner 10 – 20.000 innb.

De yngre blant institusjonsbeboerne er minst fornøyd med aktivitetsmulighetene de tilbys, og de mulighetene de gis til å komme ut og få opplevelser utenfor institusjonen. Det er rimelig å anta at dette reflekterer at disse er de minst sykdomsbelastede, har det beste funksjonsnivået og de største behovene for å fylle dagene med meningsfulle aktiviteter. Aktivitetsmulighetene er sterkt knyttet til ressursinnsatsen på omsorgssektoren i kommunen. Kommuner med en god samlet bemanning på omsorgssektoren, og kommuner som satser mye penger på eldreomsorg, har mer fornøyde institusjonsbeboere når det gjelder aktivitetsmuligheter og muligheter for å oppleve noe ut over det daglige livet i institusjonene. Også kommunestørrelse har en selvstendig effekt: beboerne i kommuner med under 20.000 innbyggere er mer fornøyde enn de som bor i større kommuner.

Kvinner trives bedre sammen med de andre beboere enn menn. Kanskje er det slik at kjønns sammensetningen i omsorgstjenesten – tradisjonelt med en overvekt av kvinner – gjør det lettere for kvinner å danne fellesskap seg imellom i institusjonene enn det er for menn. Det kan tenkes at livet i mange omsorgsinstitusjoner kan få karakter av en kvinneverden, der et mindretall av menn kanskje har vanskeligere for å finne gode tilpasninger.

Det ser ut til at trivselen beboerne imellom er noe mindre i kommuner der den samlede personellinnsatsen i omsorgstjenesten er høy. I denne sammenheng er det viktig å minne om at høy total årsverksinnsats i omsorgstjenesten ikke trenger å bety at også bemanningen per beboer i institusjoner er høy. Høy total årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten kan dekke over mellomliggende variable, som f. eks forskjeller kommunene imellom med hensyn til

hvordan kommunene organiserer sine omsorgstjenester. Noen kommuner satser sterkt på hjemmebasert omsorg, slik at de som tas inn i institusjonene er de sykeste og mest belastede, som kanskje også er de som har de dårligste forutsetningene for å trives. Dersom vi antar at høy total årsverksinnsats i omsorgstjenesten også reflekteres i høy bemanningsfaktor i institusjonene, kan en mulig forklaring på at beboere i slike institusjoner får mer oppmerksomhet fra de ansatte, og dermed kanskje er mindre grad er avhengige av fellesskap med andre beboere. Den rent økonomiske ressursituasjonen ellers i institusjonsomsorgen i kommunen ser ikke ut til å ha noen bestemt effekt i denne sammenhengen.

Beboerne i institusjonene i småkommuner trives best sammen med hverandre. Det kan tenkes at dette reflekterer kvalitetene i det lille samfunnet der de fleste kjenner hverandre i utgangspunktet – har felles kjente og felles lokalhistorie å bygge et samvær på.

Et markert trekk ved de forholdene vi har undersøkt er småkommune-effekten. Gjennomgående gir beboere fra institusjoner i mindre kommuner oftere uttrykk for tilfredshet med det tilbudet de får enn det institusjonsbeboerne i de større kommunene gjør. Dette gjelder også når vi kontrollerer for ressurs- og personalinnsats i kommunens omsorgstjeneste, slik vi her har gjort. Det ser ut som om det går en viktig grense ved omtrent 20.000 innbyggere. Det er nærliggende å tenke seg – slik vi antydte i diskusjonen over – at dette har noe med spesielle sosiale og kulturelle kvaliteter å gjøre, som f. eks større sannsynlighet for at mange av brukerne og de ansatte i omsorgstjenesten har vennskaps- og kjennsapsrelasjoner i bunnen for de relasjoner man inngår i som mottaker og tjenesteyter.

3 Brukerne av hjemmebaserte tjenester

3.1 Innledning

Hjemmesykepleie er et tilbud til pasienter med sykdomsbelastninger som trenger pleiefaglig omsorg og medisinsk observasjon og oppfølging. Mange av hjemmesykepleiers brukere er meget tungt belastet, og krever mye oppfølging. Mange må besøkes flere ganger i løpet av døgnet for å få en tilfredsstillende situasjon. Praktisk hjelp i hjemmet er et tilbud om hjelp til å sikre praktiske husholdsoppgaver, som er nødvendige for å gi mennesker med større og mindre funksjonsbegrensninger en mulighet til å klare seg i eget hjem.

De hjemmebaserte tjenestene når fram til mange brukere, med svært ulike behov, og med svært ulik grad av støtte fra ektefelle eller familie. Noen bor alene, andre har mange rundt seg. Noen er tungt belastet med sykdom og funksjonsbegrensninger, bor kanskje i en omsorgsbolig utstyrt med nødvendige hjelpemidler og ellers tilpasset mennesker med denne typen problemer, men er avhengig av tett oppfølging fra hjemmesykepleiere og praktisk hjelp i hjemmet. Andre har kanskje mindre omfattende behov, og klarer seg med noen timer praktisk hjelp i uka. Brukerne av de hjemmebaserte tjenestene utgjør med andre ord en svært sammensatt gruppe, der både behov og forutsetninger i form av familiesituasjon og boligens innretning varierer mye. Mangfoldet i brukergruppen vil sannsynligvis ha betydning både for hva slags hjelp man trenger, og hvordan hjelpen vurderes. Når vi undersøker brukernes opplevelser av det tilbudet de får kan det derfor være hensiktsmessig å skille mellom ulike tilbuds- og brukergrupper. Innledningsvis vil vi gjøre en kort gjennomgang av den samlede svargivningen fra brukerne av alle typer tjenester. Deretter vil vi gå mer grundig inn på svargivningen fra henholdsvis brukere av hjemmesykepleie og praktisk hjelp.

3.2 Ulike brukere – ulike problemstillinger?

Tabell 3.1 Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Brukere av hjemmebaserte tjenester samlet. 67 år og eldre. N = 10.203

	Gj.snitt	Std.avvik	N
Personalet overholder taushetsplikten	3,81	0,47	6 627
Personalet behandler deg med høflighet og respekt	3,72	0,57	9 766
Fornøyd med hvor klart og tydelig personalet snakker	3,46	0,79	9 221
Gir deg en god hverdag, slik at du kan bo hjemme	3,43	0,81	8 846
Har omsorg for deg	3,42	0,82	9 140
Opplever at pers. hører på deg hvis du har noe å klage på	3,34	0,86	7 550
Mulighet for å få kontakt med tjenesten på telefon	3,35	0,94	8 520
Tjenesten har god nok kvalitet	3,32	0,79	9 455
Gir deg den hjelpen du har behov for	3,27	0,88	9,438
Personalet kommer til avtalt tid	3,23	0,91	9 434
Fornøyd med antall tildelte timer	3,15	0,99	874
Informasjon om hva personalet skal gjøre	3,04	1,00	8 171
Får bestemme hvilken hjelp du vil ha	3,00	1,04	7 900
Får beskjed dersom det blir forsinkelser	2,97	1,13	8 606
Informasjon om hva tjenesten kan tilby	2,92	1,06	8 130
Bestemme når du skal motta hjelp	2,88	1,11	8 437
Muligheten til å få hjelp ut over det som er avtalt	2,77	1,16	5 593

Hovedmønstret i tabell 3.1 har mange fellestrekk med det vi kjenner fra tabellene 2.1 og 2.2 i foregående kapittel.

Et iøynefallende trekk er at brukerne gir omsorgspersonellet meget gode attester når det gjelder overholdelse av taushetsplikt og det å behandle brukerne med høflighet og respekt. Brukerne i disse kommunene er ganske enstemmige, og den gjennomsnittsskåren brukerne gir på disse to dimensjonene ligger i en særstilling øverst i tabellen.

I en slags mellomstilling rangerer en lang rekke forhold som får en midlere skår av sine brukere. Her inngår en del grunnleggende forhold som opplevelsen av at personalet har omsorg for brukeren, om tjenesten har god nok kvalitet, gir tilstrekkelig hjelp og sikrer brukerens hjemmesituasjon.

Nederst i tabellen – med de laveste gjennomsnittsskårene og den største variasjonen i svargivningen – finner vi en rekke tema knyttet til brukernes opplevelse av medbestemmelse og innflytelse og på det tilbudet de får, som f.eks:

- Hvilken hjelp man vil ha
- Hvor mye hjelp man vil ha
- Når man ønsker å få hjelpen

I tillegg er brukere opptatt av forutsigelighet: informasjon om hva som skal skje, og å bli holdt informert dersom det oppstår forsinkelser.

Det er først og fremst problemområdene – de tema som viser størst variasjon blant svargiverne – som kan si gi oss grunnlag for å undersøke systematiske forskjeller mellom kommunene. Det er imidlertid ikke sikkert de problemstillingene som her er nevnt vurderes likedan blant brukerne av henholdsvis hjemmesykepleie og hjemmebaserte tjenester. Tabellen over gir et blandet bilde, basert på svarene både fra de som bare får hjemmesykepleie, de som får både sykepleie og praktisk hjelp, og de som mottar praktisk hjelp alene. For å få et mest mulig tydelig bilde er det hensiktsmessig å undersøke hvordan ulike brukergrupper vurderer tjenestene ulikt. Vi vil derfor se litt nærmere på to "rene" grupper: De som bruker hjemmesykepleie og ingen andre tjenester, og de som får praktisk hjelp og ikke mottar sykepleietjenester.

Tabell 3.2 Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Bare hjemmesykepleie. 67 år og eldre. N = 1.696

	Gj.snitt	Std.avvik	N
Personalet overholder taushetsplikten	3,85	0,40	1 118
Personalet behandler deg med høflighet og respekt	3,76	0,53	1 622
Har omsorg for deg	3,53	0,75	1 573
Fornøyd med hvor klart og tydelig personalet snakker	3,51	0,75	1 512
Tjenesten har god nok kvalitet	3,46	0,73	1 563
Gir deg en god hverdag, slik at du kan bo hjemme	3,46	0,84	1 417
Opplever at pers. hører på deg hvis du har noe å klage på	3,45	0,80	1 281
Gir deg den hjelpen du har behov for	3,44	0,82	1 546
Mulighet for å få kontakt med tjenesten på telefon	3,43	0,90	1 426
Fornøyd med antall tildelte timer	3,38	0,90	1 242
Får bestemme hvilken hjelp du vil ha	3,18	0,99	1 242
Personalet kommer til avtalt tid	3,18	0,94	1 532
Informasjon om hva personalet skal gjøre	3,14	1,01	1 291
Muligheten til å få hjelp ut over det som er avtalt	3,13	1,06	870
Bestemme når du skal motta hjelp	3,12	1,04	1 319
Informasjon om hva tjenesten kan tilby	3,03	1,05	1 288
Får beskjed dersom det blir forsinkelser	2,86	1,15	1 336

Tabell 3.2. viser hvordan de som bruker hjemmesykepleie og ingen andre tjenester vurderer det tilbudet de får. Med ett viktig unntak sammenfaller bildet i det alt vesentlige med mønstret i tabell 3.1 foran, der alle brukerne er representert. Brukere av hjemmesykepleie-tjenester skårer personalets punktlighet gjennomgående lavere enn det vi fant da vi under-

søkte alle svargiverne samlet. Både spørsmålet om "Personalet kommer til avtalt tid", og særlig spørsmålet om man "Får beskjed dersom det blir forsinkelser" ser ut til å utløse mange negative reaksjoner. For hjemmesykepleietjenestens brukere er det derfor viktig å undersøke nærmere deres vurderinger av personalets punktlighet og forutsigelighet.

Tabell 3.3 Gjennomsnittlig skår på ulike kvalitetsdimensjoner. Bare praktisk hjelp i hjemmet. 67 år og eldre. N = 3.354

	Gj.snitt	Std.avvik	N
Personalet overholder taushetsplikten	3,81	0,48	1 947
Personalet behandler deg med høflighet og respekt	3,73	0,56	3 163
Fornøyd med hvor klart og tydelig personalet snakker	3,43	0,81	2 884
Personalet kommer til avtalt tid	3,40	0,86	3 108
Gir deg en god hverdag, slik at du kan bo hjemme	3,39	0,83	2 728
Mulighet for å få kontakt med tjenesten på telefon	3,35	0,92	2 698
Har omsorg for deg	3,30	0,90	2 696
Opplever at pers. hører på deg hvis du har noe å klage på	3,29	0,89	2 166
Får beskjed dersom det blir forsinkelser	3,26	1,03	2 812
Tjenesten har god nok kvalitet	3,24	0,80	3 007
Gir deg den hjelpen du har behov for	3,17	0,90	2 978
Fornøyd med antall tildelte timer	3,07	1,02	2 833
Informasjon om hva personalet skal gjøre	3,05	1,00	2 591
Får bestemme hvilken hjelp du vil ha	2,89	1,10	2 369
Informasjon om hva tjenesten kan tilby	2,89	1,08	2 530
Bestemme når du skal motta hjelp	2,79	1,17	2 626
Muligheten til å få hjelp ut over det som er avtalt	2,45	1,20	1 436

Tabell 3.3 gir et bilde av svargivningen til de som mottar bare praktisk hjelp. Også svarene fra denne gruppen følger i det alt vesentlige hovedmønsteret for hjemmebaserte tjenester under ett. På ett punkt ser det imidlertid ut til at vi har noe flere misfornøyde her enn blant mottakerne av sykepleietjenester. Det dreier seg først og fremst om volumet på det samlede tilbudet: Hvor fornøyd man er med antall timer, og hvordan man muligheten for å få hjelp ut over det som er avtalt.

Samlet sett viser denne gjennomgangen at noen problemområder ser ut til å gjelde **hele gruppen brukere** av hjemmebaserte tjenester:

Innflytelse på **innholdet** i hjelpetilbudet:

- Få bestemme hvilken hjelp du vil ha
- Få bestemme når du skal motta hjelpen

Innflytelse på **volumet** på hjelpen:

- Få informasjon om hva tjenesten kan tilby
- Muligheten til å få hjelp ut over det som er avtalt

Forutsigelighet:

- Informasjon om hva personalet skal gjøre

En problemstilling ser ut til å være særlig viktig for de som bruker **hjemmesykepleietjenester:**

Punktlighet i avtaler:

- Få beskjed dersom det oppstår forsinkelser
- Personalet kommer til avtalt tid

De som mottar bare **praktisk hjelp** skårer lavere enn hjemmesykepleiebrukerne på spørsmål om de synes de får **nok hjelp:**

- Tjenesten gir deg den hjelpen du har behov for
- Fornøyd med antall timer du får hjelp

I resten av kapitlet skal vi undersøke om det er trekk ved brukerne, ved de ulike typer tjenester, og ved de kommunene brukerne bor i, som kan forklare systematiske variasjoner i måten tilbudet oppleves og vurderes på av brukerne selv.

3.3 Innflytelse på innholdet i tjenesten

Tabell 3.4 Faktorer relatert til brukerens innflytelse på innholdet i hjelpetilbudet. Prosentvis.

	1.	2.	3.	4.	Vet ikke	Tot.
	I svært liten grad			I svært stor grad		(N)
I hvor stor grad får du bestemme når du skal motta hjelp?	15,7	13,7	24,9	34,4	11,4	100,0(9520)
I hvilken grad får du bestemme hvilken hjelp du skal ha?	11,5	12,1	26,7	34,8	14,9	100,0(9286)

På grunnlag av disse to variablene lages en ny variabel: "Innflytelse på innholdet i tilbudet." Den har to verdier: "Stor innflytelse" tilordnes der svargiver markerer 3 eller 4 for begge variablene over. "Mindre innflytelse" tilordnes der svargiverne markerer 1 eller 2 for en eller begge variablene i tabellen over.

Indeksen "Innflytelse over innholdet" sier noe om fleksibilitet i måten tjenesten leveres på i forhold til brukers ønsker: Er det brukeren som skal tilpasse seg tjenestens behov for planlegging og organisering, eller er det tjenestens utøvere som tilpasser seg brukerens rytme og andre forutsetninger. Det kan tenkes at ulike brukere opplever dette ulikt. Og det kan tenkes at trekk ved kommunene, i første rekke ressurs- og personalsituasjonen, vil ha betydning på hvordan dette slår ut for tjenestens brukere. Tabell 3.5 viser effekten av ulike

variable på brukernes opplevelse av å ha innflytelse på innholdet, når vi kontrollerer variablene mot hverandre.

Tabell 3.5 Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene¹⁵ som påvirker sannsynligheten for at brukerne opplever å ha innflytelse på innholdet i tjenesten. N = 7217

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	0,751	0,000
Under 80 år	1,253	0,000
Mottar bare hjemmesykepleie	1,404	0,000
Mottar bare praktisk hjelp	0,937	0,244
Høy personellinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,041	0,505
Høy ressursinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,037	0,531
Kommune under 5.000 innb.*	1,231	0,008
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	1,306	0,006
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	1,019	0,817
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	1,102	0,165
Konstant	1,601	0,000

*) Referanseverdi kommunestørrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

Kvinner har en klart lavere sannsynlighet enn menn (75 prosent) for å oppleve at de har innflytelse over innholdet i den tjenesten de får. Også alder ser ut til å ha betydning. De under 80 år rapporterer i større grad at de opplever å ha innflytelse enn de over 80.

Det er betydelige forskjeller mellom brukerne av ulike typer tjenester. De som mottar bare hjemmesykepleie har 40 prosent større sannsynlighet enn andre grupper for å oppleve at de har innflytelse på tjenesteinnholdet. De som mottar bare praktisk hjelp ser ikke ut til å skille seg fra referansegruppen (de som mottar begge typer hjelp samtidig).

Det ser ikke ut til at ressursvariablene for de hjemmebaserte tjenestene slår ut i denne sammenhengen. Verken høy timeverkinnsats per bruker, eller høye driftsutgifter per innbygger 67 år og eldre, gir effekter på graden av opplevd brukerinnflytelse på tilbudet. Derimot ser det ut til at brukerne i de mindre kommunene – opp til 10.000 innbyggere – opplever større innflytelse enn de som bor i andre kommuner. Det kan tenkes at småkommune-effekten reflekterer tettere og mer personlige forhold mellom bruker og tjenesteyter – i et system der mange av brukerne og deres hjelpere kjenner hverandre eller har felles kjente.

¹⁵ Variabeldefinisjoner for kommunevariable i vedlegg bakerst i rapporten.

3.4 Brukernes innflytelse på tjenestevolumet

Tabell 3.6 Faktorer relatert til brukerens innflytelse på mengden hjelp. Prosentvis.

I hvor stor grad er du fornøyd med:	1.	2.	3.	4.	Vet ikke	Tot. (N)
	I svært liten grad			I svært stor grad		
muligheten til å få hjelp ut over det som er avtalt?	13,4	9,6	15,2	22,2	39,6	100,0(9257)
informasjon om hva tjenesten kan tilby deg?	12,8	14,3	26,2	32,8	13,9	100,0(9447)

En betydelig andel av svargiverne gir uttrykk for misnøye med muligheten for å få mer hjelp (23 prosent), eller med informasjon om hva slags hjelp det faktisk er mulig å få. (27,1 prosent). På grunnlag av disse to variablene lages en indeks for brukernes innflytelse på mengden tjenester. Indeksen har to verdier: "Høy innflytelse": Brukene gir skåren 3 eller 4 for begge variablene i tabellen over. Verdien "Lav innflytelse" tilordnes brukere som gir skåren 1 eller 2 for minst en av variablene i tabellen over.

Tabell 3.7 Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukere skal oppleve å ha innflytelse på mengden tjenester. N = 4857.

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	0,664	0,000
Under 80 år	1,090	0,194
Mottar bare hjemmesykepleie	1,602	0,000
Mottar bare praktisk hjelp	0,751	0,000
Høy personellinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,278	0,000
Høy ressursinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,168	0,023
Kommune under 5.000 innb.*	1,770	0,000
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	1,619	0,000
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	0,916	0,379
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	1,011	0,894
Konstant	0,478	0,000

*) Referanseverdi kommunestørrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

Kvinnelige omsorgsmottakere opplever i betydelig mindre grad enn menn at de har innflytelse på tjenestevolumet. Det ser imidlertid ikke ut til at det er forskjeller mellom de under 80 og de eldste blant brukerne.

Brukere som har enten bare hjemmesykepleie eller bare praktisk hjelp opplever dette svært forskjellig. Hjemmesykepleiebrukerne har en betydelig høyere sannsynlighet enn andre (60 prosent mer sannsynlig) for å oppleve at de kan påvirke mengden tjenester. På den andre siden opplever de som bare mottar praktisk hjelp betydelig mindre grad av innflytelse på tjenesteomfanget enn andre brukergrupper (Referansegruppe: brukere som får begge typer tjenester samtidig).

Også ressursvariablene har betydning. Både økonomisk og personellmessig innsats på hjemmebaserte tjenester i den enkelte kommune slår ut. Brukere i kommuner med høy personellinnsats og høy økonomisk ressursinnsats i den hjemmebaserte tjenesten har høyere sannsynlighet enn andre for å være fornøyd med muligheten til å påvirke tjenestevolumet. Også småkommune-effekten er betydelig. Brukere i kommuner med under 10.000 innbyggere har betydelig høyere sannsynlighet for å være fornøyd enn andre.

3.5 Nok hjelp i forhold til opplevde behov?

Tabell 3.8 Faktorer relatert til brukerens opplevelse av å få nok hjelp i forhold det behov man har. Prosentvis.

	1.	2.	3.	4.	Vet ikke	Tot. (N)
I hvor stor grad:	I svært liten grad		I svært stor grad			
Opplever du at tjenesten gir deg den hjelpen du har behov for?	5,1	12,4	30,9	48,4	3,2	100,0(9751)
Er du fornøyd med antall timer du får hjelp?	8,9	12,9	27,1	44,2	6,8	100,0(9352)

De aller fleste – nesten 80 prosent – mener at de får den hjelpen de har behov for. Litt færre – vel 70 prosent – sier seg fornøyd med det antall timer de får. Et betydelig mindretall er imidlertid misfornøyd. Disse to variablene danner grunnlag for indeksen "nok hjelp i forhold til behov". Indeksen har verdien "Nok hjelp" når brukeren skårer 3 eller 4 for begge variablene, og verdien "Ikke nok hjelp" når han/hun skårer 1 eller 2 for en eller begge variable.

Tabell 3.9 Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukerne skal oppleve at de får nok hjelp. N = 4857.

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	0,673	0,000
Under 80 år	1,204	0,001
Mottar bare hjemmesykepleie	1,567	0,000
Mottar bare praktisk hjelp	0,934	0,217
Høy personellinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,044	0,498
Høy ressursinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,098	0,123
Kommune under 5.000 innb.*	1,951	0,000
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	1,688	0,000
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	1,313	0,001
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	1,236	0,003
Konstant	2,291	0,000

*) Referanseverdi kommunestørrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

Også når det gjelder opplevelse av å få nok hjelp har menn en klart høyere tilbøyelighet til å være fornøyd enn kvinner. Vi finner dessuten en klar effekt av alder: De under 80 år er mer tilbøyelige til å mene at de får nok hjelp enn de over 80.

Blant de ulike brukergruppene er det de som bare bruker hjemmesykepleie som i størst grad opplever at de får det tilbudet de trenger ut fra sine behov.

Ressursvariable knyttet til omsorgstjenesten i den enkelte kommune ser ikke ut til å gi effekt, når vi kontrollerer for andre forhold som tjenestetype, kommunestørrelse og trekk ved brukerne. Småkommune-effekten er imidlertid påtakelig. Brukerne i de minste kommunene har den største tilbøyeligheten til å mene at de får sine behov dekket – 95 prosent mer enn referansegruppa (Kommuner med over 50.000 innbyggere). Det ser ut til at sannsynligheten for å være fornøyd faller jevnt fra de minste mot de største kommunene.

3.6 Forutsigelighet

Tabell 3.10 Faktorer relatert til brukerens opplevelse av forutsigelighet i tjenesten. Prosentvis.

	1.	2.	3.	4.	Vet ikke	Tot. (N)
I hvor stor grad:	I svært liten grad		I svært stor grad			
Kommer personalet til avtalt tid?	6,7	11,8	30,8	47,3	3,4	100,0(9766)
Gir personalet beskjed dersom det oppstår forsinkelser?	15,3	11,8	21,7	40,1	11,1	100,0 (9680)
Er du fornøyd med informasjonen om hva personalet skal gjøre?	9,6	13,5	28,5	32,8	12,7	100,0 (9359)

De fleste – 75 til 80 prosent – er fornøyd med forutsigeligheten fra personalets side i de tjenestene de bruker. Men et betydelig mindretall signaliserer at dette kan være en problematisk side ved det å være bruker av hjemmebaserte tjenester. I underkant av en fjerdedel av brukerne er ikke fornøyd med den informasjonen de får om hva personalet skal gjøre. En litt høyere andel synes ikke de i tilstrekkelig grad får beskjed dersom det oppstår forsinkelser. Litt under 20 prosent opplever at personalet ikke i tilfredsstillende grad kommer til avtalt tid.

På grunnlag av de to første variablene i tabellen over vil vi danne en indeks "Punktlighet", der verdien "God punktlighet" er basert på at brukeren har markert 3 eller 4 for både spørsmålet om personalet kommer til avtalt tid, og for spørsmålet om man får beskjed ved forsinkelser. Verdien "Mindre punktlig" tilordnes der brukeren har markert 1 eller 2 for minst en av de to variablene.

Tabell 3.11 Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukerne opplever personalet som punktlig. N = 8.113

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	0,745	0,000
Under 80 år	1,069	0,217
Mottar bare hjemmesykepleie	1,050	0,476
Mottar bare praktisk hjelp	2,304	0,000
Høy personellinnsats i hjemmebaserte tjenester	0,891	0,065
Høy ressursinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,169	0,009
Kommune under 5.000 innb.*	1,723	0,000
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	1,500	0,000
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	1,017	0,823
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	1,208	0,007
Konstant	1,561	0,000

*) Referanseverdi kommunestørrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

Kvinner opplever de hjemmebaserte tjenestene som mindre punktlige enn det menn gjør. Alder ser imidlertid ikke ut til å spille noen rolle i denne sammenhengen.

Det er betydelige forskjeller mellom tjenestetypene. Sannsynligheten for at de som bare mottar praktisk hjelp i hjemmet skal være fornøyd er 2,3 ganger høyere enn for hjemmesykepleiens brukere, og for de som bruker begge tjenester samtidig.

Personalinnsatsen, målt i timeverkinnsett per bruker per uke, gir ikke signifikant effekt. Derimot ser vi at kommuner som satser mest rent økonomisk på hjemmebaserte tjenester har en større sannsynlighet for å oppnå fornøyde brukere på dette punktet enn andre kommuner. Forskjellen er imidlertid moderat – bare ca 17 prosent.

Kommunestørrelse gir klare utslag. Som i andre sammenhenger er det de minste kommunene som kommer best ut, når vi kontrollerer for andre forhold som økonomi, personellinnsats og brukersammensetning. I tillegg ser det ut til at brukerne i de mellomstore kommunene – 20 – 50.000 innbyggere – opplever bedre punktlighet i tjenesten enn kommuner med 10-20.000.

Tabell 3.12 viser effekten av brukersammensetning og trekk ved bokommune på brukernes opplevelse av forutsigelighet i tjenesten, basert på spørsmålet:

"I hvor stor grad er du fornøyd med informasjon om hva personalet skal gjøre?".

Kvinner føler seg mindre informert om hva personalet skal gjøre enn det menn gjør. Også alder ser ut til å ha en effekt. De under 80 er mer tilbøyelige til å si at de føler seg velinformert enn de over 80.

Et interessant trekk ved tabellen er effekten av tjenestetype. Både brukerne av (bare) hjemmesykepleie og brukere av (bare) praktisk hjelp i hjemmet opplever i større grad å være informert om hva personalet skal gjøre enn de som mottar kombinasjoner av tjenester (referansekategori). Det ser altså ut til at besøk av personell fra ulike typer tjenester gir er mer uoversiktlig situasjon enn der man bare har ett av de aktuelle tilbudene.

Tabell 3.12 Logistisk regresjon. Trekk ved brukerne og bostedskommunene som påvirker sannsynligheten for at brukerne sier seg fornøyd med informasjonen om hva personalet skal gjøre. N = 7970.

	Odds ratio	Sig P
Kvinne	0,883	0,038
Under 80 år	1,171	0,007
Mottar bare hjemmesykepleie	1,244	0,004
Mottar bare praktisk hjelp	1,182	0,005
Høy personellinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,166	0,019
Høy ressursinnsats i hjemmebaserte tjenester	1,004	0,951
Kommune under 5.000 innb.*	1,171	0,064
Kommune med 5 – 10.000 innb.*	1,308	0,013
Kommune med 10 – 20.000 innb.*	0,925	0,365
Kommune med 20 – 50.000 innb.*	1,014	0,856
Konstant	2,461	0,000

*) Referanseverdi kommunestørrelse: Kommune med 50.000 eller mer.

Personellinnsatsen ser ut til å ha betydning. Brukere i kommuner med høy personellinnsats i hjemmebaserte tjenester per bruker per uke har en noe høyere sannsynlighet for å føle seg velinformert enn brukere fra andre kommuner.

Kommunestørrelse gir bare mindre utslag. Kommunene i gruppen 5 – 10.000 innbyggere ser imidlertid ut til å komme bedre ut enn andre også i denne sammenhengen.

3.7 Sammenfatning/drøfting

De hjemmebaserte tjenestene har en svært sammensatt brukergruppe: Fra mennesker med lettere plager og funksjonsproblemer, og som bare mottar noen timer praktisk hjelp i hjemmet i løpet av uka, til mennesker med stor sykdomsbelastning og betydelige utfordringer knyttet til det å klare seg i eget hjem. Selv om både hjelpebehov, egne forutsetninger og tilbudets innretning og omfang varierer mye, så er det likevel noen dimensjoner der de ulike brukergruppene gir nokså sammenfallene svar. Det gjelder i første rekke deres vurderinger av personalets alminnelige framferd, og overholdelse av taushetsplikt i sitt arbeid med brukerne. De aller fleste brukerne i de kommunene vi har hentet våre data fra gir de ansatte i omsorgstjenesten en høy skår på disse dimensjonene.

Også når det gjelder en lang rekke andre grunnleggende forhold i omsorgstjenesten ser det ut til at variasjonen brukerne imellom er ganske moderate. Det gjelder f. eks opplevelse av at personalet har omsorg for brukeren, gir brukeren en god hverdag i eget hjem, og ellers utfører tjenestene med tilfredsstillende kvalitet.

På noen områder fant vi imidlertid betydelig variasjon i brukervurderingene. Det gjelder forhold som berører:

- Brukernes innflytelse på innholdet i de tjenestene de får.
- Brukernes innflytelse på volumet av tjenester.
- Brukernes opplevelse av å få nok hjelp.
- Brukernes opplevelse av forutsigelighet i tjenesten.
- Brukernes vurderinger av hvor punktlig personalet følger opp avtaler.

	Opplever innflytelse på tjenesteinnhold	Opplever å ha innflytelse på tjenestemengde	Opplever å få nok hjelp	Opplever at personalet er punktlig	Fornøyd med informasjonen om hva personalet skal gjøre
Brukerens kjønn	Menn mer enn kvinner	Menn mer enn kvinner	Menn oftere enn kvinner	Menn mer enn kvinner	Menn mer fornøyd enn kvinner
Brukerens alder	De under 80 år mer enn de over	Ingen signifikant effekt av alder	De under 80 år oftere enn de over	Ingen signifikant effekt	De under 80 år mer fornøyd enn de over 80
Tjenestetype	De som bare bruker hjemmesykepleietjenest er mer enn de som har kombinerte tjenester eller bare praktisk hjelp	De som bruker kombinerte tjenester opplever minst innflytelse.	De som bare bruker hjemmesykepleietjenester oftere enn de som har kombinerte tjenester eller bare praktisk hjelp	De som bare mottar praktisk hjelp mer enn andre grupper	De som mottar kombinerte tjenester mindre fornøyd enn de som bare har en av tjenestene
Timeverk i hjemmebaserte tjeneste per bruker i uka i bokommunen	Ingen signifikant effekt	Brukerne opplever størst grad av innflytelse i kommuner med høy personellinnsats	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt	De som bor i kommuner med høy timeverkinnsats i hjemmetjenestene mer fornøyd enn andre
Økonomisk satsing på hjemmebaserte tjenester i bokommunen	Ingen signifikant effekt	Brukerne opplever størst grad av innflytelse i kommuner med høy ressursinnsats	Ingen signifikant effekt	De som bor i kommuner med høy satsing på hjemmebaserte tjenester mer enn andre.	Ingen signifikant effekt
Bokommunens størrelse	De som bor i kommuner med under 10.000 innbyggere mer enn de som bor i større kommune	De som bor i kommuner med under 10.000 innbyggere mer enn de som bor i større kommune	Minst grad av opplevd behovsdekning i de største kommunene	De som bor i småkommuner (under 10.000) eller kommuner mellom 20 og 50.000 mer enn andre.	Der som bor i kommuner med 5 - 10.000 innbyggere mer fornøyd enn andre.

Vi har undersøkt i hvilken grad denne variasjonen i svargivningen henger sammen med trekk ved brukene, hva slags tjenester de mottar, og trekk ved de kommunene som leverer tjenestene. Resultatene er sammenfattet i tabellen på neste side.

Hjemmesykepleiens brukere ser ut å ha størst grad av innflytelse og medbestemmelse over sitt hjelpetilbud. De som i vårt utvalg er registrert som "rene" hjemmesykepleiebrukere – ikke kombinert med andre tilbud – har en betydelig høyere sannsynlighet enn andre til å oppleve at de har innflytelse på innholdet i den tjenesten de får, og at de får nok hjelp. Med fokus på pasientens medisinske situasjon er det viktig for et godt omsorgsmessig resultat at sykepleietjenesten evner å tilpasse seg variasjoner i pasientens situasjon og behov. Svarene fra de "rene" brukere av praktisk hjelp, og de som har kombinasjoner av tjenester, gir ikke uttrykk for den samme opplevelsen av medbestemmelse.

Menn har en høyere sannsynlighet enn kvinner for å svare positivt på spørsmålene om brukerinnflytelse, både når det gjelder tilbudets innhold, volumet på tjenesten, og i hvilken grad man opplever sine behov som dekket. Det kan tenkes flere alternative forklaringer på dette. En rimelig forklaring er at det er flere aleneboende gamle kvinner enn menn. For en som bor sammen med ektefelle/samboer kan hjelp og støtte fra den man bor sammen med redusere den totale avhengigheten av hjelp fra det offentlige. Bor man alene er man i en langt mer sårbar situasjon, og vil kanskje være mer tilbøyelig til å oppleve det tilbudet man får som utilstrekkelig. De yngre eldre har høyere sannsynlighet enn de over 80 år for å oppleve at de har innflytelse på tjenesteinnholdet, og at de får sine behov dekket. At de eldste eldre ikke er like fornøyd med dette er på mange måter et tankekors, ut fra en tanke om at det er ønskelig å kanalisere ressursene dit behovene er størst. Det er imidlertid rimelig å anta at forklaringen må søkes i andre sider ved brukers totalsituasjon, først og fremst i hvilken grad de bor alene eller sammen med noen, slik vi antydte da vi drøftet effekten av kjønn. Mange av de eldste eldre bor alene. En generell konklusjon må være at det er behov for mer forskning om forholdet mellom brukernes egne forutsetninger og de omsorgstilbudene det offentlige gir dem.

Mens verken det å ha innflytelse på tilbudets innhold, eller opplevelsen av å få sine behov dekket ser ut til å avhenge av ressursituasjonen i kommunen, finner vi et helt annet bilde når det gjelder spørsmålet om brukerinnflytelse på tjenestevolumet. Brukere i kommuner med høy personellinnsats, og brukere i kommuner som bruker mye ressurser på hjemmebaserte tjenester rent økonomisk, har høyere sannsynlighet enn andre for å oppleve at de kan ha innflytelse på hvor mye omsorg de kan få. Antakelig avspeiler dette nokså direkte en større ressursmessig fleksibilitet i disse kommunene, som gjør det enklere å gjøre justeringer i den totale tildelingen til den enkelte bruker.

Rytmen i besøkene fra sykepleiere eller hjemmehjelpere kan ha stor betydning for brukeren. Noen må planlegge samvær med familie og venner, og når man skal legge seg og når man skal stå opp, ut fra når man venter besøk av en sykepleier eller andre omsorgsgivere. Det ser ut til at det er klare forskjeller mellom hjemmesykepleierne og de som yter praktisk hjelp. Brukere som bare mottar praktisk hjelp har en langt høyere sannsynlighet for å oppleve hjelpen som punktlig enn det hjemmesykepleiens brukere har. En mulig forklaring kan være at sykepleierens oppgaver er mer variable, der gjennomføringen er sterkt avhengig av den dagsaktuelle situasjonen og tilstand hos brukeren, og der ingen oppgaver kan utsettes til neste dag. Det kan bety at spesielle forhold som oppstår hos en av brukerne fører til at besøket hos neste bruker blir forsinket. Hjemmehjelperens oppgaver er gjerne mer veldefinerte rent tidsmessig, og mindre sårbare for forstyrrelser. Et interessant trekk er at brukerne i de kommunene som har de beste økonomiske rammene for hjemmebaserte tjenester oftere enn andre opplever sine hjelpere som punktlig med hensyn til å komme til avtalt tid. Kanskje reflekterer det at mindre stramme rammer kan gi tjenesteyterne på sektoren større fleksibilitet, og gjøre dem mindre sårbare for eventuelle uplanlagte hendelser eller oppståtte behov i arbeidet hos den enkelte bruker.

En beslektet problemstilling er spørsmålet om i hvilken grad brukeren føler seg informert om hva personalet planlegger å gjøre. Et interessant trekk i denne forbindelsen er at kommuner med høy timeverkinnsats per bruker i den hjemmebaserte tjenesten har en høyere sannsynlighet for å ha brukere som er fornøyd med dette enn andre. Kanskje er det slik at jo

høyere timeverkinnsats pr bruker, jo mer tid kan omsorgsgiveren gi brukeren til å forberede seg på det som skal skje. Best forutsigelighet opplever for øvrig de brukerne som mottar "rene tjenester" – bare hjemmesykepleie eller bare praktisk hjelp. Kanskje er det slik at når både hjemmesykepleiere og hjemmehjelpere arbeider hos den samme brukeren opplever brukeren selv at det blir vanskeligere å holde oversikten over hvem som kommer når og skal gjøre hva.

De under 80 år er mer tilbøyelige til å være fornøyd med forutsigeligheten i tjenesten enn de eldste brukerne. Kanskje må forklaringen på det søkes i brukerens egne forutsetninger. Høy alder er assosiert med sviktende hukommelse. Kanskje kan de eldste brukernes opplevelse av manglende forutsigelighet rett og slett tolkes som et uttrykk for at det blir vanskeligere å holde styr på det som skje rundt en selv når hukommelsen svekkes.

Menn har en høyere sannsynlighet for å si seg fornøyd med forutsigeligheten i tjenesten enn det kvinner har. I utgangspunktet er det vanskelig å finne en enkel forklaring på dette. Det er imidlertid naturlig å se dette i sammenheng med alminnelige forskjeller mellom kvinner og menn, som ser ut til å være gjennomgående for alle de forhold som er berørt i tabellen. Med stor konsekvens har gamle menn en høyere sannsynlighet enn gamle kvinner for å si seg fornøyd med:

- Opplevd innflytelse på tjenestens innhold
- Opplevd innflytelse på tjenestens volum
- Opplevelsen av å få nok hjelp i forhold til egne behov
- Opplevelsen av at personalet er punktlig i henhold til avtaler
- Informasjon om hva personalet skal gjøre

Gamle menneske er tradisjonsbærere. Det er nærliggende å tolke dette som et uttrykk for tradisjonelle kjønnsrollemønstre, der omsorg og hushold hørte hjemme i den kvinnelige sfæren. Kanskje er de gamle menns generelle fornøydhet og manglende kritikk av det tilbudet som gis en refleks av mindre engasjement i de problemstillingene omsorgstjenesten skal ivareta.

Et annet viktig trekk i tabellen er småkommune-effekten. Gjennomgående er det slik at omsorgstjenestens brukere i de mindre kommunene har høyere sannsynlighet for å være fornøyd med ulike sider ved det tilbudet de får, når vi kontrollerer for trekk ved brukerne selv og ressursinnsats på sektoren. Den samme småkommune-effekten fant vi da vi undersøkte institusjonsbeboernes opplevelser av tjenestetilbudet: institusjonsbeboere i de minste kommunene er mer tilbøyelige til å være tilfreds med ulike sider ved det tilbudet de får enn de som bor i større kommuner. Vi har antydnet en forklaring knyttet til sosiale og kulturelle kvaliteter ved det lille systemet, der mange har etablerte relasjoner allerede før man trer inn i et hjelper/mottaker-forhold. Felles vennskap og kjennskap, felles lokalhistorie og på andre måter felles referanseramme, kan gi andre premisser for en omsorgsrelasjon enn der avstanden mellom folk i utgangspunktet er større.

4 Noen ord til slutt

Formålet med denne undersøkelsen har vært å prøve å danne et bilde av hvordan omsorgstjenestens brukere og deres pårørende opplever ulike sider ved det tilbudet de får, og hvordan dette kan variere med trekk ved brukerne, hva slags omsorgstilbud de får, og med trekk ved den kommune de bor i.

Undersøkelsen bygger på data fra Effektiviseringsnettverkens arbeid i 2007 og 2008. Deltakelse i Effektiviseringsnettverkene er basert på frivillighet fra kommunenes side. Det er viktig å minne om at frivillig deltakelse ikke tilfredsstillende de kravene vi måtte stille til et representativt utvalg på landsbasis. Det ville krevd en annen tilnærming, basert på tilfeldig trukne utvalg. På den annen side må vi kunne anta at data fra institusjonsbeboere i 78 kommuner og hjemmetjenestebrukere i 96 kommuner må kunne tillegges betydelig vekt.

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

Større variasjon finner vi på en del områder som dreier seg om brukerens opplevelse av spillerommet for egen medbestemmelse i omsorgssituasjonen: av å ha innflytelse på det tilbudet man får, og måten det gis på. For institusjonsbeboerne ser det i tillegg ut til at muligheten for aktivitet og å komme seg ut og få opplevelser utenfor institusjonen er viktige problemområder. Et annet er trivselen beboerne imellom. Det ser ikke ut til at alle klarer å finne seg like godt til rette i sykehjemssituasjonen. Menn sliter mer enn kvinner.

Mange forhold spiller inn som forklaringsfaktorer. Menn opplever omsorgssituasjonen annerledes enn kvinner. Alder er viktig. De yngste blant de eldre har andre behov og ønsker enn de eldste omsorgsbrukerne har. Hva slags kommune du bor i spiller stor rolle. Noen kommuner har en personellinnsats og økonomisk satsing som fører til at brukerne opplever økt kvalitet på viktige områder. I andre sammenhenger er det først og fremst trekk ved brukeren og det omsorgstilbudet den enkelte får som er meste avgjørende. Det tyder på at ikke alle problemene i omsorgstjenesten kan gjøres til et spørsmål om nok ressurser. Omsorg er en relasjon. Vi har behov for mer kunnskap om hvordan et omsorgstilbud skal innrettes for å "treffe" den enkelte bedre, slik at vi blir i stand til å gi et tilbud i tråd med den enkeltes forutsetninger, behov og ønsker. Gamle menn og gamle kvinner har kanskje ikke de samme målene på hva som er en god hverdag. Mange av de yngste eldre har andre krav og ønsker til hva slags liv de vil leve enn de eldste. En iøynefallende illustrasjon til denne typen ikke resursavhengige variasjoner er det vi har kalt "småkommune-effekten", som gjennomgående ser ut til å slå positivt ut på så godt som alle våre mål på brukeropplevd kvalitet. Det er sannsynligvis ikke mulig å kjøpe småkommunenes spesielle kvaliteter som omsorgskommuner. Men kanskje kan vi lære noe viktig ved å studere de kommunene som lykkes best i å gi sine eldre god livskvalitet, som grunnlag for bedre tilpasninger mellom omsorgstjenestens virkemåte og brukernes behov og ønsker.

Vedlegg 1:

Bakgrunnsdata om ressurs- og personellsituasjonen i kommunene.

Kilde: Kostra 2007.

Korrigert for omsorgsbrukere under 67 år og tilrettelagt for analyse av Beate Huseby.

Institusjonsomsorgen (kap 2):

Variabelnavn	Definisjon
Høy personellinnsats i omsorgstjenesten totalt	Over 150 årsverk i kommunal pleie og omsorg totalt per 1000 innbyggere 67 år og eldre. (Korrigert for beboere under 67 år.) 2007.
Høy ressursinnsats i institusjonsomsorgen	Brutto årlig driftsutgift over kr. 50.000,- til eldre beboere i institusjoner, per innb 67 år og eldre. (Korrigert for beboere under 67 år.) 2007.
Mye legetid per beboer	Mer enn 20 min legetid i uken per beboer i institusjon

Hjemmebaserte tjenester (Kap 3)

Variabelnavn	Definisjon
Høy personellinnsats i hjemmebaserte tjenester	4 timer hjemmetjeneste eller mer i gjennomsnitt per uke til mottakere 67 år eller eldre
Høy ressursinnsats i hjemmebaserte tjenester	Brutto årlig driftsutgift over kr. 20.000,- til hjemmeboende eldre, per innb 67 år og eldre. (Korrigert for beboere under 67 år.) 2007.

Delprosjekt 4

Tallenes tale – hvor god er egentlig eldreomsorgen i Norge?

Beate M Huseby

SINTEF Helsetjenesteforskning

NTNU, Inst. for samfunnsmedisin

5 Innledning

5.1 Sentrale utviklingstrekk i pleie og omsorgssektoren 1997-2007

I perioden fra 1997 til 2007 har eldreomsorgen i Norge fått mye politisk oppmerksomhet. I denne tiårsperioden har det kommet fem Stortingsmeldinger som spesifikt fokuserer på pleie- og omsorgstjenester¹⁶, i tillegg til minst 13 andre Stortingsmeldinger som berører eldres situasjon eller de kommunale pleie- og omsorgstjenestene på ulike vis¹⁷. Fokuset på eldreomsorg henger selvfølgelig sammen med behovet for å forberede den forventede eldrebølgen, men er også et uttrykk for at eldreomsorg er et politisk potent spørsmål. Eldreomsorgen angår oss alle.

Utviklingen i eldreomsorgen i denne perioden har flere særlige kjennetegn. I Omsorgsmeldinga (Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006)) beskrives perioden som preget av *vekst, fornyelse og effektivisering og kvalitetsarbeid*. Perioden startet med *Handlingsplan for eldreomsorgen* (1998-2001), som var en fire-årig plan for å sette kommunene i stand til å møte veksten i den eldre del av befolkningen. I henhold til Stortingsmelding nr. 31 (2001-2002) resulterte handlingsplanen i en kraftig opprustning og modernisering av eldreomsorgen og bidro til at eneromsreformen ble gjennomført, at den bygningsmessige standarden i sykehjemmene ble oppgradert og at vi fikk en betydelig vekst i kapasiteten, både når det gjaldt personell og omsorgsboliger. I ettertid har mer kritiske røster påpekt at handlingsplanen ikke medførte noen reell økning av kapasiteten i boliger til eldre ettersom det var en betydelig nedbygging av aldershjemmene i samme periode (Brevik og Daatland 2007¹⁸). Det har også blitt påpekt at økningen i årsverk og omsorgsboliger ikke kom de eldre til gode, men ga økte ressurser til yngre brukere av pleie og omsorgstjenestene. I Statsbudsjettet for 2008 ble det imidlertid foreslått en ny økning av antallet sykehjemplasser og omsorgsboliger. I perioden fra 2008 til 2015 skal det komme 12 000 nye plasser. Som en del av Omsorgsmeldingen ble det også utarbeidet en ny kompetanse- og rekrutteringsplan for pleie og omsorgstjenestene, Kompetanseløftet 2015. Planen inneholder strategier og tiltak innen rekruttering og kompetanseheving som skal gjøre kommunene i stand til å møte de langsiktige demografiske utfordringene. Innen utgangen av 2009 skulle pleie- og omsorgssektoren øke kapasiteten med 10 000 nye årsverk.

¹⁶ St.meld. nr. 50 (1996-97). Handlingsplan for eldreomsorgen, St.meld. nr. 28 (1999-00). Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene, St.meld. nr. 34 (1999-2000). Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år, St.meld. nr. 45 (2002-2003). Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene, St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer

¹⁷ St.meld. nr. 26 (1997-98): Begrensning og kontroll med bruk av tvang i tjenesteyting, St.meld. nr. 26 (1999-2000): Om verdier for den norske helsetenesta, St.meld. nr. 31 (2000-2001): Kommune, fylke, stat - en bedre oppgavefordeling, St.meld. nr. 16 (2002-2003): Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken, St.meld. nr. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne, St.meld. nr. 6 (2003-2004): Kostnadsnøkkel for sosiale tjenester i inntektssystemet for kommunene, St.meld. nr. 12 (2004-2005): Pensjonsreform – trygghet for pensjonene, St.meld. nr. 18 (2004-2005): Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken, St.meld. nr. 5 (2006-2007): Opptjening og uttak av alderspensjon i folketrygden, St.meld. nr. 6 (2006-2007): Om seniorpolitikk. Seniorane – ein viktig ressurs i norsk arbeidsliv, St.meld. nr. 9 (2006-2007): Arbeid, velferd og inkludering, St.meld. nr. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, St.meld. nr. 35 (2006-2007): Tilgjengeligheit, kompetanse og sosial utjevning .

¹⁸ Ivar Brevik og Svein Olav Daatland: Utvikling og status i norsk eldreomsorg: Institusjoner og kommunale boliger for omsorgsmål 1989-2005. Aldring og livsløp 2/2007.

Økningen i yngre brukere av pleie og omsorgstjenestene er også et sentralt trekk ved denne perioden og er godt beskrevet av Romøren (2007¹⁹). Han viser til at de yngre brukerne utgjør 30 prosent av tjenestemottakerne, men har ofte et mer omfattende tilbud enn eldre og legger beslag på nesten dobbelt så store ressurser i hjemmetjenesten som eldre. Han påpeker også at antallet mottakere av hjemmetjenester over 67 år var lavere i 2005 enn ved begynnelsen av 1990-årene. Også i Omsorgsmeldinga sies det også at det meste av veksten i årsverk fra Handlingsplanen for eldreomsorg har tilfalt nye unge brukere og at hjemmetjenestene har endret karakter. Færre brukere mottar hjemmetjenester, men de som får, mottar mer omfattende hjelp. Innsatsen konsentreres i stadig større grad mot de mest ressurskrevende brukerne som ofte er under pensjonsalder. Dreiningen i hjemmetjenestetilbudet kan knyttes til HVPU-reformen (1991) og Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), samt reformer på rusfeltet.

Ved starten av perioden (2001) ble også KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) innført, og gav betydelig bedre og mer sammenlignbare data på kommunal virksomhet enn det som tidligere hadde vært tilgjengelig. Data fra kommunene innen blant annet pleie- og omsorg ble langt mer standardisert enn tidligere og gav større mulighet til å sammenligne både utgifter og tjenester. Analysene av kommunene viste *betydelige variasjoner* i både utgifter og dekningsgrad av pleie- og omsorgstjenester, samt organisering av tjenestene. Mens noen kommuner hadde et bedre tilbud av institusjonsplasser, hadde andre kommuner en bedre utbygd hjemmetjeneste. Dette og nye kartlegginger fra Helsetilsynet (Helsetilsynet 10/2003) økte kunnskapen om eldreomsorgen i Norge. Analysene fra Helsetilsynet viste at de med størst behov fikk mest hjelp og at andre forhold som kjønn, alder og kommunistørrelse hadde liten eller ingen betydning. Det var imidlertid ikke før innføringen av IPLOS (Individbasert pleie og omsorg) at kommunene fikk et felles system for å koble informasjon om de tjenestene som ble gitt til informasjon om mottakerne. Innføringen av IPLOS på nasjonalt nivå startet i 2002, men møtte betydelig motstand i mange kommuner og først i 2007 ble det samlet inn data for 98 prosent av kommunene.

Data fra IPLOS gir oss mulighet til å skille mellom pleie- og omsorgstjenester til eldre og yngre brukere og få et mer realistisk bilde av ressursbruk og dekningsgrad til de eldste brukerne. Analyser av de 10 største kommunene (KS 2007²⁰) viste at mottakerne under 67 år utgjør 1/3 av brukerne, men får 2/3 av ressursene når det gjelder hjemmetjenester. Perioden kjennetegnes altså ikke bare av at andelen yngre brukere øker, men også av at kunnskapen om dette, og mulighetene til å skille mellom eldreomsorg og omsorg til yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester har økt. For 2007 er denne informasjonen for første gang tilgjengelig for nesten alle kommunene, og gjør det mulig å studere variasjonene i hvor stor del av ressursene som egentlig går til eldreomsorgen.

Et annet sentralt trekk ved den offentlige debatten om eldreomsorgen i disse ti årene, har vært fokuset på *kvalitet* i eldreomsorgen. Dette fremkommer tydelig i alle relevante Stortingsmeldinger i denne perioden. Prosjektet "Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten" ble gjennomført i perioden fra 1995 til 2000 og hadde som mål at alle virksomheter skulle implementere helhetlige internkontrollsystemer innen 2000 i tråd med Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Prosjektet ble ledet av Helsetilsynet, og har utløst et betydelig arbeid i kommunene når det gjelder implementering av slike internkontrollsystemer både i løpet av og etter planperioden. Internkontrollsystemene skal sikre brukernes rettigheter og kvaliteten på tjenestene som gis gjennom et kontinuerlig kvalitetsarbeid i kommunene.

Foruten Helsetilsynets kontinuerlige fokus gjennom hele perioden på internkontrollsystemer og tilsyn med disse, har fokuset innen kvalitetsarbeidet variert. I Handlingsplan for eldreomsorgen ved inngangen til perioden ble det satt fokus på tilgang til *enerom* og *byggningsstandard*. Det var tverrpolitisk enighet om å heve bostandarden i institusjonene ved

¹⁹ Tor Inge Romøren: Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg?. Aldring og livsløp 1/2007.

²⁰ Kostnadsbilder i pleie og omsorg. KS-FoU. RO April 2007.

å erstatte flersengsrom med ensengsrom eller omsorgsboliger, og å utbedre eller erstatte nedslitt bygningsmasse.

I Stortingsmeldingen om kvalitet i omsorgstjenestene som kom tre år etter (St.meld. nr. 28 (1999-00)) var et mer helhetlig og omfattende perspektiv på kvaliteten i omsorgstjenestene fremtredende. Kvalitet ble definert som individuelle rettigheter for den enkelte bruker i forhold til trygghet, respekt og verdig behandling. Det ble hevdet at det ikke var mulig å gi et overblikk over kvaliteten på tjenestene på dette tidspunktet, men antydnet at det var betydelige variasjoner mellom kommunene. Det legges derfor stor vekt på kontinuerlig kvalitetsarbeid, prosessene rundt dette og fokuseres i særlig grad på internkontroll og formelt riktig saksbehandling. Kommunene gjøres også oppmerksomme på hvilke forhold de må ta hensyn til ved konkurranseutsetting av tjenester.

Etter ytterligere tre år fulgte en ny Stortingsmelding om kvalitet i de kommunale pleie og omsorgstjenestene (St.meld. nr. 45 (2002-2003)). Denne gangen fremheves det at den da sittende regjering ønsker å fokusere på den brukeropplevde kvaliteten, og det foreslås å implementere systematiske brukerundersøkelser i alle kommuner. Det vises også til nytten av Effektivitetsnettverket og det kontinuerlige arbeidet som gjøres her når det gjelder både kvalitet, produktivitet og kapasitet. Meldingen fokuserer også på forenklinger og samordninger av regelverket når det gjelder tilsynet med tjenestene. I kjølvannet av denne Stortingsmeldingen kom det en ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (U-7/2003).

I den foreløpig siste Stortingsmeldinga om pleie- og omsorgstjenesten (St.meld. nr. 25 (2005-2006)), skrives det også mye om kvalitet og kvalitetsarbeid. Samarbeidsavtalen mellom KS og Regjeringen tillegges stor vekt og fremmes som utgangspunkt for kvalitetsarbeidet i kommunene. Det vises også til en ny stor satsning fra Sosial og helsedirektoratet på Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten. Satsningen følger opp den første nasjonale strategien fra 1995-2000, men er mer innrettet mot å stimulere og bidra til et kontinuerlig forbedringsarbeid blant både utøvere og brukere enn mot kontroll og sikringstiltak. I tillegg argumenteres det sterkt for betydningen av en god legedekning på sykehjemmene og det påpekes at Statens helsetilsyn vil ha et særskilt fokus på legetjenestene i sykehjem i 2007.

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

Det voldsomme omfanget av ord som er skrevet om kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenestene i perioden fra 1997 til 2007 viser at dette området har blitt tillagt stor betydning. Forskjellene mellom Stortingsmeldingene når det gjelder fokus innen kvalitet illustrerer imidlertid også kompleksiteten i kvalitetsarbeidet. Kvaliteten i omsorgstjenestene er kompleks å beskrive. Dersom vi tar utgangspunkt i én type data kan vi finne et annet svar enn om vi setter fokus på andre datakilder. Det er likevel grunn til å tro at kommunenes innsats i kvalitetsarbeidet varierer betydelig, og det kan derfor være interessant å få kunnskap om på hvilke områder kvaliteten og kvalitetsarbeidet varierer på.

Dersom vi vurderer utviklingen innen omsorgssektoren de siste ti år i et internasjonalt perspektiv, vil det imidlertid være andre forhold enn kommunale variasjoner og kvalitetsarbeid som settes i fokus. I Norge knyttes begrepet eldreomsorg i liten grad til alderspensjoner, mens internasjonal statistikk på eldreomsorg nesten utelukkende handler om dette. En mulig forklaring på at eldreomsorg i liten grad knyttes til pensjoner i Norge, kan være at vi tar den økonomiske tryggheten i alderdommen som pensjonssystemet i Norge gir for gitt. En annen forklaring, er at de tjenestene som vi kaller for eldreomsorg, ikke er vanlig i land utenfor Norden (pluss Nederland og Storbritannia). I et internasjonalt perspektiv oppfattes offentlige omsorgstjenester til hjemmeboende eldre som noe særegent nordisk.

Sammenlignet med mange andre land i Europa, har Norge fremdeles en lav andel eldre i befolkningen. I 2006 var knappe 15 prosent av befolkningen i Norge mer enn 65 år, mens Tyskland og Italia hadde nesten 20 prosent eldre over 65 år. Også Sverige har en høyere andel eldre enn Norge.

5.2 Kommunale forskjeller i kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet

Den offentlige debatten om eldreomsorgen de siste 10-15 år har satt søkelys på kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet, og forskjeller mellom kommunene når det gjelder disse forholdene. Spørsmålet om kapasitet i eldreomsorgen gjelder hvor mange penger vi bruker på eldreomsorg og hvor mange kvalifiserte personer som kan bistå de eldre. Spørsmålet om tilgjengelighet handler om hvor mange eldre som får hjelp og hvilken hjelp de får. Kvaliteten handler om hvor gode de tjenestene som gis er og hvordan vi forsikrer oss om at de alltid holder samme høye nivå. Tidligere i dette prosjektet har vi sett at mange oppslag i media gir oss grunn til å stille spørsmål om hvor god eldreomsorgen egentlig er når det gjelder disse tingene. Befolkningens vurderinger av eldreomsorgen er i hovedsak positive når det gjelder kvaliteten på tjenestene og personalets kompetanse, men viser også at det er betydelig skepsis til omsorgstjenestene. Eldreomsorgen i Norge har helt klart sine styrker og svakheter, og i dette delprosjektet ser vi på hvilke svar vi får når vi tar utgangspunkt i tilgjengelig statistikk for å vurdere dette.

For å kunne vurdere styrker og svakheter i norsk eldreomsorg, må vi ha en *standard* for våre vurderinger. I utgangspunktet kan en slik standard være faglig begrunnet, ha et normativ og/eller politisk utgangspunkt for hvordan vi ønsker at eldreomsorgen skal være, eller ha et komparativt utgangspunkt. God tilgang på geriatriske sykepleiere i eldreomsorgen er et eksempel på en faglig standard som noen vil sette høyt, mens andre vil mene at andre yrkesgrupper vil kunne gi et like viktig bidrag. Kravet til enerom på institusjoner for eldre er en normativ standard som det er stor tverrpolitisk enighet om i dag, men når det gjelder hvor mange penger vi skal bruke på eldreomsorgen, er det vanskelig å sette både faglige, normative og politiske standarder. Uten at vi vet hva god eldreomsorg koster, kan vi ikke vite om vi bør bruke 30 000 kroner eller 150 000 kroner per eldre innbygger. Det er heller ikke slik at spørsmålet om hvor god eldreomsorgen er, kan besvares ved bare å fortelle hvor mange penger vi bruker. Mens noen kommuner har et godt tilbud sykehjemsplasser, kan andre kommuner ha flere korttids plasser for avlastning og rehabilitering, og bedre utbygde tjenester til hjemmeboende eldre.

For å vurdere styrker og svakheter i eldreomsorgen i Norge i dag, gjør vi derfor bruk av en komparativ standard i dette prosjektet. Komparativ betyr sammenlignende og komparative standarder er ikke absolutte, men gir oss informasjon om forskjellene mellom kommunene eller forskjeller mellom Norge og andre land. Dersom Norge, som har et brutto nasjonalprodukt per innbygger som ligger betydelig over de fleste andre nordiske og europeiske land, likevel bruker mindre penger på eldreomsorg, kan denne vurderingsstandard fortelle oss at den offentlige innsatsen på eldreomsorg i Norge ikke er god nok. I dette delprosjektet har vi derfor studert tallenes tale når det gjelder norsk eldreomsorg komparativt mellom kommuner og i nordisk perspektiv.

Det som skiller disse analysene fra tidligere beskrivelser av eldreomsorgen i norske kommuner, er at vi nå for første gang, ved hjelp av data fra IPLOS, har mulighet til å korrigere analysene av ressursinnsats for hvor mye av ressursene som går til brukere under pensjonsalder (i dette prosjektet referert til som yngre brukere). Slike analyser har tidligere vært mulig for kun et utvalg av kommunene (de største kommunene i Norge), men gjøres nå for 429 kommuner. Ettersom omfanget av yngre personer med behov for pleie og omsorgstjenester varierer betydelig mellom kommunene, og vil i særlig grad kunne påvirke resultatene i mindre kommuner, er det grunn til å tro at deler av de forskjellene i eldreomsorg som har vært påvist kommunene imellom, kan knyttes til forskjeller i antallet yngre omsorgsmottakere.

I dette delprosjektet stiller vi fire hovedspørsmål:

Hvor stor er ressursinnsatsen i eldreomsorgen, og hvor store er forskjellene mellom kommunene når det gjelder dette?

Hvor god er dekningsgraden i eldreomsorgen, og hvor store er forskjellene mellom kommunene når det gjelder dette?

Hvor god er kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen, og hvor store er forskjellene mellom kommunene når det gjelder dette?

Hvordan er norsk eldreomsorg i sammenligning med andre land?

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

I mange tidligere analyser av utgifter til eldreomsorg i norske kommuner, har utgifter til yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester inngått i beregningene. Analyser av Romøren (2007²¹) og KS (KS 2007²²) viser imidlertid at yngre brukere utgjør 1/3 av brukerne og bruker 2/3 av ressursene i hjemmetjenesten. Det er imidlertid også påpekt at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder dette, både andelen yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester og andelen ressurser til yngre brukere varierer sterkt. Mangel på data på direkte ressursbruk til hver bruker i alle kommuner, har gjort at det tidligere ikke har vært mulig å beregne hvor stor del av ressursene i pleie og omsorgssektoren som egentlig går til eldreomsorg. IPLOS-data inneholder imidlertid slik informasjon og innføringen av IPLOS fra 2007 gjør dette nå mulig for 397 kommuner. IPLOS-data omfatter informasjon om hvor stor andel av institusjonsbeboerne som er 67 år og eldre, hvor stor andel av mottakerne av hjemmetjenester som er 67 år og eldre, samt gjennomsnittlig antall timer med hjemmetjeneste til brukere over og under 67 år. Disse dataene er levert fra SSB, og det er innhentet tillatelse fra Helsedirektoratet til å motta og bruke disse dataene.

Våre beregninger er basert på grunnlagsdata fra KOSTRA i 2007, område F pleie og omsorg – nivå 3. Tallene er tilgjengelig som tabell 04686 i SSB Statistikkbanken, men er korrigert for ressurser til yngre brukere av omsorgstjenester ved hjelp av data fra IPLOS.

Beregningene tar utgangspunkt i brutto driftsutgifter til pleie- og omsorg og representerer summen av brutto driftsutgifter til hjemmeboende (f254) og utgifter til institusjoner (f253 + f261).

Utgiftene til hjemmeboende er korrigert ved at gjennomsnittlig antall timer til brukere over og under 67 år er multiplisert med antall brukere over og under 67 år i hver kommune. Deretter er eldres andel av timene beregnet. Med utgangspunkt i tall for 397 kommuner i 2007, får vi så godt som bekreftet sammenhengen om at 1/3 av brukerne bruker 2/3 av ressursene når det gjelder tjenester til hjemmeboende. Brukere under 67 år utgjør 34 prosent av brukerne (1/3) og stod for 59 prosent av ressursene. Det er imidlertid viktig å presisere at dette gjelder *utgifter til hjemmeboende brukere* – funksjon 254 i KOSTRA – og gjelder ikke for totale pleie og omsorgsutgifter.

De totale utgiftene til pleie og omsorgstjenester inkluderer også utgifter til aktivisering (funksjon 234 i KOSTRA), utgifter til drift av institusjonslokaler (funksjon 261 i KOSTRA) og pleie i institusjoner (funksjon 253 i KOSTRA). Ettersom aktivisering i all hovedsak gjelder yngre brukere, er disse utgiftene ikke inkludert i vår beregning av totale brutto driftsutgifter til eldreomsorg. For drift, pleie og omsorg i institusjoner utgjør yngre brukere under 67 år bare 9,8 prosent av brukerne, og på nasjonalt nivå finner vi det derfor naturlig å tilskrive 90,2 prosent av utgiftene til institusjoner til utgifter i eldreomsorgen. For utgifter til institusjoner utgjør altså eldre brukere 90,2 prosent, og forholdet mellom ressursbruk og brukere er antatt å være 1:1.

²¹ Tor Inge Romøren. Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg. Aldring og livsløp 1/2007.

²² Kostnadsbilder i pleie og omsorg. KS-FoU. RO April 2007.

Tabell 6.1 Beregning av eldres andel av ressursene i pleie- og omsorgssektoren på nasjonalt nivå.

<i>Brutto driftsutgifter til hjemmeboende eldre</i>		Norge totalt
A	Brutto driftsutgifter til hjemmeboende (f254) (1000 kr)	28 507 116
B	Antall mottakere 0-66 år	54 674
C	Antall mottakere 67 år+	105 973
D	Sum mottakere (B+C)	160 647
E	Gj.snitt timer hjemmetjeneste per uke til mottakere 0-66 år	11,93
F	Gj.snitt timer hjemmetjeneste per uke mottakere 67 år+	4,12
G	Sum timer til mottakere 0-66 år (B*E)	633 300
H	Sum timer til mottakere 67 år+ (C*F)	436 609
I	Sum timer totalt (G+H)	1 069 909
J	Andel timer til eldre 67 år+ (H/I*100)	40,8
K	Brutto driftsutgifter til eldre 67 år+ (1000 kr) (A*J/100)	11 633 192
L	Antall innbyggere 67 år+	609 551
M	Brutto driftsutgifter til hjemmetjenester for eldre per innbygger 67 år+ (K/L*1000)	19 085
<i>Brutto driftsutgifter til institusjoner for eldre</i>		
N	Brutto driftsutgifter til institusjoner (pleie, omsorg og drift) (f253+261) (1000 kr)	30 991 110
O	Prosent institusjonsbeboere 67 år+	90,2
P	Brutto driftsutgifter til eldre 67 år+ (1000 kr) (N*O/100)	27 953 981
Q	Antall innbyggere 67 år+	609 551
R	Brutto driftsutgifter til institusjoner for eldre per innbygger 67 år+ (P/Q*1000)	45 860
<i>Brutto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger 67 år+ (inkl f234) (ukorrigert)</i>		103 253
<i>Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år+ (M+R) (korrigert)</i>		64 945
<i>Andel eldre brukere av pleie og omsorgstjenester (hjemmetjenester + institusjoner)</i>		71,0
<i>Andel av totale driftsutgifter pleie og omsorg som går til eldre 67 år+</i>		62,9

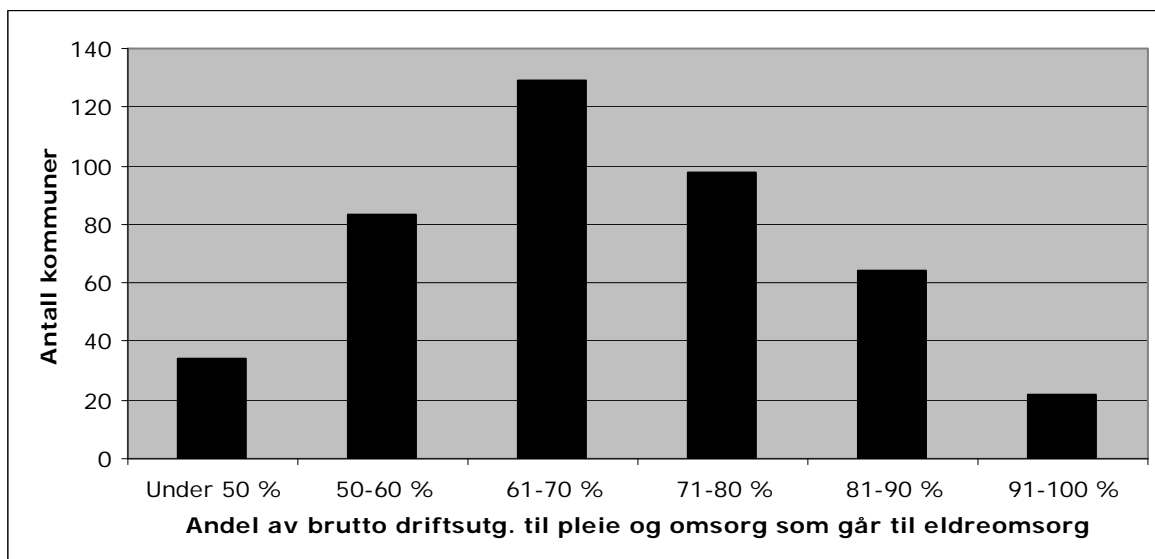
Totale utgifter til eldreomsorg inkluderer 40,8 prosent av utgiftene til hjemmetjenester og 90,2 prosent av utgiftene til institusjoner. Etter korrigeringsressurser til yngre brukere utgjør dermed de samlede utgiftene til eldreomsorg²³ (summen av utgifter til hjemmetjenester og institusjoner) på nasjonalt nivå til sammen 62,9 prosent av de samlede ressursene til pleie og omsorg. Beregningene på nasjonalt nivå er vist i tabell 1.

Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder hvor stor andel av de totale ressursene i pleie og omsorg som går til eldreomsorg. I 50 kommuner går mindre enn 50 prosent av ressursene til eldreomsorg, mens for 22 kommunene går mer enn 90 prosent av de totale utgiftene til pleie og omsorg til eldre. Hvor stor andel av utgiftene til

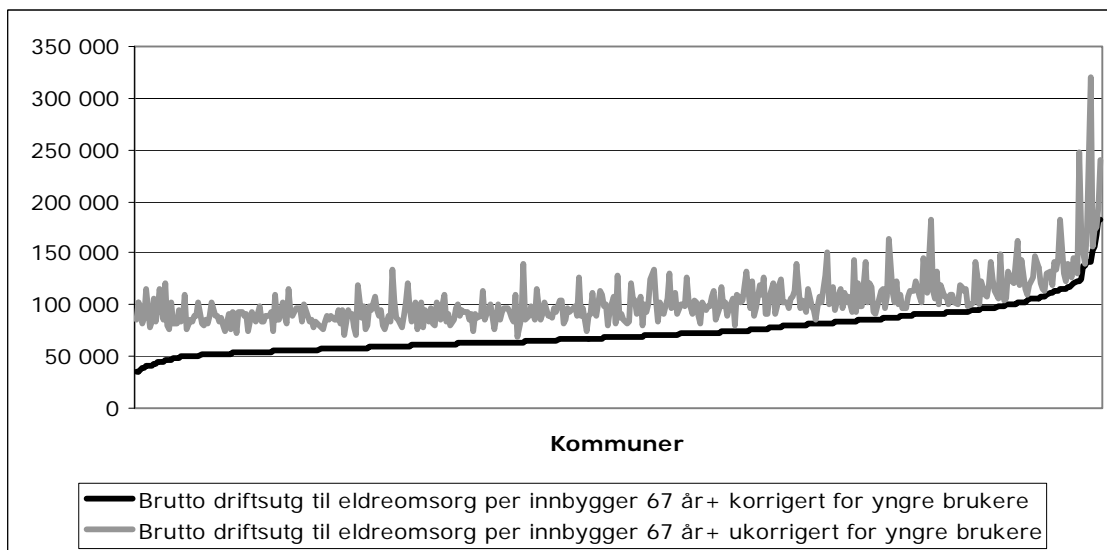
²³ Utgifter til aktivisering er i sin helhet tilskrevet yngre brukere

pleie og omsorgstjenester som går til yngre brukere, henger i noen grad sammen med kommunestørrelse. Små kommuner bruker oftere en større del av utgiftene på eldre innbyggere. I figurene under har vi illustrert variasjonen mellom kommunene i hvor stor del av brutto driftsutgifter i pleie- og omsorgssektoren som går til eldreomsorg (figur 1), forskjellene i brutto driftsutgifter som er korrigert og ikke korrigert for ressurser til yngre brukere (figur 2) og Sammenhengen mellom andel brutto driftsutgifter til eldre og kommunestørrelse.

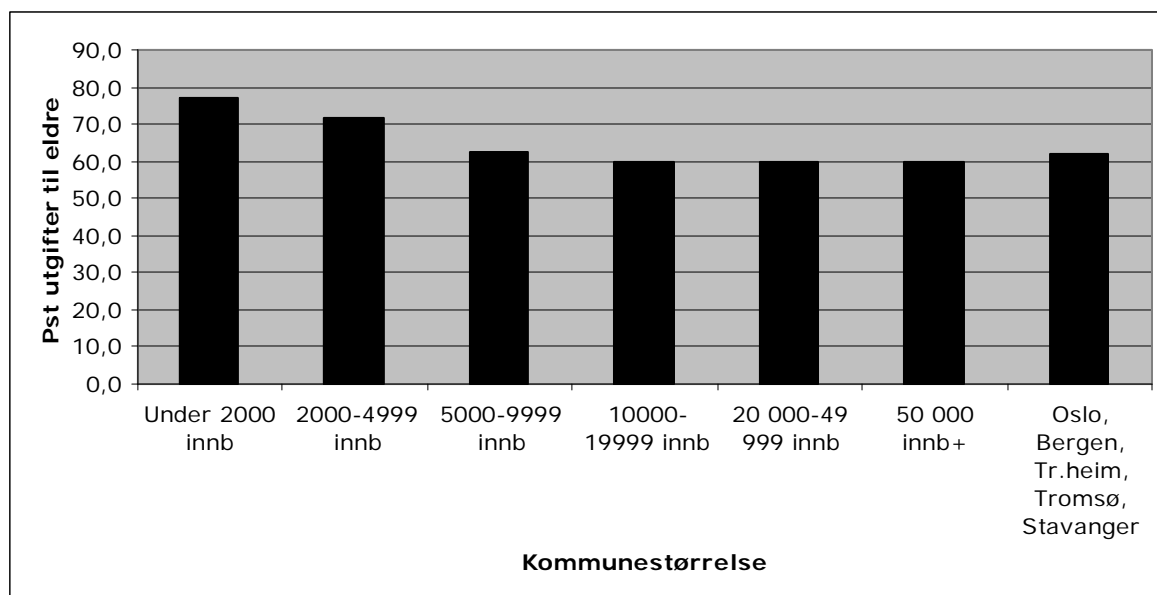
Figur 6.1 Andel av totale brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester som går til tjenester for eldre 67 år+. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.



Figur 6.2 Brutto driftsutgifter til eldreomsorg i kommunene per innbygger 67 år+ med og uten korrigerings for ressurser til yngre brukere. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.



Figur 6.3 Andel av totale brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester som går til eldreomsorg etter kommunistørrelse. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.



6.1 Kommuner med manglende eller ufullstendige data

For Torsken kommune i Troms mangler data fra KOSTRA. Alle analyser er derfor eksklusive denne kommunen. I tillegg til dette er det manglende eller ufullstendige opplysninger om timer med hjemmetjeneste til eldre eller antall eldre mottakere av hjemmetjenester i 33 kommuner. I disse kommunene er det benyttet nasjonale gjennomsnittstall for å beregne utgifter og årsverk (40,8 prosent av ressursene).

Analysene tar utgangspunkt i kommunedefinisjonene for 2007. Sammenslåingen av Kristiansund og Frei kommune er derfor ikke inkludert.

Tre kommuner oppgir 0 mottagere av hjemmetjenester over 67 år. Vi har ikke endret denne andelen og har gjort beregningene basert på at disse kommunene ikke har utgifter til hjemmetjenester for eldre. Dette gjelder Bygland, Utsira og Værøy.

For fire kommuner mangler vi opplysninger om hvor stor andel av institusjonsbeboerne som er over 67 år. I disse kommunene ble det forutsatt at nivået lå på gjennomsnittet for Norge totalt; 90,2 prosent.

Tabell 6.2 Kommuner med manglende eller ufullstendige data

<i>Kommuner:</i>	<i>Type manglende informasjon:</i>
0127 Skiptvet	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0135 Råde	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0237 Eidsvoll	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0432 Rendalen	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0434 Engerdal	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0436 Tolga	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0437 Tynset	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0438 Alvdal	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0439 Folldal	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0615 Flå	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0616 Nes	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0941 Bykle	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1003 Farsund	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1017 Songdalen	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1144 Kvitsøy	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1223 Tysnes	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1231 Ullensvang	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1245 Sund	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1252 Modalen	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1256 Meland	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1266 Masfjorden	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1411 Gulen	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1571 Halså	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1825 Grane	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1828 Nesna	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1834 Lurøy	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1836 Rødøy	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1867 Bø	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
2002 Vardø	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
2017 Kvalsund	Mangler data om antall timer hjemmetjeneste etter alder. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
0235 Ullensaker	Mangler informasjon om andel institusjonsbeboere 67 år+. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1144 Kvitsøy	Mangler informasjon om andel institusjonsbeboere 67 år+. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1850 Tysfjord	Mangler informasjon om andel institusjonsbeboere 67 år+. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.
1867 Bø	Mangler informasjon om andel institusjonsbeboere 67 år+. Nasjonalt gjennomsnitt er brukt.

6.2 Om landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og relativt standardavvik

I våre analyser opererer vi med to typer gjennomsnitt. Det ene er et landsgjennomsnitt hvor alle brukere, mottakere, tjenester, utgifter og årsverk er summert på nasjonalt nivå. Det andre er et gjennomsnitt for kommunene. I kommunegjennomsnittet har vi først beregnet for eksempel brutto driftsutgifter per eldre innbygger i hver kommune, og deretter funnet gjennomsnittet for kommunene. Da teller hver kommune likt, uavhengig av hvor mange innbyggere kommunen har. Når det for eksempel gjelder dekningsgrad av hjemmetjenester, viser landsgjennomsnittet at 17,4 prosent av alle eldre over 67 år mottar praktisk hjelp i hjemmet, hjemmesykepleie eller begge deler. Kommunegjennomsnittet er 19 prosent. Landsgjennomsnittet fremkommer ved å summere alle mottakere over 66 år (105 973) og dividere dette på antall innbyggere i samme aldersgruppe (609 551). For å finne kommunegjennomsnittet har vi først beregnet forholdet mellom antall mottakere og antall innbyggere i hver kommune, og deretter funnet gjennomsnittet for kommunene.

For å beskrive forskjellene mellom kommunene, har vi brukt *relativt standardavvik*. Relativt standardavvik uttrykker forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet (standardavvik dividert på gjennomsnitt multiplisert med 100). Relativt standardavvik varierer mellom 0 og 100 og viser til forskjellene mellom kommunene. Jo større det relative standardavviket er, jo større er forskjellene mellom kommunene.

7 Brutto driftsutgifter til eldreomsorg

Den første og største utfordringen som ble nevnt i Handlingsplan for eldreomsorgen (Stortingsmelding nr. 50 (1996-97)) var å øke tjenestenes kapasitet. I følge Stortingsmelding nr. 31 (2001-2002) resulterte handlingsplanen i en kraftig opprustning og modernisering av eldreomsorgen og førte til en betydelig vekst i kapasiteten både når det gjaldt både personell, sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Det har imidlertid senere vært påpekt at denne økningen ble spist opp av en samtidig nedbygging av aldershjemmene (Brevik og Daatland 2007²⁴) og påvist at yngre brukere av pleie og omsorgstjenestene legger beslag på en større andel av ressursene enn andelen brukere skulle tilsi. Andelen unge brukere har også økt betydelig de senere år. Ettersom vi nå for første gang har data fra så godt som alle kommuner på omfanget av ressurser til yngre og eldre brukere gjennom IPLOS, har vi mulighet til å få ny kunnskap om ressursbruk og tilgjengelighet til pleie- og omsorgstjenester for eldre. Hvor god er egentlig eldreomsorgen i Norge – målt i kroner og øre per innbygger i pensjonsalder?

Analysene viste at 66 prosent av brukerne og 40,8 prosent av timene i hjemmetjenesten, inklusive omsorgsboliger, var knyttet til eldre brukere. På institusjoner var 90,2 prosent av beboerne i pensjonsalder. Totalt sett var 71 prosent av brukerne av pleie- og omsorgstjenester i pensjonsalder og 62,9 prosent av utgiftene gikk til disse. Korrigert for ressurser til brukere under 67 år, var utgiftene til eldreomsorg 65 000 kr per innbygger i pensjonsalder (landsgjennomsnitt) i 2007. Gjennomsnittet for kommunene var noe høyere; 73 375 kr per innbygger over 66 år, og indikerer at utgiftene i store kommuner er lavere enn i små kommuner.

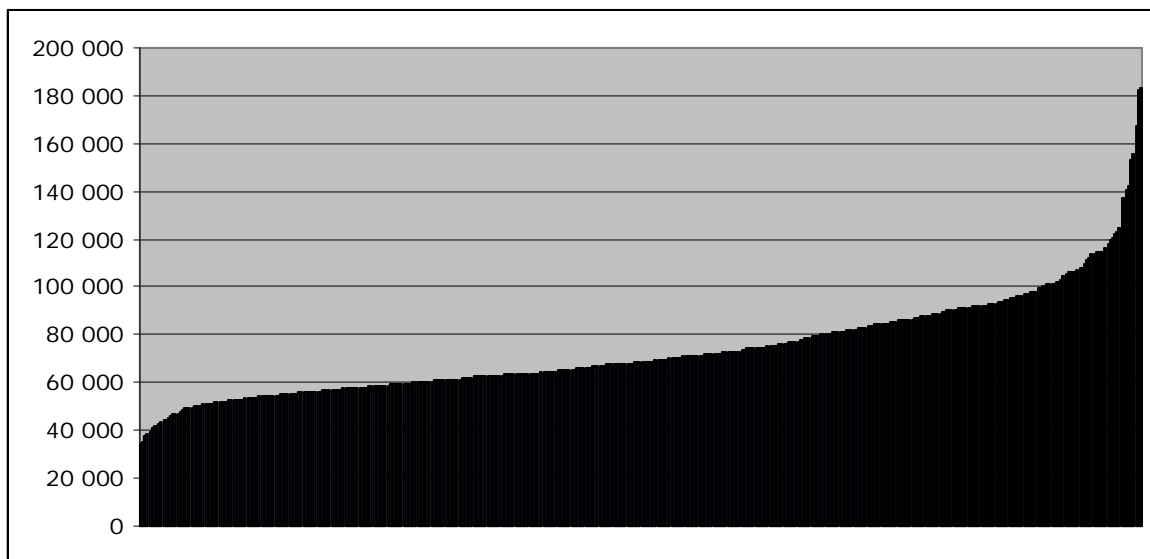
Halvparten av kommunene brukte mer enn 68 500 kr (medianverdi), og bare 10 prosent av kommunene brukte mindre enn 53 000 kr per eldre innbygger. Det var også 10 prosent av kommunene (omtrent 40 kommuner) som brukte mer enn 100 000 kr. 84 prosent av kommunene brukte mellom 50 000 og 100 000 kroner per eldre innbygger på eldreomsorg.

Forskjellene mellom kommunene, målt som relativt standardavvik²⁵ er betydelige (28,9 prosent). En vesentlig del av disse forskjellene kan imidlertid knyttes til kommuner som har de høyeste utgiftene. Dersom vi ser bort fra kommuner med utgifter over 100 000 kr per eldre innbygger, er det relative standardavviket for de resterende 90 prosent av kommunene 20 prosent.

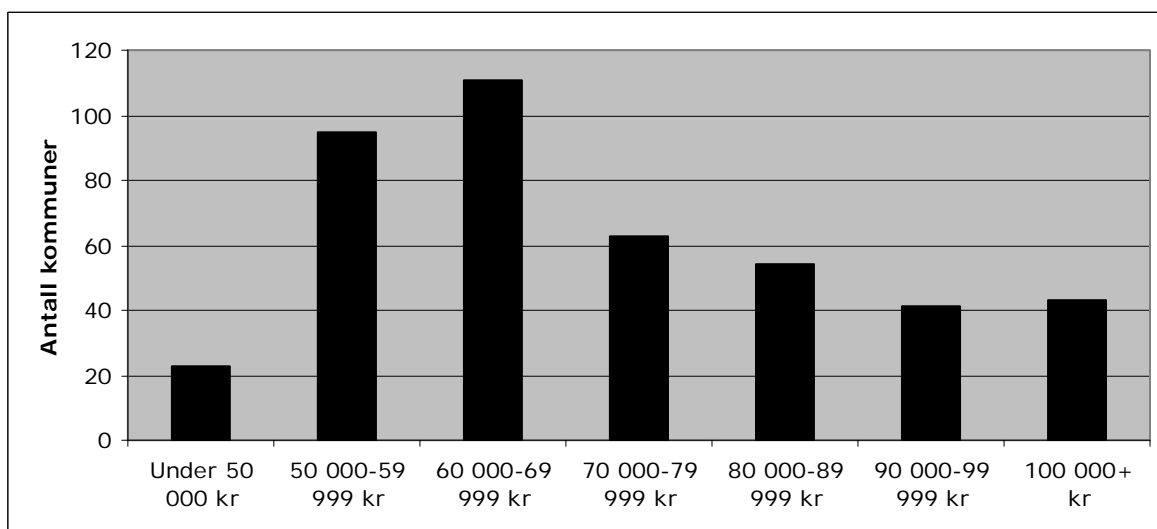
²⁴ Utvikling og status i norsk eldreomsorg: Institusjoner og kommunale boliger for omsorgsformål 1989-2005. Ivar Brevik og Svein Olav Daatland. Aldring og livsløp 2/2007.

²⁵ Relativt standardavvik uttrykker forholdet mellom standardavviket og gjennomsnittet (standardavvik dividert på gjennomsnitt multiplisert med 100). Relativt standardavvik varierer mellom 0 og 100 og viser til forskjellene mellom kommunene. Jo større det relative standardavviket er, jo større er forskjellene mellom kommunene.

Figur 7.1 Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre korrigert for ressurser til yngre brukere av pleie og omsorgstjenester. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.



Figur 7.2 Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre korrigert for ressurser til yngre brukere av pleie og omsorgstjenester. Data fra KOSTRA og IPLOS 2007.

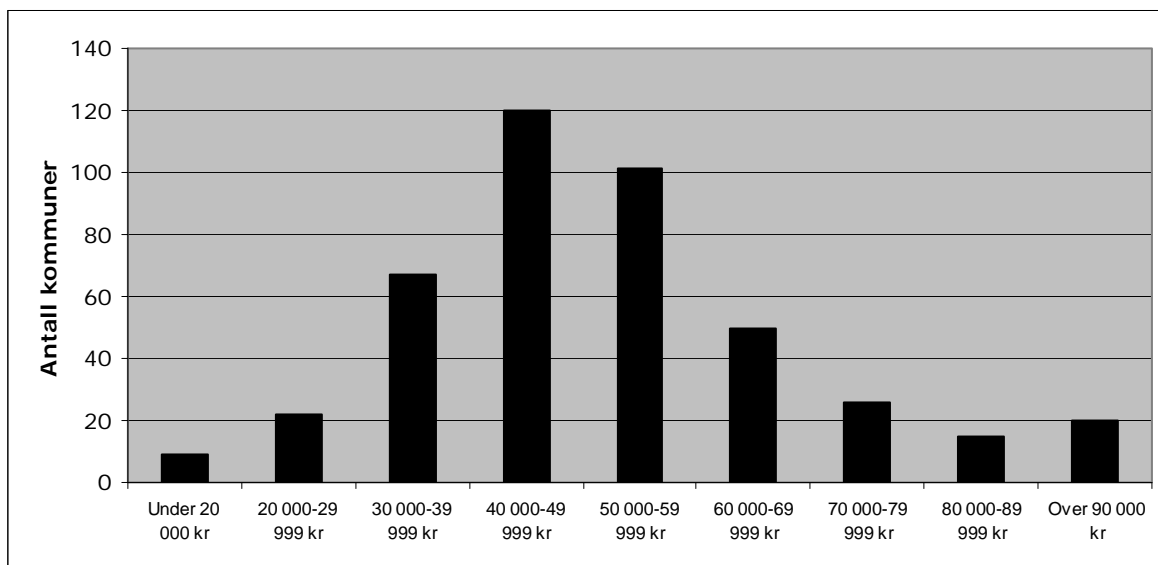


7.1 Utgifter til institusjoner og utgifter til hjemmetjenester

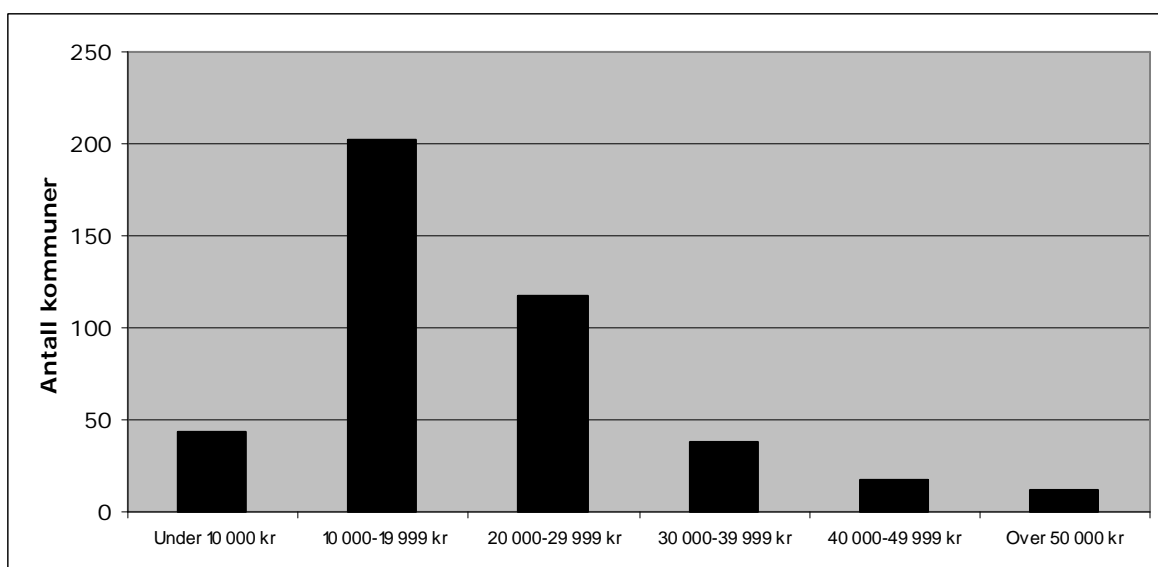
Utgiftene til eldreomsorg representerer summen av utgifter til institusjoner og tjenester til hjemmeboende. Dersom vi skiller mellom brutto driftsutgifter til hjemmetjenester for eldre og brutto driftsutgifter til institusjoner, ser vi at utgiftene til institusjoner er 2,4 ganger så høye som utgiftene til hjemmetjenester. Den relative forskjellen mellom kommunene er imidlertid større når det gjelder utgifter til hjemmetjenester enn utgifter til institusjoner. Relativt standardavvik for utgifter til hjemmetjenester er 54,5 prosent, mens relativt

standardavvik for utgifter til institusjoner er 39,4 prosent. Innen begge områder kan imidlertid forskjellene mellom kommunene betegnes som betydelig. Noen kommuner (44) bruker under 10 000 kroner per innbygger over 67 år til hjemmetjenester mens andre kommuner (12) bruker over 50 000 kroner per eldre innbygger til dette. Noen kommuner (9) bruker mindre enn 20 000 kroner per eldre innbygger til institusjonsplasser for eldre, mens andre kommuner (20) bruker mer enn 90 000 kroner per eldre innbygger til dette. Forskjellene mellom kommunene i utgiftsnivå til hjemmetjenester og institusjonsbeboere er illustrert i figurene.

Figur 7.3 Brutto driftsutgifter til institusjoner for eldre 2007. Korrigert for yngre beboere på institusjon. Kroner per innbygger over 67 år.



Figur 7.4 Brutto driftsutgifter til tjenester for hjemmeboende eldre 2007. Korrigert for andel timer til yngre brukere av hjemmetjenester. Kroner per innbygger over 67 år.



7.2 Hva forklarer variasjonene i utgiftene?

Variasjonen mellom kommunene i brutto driftsutgifter til eldreomsorg, henger sammen med mange ulike forhold og er komplekst fordi mange av de forholdene som påvirker utgiftene også henger sammen. For å analysere hva som påvirker utgiftene til eldreomsorg i kommunene, har vi derfor benyttet statistiske metoder hvor effekten av de ulike forholdene er kontrollert for hverandre (OLS regresjon). Vi har analysert om utgiftsnivået i kommunene henger sammen med ulike indikatorer på behov og kommunenes forutsetninger.

Følgende indikatorer ble analysert:

- Andel i befolkningen over 80 år og 90 år
- Andel som bor alene av eldre over 66 år og eldre over 79 år
- Kjønn- og aldersstandardisert dødelighet for årene 2002-2006
- Utdanningsnivå (andel med bare grunnskole og andel med høyskole og universitetsutdanning)
- Gjennomsnittlig husholdningsinntekt i kommunen eksklusive studenthusholdninger
- Liggedagsrate på sykehus for eldre over 67 år og 80 år, totalt og for ikke-kirurgisk behandling
- Kommunestørrelse i 6 grupper (1-1999 innbyggere, 2000-4999 innbyggere, 5000-9999 innbyggere, 10000-19999 innbyggere, 20000-49999 innbyggere, 50000 innbyggere og mer)
- Storby (Oslo, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø=1, annet=0)
- Kommunegrupper KOSTRA
- Høye frie disponible inntekter (KOSTRA kommunegruppe 3, 6, 12 og 16=1, annet=0)
- Landareal i km² per 10 000 innbyggere
- Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste

Indikatorer som ikke samvarierte signifikant med forskjellene mellom kommunene i utgifter til eldreomsorg ble ikke inkludert. Andre indikatorer ble utelatt fordi de var så nært knyttet til andre indikatorer i modellen. Analysen er gjengitt i tabellen.

Tabell 7.1 Analyse av variasjonene mellom kommunene i brutto driftsutgifter til eldreomsorg 2007. Utgifter korrigert for ressurser til yngre brukere. OLS regresjon.

	B	Beta	t	Sign.
Prosent i befolkningen 90 år +	15152,9	0,26	4,99	0,000
Høye frie disponible inntekter jf. KOSTRA-grupper	14351,4	0,30	6,32	0,000
Kommunestørrelse	-4092,9	-0,26	-4,94	0,000
Storby	23085,8	0,12	3,00	0,003
Landareal i km ² per 10 000 innb.	10,7	0,19	4,11	0,000
Gj. snitt husholdningsinntekt (ekskl. studenthusholdn.)	0,1	0,22	4,23	0,000
Alders- og kjønnsstandardisert dødelighet per 100 000 innb.	21,6	0,11	2,28	0,023
Konstant	9540,4		0,58	0,560
(N=430), R ² =0,425				

Analysen av forskjellene mellom kommunene i Norge når det gjelder utgifter til eldreomsorg viser at forhold som både er knyttet til kommunenes ulike forutsetninger (kommunestørrelse, befolkningstetthet, nivå av frie disponible inntekter) og behov for eldreomsorg (dødelighet/sykelighet, andel eldre over 90 år) henger sammen med kommunenes nivå av utgifter. Rundt 43 prosent av variasjonen i brutto driftsutgifter til eldreomsorg kan knyttes til:

Behov for eldreomsorg:

Jo mer skrøpelig de eldre er, i form av høy alder og høy sykелighet (målt ved hjelp av dødelighet), jo større er behovet for eldreomsorg. Skrøpелighet henger naturlig sammen med sykелighet og med alder. Kommuner med høy sykелighet og høy andel eldre over 90 år har i utgangspunktet større omsorgsbehov enn kommuner med lavere sykелighet og lavere andel eldre. Sammenhengen mellom sykелighet og andel eldre over 90 år er imidlertid motsatt. Kommuner med høy sykелighet har en lavere andel eldre over 90 år enn kommuner med lav sykелighet. Derfor må sammenhengen mellom andel eldre og sykелighet analyseres i sammenheng. Våre statistiske analyser viser at både sykелighet og andel eldre over 90 år påvirker utgiftene til eldreomsorg. For å måle sykелighet brukte vi dødelighetsrater per 100 000 innbyggere som indikator, og alt annet likt - bruker en kommune med dødelighetsrate på 1000²⁶ rundt 10 000 kroner mer på eldreomsorg enn kommuner med en dødelighetsrate på 500. Andel av befolkningen over 90 år har like stor betydning for utgiftene. I gjennomsnitt for kommunene er 0,87 prosent av befolkningen over 90 år. Når andelen eldre øker med 1 prosentpoeng – øker utgiftene til eldreomsorg i gjennomsnitt med 15 000 kroner. I kommunene varierer andelen eldre over 90 år fra 0 til 2,35 prosent av befolkningen.

Sykелigheten i kommunene henger også sammen med inntektsnivået. Kommuner med høy sykелighet har lavere gjennomsnittlig husholdningsinntekt enn kommuner med lav sykелighet. Dette påvirker også sammenhengen mellom husholdningsinntekt og utgifter til eldreomsorg. I utgangspunktet bruker kommuner med høy gjennomsnittlig husholdningsinntekt (eksklusive studenthusholdninger) mindre penger på eldreomsorg enn kommuner med lavere gjennomsnittlig husholdningsinntekt, men denne sammenhengen skyldes egentlig sykелigheten i kommunene. Når vi kontrollerer analysene for sykелighet (dødelighetsrater), finner vi at kommuner med høy husholdningsinntekt har noe høyere utgifter til eldreomsorg enn kommuner med lavere gjennomsnittlig husholdningsinntekt. Dette henger trolig sammen med kommunenes inntektsgrunnlag og forutsetninger for eldreomsorg.

Kommunestørrelse:

Store kommuner bruker mindre penger på eldreomsorg enn små kommuner. En kommune med 2 000 til 5 000 innbyggere bruker i gjennomsnitt 76 000 kroner per eldre innbygger, mens en kommune med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere bruker i underkant av 60 000 kroner per eldre innbygger. Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere bruker i gjennomsnitt knappe 58 000 kroner per innbygger, men dette gjelder ikke for de fem største byene i Norge. Alt annet likt²⁷ – bruker Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø i gjennomsnitt rundt 18 000 kroner mer per eldre innbygger på eldreomsorg enn kommuner med 2-5000 innbyggere.

²⁶ 1000 døde per 100 000 innbyggere.

²⁷ Dette er basert på statistiske beregninger og predikerte verdier i en regresjonsanalyse. Reelt sett er gjennomsnittlige driftsutgifter til eldreomsorg høyere i kommuner med 2-5000 innbyggere enn i de fem største kommunene, men dette forklares av de andre indikatorene i den statistiske modellen; hvor det er kontrollert for andelen eldre over 90 år, rater for dødelighet, gjennomsnittlig husholdningsinntekt, nivå av frie disponible inntekter i kommunen og befolkningstetthet.

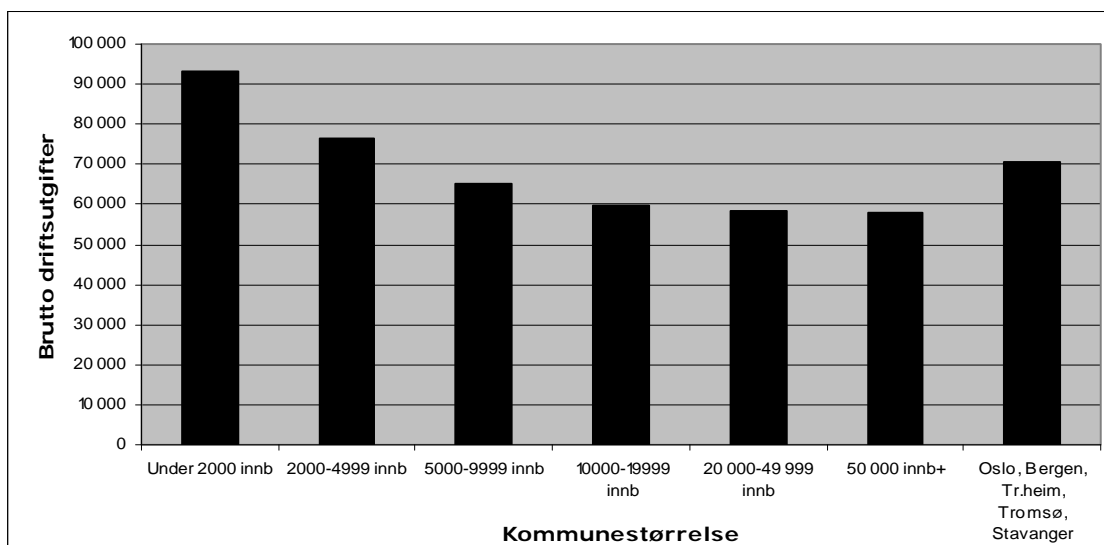
Frie disponible inntekter:

Kommuner med høyt nivå av frie disponible inntekter bruker i gjennomsnitt 25 000 kroner mer på eldreomsorg per eldre innbygger enn kommuner uten høyt nivå av frie disponible inntekter. Definisjonen av høye frie disponible inntekter tar utgangspunkt i definisjonen av kommunegrupper i KOSTRA og inkluderer totalt 113 kommuner. Statistisk sett og kontrollert for de andre forholdene i modellen var forskjellen rundt 14 400 kr per eldre innbygger.

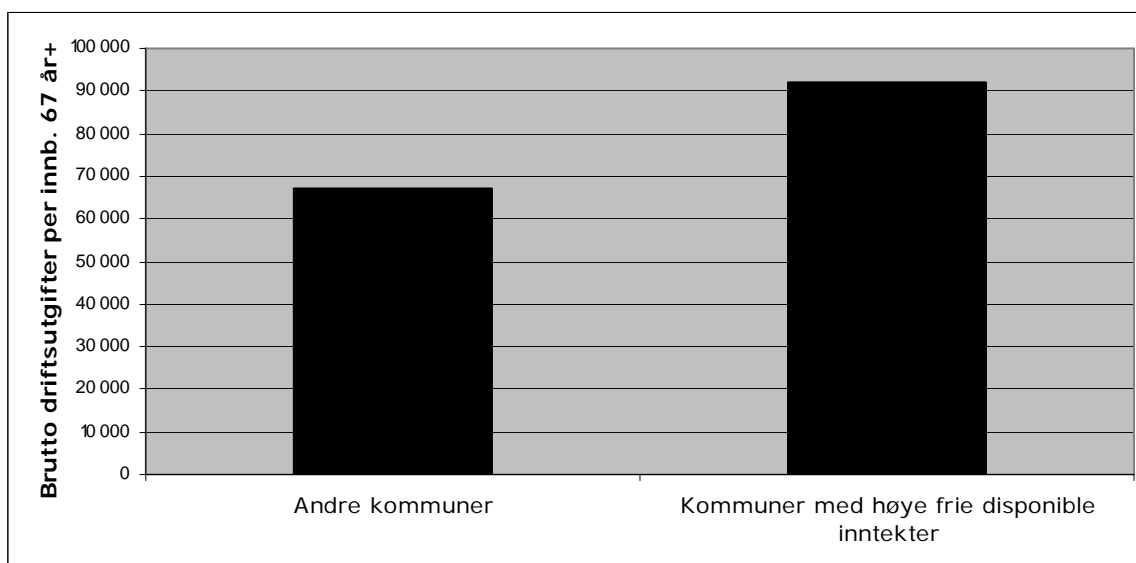
Befolkningstetthet:

Utgiftene til eldreomsorg er høyere i kommuner med lav befolkningstetthet (stort landareal per innbygger) enn i kommuner med høyere befolkningstetthet.

Figur 7.5 Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre etter kommunistørrelse. Korrigerte tall. Norske kommuner 2007.



Figur 7.6 Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år og eldre for kommuner med og uten høye frie disponible inntekter. Korrigerte tall. Norske kommuner 2007.



7.2.1 Hva forklares ikke?

Forklaringsfaktorene forklarer rundt 45 prosent av variasjonen mellom kommunene, og forklarer forskjellene i utgifter for kommuner som bruker mellom 47 000 kr og 116 000 kroner. For de 17 kommunene som bruker mindre enn dette, og de 15 kommunene som bruker mer enn dette – kan ikke indikatorene i modellen forklare nivået av utgifter. For 80 prosent av de øvrige kommunene varierer avviket fra modellens forklaringskraft med - 10 000 til 16 000 kroner.

8 Årsverk i eldreomsorgen

I 2003 gjorde Helsetilsynet en kartlegging av bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgstjenesten (Helsetilsynet 10/2003²⁸). Kartleggingen viste at på en tilfeldig dag var en betydelig andel av stillingene og de planlagte dagvaktene uten personell. I 2005 påpekte også Helsetilsynet at bemannings- og kompetansesituasjonen i pleie og omsorgstjenestene gjør tjenestetilbudet sårbart og lite robust (Helsetilsynet 2005²⁹). Det ble hevdet at sårbarheten var knyttet til å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse som kunne møte de mangfoldige faglige utfordringene som ulike brukergrupper representerte, og ble påpekt at grensen for faglig forsvarlighet var på strekk.

I Omsorgsmeldinga (Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006)) skriver regjeringen Stoltenberg II at de har lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten i den kommunale omsorgstjenesten med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Det forutsettes at kommunene skal benytte denne veksten til å utvide tjenestetilbudet i sykehjem og hjemmetjenester. I nylig publiserte tall fra KOSTRA (16. mars 2009) vises det til en økning på 12 500 årsverk fra 2005 til 2008. Dette er registrerte årsverk i alt innen pleie og omsorg. Antallet kommunale årsverk hadde økt nesten tilsvarende (12 200), mens antallet årsverk med relevant fagutdanning hadde økt med omtrent 8 400 årsverk. Dersom vi tar utgangspunkt i årsverk i brukerrettet tjeneste viser tallene fra SSB en økning på 11 500 årsverk totalt, og 9 993 årsverk av fagutdannet personell.

Korrigert for antall eldre over 67 år (som også har økt med 10 000 personer i denne perioden), og ressurser til brukere under pensjonsalder³⁰, finner vi at økningen i registrerte årsverk fra 2005 til 2008 representerte en økning fra 111 til 122 årsverk i pleie og omsorg totalt per 1000 innbygger over 66 år. Årsverk i brukerrettet tjeneste økte fra 106 til 116, mens årsverk i brukerrettet tjeneste med relevant fagutdanning økte fra 74 til 83 årsverk per 1000 innbyggere i pensjonsalder.

Korrigert for ressurser til brukere under 67 år var det i 2007 i gjennomsnitt 122 årsverk i pleie og omsorg totalt per 1000 innbygger over 66 år (landsgjennomsnitt). Gjennomsnittet for kommunene var 144 årsverk per 1000 innbygger over 66 år. For årsverk i brukerrettet tjeneste var tallene 115 (landsgjennomsnitt) og 135 (kommunegjennomsnitt), mens for årsverk i brukerrettet tjeneste med fagutdanning var landsgjennomsnittet 82 årsverk per 1000 innbygger over 66 år og gjennomsnittet for kommunene 97. Det var med andre ord mer enn ett årsverk i pleie og omsorgstjenesten per 10. eldre innbygger.

I likhet med utgiftene, finner vi også variasjoner mellom kommunene når det gjelder årsverk i pleie og omsorgssektoren. Totalt antall årsverk i pleie og omsorgssektoren per 1000 eldre innbygger over 66 år varierte mellom 58 og 355 i 2007. Relativt standardavvik var 31 prosent og viser til at forskjellene mellom kommunene var betydelige. Det var 55 kommuner med mindre enn 100 årsverk i pleie og omsorg totalt per 1000 innbygger over 66 år, og 45 kommuner med mer enn 200 årsverk per 1000 innbyggere i denne aldersgruppen. I likhet med variasjonen i utgifter, kan en stor del av variasjonen mellom kommunene knyttes til de

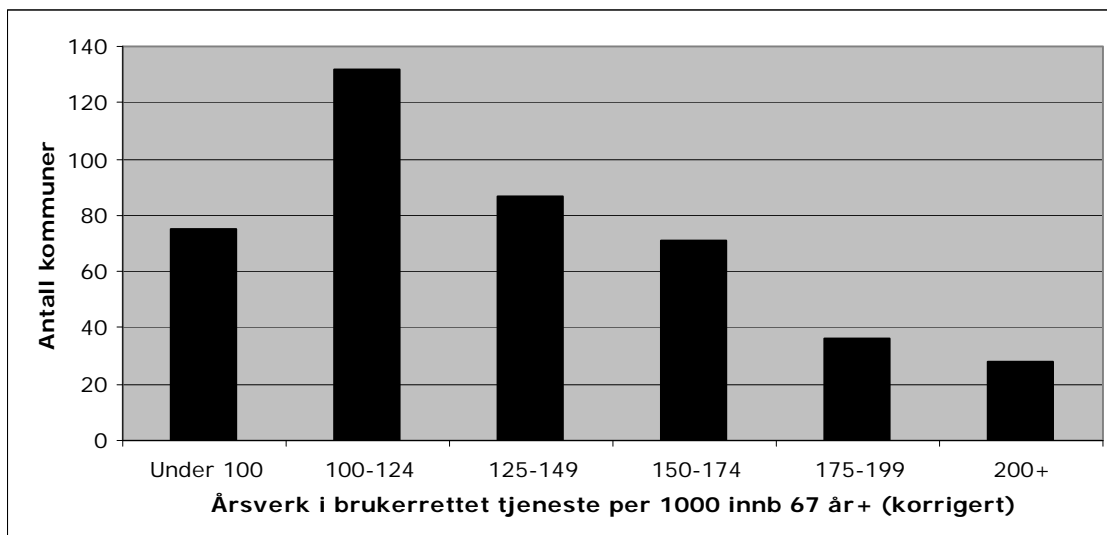
²⁸ Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Helsetilsynet 10/2003.

²⁹ Pleie og omsorgstjenester på strekk. Helsetilsynet 7/2005.

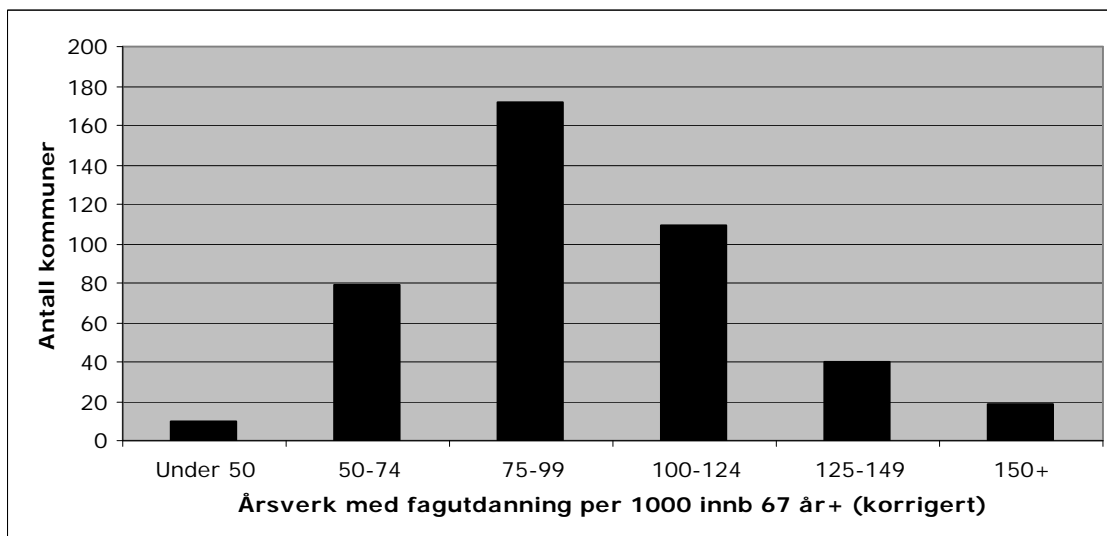
³⁰ Korrigeringen tar utgangspunkt i beregningene av hvor stor andel av bruttoutgiftene som gikk til yngre brukere (37,1 prosent). Det er antatt at denne andelen er uendret fra 2005 til 2008.

kommunene som har et særlig høyt nivå av årsverk i pleie og omsorgstjenesten. Dette er illustrert i figuren under.

Figur 8.1 Årsverk i brukerrettet tjeneste innen pleie og omsorg per 1000 innbygger 67 år+ korrigert for ressurser til yngre brukere. Data fra KOSTRA 2007.



Figur 8.2 Årsverk i brukerrettet tjeneste med fagutdanning per 1000 innbygger 67 år+ korrigert for ressurser til yngre brukere. Data fra KOSTRA 2007.



8.1 Hva forklarer forskjellene mellom kommunene i årsverk?

Variasjonen mellom kommunene når det gjelder årsverk i brukerrettet tjeneste i pleie og omsorgstjenesten er stor og kan ha mange forklaringer. Vi har analysert om forskjellene henger sammen med en rekke ulike forhold som både representerer ulike behov for eldreomsorg, og andre strukturelle forhold. For en nærmere beskrivelse av hvilke indikatorer som ble analysert initielt, se avsnittet om hva som påvirker kommunenes utgifter til eldreomsorg.

Analysen er gjengitt i tabellen. Indikatorer som ikke samvarierte signifikant med forskjellene mellom kommunene ble ikke inkludert. Andre indikatorer ble utelatt fordi de var så nært knyttet til indikatorene i modellen.

Tabell 8.1 Analyse av årsverk i brukerrettet tjeneste per 1000 innbygger 67 år+. Data fra 2007 korrigert for ressurser til yngre brukere. OLS regresjon.

	B	Beta	t	Sign.
Prosent i befolkningen 90 år +	12,39	0,11	2,26	0,024
Andel aleneboende 67 år+	1,39	0,16	3,08	0,002
Kommunestørrelse	-7,10	-0,23	-4,42	0,000
Landareal i km ² per 10 000 innb.	0,01	0,14	2,83	0,005
Høye frie disponible inntekter jf. KOSTRA-grupper	27,72	0,30	6,00	0,000
Gj. snitt husholdningsinntekt i 1000 kr (ekskl. studenthusholdn.)	0,14	0,14	2,55	0,011
Konstant	25,83		0,76	0,448
(N=430), R ² =0,355				

Analysene viste at nivået av årsverk i brukerrettet tjeneste er knyttet til:

- Prosent eldre over 90 år.
- Prosent eldre som bor alene
- Kommunestørrelse (-)
- Befolkningstetthet (landareal i km²)
- Om kommunene har høye frie disponible inntekter eller ei
- Husholdningsinntekt i kommunene

Når andelen eldre øker, øker også nivået av årsverk. Alt annet likt øker nivået av årsverk i brukerrettet tjeneste per 1000 innbygger over 67 år med 12,4 når andelen eldre over 90 år øker med ett prosentpoeng. Nivået av årsverk er også høyere i kommuner med en høy andel eldre som bor alene.

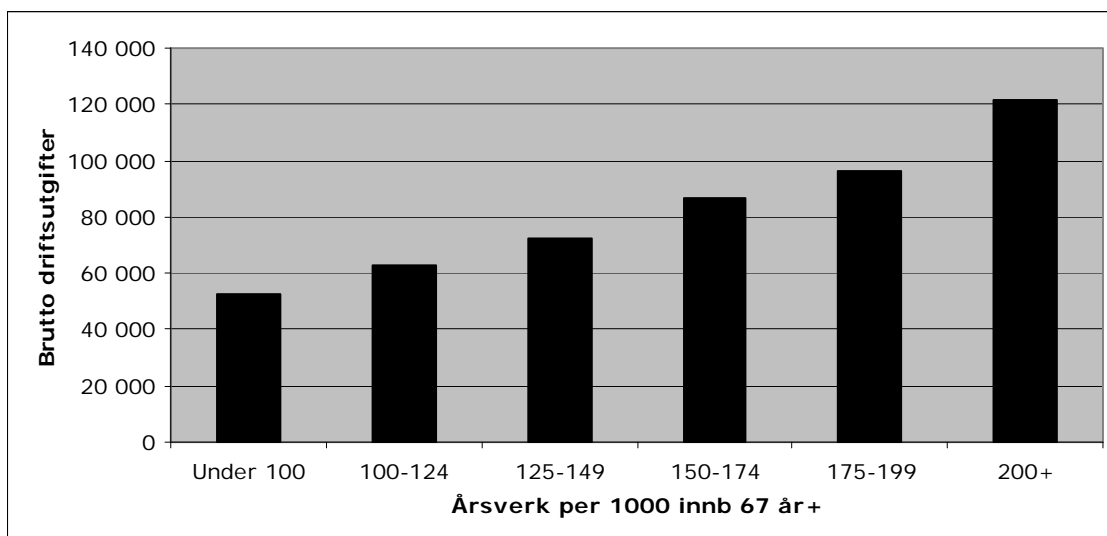
I tillegg finner vi at nivået av årsverk i brukerrettet tjeneste er lavere i store kommuner enn i små kommuner, og at befolkningstettheten også påvirker denne sammenhengen ytterligere. Små kommuner med lav befolkningstetthet har flere årsverk per innbygger over 66 år enn store kommuner med høy befolkningstetthet.

Størst effekt har imidlertid nivået av høye frie disponible inntekter. Alt annet likt, har kommuner som er definert som kommuner med høye frie disponible inntekter i KOSTRA i gjennomsnitt 27 flere årsverk i brukerrettet tjeneste per 1000 innbygger over 66 år enn kommuner som ikke tilhører gruppene med frie høye disponible inntekter.

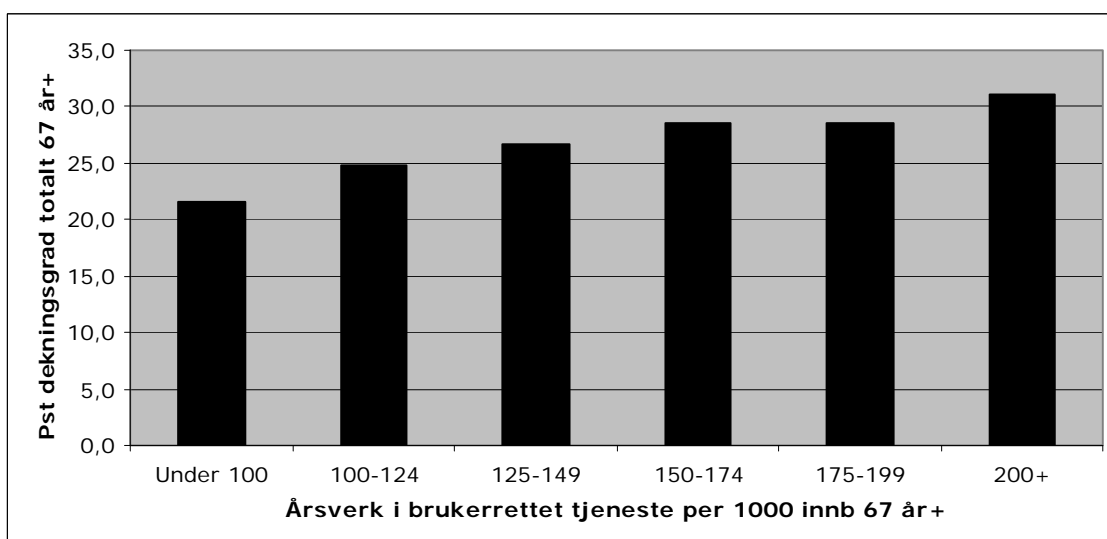
8.2 Sammenhenger mellom årsverk, utgifter og dekningsgrad

I analysene av årsverk, har vi ikke inkludert nivået av brutto driftsutgifter og vice versa. Dette fordi disse sammenhengene er nærmest tautologisk. I kapitlet om kommuneprofiler i eldreomsorgen analyserer vi disse sammenhengene nærmere. I denne sammenhengen viser vi imidlertid hvordan brutto driftsutgifter og dekningsgrad totalt (sum dekningsgrad av hjemmetjenester og institusjonsplasser) er knyttet til nivået av årsverk.

Figur 8.3 Gjennomsnittlig nivå av brutto driftsutgifter til pleie og omsorgstjenester per innbygger 67 år+ etter nivå av årsverk i brukerrettet tjeneste. Data korrigert for ressurser til yngre brukere.



Figur 8.4 Gjennomsnittlig dekningsgrad av hjemmetjenester og institusjonsplasser for eldre 67 år+ etter nivå av årsverk i brukerrettet tjeneste. Data korrigert for ressurser til yngre brukere.



9 Tjenestetilbudets dekningsgrad

I statsbudsjettet for 2008 ble Omsorgsplan 2015 (Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006)) konkretisert gjennom et vedtak om å gi investeringstilskudd til bygging av 12 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden fra 2008 til 2015. I 2008 ble det gitt tilsagn om bygging av omtrent 1 000 plasser, og i tiltakspakken for finanskrisen som ble presentert i januar i år ble investeringstilskuddene til bygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger økt for å gi tilsagn til 2 500 nye boenheter i 2009³¹. Tilskuddet fra staten dekker 20 prosent av kostnadene ved bygging av omsorgsboliger og 30 prosent ved bygging av sykehjemsplasser. Disse plassene er ment å bidra til å avhjelpe det økende behovet for heldøgns helse- og omsorgstjenester i kommunene til personer i alle aldre.

I denne rapporten tar vi utgangspunkt i året før denne utbyggingen startet, og setter fokus på forskjellene mellom kommunene. I hvor stor grad varierer dekningsgraden av omsorgstjenester til eldre mellom kommunene? Data fra KOSTRA og IPLOS, som ble samlet inn i så mange som 98 prosent av kommunene for første gang i 2007, gir oss ny og mer detaljert informasjon enn tidligere om hvor mange tjenester og timer som går til brukere i ulike aldersgrupper.

I 2003 gjorde Helsetilsynet en kartlegging av pleie og omsorgstjenestene og samlet inn opplysninger fra mer enn 13 000 tjenestemottakere (Helsetilsynet 10/2003). Kartleggingen fokuserte i liten grad på forskjeller mellom kommunene, men påpekte betydelige variasjoner i omfanget av tildelt praktisk hjelp og hjemmesykepleie. Analysene viste at variasjonene i tildelt hjelp var nært knyttet til variasjoner i mottakernes funksjonsnivå. De skrøpeligste eldre fikk mest hjelp og andre forhold som kjønn, alder og kommunestørrelse hadde liten eller ingen betydning. Det ble også samlet inn vurderinger av om den hjelpen som ble gitt ble vurdert som tilstrekkelig, og her ble det påvist betydelige forskjeller i forhold til type hjelp. For 92 prosent av beboerne på sykehjem ble omsorgen vurdert som tilstrekkelig, men for hjemmeboende eldre vurderte bare 75 prosent hjelpen som tilstrekkelig.

Kommunenes tilbud av pleie- og omsorgstjenester varierer betydelig, både når det gjelder hver enkelt tjeneste og hvilken type tjenester som tilbys. For å forstå forskjellene i kommunenes eldreomsorg, må vi både se hvordan de ulike typene tjenester varierer og analysere kommunenes samlede tilbud av eldreomsorg. I noen kommuner er tilbudet av hjemmetjenester svært omfattende i sammenligning med andre kommuner, mens tilgjengeligheten til institusjonsplasser kan være dårligere. I andre kommuner er tilgjengeligheten til institusjonsplasser høyere, og tilbudet av hjemmetjenester mindre omfattende. I noen kommuner er tilbudet av begge typer tjenester relativt godt, mens andre kommuner kommer dårligere ut når ressursene sees samlet.

9.1 Antall timer med hjemmetjeneste per uke

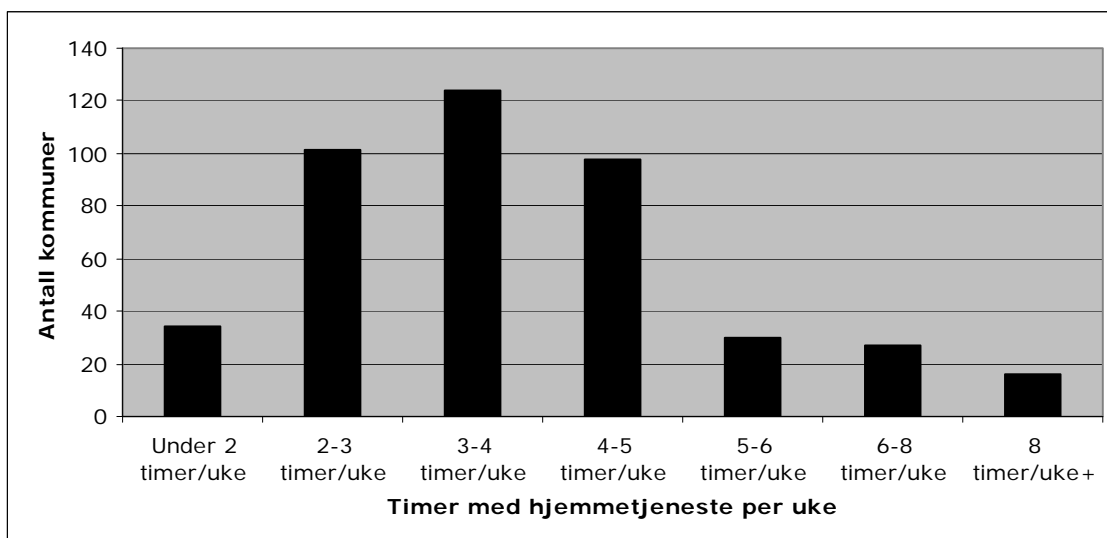
Data fra IPLOS i 2007 viser at gjennomsnittlig antall *timer* med hjemmetjenester til eldre over 67 år varierer fra under 1 time til 64 timer per uke. Gjennomsnittet for kommunene er 4 timer med hjemmetjenester per uke, men halvparten av kommunene (medianverdien) har

³¹ Pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet 26.01.2009: "Mer penger til vedlikehold av sykehus og flere plasser i sykehjem og omsorgsboliger".

et gjennomsnittsnivå 3,5 timer hjemmetjenester per uke til eldre. Halvparten av kommunene gir også færre timer per uke enn dette.

Dette er imidlertid gjennomsnittstall for alle eldre, og i de fleste kommuner er antallet timer med hjemmetjeneste betydelig høyere for de eldste innbyggerne. For de 43 største kommunene i Norge varierer gjennomsnittlig antall timer til eldre over 80 år mellom 1 og 39 timer per uke. Halvparten av kommunene har mer enn 3,7 timer i gjennomsnitt per uke til eldre i alderen 80-89 år og mer enn 4,4 timer per uke til eldre over 90 år. Bare 3 av disse store kommunene har mindre enn 2 timer per uke til mottakere i aldersgruppen 80-89 år, og 2 kommuner har mindre enn 2 timer per uke til mottakere over 90 år.

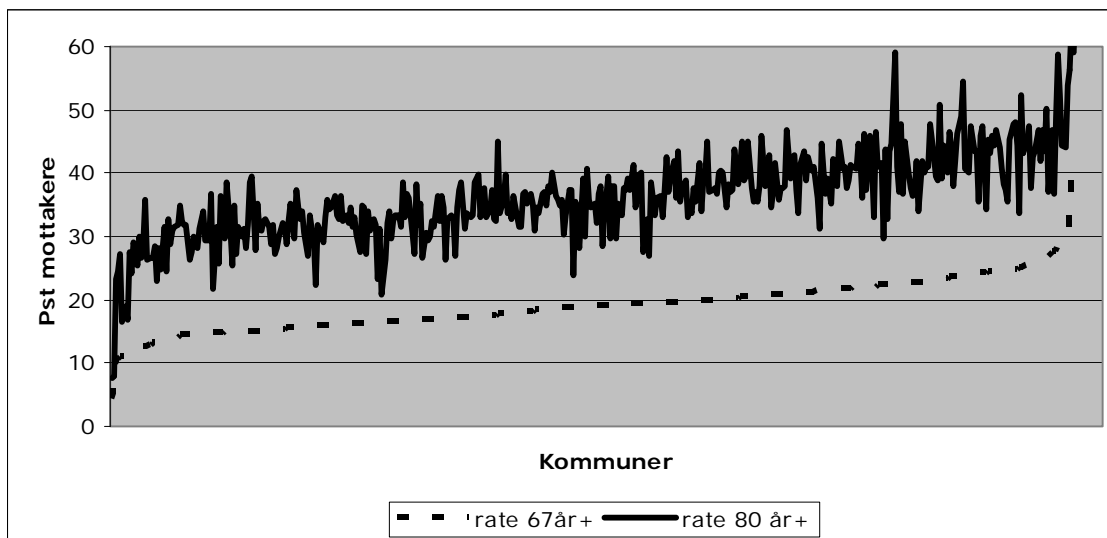
Figur 9.1 Gjennomsnittlig antall timer hjemmetjeneste per uke til eldre over 67 år. Sum av praktisk hjelp og hjemmesykepleie. Data fra IPLOS 2007.



9.2 Mottakere av hjemmetjenester

Dekningsgraden av hjemmetjenester, definert som prosent mottakere over 67 år, varierer fra 4 til 40 prosent. For eldre over 80 år varierer andelen mottakere enda sterkere og går fra 8 til 63 prosent. Gjennomsnittet for kommunene er en dekningsgrad av hjemmetjenester på 19 prosent for eldre totalt over 67 år, og 36 prosent for eldre over 80 år. Halvparten av kommunene har imidlertid en høyere dekningsgrad enn dette, og 25 prosent av kommunene gir hjemmetjenester til mer enn 40 prosent av de eldre over 80 år.

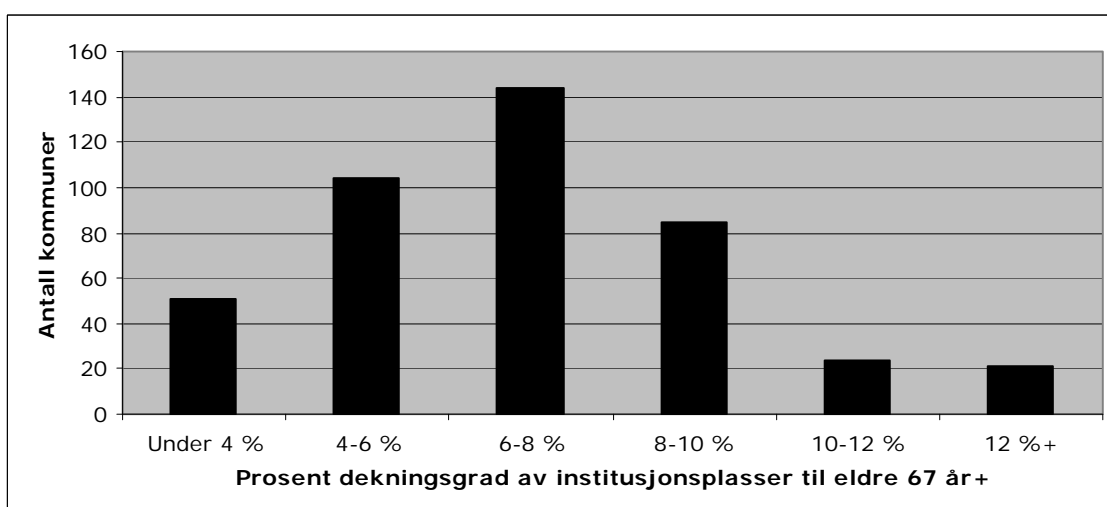
Figur 9.2 Prosent eldre over 67 år og over 80 år som mottar hjemmetjenester. Sum av praktisk hjelp og hjemmesykepleie. Norske kommuner 2007.



9.3 Dekningsgrad institusjonsplasser

Når det gjelder antallet beboere på institusjon er dette mest relevant for eldre over 80 år, men er likevel oppgitt som rate per 1000 eldre over 67 år. Dette skyldes at antallet personer over 80 år ofte blir så lavt i små kommuner at tallet ikke kan oppgis på grunn av personvern hensyn. For eldre over 67 år varierer raten mellom 11 og 261 beboere per 1 000 eldre. Gjennomsnittet for kommunene er 7 prosent. Halvparten av alle kommuner har en dekningsgrad av institusjonsplasser på mer enn 6,8 prosent for alle eldre over 67 år. Dette inkluderer også tidsbegrensede opphold på institusjon, men er eksklusive omsorgsboliger og andre boliger som kommunen disponerer til pleie og omsorg. Fordelingen av kommunene når det gjelder rater for institusjonsbeboere er vist i figuren.

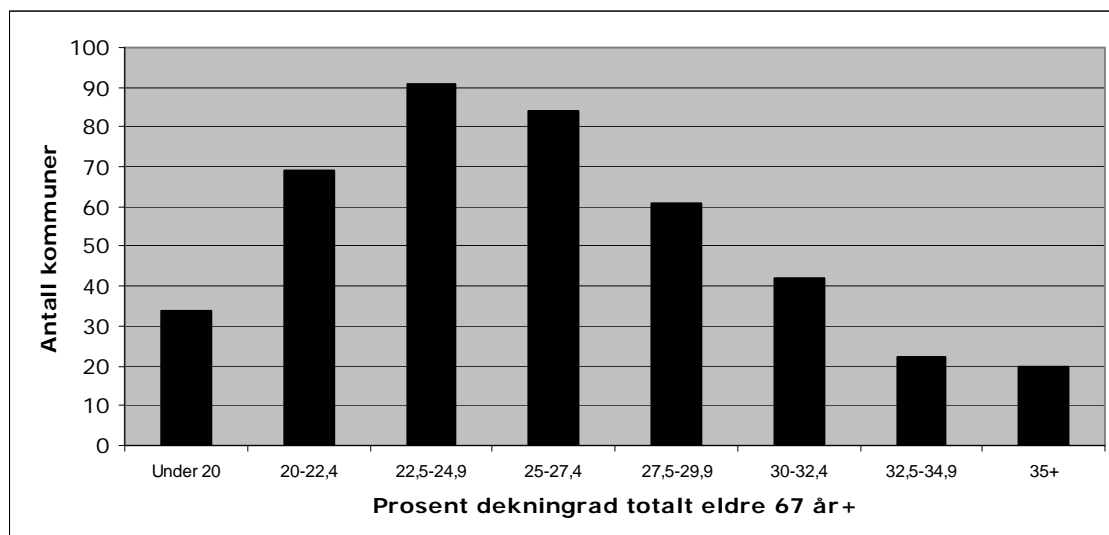
Figur 9.3 Beboere på institusjon over 67 år i prosent av alle eldre 67 år+. Inklusive tidsbegrenset opphold på institusjon. Norske kommuner 2007.



9.4 Dekningsgrad totalt (sum hjemmetjenester og institusjonsplasser)

Dersom vi beregner summen av mottakere av hjemmetjenester og institusjonsplasser, finner vi at antallet mottakere av pleie- og omsorgstjenester totalt dekker mellom 7 og 47 prosent av de eldre over 67 år i de ulike kommunene. Variasjonene mellom kommunene er store, men bare 34 kommuner har et samlet tilbud til mindre enn 20 prosent av den eldre befolkningen. Dette tilsvarer 8 prosent av kommunene. 90 prosent av kommunene tilbyr hjemmetjenester eller institusjonsplass til mellom 20 og 36 prosent av den eldre befolkningen, og dersom vi tar i betraktning at en betydelig andel av de yngste eldre (under 75 eller 80 år) ikke har behov for pleie og omsorgstjenester, betyr dette at den totale dekningsgraden av pleie- og omsorgstjenester kan betegnes som god i de fleste kommuner. I tillegg kommer også tilbudet av omsorgsboliger, mottakere av matombringning og mottakere av trygghetsalarm. De fleste av disse vil imidlertid også motta hjemmetjenester (praktisk hjelp i hjemmet og/eller hjemmesykepleie) og for å unngå å telle dobbelt har vi ikke inkludert disse tallene. 11 prosent av befolkningen over 80 år er imidlertid brukere av en form for omsorgsbolig eller servicebolig som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål.

Figur 9.4 Samlet dekningsgrad av omsorgstjenester til eldre over 67 år. Sum mottakere av hjemmetjenester og institusjonsplass inklusive tidsbegrensede opphold på institusjon. Antall kommuner etter dekningsgrad 2007.



9.5 Hva forklarer variasjonene i dekningsgrad totalt?

Variasjonen mellom kommunene når det gjelder dekningsgrad totalt er stor og kan ha mange forklaringer. Vi har analysert om forskjellene henger sammen med en rekke ulike forhold som både representerer ulike behov for eldreomsorg, og kommunenes strukturelle og geografiske forutsetninger. For en nærmere beskrivelse av hvilke indikatorer som ble analysert initielt, se avsnittet om hva som påvirker kommunenes utgifter til eldreomsorg.

Analysen er gjengitt i tabellen. Indikatorer som ikke samvarierte signifikant med forskjellene mellom kommunene ble ikke inkludert. Andre indikatorer ble utelatt fordi de var så nært knyttet til indikatorene i modellen.

Tabell 9.1 Analyse av total dekningsgrad av omsorgstjenester for eldre 67 år+. Data fra 2007. OLS regresjon.

	B	Beta	t	Sign.
Prosent i befolkningen 80 år +	0,86	0,28	6,17	0,00
Andel eldre som bor alene over 67 år	0,15	0,13	3,37	0,00
Kommunestørrelse	-1,08	-0,29	-5,84	0,00
Storby	3,80	0,08	2,17	0,03
Landareal i km ² per 10 000 innb.	0,01	0,23	5,66	0,00
Konstant	17,18		9,14	0,00

(N=430), R²=0,355

Analysene viste at nivået av årsverk i brukerrettet tjeneste er knyttet til:

- Prosent eldre over 80 år.
- Prosent eldre over 67 år som bor alene
- Kommunestørrelse (-)
- Storby-effekt
- Befolkningstetthet (landareal i km²)

Kommunes samlede tilbud av hjemmetjenester og institusjonsplasser til eldre over 67 år henger sammen med både behovsindikatorer og forskjeller i størrelse og befolkningstetthet. I hovedsak er slik at når behovene øker, øker også omfanget av omsorgstjenester. Tilbudet av eldreomsorg er generelt sett bedre i kommuner med en høy andel eldre over 80 år enn i kommuner med en lavere andel eldre over 80 år. Tilgjengeligheten er også bedre i kommuner med en høy andel aleneboende eldre over 67 år enn i kommuner med en lavere andel eldre som bor alene. Når andelen aleneboende eldre over 67 år øker med en prosent, øker dekningsgraden av eldreomsorg med 0,15 prosentpoeng.

Vi finner også at tilbudet av omsorgstjenester til eldre er dårligere i middels store byer enn i små kommuner. I de minste kommunene er gjennomsnittlig dekningsgrad rundt 30 prosent, mens kommuner med mer enn 50 000 innbyggere har en dekningsgrad på bare 20 prosent. Tjenestetilbudet i de fem største byene er imidlertid unntatt fra denne sammenhengen. Alt annet likt, er dekningsgraden i de store byene på nivå med en kommune med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere.

I tillegg til kommunestørrelse finner vi også en selvstendig effekt av befolkningstetthet. Kommuner med høyest befolkningstetthet (mindre enn 20 km² per 10 000 innbyggere) har en gjennomsnittlig dekningsgrad på knappe 22 prosent, mens kommuner med laveste befolkningstetthet (mer enn 500 km² per 10 000 innbyggere) har dekningsgrad på omtrent 30 prosent av den eldre befolkningen.

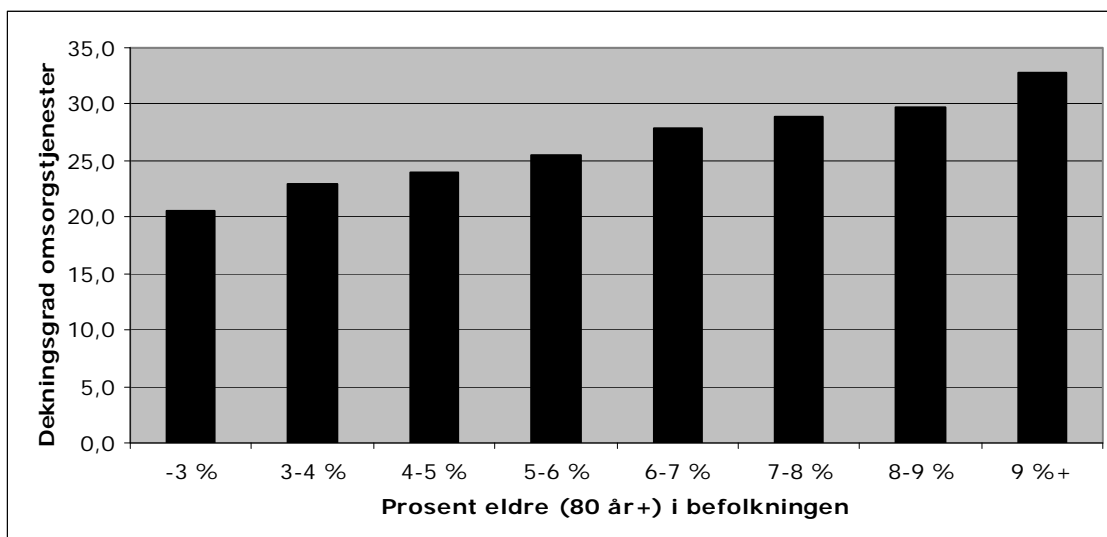
Dekningsgraden av eldreomsorg henger også sammen med nivået av brutto driftsutgifter. Kommuner med høy dekningsgrad av omsorgstjenester, har også et gjennomsnittlig høyere nivå av driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger over 67 år.

Andel eldre over 80 år i befolkningen, andel aleneboende eldre, kommunestørrelse, storby og befolkningstetthet forklarer 46 prosent av variasjonen i kommunenes totale dekningsgrad av omsorgstjenester. Analysene forklarer variasjoner i dekningsgrad mellom 18 og 35,5 prosent av de eldre over 67 år. Dette innebærer at dekningsgraden for de 16 kommunene med lavere dekningsgrad enn 18 prosent, og de 13 kommunene med høyere dekningsgrad enn 35,5 prosent, ikke forklares av analysene. For 80 prosent av kommunene, er variasjonen

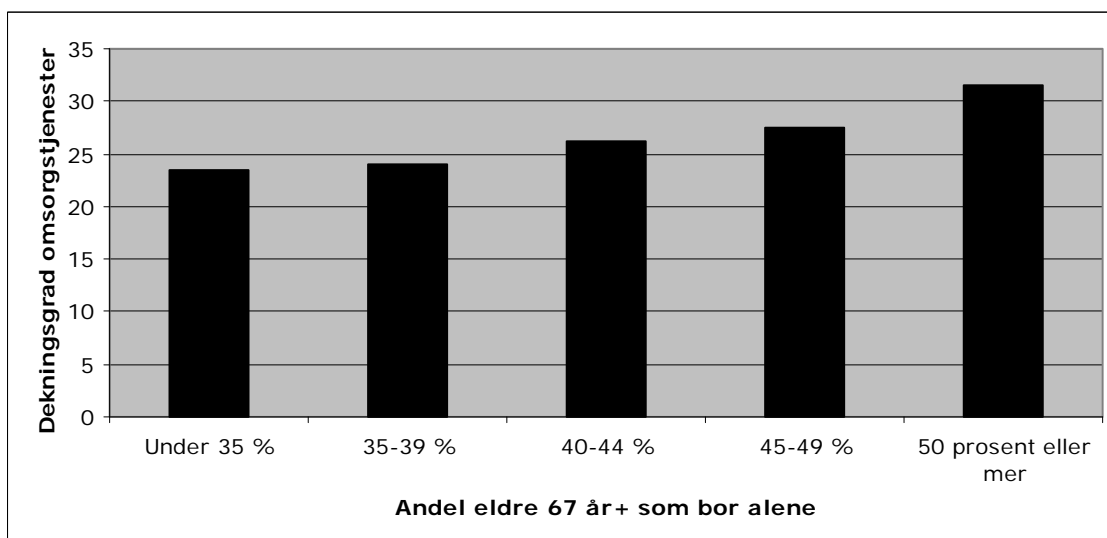
mellom den faktiske dekningsgraden og den predikerte dekningsgraden i modellen bare +/- 5 prosentpoeng.

Etter kontroll for de nevnte indikatorene, finner vi ingen sammenheng mellom kommunenes dekningsgrad av omsorgstjenester og nivået av liggedager på sykehus, kommunenes inntekts- og utdanningsnivå eller dødelighet. Vi finner heller ingen effekt av nivået av frie disponible inntekter.

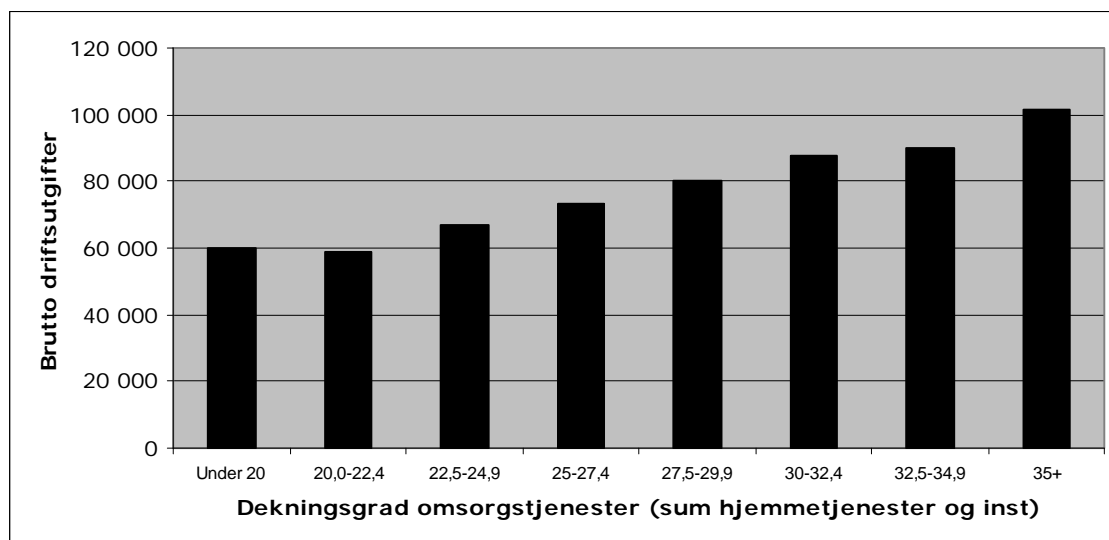
Figur 9.5 Dekningsgrad av omsorgstjenester for eldre 67 år+ etter andel eldre over 80 år i befolkningen. Dekningsgraden representerer summen av hjemmetjenester og institusjonsbeboere. Norske kommuner 2007.



Figur 9.6 Dekningsgrad av omsorgstjenester for eldre 67 år+ etter andel eldre som bor alene over 67 år. Dekningsgraden representerer summen av hjemmetjenester og institusjonsbeboere. Tall korrigert for yngre brukere. Norske kommuner 2007.



Figur 9.7 Gjennomsnittlig brutto driftsutgifter til eldreomsorg etter kommunenes dekningsgrad av omsorgstjenester for eldre 67 år+ Dekningsgraden representerer summen av hjemmetjenester og institusjonsbeboere. Utgiftstall korrigert for yngre brukere. Norske kommuner 2007.



9.6 Omsorgsfokus

I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) påpekes det at det er stor variasjon mellom kommunene i hvordan de har organisert sine tjenester. Noen kommuner har en svært lav dekning av institusjonsplasser, men kompenserer for dette gjennom et bedre tilbud av hjemmetjenester. Vektleggingen av enten hjemmetjenester eller institusjonsplasser kan henge sammen med eksisterende infrastruktur, andre strukturelle forhold som geografisk avstand og framkommelighet eller politiske preferanser i kommunene. Tidligere forskning skiller mellom hjemmetjenesteorienterte kommuner og institusjonskommuner og påpeker at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt uten at tjenestetilbudet blir dårligere (Borge og Haraldsvik 200532).

Spørsmålet om hva som gir den kvalitativt beste omsorgen kan vi ikke vurdere ved hjelp av de data vi har tilgjengelig, men data fra KOSTRA viser tydelig at en sykehjemsplass koster mer enn noen timer med hjemmetjeneste per uke. Hjemmetjenester gir i utgangspunktet mulighet for å spre de tilgjengelige ressursene på flere. Når det gjelder effektiv ressursbruk er det likevel sannsynlig at det går en grense for hvor mange timer med hjemmetjeneste kommunen kan levere til hver bruker uten at prisen tilsvarer eller overstiger kostnadene for en sykehjemsplass.

I gjennomsnitt for kommunene gikk 70-80 prosent av bruttoutgiftene til drift, pleie og omsorg på institusjoner. I gjennomsnitt brukte kommunene knappe 53 000 kroner per eldre innbygger over 67 år til drift av institusjoner og 21 000 kroner til tjenester for hjemmeboende eldre. Det var imidlertid en betydelig variasjon mellom kommunene i andelen utgifter til institusjoner. I noen kommuner ble mindre enn 50 prosent av utgiftene brukt til institusjoner mens andre kommuner brukte opp til 100 prosent av utgiftene til dette. Dette henger sammen med hvilken type omsorgsfokus kommunene har. Mens noen kommuner har et bedre tilbud av institusjonsplasser enn andre, har andre kommuner et mer utbygd tilbud av hjemmetjenester. Noen kommuner har også et godt tilbud av begge deler, relativt til

³² Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Lars-Erik BBorge og Marianne Haraldsvik. Sentoer for økonomisk forskning AS..

andre kommuner. Vi har sett nærmere på denne variasjonen gjennom å analysere tilbudet av hjemmetjenester og institusjonsplasser.

For å analysere sammenhengene mellom kommunenes nivå av institusjonsplasser og tilbud av hjemmetjenester har vi først delt kommunene i tertialer som beskriver kommunenes relative nivå av tjenestene. Vi har skilt mellom kommuner med lavt, middels og høyt nivå av hjemmetjenester og kommuner med lavt, middels og høyt nivå av institusjonsplasser. Definisjonen av hva som er høyt og lavt ble gjort i forhold til kommunenes variasjon og gir ingen objektiv standard på hva som er et høyt og lavt nivå av omsorgstjenester. Tabellen under viser hvordan kommunene fordeler seg på de to indikatorene. 14 prosent av kommunene har et lavt eller høyt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser, og 13 prosent har et middels nivå av begge deler. 10 prosent av kommunene har et høyt nivå av hjemmetjenester og et lavt nivå av institusjonsplasser, mens 8 prosent har et høyt nivå av institusjonsplasser samt et lavt nivå av hjemmetjenester. Ut fra disse gruppene laget vi en typologi for kommunenes omsorgsfokus.

Vi har analysert sammenhengene mellom kommunenes omsorgsfokus og gjennomsnittlig nivå av årsverk og brutto driftsutgifter til eldreomsorg totalt. Vi har også studert sammenhengen mellom omsorgsfokus og andel eldre som bor alene, samt andel eldre over 80 år i befolkningen. Analysene er vist i tabellene nedenfor.

Kommunenes bruttoutgifter er relatert til kommunenes omsorgsfokus. Hjemmetjenesteorienterte kommuner bruker mindre penger på eldreomsorg per eldre innbygger enn institusjonsorienterte kommuner. Kommuner med et lavt eller middels nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser bruker mindre penger på eldreomsorg enn begge de andre kommunetyperne, og kommuner med et høyt nivå av begge typer omsorgstjenester bruker mest penger på eldreomsorg. Både blant de hjemmetjenesteorienterte, de institusjonsorienterte kommunene, samt for kommuner med et høyt nivå av tjenester, er det stor variasjon i kostnadene.

Analysen av omsorgsfokus og årsverk viser også en tilsvarende sammenheng. Nivået av årsverk er høyest for kommuner med et høyt nivå av både institusjonsplasser og hjemmetjenester, og lavest for kommuner med et lavt nivå av begge deler. Kommuner med et høyt nivå av institusjonsplasser har i gjennomsnitt en høyere årsverksrate enn kommuner med et høyt nivå av hjemmetjenester, men også her er det betydelige variasjoner mellom kommunene.

Behovene for eldreomsorg, definert som andel eldre over 80 år i kommunen og andel eldre som bor alene, viser at kommuner med et høyt nivå av begge typer tjenester har de største behovene for eldreomsorg. I disse kommunene er mer enn 7 prosent av innbyggerne over 80 år og 43 prosent bor alene. Kommuner med høyt nivå av institusjonsplasser og hjemmetjenester har i snitt like høy andel eldre over 80 år, men variasjonene mellom hjemmetjenesteorienterte kommuner er større. Andelen eldre som bor alene er også høyere i disse kommunene.

Tabell 9.2 Forholdet mellom kommunenes nivå av hjemmetjenester og institusjonsplasser. Prosent av kommunene totalt. Data fra SSB.

		Nivå av hjemmetjenester (prosent mottakere 67 år+)			Totalt
		Lavt	Middels	Høyt	
Nivå av institusjonsplasser (prosent beboere på inst. 67 år+)	Lavt	14,4	9,2	9,9	33,6
	Middels	11,1	13,2	8,7	33,1
	Høyt	8,0	11,3	13,9	33,3
Totalt (N=423)		33,6	33,8	32,6	100

Tabell 9.3 En klassifisering av kommunenes omsorgstilbud. Prosent av kommunene totalt. Data fra SSB.

	(N=)	Prosent
Lavt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser	61	14
Høyt nivå av hjemmetjenester og lavt eller middels nivå av inst.plasser	82	19
Lavt/middels nivå av hjemmetjenester og lavt/middels nivå av inst.plasser	142	34
Høyt nivå av institusjonsplasser og lavt eller middels nivå av hjemmetjenester	79	19
Høyt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser	59	14
(N=418)	423	100,0

Tabell 9.4 Gjennomsnitt av brutto driftsutgifter til eldreomsorg og årsverk i brukerrettet tjeneste etter omsorgsfokus. Data fra SSB.

Omsorgsfokus: hjemmetjenester versus institusjonsplasser	Brutto driftsutg. per innb. 67 år+		Årsverk i brukerrettet tjeneste per 1000 innb 67 år+	
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik
Lavt nivå av begge deler	58 028	12 306	104	27
Høyt nivå av hjemmetjenester	74 117	16 518	138	32
Lavt/middels nivå av begge deler	64 167	11 439	119	29
Høyt nivå av institusjonsplasser	87 673	23 408	156	42
Høyt nivå av begge deler	89 433	18 458	165	39
(N=418)	73 125	20 066	134	39

Tabell 9.5 Gjennomsnittsalder i befolkningen og gjennomsnittlig andel eldre over 67 år som bor alene etter omsorgsfokus. Data fra SSB.

Omsorgsfokus: hjemmetjenester versus institusjonsplasser	Andel av befolkning 80 år+		Andel eldre 67 år+ som bor alene	
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik
Lavt nivå av begge deler	4,1	1,1	37,8	3,1
Høyt nivå av hjemmetjenester	6,0	1,5	42,5	5,0
Lavt/middels nivå av begge deler	5,2	1,3	39,9	3,7
Høyt nivå av institusjonsplasser	6,0	1,5	41,3	5,0
Høyt nivå av begge deler	7,1	1,3	43,0	5,0
(N=418)	5,6	1,6	40,8	4,6

10 Kvaliteten i eldreomsorgen

Innledningsvis påpekte vi at fokuset på kvalitet og kvalitetsarbeid i kommunene har vært høyt de siste 10-15 årene, men viste også til at det har vært store variasjoner i hvilke områder innen kvalitet som har blitt satt i fokus. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten 2005-2015 oppsummeres utviklingen innen kvalitetsarbeidet de siste 50 år i tre faser:

- Kvalitetskontroll
- Kvalitetssikring
- Kontinuerlig forbedring.

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

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

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

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

Ambisjonene i dette prosjektet er ikke å gi et dekkende og endelig svar på hvor god kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene er. Det ligger kanskje også i begrepets mangesidige og subjektive natur at et slikt svar ikke finnes. Formålet med dette prosjektet er derimot å vise hvordan ulike bilder og tilnærminger til eldreomsorgen gir ulike svar. Dette er særlig relevant når det gjelder spørsmålet om kvalitet.

For å få mest mulig kunnskap om kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene og kvalitetsarbeidet i kommunene, har vi tatt utgangspunkt i noen av de forholdene som har blitt tillagt størst vekt i Stortingsmeldingene om kvalitet de siste 10-15 år. Ved inngangen til perioden ble det lagt stor vekt på tilgjengelighet til *enerom*. Vi har sett nærmere på hvordan kommunene fordeler seg i dag når det gjelder dette. I hvilken grad finner vi forskjeller mellom kommunene på dette området?

I Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003) tillegges brukerperspektivet stor vekt. Systemer for systematisk gjennomføring av brukerundersøkelser skulle implementeres i alle kommuner. I delprosjekt 3 gav vi en nærmere beskrivelse av hva disse dataene viser, og i denne sammenhengen setter vi fokus på selve systemet. Gjennomføring av systematiske

brugerundersøkelser bidrar til å sikre brukerne mulighet til tilbakemelding. Hvor mange av kommunene har i dag innført slike systemer?

I Omsorgsmeldinga ble det påpekt at Statens Helsetilsyn skulle sette særlig fokus på tilgjengeligheten til lege i sykehjem. Data på både årsverk og timer av lege per uke i sykehjemmene er tilgjengelige i KOSTRA. Vi har sett nærmere på i hvilken grad tilgjengeligheten til lege i sykehjem varierer mellom kommunene.

Gjennom hele perioden har det vært et både faglig og politisk fokus på betydningen av kompetanse. Dagens plan for kompetanseheving (Kompetanseløftet 2015) er nummer tre i rekken av kompetanseplaner for helse- og omsorgssektoren. Den første handlingsplanen for helse- og sosialpersonell gjaldt fra 1998 til 2001 og het "Rett person på rett plass". Denne ble fulgt av Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell (2003-2006). Den første planen omfattet hele helse- og omsorgstjenesten, mens dagens plan for kompetanseløft omfatter bare den kommunale omsorgstjenesten. Planene for kompetanseheving illustrerer at spørsmålet om relevant fagutdanning blant personalet i pleie- og omsorgstjenestene er av sentral betydning. Vi har derfor sett nærmere på hvordan kommunene varierer når det gjelder dette.

Tilgjengelighet til enerom, og legedekning på sykehjemmene kan hevdes å være indikatorer på *strukturen* i pleie og omsorgstjenestene. Spørsmålet om kommunene har implementert systematiske brukerundersøkelser, og andel ansatte med relevant fagutdanning gir oss informasjon om den kontinuerlige *prosessen*. For å komplementere informasjonen om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene har vi også sett nærmere på revisjonsrapportene fra Helsetilsynet. Disse forteller oss mye om prosesser og systemer, men kan også gi en indikasjon på utfallet av omsorgstjenestene.

10.1 Indikatorer fra KOSTRA

Enerom:

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

Brukerundersøkelser:

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

Fagutdanning i brukerrettet tjeneste:

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

Tilgjengelighet til lege på institusjon:

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

De fire (fem) kvalitetsindikatorne vi har studert, henger ikke sammen med hverandre. Kommuner som har implementert brukerundersøkelser har like stor sannsynlighet for å ha både høy og lav legedekning på institusjon. De har heller ikke større sannsynlighet for å ha en høy andel ansatte i brukerrettet tjeneste med relevant fagutdanning og vice versa. Dette indikerer at noen kommuner har god kvalitet i form av en høy del ansatte med fagutdanning, andre kommuner har god kvalitet gjennom et høyt antall timer lege på institusjon per uke, mens andre har lagt vekt på hva brukerne selv sier og implementert brukerundersøkelser. Nesten alle kommuner har imidlertid en høy andel enerom på institusjon.

10.1.1 Hva påvirker variasjonene i kommunene når det gjelder implementering av brukerundersøkelser?

I utgangspunktet finner vi en viss tendens til at kommuner som ikke har implementert brukerundersøkelser har noe lavere gjennomsnittlige driftsutgifter til eldreomsorg, total dekningsgrad og årsverk i eldreomsorgen per innbygger. Når vi imidlertid legger til kommunestørrelse og andel med bare grunnskoleutdanning i kommunene, forsvinner sammenhengen med utgifter eller dekningsgrad. Små kommuner og kommuner hvor en høy andel av befolkningen, relativt sett, har bare grunnskoleutdanning, har implementert brukerundersøkelser i noe mindre grad enn store kommuner med høyere utdanningsnivå i befolkningen.

Vi finner imidlertid ingen systematisk effekt av andel eldre over 80 år eller 90 år i befolkningen, andel aleneboende eldre, storby-effekt, befolkningstetthet, effekt av kommunens nivå av frie disponible inntekter, dødelighet, gjennomsnittlig husholdningsinntekt, liggerate på sykehus for eldre knyttet til ikke-kirurgisk behandling eller andel legemeldt sykefravær av totalt antall årsverk i brukerrettet tjeneste.

10.1.2 Hva påvirker variasjonene i kommunene når det gjelder legetimer per uke per institusjonsplass?

Nivået av legetimer per uke per institusjonsplass varierer i liten grad systematisk med andre forhold i kommunene. Vi finner imidlertid at kommuner med en høy dekningsgrad av institusjonsplasser til eldre har noe knappere med legetid på institusjon enn kommuner med en lavere dekningsgrad av institusjonsplasser. I tillegg finner vi også at kommuner med en høy andel beboere med kort-tidsopphold har noe mer legetid per beboer per uke.

Etter kontroll for dekningsgrad av institusjonsplasser og andel beboere med kort-tidsopphold finner vi ingen signifikant effekt av verken andel eldre over 80 år eller 90 år i befolkningen, andel aleneboende eldre, kommunestørrelse, storby-effekt, befolkningstetthet, effekt av kommunens nivå av frie disponible inntekter, dødelighet, utdanningsnivå, gjennomsnittlig husholdningsinntekt, liggerate på sykehus for eldre knyttet til ikke-kirurgisk behandling eller andel legemeldt sykefravær av totalt antall årsverk i brukerrettet tjeneste.

10.1.3 Hva påvirker variasjonene i kommunene når det gjelder andel ansatte med fagutdanning?

Nivået av andel ansatte i brukerrettet tjeneste med fagutdanning varierer systematisk i forhold til den totale årsverksraten i brukerrettet tjeneste³³. Kommuner med en høy årsverksrate har i gjennomsnitt en lavere andel ansatte med fagutdanning enn kommuner med en lavere årsverksrate. Kommunenes generelle utdanningsnivå har også betydning, men det er kommuner med et generelt sett lavt utdanningsnivå som har høyest andel

³³ Gjelder årsverk i brukerrettet tjeneste per 1000 innbygger 67 år og eldre korrigert for ressurser til yngre brukere.

ansatte med fagutdanning. Kommuner med en høy gjennomsnittlig husholdningsinntekt har også en lavere andel ansatte med fagutdanning enn kommuner med et lavere inntektsnivå.

Etter kontroll for disse faktorene, finner vi ingen effekt av andel eldre over 80 år eller 90 år i befolkningen, andel aleneboende eldre, kommunestørrelse, storby-effekt, befolkningstetthet, effekt av kommunens nivå av frie disponible inntekter, dødelighet, eller liggerate på sykehus for eldre knyttet til ikke-kirurgisk behandling eller andel legemeldt sykefravær av totalt antall årsverk i brukerrettet tjeneste.

10.2 Helsetilsynets vurderinger av kvaliteten i eldreomsorgen

Formelt ble det innført krav om internkontroll for alle helsetjenester fra 1. januar 1994 gjennom en endring i lov om statlig tilsyn med helsetjenester. Dette gjaldt også hjemmetjenestene. For å bidra til gjennomføringen av og opprettelsen av kvalitetssystem ble Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten opprettet og gjort virksom i perioden fra 1995 til 2000. Denne fastslår at alle virksomheter skulle ha etablert effektive og helhetlige internkontroll/kvalitetssystem innen utgangen av år 2000.

I 2003 oppsummerte Statens helsetilsyn erfaringer fra 373 tilsyn med kommunale pleie- og omsorgstjenester i alle fylker i perioden 1998-2003 (Helsetilsynet 9/2003³⁴). Målet var å finne ut hvilke områder som utmerket seg som spesielt sårbare og hvor det var et forbedringspotensial. Det ble påvist avvik i 80 prosent av de 373 tilsynene. De fleste avvikene gjaldt mangelfull dekking av grunnleggende behov, svikt i saksbehandlingen ved tildeling av tjenester, svikt i rutiner for internkontroll og forhold ved personellsituasjonen.

I rapporten vektlegger Helsetilsynet at gode rutiner og systemer for internkontroll er nødvendig for å utvikle et tjenestetilbud med lav risiko for svikt. Helsetilsynet påpeker at det er kommunens ansvar å sørge for at slike systemer finnes og at de fungerer i praksis både for brukere og ansatte. Tilsynserfaringer tyder på at det er økende bevissthet i kommunen om nytten av internkontroll, men at det fortsatt er et stort forbedringspotensial på dette området.

En rapport fra 2005 gjengir også funnene fra Helsetilsynets ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. Rapporten fokuserer i hovedsak på brukere under 67 år, rusmiddelmissbrukere og tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming (Helsetilsynet 7/2005³⁵). Det refereres imidlertid også til revisjonene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten som i særlig grad var rettet mot systemene for å sikre ivaretagelse av grunnleggende behov, samt utarbeiding av skriftlige prosedyrer og dokumentasjon. Helsetilsynet konkluderer med at revisjonsrapportene gir inntrykk av at kommunene i stor grad legger til rette for at tjenestene skal tilpasses individuelle behov og ønsker hos tjenestemottakerne, som for eksempel i forhold til døgnrytme. Det påpekes imidlertid også at forutsigbarhet og kontinuitet synes å være vanskeligere å sikre til en hver tid.

I rapporten konkluderes det med at de kommunale utfordringene, slik de blir beskrevet i revisjonsrapportene, dreier seg om å ha tilstrekkelig tilgang til personale med nødvendig kompetanse, om å ha tilbud om opplæring, og om gjennomtrekk og sykefravær. Mange steder dreier det seg også om tidspress; det vil si at personalet opplever at de har for lite tid med hver tjenestemottaker. Det blir særlig bemerket hvordan stramme tidsrammer gjør det vanskelig for personalet å tilby tilstrekkelig sosial kontakt til den enkelte tjenestemottaker.

³⁴ Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998 - 2003. Rapport fra Helsetilsynet 9/2003

³⁵ Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. Rapport fra Helsetilsynet 7/2005

10.2.1 Tilsynsrapporter 2003-2008

For å få nærmere kunnskap om styrker og svakheter i den kommunale eldreomsorgen har vi sett nærmere på tilsynsrapportene fra Helsetilsynet i perioden fra 2003 til 2008. Vi har gjennomgått alle tilsynsrapporter fra Helsetilsynet som er gjort tilgjengelig på Helsetilsynets nettsider innen emneområdene "Pleie og omsorgstjenester" og "Sykehjem" i perioden fra 2003 til 2008.

Vi fant totalt 328 rapporter fordelt på 227 ulike kommuner. I 204 kommuner var det ikke ført tilsyn med verken sykehjem eller hjemmetjenester i denne perioden, men det bør nevnes at fylker som hadde få tilsyn innen disse områdene i denne perioden kunne ha et høyt antall tilsynsrapporter året før. Dette gjelder for eksempel for Nord-Trøndelag som hadde et omfattende tilsyn med sykehjemmene i 2002.

Tabell 10.1 Antall tilsynsrapporter innen områdene pleie- og omsorgstjenester og sykehjem i perioden 2003-2008.

	(N=)
Kommuner uten tilsynsrapporter	204
Kommuner med tilsynsrapport	227
Rapporter fra kommuner med mer enn 1 rapport	101
Totalt	532

Omtrent 1/3 av de revisjonene vi analyserte (106) for perioden fra 2003 gjaldt hjemmetjenester. 61 prosent av revisjonene (199) gjaldt sykehjem og de siste syv prosentene gjaldt enten både hjemmetjenester og sykehjem, gikk spesifikt på kommunal saksbehandling eller andre forhold. Noen av sykehjemsrevisjonene var kun rettet mot systemene for infeksjonskontroll, andre var kun rettet mot behandling av legemidler i sykehjem, saksbehandling eller pasienter med demens.

Tabell 10.2 Antall tilsynsrapporter innen områdene pleie- og omsorgstjenester og sykehjem i perioden 2003-2008 fordelt på type tjeneste som er revidert.

	Generelt tilsyn	Infeksjonskontroll	Saksbehandling	Behandl av demenspas	Legemidler
Hjemmetjenester	98	0	6	0	2
Sykehjem, omsorgsbolig	164	15	1	10	9
Kommunal saksbehandling	11	0	6	0	0
Både og eller annet	6	0	0	0	0
Totalt	279	15	13	10	11

For hver rapport registrerte vi antallet *avvik* og antallet *merknader*. Avvikene representerer mangler som er fastsatt i lov eller forskrift, mens merknader representerer forhold hvor tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensial.

I de aller fleste rapportene ble det registrert avvik. Bare 57 av rapportene (17 prosent) konkluderte med at det ikke var avvik fra gjeldende lover eller forskrifter, og totalt ble det registrert 631 avvik. Rapportene hadde i tillegg 455 merknader.

Tabell 10.3 Registrerte avvik i Helsetilsynets revisjoner av pleie og omsorgstjenestene og sykehjem 2003-2008 etter hvilket område som ble revidert

	Hjemmetj.	Sykehjem	Komm. saksbehandl	Annet	SUM
Generelt system/internkontroll	33	48	3	3	87
Mangler ved journal	13	69	1	4	87
Saksbehandling v/tildeling av tjenester	44	14	21	2	81
Medikamenthåndtering	34	44	2	0	80
Skriftlige prosedyrer	5	29	1	1	36
Ikke godkjent infeksjonskontroll	6	25	0	0	31
Kompetanse, opplæring	11	14	2	1	28
Med. Undersøkelse og behandling	5	22	0	1	28
Knappe ressurser	13	12	2	0	27
Dekning av grunnleggende behov	7	15	1	3	26
Dokumentasjon	9	9	2	3	23
Systematisk avvikshåndtering	9	9	2	1	21
Samtykkekompetanse	3	18	0	0	21
Aktivisering, opptrening	2	13	0	0	15
Ansvar og myndighet	4	10	0	1	15
Yter ikke nødvendige helsetjenester	4	7	1	0	12
Betaling	1	5	2	0	8
Tilgang til lege på sykehjem	0	5	0	0	5
Totalt	203	368	40	20	631

Antallet avvik varierer mellom revisjonsrapportene, men også mellom fylkene og måtene rapportene er skrevet på. I noen rapporter oppgis det ett avvik som for eksempel kan gjelde mangler ved journalføring. Avviket konkretiseres deretter i for eksempel 4 underpunkter. I andre rapporter rapporteres dette som 4 avvik. På tvers av fylker forteller derfor antallet avvik per revisjon oss lite om omfanget av mangler ved kvaliteten. Antallet registrerte avvik avhenger også selvfølgelig av hvor mange revisjoner som er gjort.

Avvikene ble også registrert i forhold til hvilke områder de gjaldt. De fleste av avvikene gjaldt generelle mangler ved systemet, eller mangler ved internkontrollsystemene, mangler ved journal, systemet for medikamenthåndtering eller mangler ved saksbehandlingen. I denne perioden var det færre avvik knyttet til systemene for ivaretagelse av grunnleggende behov (26) enn det som Helsetilsynet rapporterte for årene før 2003. Det var også få av avvikene (27) som direkte var knyttet til for knappe ressurser. De registrerte avvikene innen dette området gjaldt i særlig grad tilgang til personell på natt, og var like relevant for både hjemmetjenester og sykehjem.

I tilsynene av hjemmetjenester var det registrert flest avvik ved saksbehandling i forbindelse med tildeling av tjenester, men også mange avvik når det gjaldt internkontrollsystemer og medikamenthåndtering. Ved sykehjemmene var det registrert flest avvik knyttet til mangler ved journalføring, samt medikamenthåndtering og internkontrollsystem.

Mange av avvikene i både sykehjem og hjemmetjeneste gjelder håndtering av legemidler. Dette henger sammen med at Statens Helsetilsyn økte tilsynsaktiviteten på dette området som en oppfølging til legemiddelmeldingen³⁶. På bakgrunn av funn fra ulike tilsyn utarbeidet Helsetilsynet også i 2008 en veileder for tilsyn med legemiddelbehandling som ble prøvd ut i flere fylker. I en revisjonsrapport som tar utgangspunkt i denne, og hvor det er registrert avvik skrives det for eksempel:

Avvik: Kommunen har ikke sikret forsvarlig kompetanse og kapasitet når det gjelder legemiddelbehandlingen ved sykehjemmet.

Dette er avvik fra følgende myndighetskrav:

- Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a, jf. § 6-3, helsepersonelloven § 16 og internkontrollforskriften § 4c.

Avviket bygger på følgende:

- Det er utilstrekkelig dimensjonering av legetjenesten, særlig gjelder dette i forhold til institusjonsrettede oppgaver utover kurative tjenester.
- Legetjenesten er ikke i tilstrekkelig grad integrert i sykehjemmets drift knyttet opp mot legemiddelbehandlingen, som eks. utarbeidelse av retningslinjer som er knyttet opp mot legemiddelbehandlingen.
- Pleiepersonellet har ikke i deler av døgnet tilstrekkelig tid til å følge opp legemiddelbehandlingen på en forsvarlig måte, for eksempel oppfølging og vurdering av pasienter.
- Pleiepersonellet får ikke tilstrekkelig opplæring og informasjon til å følge opp legemiddelbehandlingen på en forsvarlig måte.
- Kommunen har ikke fastsatt lokal norm for legetjenesten i sykehjem, jf. veilederen for legetjenester i sykehjem fra Sosial- og helsedirektoratet IS – 1436.
- Det er ikke gjennomført risikovurdering for legemiddelbehandlingen ved sykehjemmet.

Avvikene fremstår som alvorlige, og omfatter både omfanget av legetjenester på sykehjem og mange av systemene rundt håndteringene av dette. I Helsetilsynets årsrapport for 2008 gis det en egen beskrivelse av revisjonene av legemiddelhåndteringen i pleie og omsorgstjenestene. Det påpekes at måten mange av kommunene styrer på kan medføre fare for svikt og at dette gjelder uklarheter knyttet til den faglige og administrative styringen av legetjenesten i sykehjemmene og for lav dimensjonering av den.

Revisjonsrapportene fra Helsetilsynet gir et godt innblikk i svakhetene ved eldreomsorgen. Det er likevel viktig å merke seg at avvikene i hovedsak gjelder systemer og *muligheter* for svikt, og ikke er registreringer av faktisk svikt. Lesing av revisjonsrapportene for perioden fra 2003 til 2008 gir også tydelig informasjon om at det har skjedd store endringer i kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten i denne perioden. Mens rapportene fra første del av perioden handler om innføringen av internkontrollsystemer, handler de påpekte manglene i 2008 oftere om vedlikehold av kompetanse og innhenting av brukererfaringer. I en revisjonsrapport fra år 2003 står det for eksempel at:

”Kommunen har ikke tatt stilling til kva styringssystemet/internkontrollen i helsetenesta skal innehalde og det manglar tiltak for dokumentstyring, avviksbehandling, kartlegging av sårbare og risikofylte område, systematisk forbetningsarbeid og kommuneleiinga si gjennomgang av internkontrollen (Revisjonsrapport fra Helsetilsynet 2003).”

³⁶ Stortingsmelding nr. 18 (2004-2005): Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

Avviket i en rapport for 2008 er av en noe annen karakter:

”Brukererfaringar blir ikkje innhenta og systematiserte og det blir ikkje gjort systematiske risikovurderingar av pasientretta verksemd i heimetenestene”.

Revisjonsrapportene fra Helsetilsynet illustrerer godt den utviklingen som har blitt beskrevet som karakteristisk for utviklingen i kvalitetsarbeidet de siste 10-15 årene. Mens rapportene fra før år 2000 var preget av direkte kvalitetskontroll, var rapportene i årene etter dette mer preget av implementering av kvalitetssikringssystemer. I dag preges rapportene av både kvalitetssikring og systemer for kontinuerlig forbedring, slik som kompetanseutvikling og vedlikehold. Det er likevel slik at rapportene også støtter opp under inntrykket av store forskjeller mellom kommunene når det gjelder arbeidet med kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. I en samlerapport for tilsyn med pleie og omsorgstjenesten i Møre og Romsdal fra 2006 til 2008 sies det at hovedkonklusjonen er at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder strategisk kvalitetsarbeid. Det påpekes at flere kommuner har kommet langt i sin oppbygging av kvalitetssystemer og avvikshåndtering, men at det fortsatt er en utfordring for både ledelse og ansatte å implementere disse systemene i praksis. Organisering, ledelse og kompetanse har betydning for kommunenes evne til å gi en faglig god pleie- og omsorgstjeneste.

I perioden fra 2009 til 2012 har Statens helsetilsyn varslet at de vil gjennomføre tilsyn med tjenester hvor eldre er en stor brukergruppe. Tilsynet vil gjelde både kommuner og spesialisthelsetjenesten og samhandlingen mellom disse. Når det gjelder kommunene er *variasjoner* mellom kommunene et sentralt tema for tilsynene. I planen for tilsyn med tjenester til eldre påpekes det at funn og erfaringer for årene 2002-2008 viser til dels store forskjeller mellom fylker og kommuner, og mellom tjenester innenfor kommuner.

11 Kommuneprofiler i eldreomsorgen

I denne rapporten har vi beskrevet variasjoner mellom kommunene i både brutto driftsutgifter, årsverk, dekningsgrad av hjemmetjenester og institusjonsplasser samt ulike mål på kvalitet i eldreomsorgen. Med unntak av indikatorene for kvalitet, har vi påpekt at disse forholdene henger sammen. Nivået av brutto driftsutgifter per eldre innbygger er sterkt korrelert med nivået av årsverk. Ressursinnsatsen er også, statistisk sett knyttet til tilbudet av tjenester. Kommuner som bruker mye penger på eldreomsorg, har generelt sett en høyere dekningsgrad enn kommuner som bruker mindre ressurser på eldreomsorg. Noen kommuner har et høyt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser, mens andre kommuner har et dårligere tilbud av begge deler, sammenlignet med andre kommuner. Analysene av omsorgsfokus viste også at tilbudet av omsorgstjenester kunne variere med hensyn til hvilke typer tjenester som ble vektlagt. Noen kommuner har godt utviklede hjemmetjenester, mens andre kommuner har et bedre tilbud av institusjonsplasser. Noen kommuner bruker også mye penger på eldreomsorg uten at det tilsynelatende gir utslag i økt dekningsgrad, men innebærer kanskje at hver bruker får mer omfattende tjenester.

For å få et godt grep om forskjellene mellom kommunene, har vi klassifisert kommunene i 7 ulike grupper ut fra nivået av brutto driftsutgifter og årsverk (korrigert for ressurser til yngre brukere), samt dekningsgrad av tjenester. Gruppene er beskrevet i tabellen nedenfor.

Tabell 11.1 Kommuneprofiler i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007.

	(N=)	Prosent
Lavinnsats-kommuner: Lav dekningsgrad av både hjemmetjenester og inst. plasser og lavt eller middels nivå av utgifter/årsverk	55	13,2
Middelnivå-kommuner: Middels dekningsgrad av enten hjemmetjenester eller inst. eller begge og lavt eller middels nivå av utgifter/årsverk	122	29,2
Hjemmetjenestekommuner: Høyt nivå av hjemmetjenester, lavt/middels nivå inst. og lavt/middels nivå av utgifter/årsverk	50	12,0
Hjemmetjeneste-kommuner med høy ressursinnsats: Høyt nivå av hjemmetjenester, lavt/middels nivå inst. og høyt nivå av utgifter/årsverk	32	7,7
Høykostnads-kommuner: Høyt nivå av utgifter/årsverk, men lavt/middels nivå av hjemmetjenester og inst.plasser	25	6,0
Institusjonskommuner: Høyt nivå institusjoner, hjemme-tjenester lavt/middels nivå, middels/høyt nivå av utgifter/årsverk	75	17,9
Høyinnsats-kommuner: Høy dekningsgrad av både hjemmetjenester og inst.plasser og høyt nivå av utgifter/årsverk	59	14,1
Totalt (N=418)	418	100,0

Som utgangspunkt for kommuneklassifiseringen ble kommunene delt i tre like store grupper (tertiler) som representerte lavt nivå, middels nivå og høyt nivå når det gjaldt brutto driftsinntekter, årsverk i brukerrettet tjeneste, prosent mottakere av hjemmetjenester og

institusjonsplasser. Vi laget først en indeks for *ressursinnsats* basert på indikatorene for bruttoutgifter og årsverk. Sammenhengen mellom disse er sterk³⁷ og overlapper hverandre nesten helt. Indeksen for ressursinnsats viser om utgiftene og årsverkene faller inn under de 33 prosentene av kommunene med høyeste nivå av årsverk og utgifter, de 33 prosentene av kommunene med middels nivå eller de 33 prosentene av kommunene med lavt nivå.

For å beskrive forskjellene mellom kommunene i dekningsgrad benyttet vi kategoriseringen av *omsorgsfokus* som er beskrevet tidligere i rapporten. I denne skilte vi mellom kommuner med et lavt, middels og høyt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser, samt mellom hjemmetjenesteorienterte kommuner og institusjonsorienterte kommuner. I beskrivelsen av disse gruppene viste vi også at de varierte med hensyn til gjennomsnittlige brutto driftsutgifter og årsverksrater. Kommuneprofilene av eldreomsorg er basert på dette forholdet og en analyse av forholdet mellom indeksen for ressursinnsats og typologien av omsorgsfokus. Dette gir oss en typologi med sju ulike kommuneprofiler i eldreomsorgen. Typologien er å forstå som idealtypiske og er en grov sortering av kommunenes ulike tilnærminger til eldreomsorg.

Kommunegruppene varierer i størrelse, og den største gruppen er naturlig nok *middelnivå-kommunene*. Disse kommunene kjennetegnes av at ressursinnsatsen når det gjelder både utgifter og årsverk har et lavt eller middels nivå og av at nivået av enten hjemmetjenester eller institusjonsplasser eller begge deler også er middels. I middelnivå-kommunene er verken nivået av hjemmetjenester eller institusjonsplasser klassifisert som høyt.

Den nest største gruppen er *institusjonskommunene*, og 75 kommuner ble klassifisert i denne gruppen. Disse har et høyt nivå av institusjonsplasser og et lavt eller middels nivå av hjemmetjenester. Ingen av institusjonskommunene har et lavt nivå av utgifter og årsverk.

Når det gjaldt *hjemmetjeneste-kommunene* fant vi at disse varierte i henhold til ressursinnsats. Vi har derfor laget to hjemmetjeneste-kommune-grupper. I den første gruppen som vi har kalt bare hjemmetjeneste-kommuner, var nivået av hjemmetjenester høyt, men ressursinnsatsen var lav eller middels. Dette henger sammen med at hjemmetjenestene kan koste mindre per mottaker enn en institusjonsplass. Det var imidlertid også noen kommuner med et høyt nivå av hjemmetjenester, et lavt eller middels nivå av institusjonsplasser samt et høyt nivå av ressursinnsats. Disse kommunene har vi plassert i gruppen hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats.

Mellom 50 og 60 kommuner kunne for øvrig klassifiseres som generelle lav-innsats og høy-innsats-kommuner. Disse kommunene skilte seg fra de andre kommunene med et generelt lavt eller generelt høyt nivå av både tjenester og ressursinnsats i eldreomsorgen. Vi fant imidlertid også noen kommuner som hadde høy ressursinnsats, men ikke et høyt nivå av verken institusjonsplasser eller hjemmetjenester. Disse har vi kalt *høykostnads-kommuner*.

Kommuneprofilene varierer også etter en rekke ulike kjennetegn. Det er for eksempel ingen av lavinnsats-kommunene som har mindre enn 2000 innbyggere. De fleste kommuner med mer enn 50 000 innbyggere (med unntak av storbyene) havner imidlertid i denne gruppen. Storby-kommunene klassifiseres i hovedsak som middelnivå-kommuner. Vi finner også betydelige forskjeller mellom kommuneprofilene når det gjelder hvor stor andel av de totale pleie- og omsorgsressursene som går til eldreomsorg, andel eldre i befolkningen, andel eldre som bor alene, befolkningstetthet, og nivå av frie disponible inntekter. I det følgende har vi gitt en beskrivelse av særlige kjennetegn ved hver av kommuneprofilene. Kommunenes nivå av de ulike forholdene vi beskriver er også gjengitt i tabellene.

³⁷ Perarsons $r=0,88$, $p=0,000$

Tabell 11.2 Kommuneprofiler i eldreomsorgen og gjennomsnittlig nivå av brutto driftsutgifter, årsverk og dekningsgrad. Data fra KOSTRA 2007.

	Gj.snitt brutto driftsutg. kr per innb. 67 år+	Gj.snittlig årsverk per 1000 eldre 67 år+	Gj.snitt prosent mottakere av hjemme- tjenester 67 år +	Gj.snittlig nivå av inst.- plasser til eldre 67 år+	Gj.snittlig deknings- grad totalt 67 år+	Gj.snitt timer per uke per mottaker i hjemmetj. 67 år+
Lavinnsats-kommuner	54 920	97,5	14,7	4,67	19,4	4,6
Middelnivå-kommuner	61 134	111,6	17,7	5,92	23,6	3,9
Hjemmetjeneste-kommuner	63 403	117,4	23,0	5,22	28,2	4,3
Hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats	90 857	170,1	23,8	5,89	29,7	6,7
Høykostnads-kommuner	84 889	163,5	16,7	6,06	22,7	4,2
Institusjons-kommuner	89 379	158,7	16,9	9,93	26,8	3,2
Høyinnsats-kommuner	89 433	164,6	23,4	9,63	33,0	3,4
Totalt (N=418)	73 346	134,0	19,0	6,92	25,9	4,1

Lavinnsatskommuner: Lavinnsats-kommunene kjennetegnes av at de har store omsorgsoppgaver når det gjelder yngre brukere av pleie- og omsorgstjenestene. Forholdet mellom eldres andel av mottakerne og eldres andel av ressursene er lavere enn i andre kommuner (med unntak av hjemmetjeneste-kommunene hvor det er like lavt). I gjennomsnitt går 58 prosent av de totale ressursene i pleie- og omsorgssektoren til eldre, mens institusjonskommunene for eksempel bruker 77 prosent i gjennomsnitt på eldreomsorg. Lavinnsats-kommunene kjennetegnes også av en særlig ung befolkning med lav dødelighet og en lav andel eldre som bor alene. Kommunene har også høy befolkningstetthet og korte geografiske avstander. Lavinnsats-kommunene har også høyt utdanningsnivå i befolkningen, og høy husholdningsinntekt, men ingen av lav-innsats-kommunene har høye frie disponible inntekter. Når det gjelder kommunestørrelse har de i hovedsak mer enn 5 000 innbyggere og 7 av 8 store kommuner med mer enn 50 000 innbyggere klassifiseres som lavinnsatskommuner. De fleste av lavinnsatskommunene (32 kommuner) har mellom 10 000 og 50 000 innbyggere, men 11 lavinnsats-kommuner har mellom 5 000 og 10 000 innbyggere. Det bør også nevnes at selv om disse kommunene kjennetegnes av et lavt til middels nivå av ressursinnsats og dekningsgrad, er også timeinnsatsen i hjemmetjenesten til hver enkelt bruker per uke høyere enn i høyinnsats-kommunene.

Middelnivå-kommuner: Middelnivå-kommunene kjennetegnes av at de har et gjennomsnittlig nivå av ikke bare ressursinnsats og tjenestetilbud, men også mange andre forhold. Andelen ressurser til eldre ligger på gjennomsnittet, og andelen eldre i befolkningen er også gjennomsnittlig høy. Dødelighetsratene i disse kommunene er høyere enn i lavinnsatskommunene, men lavere enn i kommuner med høyere ressursinnsats. Befolkningstettheten er lavere enn i lavinnsats-kommuner, men høyere enn i andre typer kommuner. Utdanningsnivået og gjennomsnittlig husholdningsinntekt er også lavere enn i lavinnsatskommunene, men høyere enn i de andre kommuneprofilene. Middelnivå-kommuner finnes i alle størrelser, men det er verdt å merke seg at fire av de fem storby-kommunene i Norge klassifiseres som middelnivå-kommuner. Det er også få små kommuner (under 2 000 innbyggere) i denne kategorien. Det var nesten ingen av middelnivå-kommunene som hadde et høyt nivå av frie disponible inntekter.

Hjemmetjeneste-kommuner: Hjemmetjenestekommunene har et høyt nivå av hjemmetjenester og et lavt eller middels nivå av institusjonsplasser. De har gjerne en ganske høy

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

Hjemmetjeneste-kommuner med høy ressursinnsats: Noen av kommunene med et høyt nivå av hjemmetjenester og et lavt eller middels nivå av institusjonsplasser, hadde også et høyt nivå av brutto driftsutgifter og årsverk. 2/3 av disse kommunene hadde høye frie disponible inntekter. Disse kommunene kjennetegnes i særlig grad av et høyt gjennomsnittlig antall timer per bruker per uke i sammenligning med andre typer kommuner. De er også kjennetegnet av at forholdet mellom eldres andel av ressursene og eldres andel av mottakerne er rundt 100, og betyr at de eldre mottar en like stor del av ressursene som de utgjør som brukere. Kommuner som blir klassifisert i denne gruppen har også en høy andel eldre som bor alene, og høyeste gjennomsnittsnivå av dødelighet samt et høyt nivå av legeårsverk totalt i kommunene. De skiller seg også fra de andre hjemmetjenestekommunene med at befolkningstettheten er mye lavere, men her er det store forskjeller mellom kommunene i denne kategorien. Det var heller ingen av hjemmetjenestekommunene med høy ressursinnsats som hadde mer enn 10 000 innbyggere.

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

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

Høyinnsatskommuner: I disse kommunene er nivået av både institusjonsplasser og dekningsgraden av hjemmetjenester klassifisert som høy, men gjennomsnittlig antall timer i hjemmetjeneste per eldre bruker er lavere enn i lavinnsats-kommunene. 9 av 10 høyinnsatskommuner hadde mindre enn 5 000 innbyggere og halvparten av kommunene er klassifisert som kommuner med høye frie disponible inntekter. Høyinnsats-kommunene har også lav befolkningstetthet og store geografiske avstander. I disse kommunene går en relativt høy andel av ressursene i pleie- og omsorgstjenesten til eldreomsorg og forholdet mellom andel ressurser til eldre og andel eldre mottakere er høyere enn for gjennomsnittet av kommunene. Disse kommunene kjennetegnes imidlertid først og fremst av at andelen eldre over både 80 og 90 år er svært høy. Det er også en høy andel eldre som bor alene i disse

kommunene. Utdanningsnivået i befolkningen og gjennomsnittlig husholdningsinntekt er lavere enn gjennomsnittet. For høyinnsats-kommunene finner vi også at nivået av liggedager på sykehus per 1000 innbygger over 80 år ved ikke-kirurgisk behandling er betydelig lavere enn for de andre kommuneprofilene.

Tabell 11.3 Kommuneprofiler i eldreomsorgen og kommunistørrelse. Data fra KOSTRA 2007.

	Under 2000 innb.	2000- 4999 innb.	5000- 9999 innb.	10000- 19999 innb	20000- 49999 innb	Over 50000 innb.	Storby
Lavinnsats-kommuner	-	3,6	12,5	30,4	44,1	87,5	-
Middelnivå-kommuner	8,0	22,1	38,6	53,6	44,1	12,5	80,0
Hjemmetjeneste- kommuner	4,6	17,9	15,9	7,1	8,8	-	-
Hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats	10,3	13,6	4,5	-	-	-	-
Høykostnads-kommuner	5,7	6,4	6,8	7,1	2,9	-	-
Institusjons-kommuner	39,1	17,9	15,9	1,8	-	-	20,0
Høyinnsats-kommuner	32,2	18,6	5,7	-	-	-	-
Totalt (N=418)	100 (87)	100 (140)	100 (88)	100 (56)	100 (34)	100 (8)	100 (5)

Tabell 11.4 Indikatorer for omsorgsbehov etter kommuneprofiler i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007 og SSB.

	Gj.snitt andel av ressurser til eldre	Ratio andel ressurser og andel mottakere 67 år+	Andel av befolkning 80 år+	Andel av befolkning 90 år+	Andel eldre som bor alene- 67 år+	Gj.snittlig kjønns- og aldersstand. dødelighets- rate
Lavinnsats-kommuner	57,5	86,9	4,1	0,6	37,8	716
Middelnivå-kommuner	62,1	89,2	5,1	0,8	39,7	736
Hjemmetjeneste-kommuner	63,2	86,6	6,2	1,0	42,1	730
Hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats	76,4	101,1	5,7	0,9	43,0	779
Høykostnads-kommuner	75,4	97,8	5,4	0,8	40,9	743
Institusjons-kommuner	76,9	96,7	6,0	1,0	41,3	756
Høyinnsats-kommuner	75,9	95,3	7,1	1,2	43,0	750
Totalt (N=418)	68,1	92,2	5,6	0,9	40,8	742

Tabell 11.5 Kommunekaraktetika etter kommuneprofiler i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007

	Prosent av kommunene med høye frie disp. inntekter	Gjennomsnitt landareal i km ² per 10 000 innb.	Gjennomsnitt prosent med høyskole/ universitets- utdanning	Gjennomsnitt husholdnings- inntekt	Rate for liggedager på sykehus 80 år+ ved ikke-kir. behandling
Lavinnsats-kommuner	0,0	19,5	24,2	376 091	2 763
Middelnivå-kommuner	6,6	110,8	19,4	349 344	2 669
Hjemmetjeneste-kommuner	14,0	204,3	17,4	331 020	2 738
Hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats	65,6	556,4	16,2	323 344	2 661
Høykostnads-kommuner	32,0	211,6	17,0	340 360	2 715
Institusjons-kommuner	41,3	387,3	16,8	335 693	2 549
Høyinnsats-kommuner	50,8	453,5	16,3	320 492	2 293
Totalt (N=418)	25,1	248,1	18,5	341 622	2 617

11.1 Kommuneprofiler i eldreomsorgen og kvalitetsindikatorer

Vi har også sett nærmere på om de ulike kommuneprofilene varierer i forhold til kvalitetsindikatorene. I likhet med tidligere funn finner vi først og fremst at kvalitetsindikatorene ikke samvarierer med nivået av ressurser eller dekningsgrad. Andel årsverk med fagutdanning og andel enerom varierer generelt lite, mens legedekningen på institusjon og implementering av brukerundersøkelser varierer betydelig, også mellom kommuneprofilene. For andel årsverk i brukerrettet tjeneste med relevant fagutdanning finner vi en tendens til at institusjonskommuner og hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats har en noe lavere andel ansatte med fagutdanning enn andre kommunegrupper.

Vi finner også en tendens til at institusjonskommunene og høyinnsats-kommunene har mindre legetid på institusjon enn andre kommunetyper. Hjemmetjenestekommunene og hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats har en høyere andel kort-tidsplasser på institusjon enn andre kommuneprofiler, og sistnevnte kommunegruppe samt høykostnads-kommuner har noe høyere andel sykefravær enn de andre kommunetyperne.

Når det gjelder brukerundersøkelser er variasjonene mellom kommuneprofilene betydelig. Rundt 70 prosent av lavinnsats-kommunene og middelnivå-kommunene har implementert brukerundersøkelser mens bare 50 prosent av institusjonskommunene og høyinnsats-kommunene har dette.

Tabell 11.6 Utvalgte kvalitetsindikatorer etter kommuneprofiler i eldreomsorgen. Data fra KOSTRA 2007

	Gj.snittlig andel årsverk med relevant fagutd.	Gj.snittlig antall minutter legetid per beboer på sykehjem	Prosent av kommuner med system for brukerundersøkelse	Gj.snittlig andel med enerom	Gj.snitt andel legemeldt sykefravær av årsverk i brukerrettet tjeneste	Andel inst.-beboere på tidsbegrenset opphold
Lavinnsats-kommuner	72,4	19,8	69,1	95,4	8,4	26,5
Middelnivå-kommuner	72,9	17,5	73,0	94,5	8,3	19,4
Hjemmetjeneste-kommuner	73,5	19,1	58,0	93,1	8,6	29,8
Hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats	70,8	22,2	43,8	93,8	8,7	29,0
Høykostnads-kommuner	72,2	21,4	60,0	94,4	8,7	16,3
Institusjons-kommuner	70,9	14,7	54,7	95,1	8,1	21,2
Høyinnsats-kommuner	72,4	15,4	49,2	95,5	8,1	17,2
Totalt (N=418)	72,3	17,7	61,0	94,6	8,3	22,3

11.2 Status for eldreomsorgen i sju utvalgte kommuner

Eldreomsorgen er kompleks. Den har mange fasetter og kan beskrives på ulike vis ved hjelp av ulike data. Å gi et godt bilde av eldreomsorgen i Norge i dag ved hjelp av statistikk er vanskelig, og selv om ulike forhold henger sammen – kan vi ikke alltid vise dette statistisk på grunn av forutsetningene i de statistiske beregningene. Vi har derfor valgt ut sju kommuner i Norge hvor dekningsgraden og ressursinnsatsen i eldreomsorgen varierer. I kommune A og B er det kommunale tilbudet av tjenester til eldre betydelig lavere enn i kommunene F og G. Kommunene kjennetegnes imidlertid også av forskjeller når det gjelder behovene for pleie og omsorgstjenester til eldre og evne til høy ressursinnsats. Disse forskjellene hjelper oss langt på vei til å forstå hvorfor kommunene varierer så sterkt når det gjelder tilbudet til eldre:

Kommune A: Stor kommune på Østlandet med lav dekningsgrad (lavinnsats-kommune)

Kommune A ligger på Østlandet. Kommunen har omtrent 50 000 innbyggere og hører til kommunegruppe 13 i KOSTRA; store kommuner utenom de fire største byene. Kommunen hører til lavinnsats-kommunene og i denne kommunen er den samlede dekningsgraden for hjemmetjenester og institusjonsplasser til eldre bare 2/3 av gjennomsnittet for kommunene. Brutto driftsutgifter og årsverksratene ligger også godt under gjennomsnittet. Kommunen har imidlertid rundt 100 prosent enerom, har implementert brukerundersøkelser i både sykehjem og til brukere av hjemmetjenesten, har nesten et gjennomsnittlig nivå av legetimer på institusjon per uke, og har et vesentlig lavere sykefravær enn gjennomsnittet for kommunene. Kommunen har imidlertid også en lavere andel med relevant fagutdanning i brukerrettet tjeneste enn gjennomsnittet for kommunene.

Byen kjennetegnes ellers av en relativt ung befolkning og lav dødelighet. Mens gjennomsnittet for kommunene når det gjelder andel eldre over 66 år er omtrent 15 prosent, har denne kommunen under 12 prosent eldre. Andelen eldre over 90 år er også omtrent det halve av gjennomsnittet for andre kommuner. Kommunen har også en svært lav andel eldre som bor alene. Befolkningen har et høyt inntektsnivå (høy gjennomsnittlig husholdnings-

inntekt) og et høyt utdanningsnivå. Kommunen har også betydelige pleie- og omsorgsoppgaver for brukere under 67 år. Data fra IPLOS viste at omtrent halvparten av timene i hjemmetjenesten gikk til brukere under 67 år. Rundt 65 prosent av beboerne i omsorgsboligene i kommunen var under 67 år. Det også var en høyere andel av institusjonsbeboerne som var under 67 år enn hva landsgjennomsnittet skulle tilsi.

Dersom vi skal konkludere rundt status for eldreomsorgen i denne kommunen ut fra hva tallene sier om kommunen, må det påpekes at tilbudet av eldreomsorg ikke framstår som særlig godt i sammenligning med andre kommuner. Dekningsgraden av institusjonsplasser er lav og tilbudet av hjemmetjenester er også lavt. Dette henger sammen med en lav ressursinnsats når det gjelder både utgifter og årsverk. Det lave nivået av eldreomsorg henger imidlertid sammen med at behovet for eldreomsorg er lavere enn i mange andre kommuner. Kommunen har en lav andel eldre over 80 og 90 år, lav sykkelighet og lav andel eldre som bor alene. At eldreomsorgen har et lavt nivå slår heller ikke ut i høyere liggerater på sykehus. Det kan også virke som om det jobbes med kvaliteten på de omsorgstjenestene som gis. Kommunen har gjennomført brukerundersøkelser og har rundt 13 minutter med legetid per beboer på institusjon. Sett i forhold til at andelen kort-tidsplasser på institusjon er høy i denne kommunen, og at antallet beboere også øker som en følge av dette, er trolig legetilbudet på institusjon relativt godt. Sykefraværet er også lavt og indikerer at arbeidsmiljøet er bra. Det er imidlertid en høy andel av årsverkene som ikke har relevant fagutdanning, og dersom vi tar i betraktning at utdanningsnivået generelt i denne kommunen er høyt, kan det stilles spørsmål ved om dette er godt nok.

Kommune B: Den store gjennomsnittskommunen (middelnivå-kommune)

Kommune B er en av Norges fire største byer. Den har en gjennomsnittlig dekningsgrad av eldreomsorg både for hjemmetjenester og institusjonsplasser, og nivået av utgifter og årsverk er også på gjennomsnittsnivå. Kommunen tilbyr imidlertid et noe lavere antall timer med hjemmetjeneste per eldre mottaker enn mange andre kommuner.

Kommunen har betydelige omsorgsoppgaver for personer under 67 år. Mer enn halvparten av timene i hjemmetjenesten og et betydelig flertall av omsorgsboligene gikk til personer under 67 år. De eldre utgjør rundt 70 prosent av mottakerne og får omtrent 60 prosent av ressursene.

Når det gjelder kvalitet, har kommunen et litt lavere nivå av enerom enn de fleste andre kommuner, men har implementert brukerundersøkelser i både hjemmetjenesten og på sykehjem. Sykefraværet er litt lavere enn gjennomsnittet og antallet legetimer på sykehjem er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet. Kommunen har imidlertid en lav andel ansatte med relevant fagutdanning i sammenligning med mange andre kommuner.

Kommunen kjennetegnes ellers av et høyere utdanningsnivå enn gjennomsnittet, men har et middels inntektsnivå. Befolkningens alderssammensetning er litt yngre enn gjennomsnittet, men ligger nært opp mot gjennomsnittet også her. Andelen eldre som bor alene er også på gjennomsnittsnivå.

Tallenes tale for denne kommunen viser gjennomsnittet for eldreomsorg i norske kommuner. Både behov og tilbud har et gjennomsnittlig nivå og i denne kommunen mottar ¼ av befolkningen over 67 år et tilbud fra kommunen av enten hjemmetjenester eller institusjonsplasser, inklusive korttids-plasser på institusjon. Det jobbes også med kvaliteten på tjenestene, og tilgjengeligheten til lege på sykehjem fremstår som god i sammenligning med mange andre kommuner.

Tabell 11.7 Sju kommuneeksempler på typologien i eldreomsorgen

	Kommuneprofile	Dekning av inst.-plasser	Dekning av hjemmetjenester	Brutto driftsutg. (korrigert)	Årsverksrate brukerrettet tjenester (korrigert)	Timer per uke i hjemmetjenesten	Antall innbyggere	Andel i bef. 90 år+	Andel av mottakerne totalt som er 67 år+	Andel av utgifter totalt til eldre 67 år+.	Høye frie disponible inntekter	Andel eldre 67 år+ som bor alene
A	Lavinnsatskommuner	Lav	Lav	Lav	Lav	4,1	Ca. 50 000	0,4	67,2	62,6	Nei	33
B	Middelnivåkommuner	Middels	Middels	Middels	Middels	3,4	100 000+	0,7	72,4	64,6	Nei	41
C	Hjemmetjenestekommuner	Lav	Høy	Lav	Lav	3,7	Under 5 000	1,4	81,3	56,0	Nei	45
D	Hjemmetjenestekommuner med høy ressursinnsats	Lav	Høy	Høy	Høy	5,1	Under 5 000	1,3	74,0	86,3	Ja	38
E	Høykostnadskommuner	Middels	Lav	Middels	Høy	4,4	Under 5 000	0,8	79,7	74,3	Nei	45
F	Institusjonskommuner	Høy	Lav	Høy	Høy	2,6	Under 2 000	1,1	73,2	91,7	Nei	46
G	Høyinnsatskommuner	Høy	Høy	Høy	Høy	6,0	Under 2 000	1,9	87,4	70,8	Ja	46

Kommune C: Liten kommune med godt utbygde hjemmetjenester

Kommune C ligger et sted i Sør-Norge. Den har under 5 000 innbyggere og er klassifisert i kommunegruppe 2 i KOSTRA: små kommuner med middels bundne kostnader og middels frie disponible inntekter. Kommunen klassifiseres som hjemmetjeneste-kommune og har et lavt nivå av institusjonsplasser, men et noe over middels nivå av hjemmetjenester. Den samlede dekningsgraden klassifiseres som middels, men omfanget av tjenester til hver bruker er i gjennomsnitt noe under middels (timer i hjemmetjenesten per eldre per uke). Nivået av brutto driftsutgifter og årsverk er betydelig lavere enn gjennomsnittet.

Når det gjelder kvalitetsindikatorerne finner vi at kommunen har en høy andel enerom på institusjon, har implementert brukerundersøkelser i både hjemmetjenesten og på institusjon, og har et svært høyt nivå av legetimer per bruker på institusjon. Nivået av ansatte i brukerrettet tjeneste med relevant fagutdanning er også relativt høyt, og nivået av sykefravær er middels.

Kommunen kjennetegnes ellers av en svært høy andel eldre over 90 år. Andelen aleneboende eldre er også høyere enn gjennomsnittet, og dødeligheten er lavere enn gjennomsnittet av norske kommuner. Kommunen har likevel 30 prosent høyere liggerater på sykehus for eldre over 67 år enn landsgjennomsnittet når det gjelder ikke-kirurgisk behandling. Utdanningsnivået og inntektsnivået i kommunen er noe under middels.

Kommunen kjennetegnes også av betydelige omsorgsoppgaver for personer under 67 år. Mer enn 60 prosent av ressursene i hjemmetjenesten går til mottakere under pensjonsalder selv om de eldre utgjør rundt 80 prosent av brukerne. Dersom vi inkluderer institusjonsplassene, finner vi at rundt 55 prosent av ressursene i pleie- og omsorgssektoren går til eldre som utgjør 81 prosent av brukerne. Dette forholdet er skjevare enn i gjennomsnittet av kommunene.

Ut fra tallenes tale kan det påpekes at utfordringene i eldreomsorgen for denne kommunen er store. Kommunen har mange med store behov for pleie- og omsorgstjenester, både over og under pensjonsalder. Kommunen har mange eldre i svært høy alder (over 90 år), og en høy andel eldre som bor alene. Kommunen har også betydelige avstander som kan gjøre det komplekst å levere gode hjemmetjenester. Kommunen har ikke et høyt nivå av frie disponible inntekter eller særskilt høye skatteinntekter fra befolkningen som hjelper dem med å løse disse utfordringene. Denne kommunen bruker utgiftene i eldreomsorg på den måten som gir mest uttelling til flest mulig, og har et svært lavt nivå av institusjonsplasser. Det er også tydelig at kommunen jobber godt med kvaliteten på tjenestene.

Kommune D: Liten kommune med godt utbygde hjemmetjenester og høy ressursinnsats

Kommune D ligger et sted i Nord-Norge. Den har i overkant av 2 000 innbyggere og er også klassifisert i kommunegruppe 3 i KOSTRA: små kommuner med middels bundne kostnader og høye frie disponible inntekter. Kommunen klassifiseres som hjemmetjeneste-kommune med høy ressursinnsats og har et lavt nivå av institusjonsplasser, og et høyt nivå av hjemmetjenester. Nivået av hjemmetjenester er særlig høyt for eldre over 80 år og gjennomsnittlig timer per uke per bruker i hjemmetjenesten er over 5. Den samlede dekningsgraden klassifiseres som middels. Nivået av brutto driftsutgifter og årsverk er høyere enn gjennomsnittet og tilhører øverste tertial (høyt nivå).

Når det gjelder kvalitetsindikatorerne finner vi at kommune D har et middels nivå på andelen enerom på institusjon (rundt 90 prosent), og har et svært høyt nivå av legetimer per bruker på institusjon. Kommunen har imidlertid ikke implementert brukerundersøkelser, og har et lavt nivå av ansatte i brukerrettet tjeneste med relevant fagutdanning. Nivået av sykefravær er middels.

I denne kommunen er andelen yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester lav, og dette gjelder også andelen ressurser til yngre brukere. Forholdet mellom andel eldre brukere og utgifter til eldre er over 100. Kommunen kjennetegnes ellers av en svært ung befolkning og en lav andel eldre over 90 år. Dødeligheten er noe høyere enn gjennomsnittet for norske

kommuner, men andelen aleneboende eldre er lavere enn gjennomsnittet. Kommunen har et gjennomsnittlig nivå av liggerater på sykehus for eldre når det gjelder ikke-kirurgisk behandling. Inntektsnivået i kommunen er middels.

Status for eldreomsorgen i denne kommunen, tolket ut fra tallenes tale, er en dekningsgrad rundt eller over middels, og at dette står i forhold til behovene. Kommunen har tydelig vektlagt tilbudet av hjemmetjenester fremfor institusjonsplasser, og har en lav befolkningstetthet som trolig bidrar til å øke kostnadene ved hjemmetjenestene.

Kommune E: Kommune med lav dekningsgrad og høye kostnader

Kommune E er klassifisert som en høykostnadskommune. Denne kommunen ligger i Midt-Norge og har rundt 5 000 innbyggere. Den har et middels nivå av institusjonsplasser og et lavt nivå av hjemmetjenester til eldre. Den totale dekningsgraden er klassifisert som lav. Dette henger sammen med at nivået på hjemmetjenester har større relativ betydning for den totale dekningsgraden enn omfanget av institusjonsplasser. Selv om nivået av hjemmetjenester er lavt er imidlertid gjennomsnittlig timetall per eldre mottaker av hjemmetjenester noe over gjennomsnittet. Utgiftene til eldreomsorg i kommunen er rundt gjennomsnittet for norske kommuner, men nivået av årsverk i brukerrettet tjeneste per eldre innbygger er høyt.

I denne kommunen går rundt 74 prosent av utgiftene i pleie- og omsorgssektoren til eldre, mens 80 prosent av brukerne er over 67 år. Forholdet mellom utgifter til eldre og eldres andel av brukerne er 93 og omsorgsbyrden for yngre brukere kan dermed sies å være litt lavere enn for gjennomsnittet av kommunene. Sykeligheten, målt ved hjelp av kjønns- og aldersstandardiserte dødelighetsrater er lavere enn gjennomsnittet for norske kommuner. Andelen eldre over 80 år er noe over middels, men andelen eldre over 90 år er lav. Det er imidlertid en høy andel eldre over 80 år som bor alene, og liggetidsratene på sykehus for ikke-kirurgisk behandling er noe høyere enn gjennomsnittet når det gjelder eldre over 80 år. Inntekts- og utdanningsnivået i kommunen er lavere enn middels.

Når det gjelder kvalitetsindikatorerne har kommunen en høy andel enerom, en relativt høy andel ansatte i brukerrettet tjeneste med fagutdanning og har igangsatt brukerundersøkelser. Nivået av legetimer per beboer på institusjon er imidlertid lavt, andelen korttidsplasser på institusjon er lav og sykefraværet er høyt.

Alt i alt ligner denne kommunen mye på en institusjonskommune. Nesten 80 prosent av brutto driftsutgifter til eldreomsorg går til institusjonsplasser, men nivået av plasser er for lavt til å bli klassifisert som en institusjonskommune. I utgangspunktet kan både ressursinnsats og behov klassifiseres som middels, og den høye andelen enslige eldre kan trolig bidra til å forklare vektleggingen av institusjonsplasser fremfor hjemmetjenester. Det kan også fremheves at kommunen har klart å få et høyt nivå av årsverk for et middels nivå av utgifter, og har samtidig en høy andel ansatte med relevant fagutdanning. Ettersom den totale dekningsgraden av eldreomsorg i denne kommunen er klassifisert som lav, er det vanskelig å avgjøre om eldreomsorgen i denne kommunen er god nok, men ressursinnsatsen er høyere enn i mange andre kommuner. Kommunen har likevel en innsats å gjøre i forhold til tilgjengelighet til lege blant institusjonsbeboerne og sykefraværet blant ansatte.

Kommune F: En institusjonskommune på Vestlandet

Kommune F ligger langt vest i Norge og har under 1 000 innbyggere. Kommunen har et høyt nivå av institusjonsplasser, brutto driftsutgifter til eldreomsorg og årsverksrate, samt et lavt nivå av hjemmetjenester. Nivået av institusjonsplasser er så høyt at selv om nivået av hjemmetjenester er lavt, er den totale dekningsgraden klassifisert som høy. Rundt 75 prosent av utgiftene til pleie og omsorgstjenester for eldre brukes på institusjon. Gjennomsnittlig antall timer hjemmetjeneste per bruker per uke er følgelig lavt. Kommunen har ikke et høyt nivå av frie disponible inntekter og er kategorisert som kommunegruppe 5 i KOSTRA; små kommuner med høye bundne kostnader og middels frie disponible inntekter.

Kommunen har lav befolkningstetthet, og en særdeles høy andel eldre over 90 år. Andel eldre over 67 år er også høy og mer enn 90 prosent av alle ressurser i pleie- og omsorgstjenesten går til eldre. De eldre utgjør også en tilsvarende andel av brukerne. Det er en høy andel av de eldre som bor alene, men sykелigheten er lav.

Kommunen har 100 prosent med enerom, men har lav legedekning på institusjon og lav andel ansatte med relevant fagutdanning. Kommunen har også lav andel kort-tidsplasser og høyt sykefravær. Brukerundersøkelser er ikke implementert.

Når vi tar utgangspunkt i tallene for denne kommunen, får vi inntrykk av at behovene for eldreomsorg er store fordi det er en høy andel eldre over 90 år i kommunen og en høy andel eldre som bor alene. Ressursinnsatsen på eldreomsorg i kommunen er imidlertid også høy, og dekningsgraden er god sammenlignet med andre kommuner i Norge. Kommunen har et tydelig institusjonsfokus og gir trolig god eldreomsorg til de som får plass på sykehjemmet. Det kan imidlertid stilles spørsmål om fokuset på kvalitet er godt nok ettersom legedekningen på institusjon er lav, andel ansatte med fagutdanning er lav, sykefraværet er høyt og brukerundersøkelser ikke er benyttet.

Kommune G: En liten kommune i Midt-Norge med høy innsats i eldreomsorgen

I likhet med kommune E, ligger kommune G i Midt-Norge. Denne kommunen har et høyt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser, og har i tillegg et høyt nivå av timer per eldre bruker i hjemmetjenesten. Nivået av ressursinnsats er høyt, både for brutto driftsutgifter og årsverk. Kommunen har rundt 2 000 innbyggere, og er kategorisert i KOSTRA-gruppe 6; små kommuner med høye bundne kostnader og høye frie disponible inntekter.

Kommunen kjennetegnes av en særdeles høy andel eldre over 90 år, og en høy andel eldre som bor alene. Kommunen har høy levealder og lav sykелighet. På tross av lav sykелighet og det høye nivået av eldreomsorg i kommunen, er liggedagsraten på sykehus ved ikke-kirurgisk behandling relativt høyt.

I kommune G er en lav andel av institusjonsbeboerne under 67 år, men kommunen har likevel betydelige omsorgsoppgaver i hjemmetjenesten også for yngre brukere. Mer enn halvparten av ressursene i hjemmetjenesten går til yngre mottakere, og forholdet mellom eldres andel av ressursene og eldres andel av brukerne er totalt sett lik 83. I denne kommunen innebærer dette at 71 prosent av de totale utgiftene går til eldre, mens 87 prosent av mottakerne over pensjonsalder.

Når det gjelder kvalitetsindikatorerne har kommunen en høy andel enerom, et nesten middels nivå av legetimer per beboer per uke og har gjennomført brukerundersøkelser i pleie- og omsorgssektoren. I likhet med kommune F som vi kalte institusjonskommunen, er andel ansatte med fagutdanning lav. I denne høyinnsatskommunen er sykefraværet også lavt.

Status for eldreomsorgen i denne kommunen ut fra tallenes tale, er at behovene er store, men at tilbudet av tjenester er godt. Mer enn 1/3 av alle eldre over 67 år har et tilbud av enten hjemmetjenester eller institusjonsplasser. Nivået av ansatte med relevant fagutdanning er lavt i sammenligning med mange andre kommuner, men forskjellene mellom kommunene når det gjelder dette er generelt sett små.

12 Norsk eldreomsorg i et internasjonalt perspektiv

12.1 Innledning

Formålet med denne studien er ikke å gjennomføre en komparativ studie av eldreomsorgen i nordiske land, men å gi en kortfattet beskrivelse av eldreomsorgen i Norge i et komparativt internasjonalt perspektiv. Mest nærliggende for en slik sammenligning er de nordiske landene, og i første rekke Sverige og Danmark. Dette kan knyttes til at både velferdssystemene for nordiske landene, og Norge, Sverige og Danmark i særdeleshet, har mange likhetstrekk. De kommunale omsorgstjenestene i Norge har blitt utviklet i samspill med våre nærmeste naboland. De nordiske landene har også mange likheter når det gjelder familiestruktur, arbeidsliv og samfunnsstruktur. I 2006 konkluderte Velferdsforskningsprogrammet til Nordisk Ministerråd med at vi har en felles nordisk velferdsmodell som er basert på et felles verdigrunnlag, selv om landene på ulike områder fører forskjellig velferdspolitik (Tema Nord 2006³⁸, Nordisk Ministerråd 2006³⁹). De felles verdiene ser vi ofte særlig tydelig når vi sammenligner de nordiske landene med andre europeiske land.

I et internasjonalt perspektiv har eldreomsorgen i de nordiske landene mange likheter. Alle landene har en betydelig *offentlig innsats* for eldre, både når det gjelder pensjoner, pleie og omsorgstjenester og helsetjenester. Den offentlige innsatsen og ansvaret for eldreomsorgen er betydelig *desentralisert* og er i hovedsak lagt til kommunene. Tjenestetilbudet knyttes til behovet for hjelp og gis i hovedsak uavhengig av personenes evne til å betale for tjenestene eller private forsikringer. I internasjonal sammenheng oppfattes det offentlige tilbudet av hjemmehjelp og hjemmesykepleie til personer som er bosatt i egen bolig, og det offentlige tilbudet av boliger for eldre, som et særlig nordisk fenomen (Szebehely 2005⁴⁰).

Mange av de vesentligste endringene i eldreomsorgen de siste to ti-årene har også vært felles for de nordiske landene. Szebehely påpeker at vi finner en overgang fra tradisjonelle institusjoner (aldershjem og sykehjem) til ulike former for tilpassede eldreboliger i alle de nordiske landene de siste ti-årene.

Likhetene mellom de nordiske landene er mange, men vi finner også tydelige forskjeller. Szebehely viser i sin sammenligning av omsorgstjenesten i nordiske land hvordan ulike begreper og definisjoner i nasjonal statistikk skaper problemer, også for en så sentral problemstilling som å anslå den relative betydningen av henholdsvis institusjonsomsorg og åpen omsorg i hvert enkelt av de nordiske landene.

Et godt eksempel på forskjellene mellom nordiske land gjelder forholdet til institusjonsplasser for eldre. I dansk offentlig politikk settes målet om at eldre skal bo i egen bolig – og ikke på institusjon – høyere enn i andre nordiske land. På 1970-tallet ble aldershjemmene avskaffet i Danmark og etter 1987 har danske kommuner, som er ansvarlige for eldres pleie-

³⁸ Nordisk Ministerråds velferdsforskningsprogram. Programkomiteens sluttrapport. Tema Nord 2006:521.

³⁹ Spillet om den nordiske velferden. En debattrapport om den nordiske velferdsmodellens framtid i den globale konkurranseøkonomien. Nordisk Ministerråd ANP 2006:768.

⁴⁰ Szebehely, M (2005) Äldreomsorgsforskning i Norden. Tema Nord 2005:508

og omsorgsbehov, hatt lovforbud mot å bygge eller opprette nye institusjoner for eldre. Eldre som ikke er i stand til å greie seg i eget hjem skal tilbys leie av eldrebolig eller pleiebolig med et 24-timers vakt eller tilkallingssystem. Institusjoner som ble opprettet før loven ble vedtatt, har fått lov til å fortsette sin aktivitet, og som følge av dette fantes det rundt 12 000 beboere på pleiehjem i Danmark i 2007. Frem til kommunalreformen i 2007 varierte danske kommuner derfor sterkt i hvilken type tjeneste som ble tilbudt de eldre. Noen kommuner hadde et relativt høyt nivå av institusjonsplasser, mens andre har et høyere nivå av hjemmebaserte tjenester. Selv om vi ikke har lovforbud mot sykehjem i Norge, har vi tidligere i denne rapporten også påpekt forskjeller mellom norske kommuner når det gjelder vektlegging av hjemmetjenester og sykehjem. Etter kommunalreformen i Danmark i 2007, har imidlertid de danske kommunene vokst. En dansk gjennomsnittskommune har i dag rundt 50 000 innbyggere, og dette kan minske forskjellene mellom kommunene i Danmark når det gjelder tilbudet av både eldreomsorg og andre velferdsytelser fra kommunene.

Kommunalreformen i Danmark har også medført at mange kommuner overtok ansvaret for pleieboliger som tidligere var fylkeskommunale. Omtrent 1000 av pleieboligene var tidligere eid av fylkeskommunene, og har nå blitt overført til kommunene. I Danmark er det kommunenes ansvar å ivareta all hjemmesykepleie, inklusive den hjemmesykepleien som gjelder eldre bosatt i pleiebolig eller pleiehjem. Kommunene bidrar dessuten til å finansiere regionens utgifter til sykehus.

I Sverige går det et organisatorisk skille mellom medisinsk behandling og praktisk hjelp og pleie. Den medisinske behandlingen er underlagt helse- og sykepleieloven (HSL 1982) mens praktisk hjelp og pleie til eldre reguleres av sosialtjenesteloven (SOL 2001). Kommunenes ansvar for pleie og omsorgstjenester til eldre reguleres av begge. Kommunene har ansvar for tilbudet av praktisk hjelp i hjemmet eksklusive hjemmesykepleien samt ulike former for dagvirksomhet. Kommunene har også ansvaret for langtidspleie av pasienter, og tilbudet av boliger som gir mer omfattende pleie og omsorg "särskilda boendeformer för äldre". Fylkene (landstingene) har i hovedsak ansvar for den medisinske behandlingen i både spesialisthelsetjenesten og deler av primærhelsetjenesten. Fylkene har ansvar for alle leger, også de som arbeider i primærhelsetjenesten eller i kommunenes "särskilda boendeformer för äldre". Fylkene har også ansvaret for hjemmesykepleien, men kan inngå avtaler med kommunene om å overlate driften av hjemmesykepleien til kommunene. I henhold til Sosialstyrelsens helsestatistikk hadde 171 kommuner overtatt ansvaret helt eller delvis for hjemmesykepleie eksklusive legebehandling i 2008 (Sosialstyrelsen 2008).

12.2 Tjenester til hjemmeboende i nordisk perspektiv

I henhold til statistikk fra NOSOCO mottar omtrent 10 prosent av eldre over 65 år i Sverige og Finland praktisk hjelp i hjemmet. I Norge var andelen 13-14 prosent (gjelder eldre over 67 år), mens tilsvarende tall for Danmark og Finland er 17 og 21 prosent. For eldre over 80 år er andelen 21 prosent i Sverige, 27 prosent i Norge og 36 prosent i Finland og 39 prosent i Danmark. Ut fra disse tallene, har Norge et bedre tilbud av hjemmetjenester enn Sverige og et noe dårligere tilbud enn Danmark og Island, men tallene har svakheter når det gjelder sammenlignbarhet.

Tabell 12.1 Tilgjengelighet til praktisk hjelp i hjemmet i nordiske land. Data fra NOSOSCO 2007.

Alder	Norge ¹⁾	Sverige ²⁾	Danmark ³⁾	Finland ⁴⁾	Norge SSB ⁵⁾
	2006	2007	2007	2006	2007
65-74 år	4,0	2,2	5,9	3,2	-
75-79 år	9,9	6,7	17,5	13,6	-
80+ år	27,1	20,9	38,9	35,8	34,4
I alt 65+ år	13,6	8,9	17,0	10,6	17,4
(N=)	82 856	140 346	141 549	92 798	106 145

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

¹⁾ Gjelder aldersgruppen 67-74 år, 75-79 år og 80 år+. Inklusive beboere i serviceboliger som mottar både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Mottakere som kun mottar hjemmesykepleie er ikke inkludert.

²⁾ Personer som per 1. oktober 2006 hadde fått bevilget hjemmehjelp og som bor i egen bolig.

³⁾ Hjemmehjelptil beboere i eget hjem bortsett fra serviceboliger.

⁴⁾ Husstander i aldersgruppen 65-74, 75-84 og 85 år+.

⁵⁾ Data fra SSB 2007 inklusive hjemmesykepleie. Gjelder aldersgruppen fra 67 år (ikke 65).

Mange tjenester som omfattes av hjemmesykepleien i Norge (hjelp til personlig hygiene og påkledning) er definert som praktisk hjelp i hjemmet i Sverige og Danmark. Tall fra SSB viser at dersom vi inkluderer antall eldre som mottar hjemmesykepleie i Norge, dekker dette 17,4 prosent av alle eldre over 67 år og 34 prosent av eldre over 80 år. Inklusive hjemmesykepleien er Norge nesten på nivå med Danmark når det gjelder tilbud av hjemmetjenester til eldre.

I Sverige gjelder tallene bare personer som bor i eget hjem og er eksklusive tjenester til eldre som bor i ulike former for servicebolig eller eldrebolig. Tallene er også eksklusive hjemmesykepleie som kommer i tillegg til praktisk hjelp i hjemmet. Denne er imidlertid landstingenes ansvar, og organiseringen gjør det vanskelig å sammenstille tilbudet av praktisk hjelp i hjemmet med tilbudet av hjemmesykepleie. I utredningen "Sammanhållen hemvård" (SOU 2004:68) påpekes det at den gjeldende ansvarsfordelingen mellom kommuner og landsting når det gjelder hjemmetjenester og hjemmesykepleie i Sverige er utydelig og skaper konflikter som kan resultere i økt risiko for de som trenger pleie og omsorg. I 2008 hadde omtrent halvparten av kommunene inngått avtale med landstingene om å overta dette ansvaret.

I 2007 var 66 prosent av mottagerne av hjemmetjenester (inklusive hjemmesykepleie) i Norge 67 år eller eldre, og 47 prosent av mottagerne var 80 år eller mer. I Danmark gikk 83 prosent av slike tjenester til eldre over 67 år, og 53 prosent til eldre over 80 år. I Sverige kjenner vi ikke tallene for hjemmetjenester til personer under 65 år, men eldre over 80 år stod for 72 prosent av hjemmetjenestene til eldre. Tilsvarende tall for Norge og Danmark var henholdsvis 71 og 63 prosent.. Dersom vi ser bort fra tjenester til brukere under pensjonsalder, finner vi at en større del av de tilgjengelige ressursene går til de aller eldste pasientene i Norge og Sverige. I Danmark mottar likevel en høyere andel av befolkningen over 80 år hjemmetjenester.

12.2.1 Endringer over tid:

I mange av de nordiske landene viser statistikken for hjemmetjenester en økning de siste ti år – men dette må sees i sammenheng med overgangen fra aldershjem til hjemmetjenester. I statistikken fra nordiske land, med unntak av Sverige (og Danmark fra 2007), er det ikke mulig å skille mellom praktisk hjelp i hjemmet til eldre som er bosatt i egen bolig og praktisk hjelp til personer som er bosatt i serviceboliger eller eldreboliger. Ettersom tilbudet av ulike

former for eldreboliger har økt, kan vi derfor ikke vite om tilbudet av hjemmetjenester til personer som er bosatt i egen bolig har økt eller blitt redusert over tid.

I både Norge, Sverige og Danmark har man også gjennomført en endring av statistikkgrunnlaget eller innsamlingsmetodene i 2007. I Norge og Sverige har statistikken blitt individbasert og i Danmark har innføringen av kommunalreformen i 2007 gjort at kommunetallene ikke er sammenlignbare med tidligere år. Den individbaserte statistikken i Norge og Sverige gir en bedre kontroll på hvor mange som virkelig mottar slike tjenester, men gjør at man må være forsiktig med å trekke slutninger om endringer fra 2006 til 2007. I Sverige og Danmark har også innholdet i statistikken også blitt noe endret. I svensk statistikk for hjemmetjenester inngikk tidligere personer som hadde matdistribusjon eller trygghetsalarm. Fra om med 2007 inngår disse personene bare dersom de også mottar andre hjemmetjenester. I Danmark innførte man i 2007 et skille mellom mottagere som var bosatt i pleiehjem eller pleieboliger og mottagere bosatt i ordinære hjem eller eldrebolig i innberetningen av data.

Den nasjonale statistikken i Norge, Sverige og Danmark, indikerer at økningen av hjemmetjenester de senere år har vært størst i Sverige. I perioden fra 2000 til 2006 økte antallet eldre mottagere av hjemmetjenester med omtrent 16 prosent i Sverige. Økningen er knyttet til eldre over 80 år, mens antallet hjemmetjenestemottakere i alderen 65-79 år er redusert i samme periode. For eldre over 80 år tilsvarer økningen 24 prosent. Andelen mottagere av hjemmetjenester over 80 år har økt fra 18 prosent til 21 prosent, mens en liten nedgang fra 4 til 3 prosent kan spores for aldersgruppen mellom 65 og 79 år. Det totale antallet timer med hjemmetjeneste har også økt (21 prosent) og økte sterkere enn antallet brukere (Socialstyrelsen 2007⁴¹).

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

I Danmark har også antallet mottagere av varig hjemmehjelp vært stabilt i perioden fra 2001 til 2007. Endringene i antallet mottagere har fulgt endringene i befolkningens sammensetning, men en prioritering av de eldste (over 80 år) kan også spores her. I 2001 mottok 50,3 prosent av innbyggere over 80 år varig hjemmehjelp, mens i 2007 var tilsvarende tall 51,6 prosent.⁴²

12.3 Tilgjengelighet til eldreboliger og institusjonsplasser i nordisk perspektiv

Tall fra NOSOSCO (Nordic Social-Statistical Committee) viser at 14-15 prosent av eldre over 80 år i Sverige og Danmark bor på institusjon eller i servicebolig for eldre. I Finland gjelder dette 18-19 prosent av eldre over 80 år, og i Norge og Island er omtrent 25 prosent av de eldre beboere på institusjon eller i en eller annen form for eldrebolig. Tilgjengeligheten til eldreboliger ser dermed ut til å være bedre i Norge enn i Sverige, Danmark og Finland. Det

⁴¹ Aldre – vård och omsorg år 2006. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen 2007, Statistikk Socialtjänst 2007:3

⁴² Tall basert på publikasjonen "Nyt fra Danmarks statistikk", 2008 nr.194, 2006 nr.509, 2005 nr. 467, 2004 nr.495, 2003 nr. 417, 2002 nr 398, 2001 nr 427.

er imidlertid mange svakheter i tallenes sammenligningsgrunnlag. For Norge inkluderer statistikken både institusjoner og bosteder til pleie og omsorgsformål i kommunene. Disse er tilrettelagt for eldre brukere eller funksjonshemmede, men tilbyr ikke nødvendigvis særskilte tjenester til eldre. I Norge er omtrent 14 prosent av eldre over 80 år beboere på institusjon (aldershjem eller pleiehjem), mens ytterligere 10-11 prosent er beboere i en eller annen form for eldrebolig.

Tabell 12.2 Dekningsgrad av boliger for eldre. Sum institusjoner og omsorgsboliger. Data fra 2006 og 2007.

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
	2006	2007	2007	2006	2006
64-74 år	2,8	1,0	1,3	1,8	1,6
75-79 år	7,4	3,5	3,8	5,2	6,0
80 år+	24,7	15,5	14,3	18,6	25,0
I alt 65/67 år+	11,7	6,5	5,2	6,8	8,9
(N=)	71 232	104 559	43 684	58 854	3 171

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

Statistikken fra Danmark inkluderer ikke allmenne eldreboliger. I den danske Statistikkbanken skiller det mellom pleiehjem, beskyttede boliger, pleieboliger, allmenne eldreboliger og andre boliger for eldre. Pleiehjem og beskyttede boliger representerer institusjoner, mens pleieboligene har avløst de tidligere pleiehjemmene og har krav til et fast tilknyttet personale og serviceareal. De allmenne eldreboligene er tilpasset eldre og funksjonshemmede men har ikke nødvendigvis tilknyttet personale. Disse er derfor ikke inkludert i statistikken fra NOSOCO. Totalt sett var det 85 000 boliger i 2007 og 75 000 av disse hadde beboere over 65 år. Omtrent 50 000 av boligene hadde beboere over 80 år. Dersom alle disse ulike formene for eldreboliger inkluderes i statistikken, finner vi at Danmark har et boligtilbud til omtrent 23 prosent av de eldre over 80 år. Forskjellene mellom Danmark og Norge er derfor mindre enn det tabellen gir inntrykk av.

For Norge viser tabellen også andel beboere i 2006, og det kan derfor være interessant å legge til at tallene fra SSB viser ingen endring mellom 2006 og 2007. Selv om det har vært en omlegging av statistikkgrunnlaget i Norge i 2007, fra skjemabaserte til individbaserte tall, viser statistikken fra SSB at andelen beboere var stabil i denne perioden.

Islandsk statistikk inkluderer bare institusjonsplasser og er eksklusive serviceboliger eller andre eldreboliger. Islandsk statistikk er derfor ikke direkte sammenlignbar med tallene fra Norge, Sverige, Danmark og Finland, men indikerer likevel et høyt nivå av institusjonsplasser til eldre.

I svensk statistikk inkluderer "särskilda boendeformer för äldre" både permanente og midlertidige plasser i tradisjonelle aldershjem, sykehjem og leiligheter med vaktjeneste og/eller tilkallingshjelp. På tross av at Sverige har innført en forskrift om statistikkrapportering fra kommunene på eldreomsorg og publisert "lägesrapporter" siden 2002, finnes det ikke et skille mellom institusjonsplasser og tilpassede boliger for eldre i Sverige.

12.3.1 Endringer over tid

I Norge har tilbudet av heldøgns institusjonsplasser blitt betydelig redusert i perioden fra 1994 til 2007, men tilbudet av andre typer eldreboliger har vokst omtrent tilsvarende. Det totale tilbudet av eldreboliger kan derfor sies å ha vært stabilt de siste 15 årene. Nedgangen i institusjonsbeboere gjelder først og fremst for eldre over 80 år, hvor andelen eldre beboere på institusjon har sunket fra 18,6 til 14,1 prosent fra 1994 til 2007. I samme periode økte

andelen beboere over 80 år i andre boliger for pleie og omsorg i kommunene fra 7 prosent til 10,6 prosent. For eldre over 80 år har andelen beboere i institusjoner og eldreboliger totalt sett gått fra 25,8 prosent til 24,7 prosent. For eldre over 80 år har det altså vært en nedgang på ett prosentpoeng i andel beboere i institusjoner og eldreboliger, men for eldre totalt (eldre over 67 år) finner vi en prosent økning i samme periode. Perioden preges av en nedbygging av aldershjemmene til fordel for sykehjem, og en utbygging av omsorgsboliger i stedet for institusjoner.

I 1992 ble det gjennomført en sentral reform i Sverige (Ädelreformen) med hensyn til ansvarsfordelingen mellom kommuner og landsting. Ansvaret for omtrent 31 000 pleieplasser på sykehjem ble overført fra landstingene til kommunene. Sykehjemmene ble tidligere drevet av "sjukvårdhuvudmännen", men ble en del av sosialtjenestene i kommunene etter reformen i 1992. I de senere årene kan man ikke lenger skille mellom omsorgsboliger og institusjonsplasser i svensk statistikk. Det er likevel klart at det har vært en betydelig nedgang i antallet beboere på pleiehjem i Sverige. I perioden fra 2000 til 2004 ble antallet beboere i "särskilda boendeformer för äldre" redusert med 13 500.

Dersom vi tar utgangspunkt i publikasjonen "Äldre – vård och omsorg" fra Socialstyrelsen i årene 2001-2008, finner vi at antall permanente beboere i tilpassede boliger for eldre (institusjoner pluss eldreboliger) ble redusert med 24000 personer fra oktober 2000 til juni 2008. Data er neppe direkte sammenlignbar over tid, men gir likevel en indikasjon på utviklingen. I år 2000 hadde omtrent 20 prosent av eldre over 80 år plass på eldreinstitusjon eller eldrebolig, i juni 2008 var tilsvarende tall 15 prosent.

I henhold til "Nyt fra Danmarks Statistikk" (nr 52 2008) var det omtrent 49 000 plasser på pleiehjem i Danmark i 1987. Den politiske satsningen på at eldre skulle bo i egen bolig, og forbudet mot bygging av nye pleiehjem resulterte i en rask nedbygging av disse. I år 2000 var det omtrent 30 000 plasser på sykehjem i Danmark, og i 2008 var tallet kommet under 10 000 (Nyt fra Danmarks Statistikk nr 526 2008). I samme periode har det vært en voldsom vekst i eldreboliger, fra ca 3300 i 1987 til 63 000 i 2008. Omtrent halvparten av eldreboligene er pleieboliger, mens den andre halvparten er allmenne eldreboliger. Totalt sett for perioden fra 1987 til 2008 har det vært en betydelig økning i antallet boliger for eldre og funksjonshemmede i Danmark, men økningen har i hovedsak vært boliger for personer under 67 år. Samlet antall boliger per person over 67 år har vært stabilt i Danmark fra 2002 til 2008 (8,9 prosent), og for eldre over 80 år har det var en svak økning fra 20,2 prosent til 20,8 prosent.

12.4 Utgifter til eldre

I Norge og Sverige knyttes begrepet eldreomsorg i liten grad til alderspensjoner. Avisanalysene viste at bare 20 av de 1000 treffene på søkeordet "eldreomsorg" handlet om alderspensjoner. Selv om pensjonssystemet i Norge har vært gjenstand for politisk debatt de senere årene diskuteres eldreomsorgen i hovedsak uten referanse til pensjonsspørsmålet og vice versa. I internasjonal statistikk på eldreomsorg er det imidlertid alderspensjonene som settes i fokus. Tilbudet av omfattende pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende er i all hovedsak et nordisk fenomen, og tilgjengelig statistikk indikerer også at det offentlige tilbudet av sykehjemsplasser til eldre er bedre i nordiske land.

I henhold til europeisk statistikk og målt i sammenlignbare priser per innbygger (Purchasing Power Standards (PPS)) brukte både Sverige, Danmark, Nederland, Italia og Storbritannia mer penger på eldre enn Norge i 2006. Dette representerer summen av utgifter til pensjoner og eldreomsorg og gjelder både offentlige og private aktører. Utgiftene til *tjenester* for eldre er høyest i Norge, mens utgiftene til *kontantytelser* inklusive pensjoner er høyere i de overnevnte landene.

12.4.1 Om data fra europeiske land på sosiale utgifter

Gjennomgangen av nordisk statistikk for hjemmetjenester og boliger for eldre viser at selv om man legger ned mye arbeid og godvilje i å lage sammenlignende statistikk på tvers av land, slik det er gjort fra NOMESCO/NOSOCO sin side, er det svært vanskelig å sammenligne statistikk om eldreomsorg, selv for nordiske land. Selv om det kan se ut som om Norge har et lavere nivå av hjemmehjelp enn Danmark, skyldes dette i noen grad at hjelp til personlig renhold og pleie defineres som praktisk hjelp til eldre i Danmark og hjemmesykepleie i Norge. Når vi skal sammenligne utgifter til eldre, er det vanskelig å få kunnskap om slike detaljerte forskjeller. Dette gjør det særlig viktig å ta utgangspunkt i tall som er bearbeidet for et komparativt formål. Data fra Eurostat som er tilrettelagt gjennom European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS) har som formål å gi komparative data for EU-land på sosialstatistikk. NOSOCO bruker også disse dataene i utarbeidingen av sin statistikk på utgifter til eldreomsorg.

ESSPROS omfatter alle sosiale utgifter fra både offentlige og private aktører og skiller mellom følgende områder; helse, uførhet, eldre, etterlatte, familie og barn, arbeidsløshet, bostøtte og andre sosiale utgifter. Innen hvert av områdene skilles det mellom utgifter til kontantytelser og utgifter til tjenester. Innen for eksempel området helse vil kontantytelser omfatte utgifter til sykestrygd og sykefravær, mens utgifter til tjenester vil inkludere alle typer helsetjenester på alle organisatoriske nivå inklusive egenandeler. Innen eldreområdet omfatter kontantytelsene pensjoner og alderstrygd mens utgifter til hjemmetjenester, institusjoner for eldre og dagaktiviteter for eldre inngår i utgiftene til tjenester for eldre. Utgifter til ulike former for helsetjenester for eldre inngår imidlertid under helse og er ikke inkludert i utgiftene til tjenester for eldre.

Tallene fra ESSPROS presenteres både i nasjonal valuta, som andel av brutto nasjonalprodukt, i faste sammenlignbare priser med utgangspunkt i år 2000 (PPS⁴³ per innbygger 2000), og i sammenlignbare priser per innbygger (PPS per innbygger). De ulike måleenhetene har ulike styrker og svakheter som det er viktig å være oppmerksom på ved sammenligninger mellom land.

BNP brukes ofte som komparativ standard og har som formål å gi sammenlignbare tall ut fra de enkelte landenes egne utgangspunkt. Når BNP benyttes som målestokk kan land som i utgangspunktet er mindre ressurssterke sammenlignes med mer økonomisk utviklede land. Informasjon om hvor stor andel av BNP som brukes på for eksempel eldreomsorg er ment å gi et uttrykk for innsats og prioritering av eldreomsorgen korrigert for økonomisk evne. For Norges del vil imidlertid statistikk som tar utgangspunkt i BNP kunne bli noe misvisende ettersom oljevirkomheten utgjør så stor del av den norske økonomien.

Det er ingen myte at Norge er et av verdens rikeste land. I europeisk sammenheng var det bare Luxemburg som hadde høyere BNP pr innbygger enn Norge i 2007, målt i sammenlignbare pengeenheter. BNP per innbygger var 1,5 ganger høyere i Norge enn i alle andre nordiske land, men det høye nivået kan i stor grad knyttes til oljevirkomheten som utgjorde 23 prosent av BNP i 2007. Ved bruk av statistikk som relaterer seg til BNP er det viktig å huske at 1 prosent av BNP i Norge er 1,5 gang så mye som 1 prosent av BNP i Sverige, Danmark, Finland og Island.

Tall som tar utgangspunkt i BNP er heller ikke korrigert for antall innbyggere eller andel eldre i befolkningen. Dersom både Tyskland og Danmark har pensjonsalder på 65 år og begge land bruker 10 prosent av BNP på pensjoner til eldre, kan det likevel hevdes at det brukes mer på pensjoner i Danmark enn i Tyskland fordi Danmark har 15 prosent pensjonister i befolkningen mens Tyskland har 20 prosent.

Utgiftstall per innbygger gir en viktig korreksjon ved sammenligninger av europeiske land, men det er viktig å huske på at andelen eldre i befolkningen varierer. Italia har høyere utgifter til pensjoner per innbygger enn Norge, men har 20 prosent eldre i befolkningen

⁴³ (PPS-Purchasing Power Standards)

mens Norge har "bare" 15 prosent. Offentlig statistikk oppgis imidlertid ikke i henhold til utgifter per eldre, slik at variasjoner knyttet til andelen eldre i befolkningen må knyttes til tolkningen av tallene. Når utgiftene til pensjoner for eldre per innbygger målt i sammenlignbare prisenheter (PPS) er høyere i Sverige enn i Norge, kan dette i noen grad forklares av at andelen eldre i Sverige er høyere enn i Norge.

Per 1. januar 2007 var andelen eldre over 65 år betydelig lavere i Norge enn i de fleste andre europeiske land. Mens nesten 20 prosent av befolkningen i Tyskland var over 65 år, var tilsvarende for Norge bare 14,6 prosent. Nabolandet Sverige er et av de europeiske landene med høyest andel eldre (17,4 prosent), men Finland og Danmark har også en høyere andel eldre enn Norge (16,5 og 15,3 prosent eldre over 65 år).

Dersom vi imidlertid ser på andelen eldre over 80 år, finner vi at Norge toppe listen sammen med Sverige og Italia. 4,7 prosent av befolkningen i Norge og 5,4 prosent av befolkningen i Sverige var 80 år eller eldre i 2006.

At andelen eldre over 80 år er relativt høy i Norge sammenlignet med andre land kan i noen grad knyttes til høy levealder. Norge er blant de europeiske landene med høyest gjennomsnittlig levealder for nyfødte guttebarn, og overgås bare av Sverige og Island. Både Island, Frankrike og Spania har imidlertid noe lengre forventet gjestående levealder for menn og kvinner på 65 år enn Norge.

Tabell 12.3 Levealder og andel eldre i befolkningen. Utvalgte europeiske land 2006.

	Andel eldre i befolkningen		Forventet levealder ved fødsel		Forventet gjestående levealder ved 65 år	
	65 år+	80 år+	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	14,7	4,7	77,8	82,9	17,7	20,9
Sverige	17,3	5,4	78,5	83,1	17,7	20,9
Danmark	15,2	4,1	76,0	80,7	16,2	19,2
Finland	16,0	4,0	75,6	83,1	16,9	21,2
Island	11,7	3,1	79,6	82,9	18,5	20,7
Tyskland	19,3	4,5	76,7	82,4	17,2	20,5
Nederland	14,3	3,6	77,2	82,0	16,8	20,3
Frankrike	16,2	4,6	76,7	84,4	18,2	22,6
Spania	16,7	4,4	77,0	84,4	17,9	22,0
Italia	19,7	5,1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hellas	18,5	3,6	76,8	81,9	16,6	20,2
Portugal	17,1	3,9	74,9	82,3	17,5	19,4
Storbritannia	16,0	4,4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Irland	11,1	2,7	77,3	82,1	16,8	20,2

12.4.2 Utgifter til tjenester til eldre

Norge brukte mer penger per innbygger til tjenester for eldre enn noe annet europeisk land i 2006 målt i PPS per innbygger. Utgifter til tjenester for eldre inkluderer utgifter til eldreboliger, institusjoner, hjemmetjenester og dagaktiviteter. Tabellen viser også tydelig at utgifter til slike formål er et typisk nordisk fenomen. Norge bruker 3 ganger mer til slike

formål enn Nederland, 4-5 ganger mer enn Storbritannia, 6 ganger mer enn Irland og 9 ganger mer enn Frankrike. Utgiftsnivået per innbygger er imidlertid nesten like høyt i Sverige og er også relativt høyt i Island og Danmark. I Finland ligger utgiftsnivået på nivå med Nederland.

Målt som prosent av BNP, var imidlertid utgiftene til tjenester for eldre lavere i Norge enn i Sverige, Danmark og Island. I henhold til Eurostat brukte Norge 1,556 prosent av BNP på tjenester til eldre i 2006, mens Danmark og Island brukte 1,7 prosent og Sverige brukte 2,4 prosent. Finland hadde et lavere nivå enn Norge med 0,68 prosent av BNP og gjennomsnittet for EU var 0,48 prosent. Som tidligere nevnt skyldes misforholdet mellom statistikkene at BNP per innbygger i Norge ligger 1,5 ganger høyere enn andre nordiske land.

Tabell 12.4 Utgifter til eldre i utvalgte europeiske land 2006. PPS per innbygger.

	Utgifter til eldre totalt ¹⁾	Utgifter til tjenester for eldre	Utgifter til kontantytelser til eldre ²⁾	Herav: Kontantytelser til pensjon og AFP
Norge	2 901	754	2 147	2 144
Sverige	3 354	733	2 621	2 616
Danmark	3 170	542	2 628	2 627
Finland	2 393	263	2 130	2 082
Island	1 844	562	1 282	1 282
Tyskland	2 708	4	2 704	2 578
Nederland	3 076	246	2 831	2 831
Frankrike	2 903	84	2 819	2 740
Spania	1 950	95	1 855	1 778
Italia	3 172	29	3 143	2 765
Hellas	2 326	24	2 302	2 113
Portugal	1 770	77	1 693	1 649
Storbritannia	3 010	162	2 849	2 523
Irland	1 318	121	1 196	1 167

Kilde: Eurostat ESSPROS

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

²⁾ Inklusive utgifter til alderspensjoner.

12.4.3 Pensjoner

I 2006 utgjorde pensjonene 7,6 prosent av BNP i Norge, mens gjennomsnittet for EU (27 land) var nesten 12 prosent. Andelen utgifter til pensjoner, målt som prosent av BNP, var høyere i både Danmark, Finland og Sverige (10-12 prosent) enn i Norge. Disse forskjellene henger sammen med at BNP er høyere i Norge enn i andre nordiske land på grunn av oljevirkningskraften og at andelen eldre er lavere i Norge enn i andre nordiske land. Tabellen viser også at kontantytelser til eldre (alderspensjoner), målt som utgifter per innbygger i PPS, er noe lavere i Norge enn i Sverige, Danmark og flere andre europeiske land. Dette forklares delvis av andelen eldre i disse landene, men skyldes også at pensjonssystemene er

svært ulike når det gjelder både finansiering, opptjeningsrettigheter, pensjonsalder med mere.

Å sammenligne pensjonsytelser er komplekst, både fordi pensjonssystemene i hvert enkelt land er komplekse og fordi finansieringen involverer både offentlige, private og korporative aktører. Finansieringen kan være fondsbasert eller skattefinansiert, og selv om vi bare sammenligner nordiske land, finner vi forskjeller i både pensjonsalder, nivå av minstepensjoner, finansieringsmåte og skatteregler⁴⁴. Pensjonsalderen er 67 år i Norge og Island, og 65 år i Sverige og Finland. I Danmark ble pensjonsalderen satt ned fra 67 år til 65 år i 2005. En fylldig beskrivelse av ulike pensjonssystemer og forskjeller innen dette ligger utenfor rammene for dette prosjektet, men tabellen under gir en kort oppsummering av norske alderspensjonisters vilkår i sammenligning med andre nordiske land. Publikasjonen "Ålderspensionsystem i Norden" fra NOSOCO (2008) gir imidlertid en nærmere beskrivelse av forskjeller mellom nordiske land når det gjelder pensjonssystemer i dag og i fremtiden.

I tabellen har vi oppsummert noen sentrale forhold vedrørende alderspensjonene i de nordiske landene. Alle de nordiske landene har en eller annen form for grunnpensjon eller minstepensjon for alderspensjonister. I henhold til NOSOSCO⁴⁵ var denne 884 Euro i Norge og 904-905 Euro etter skatt i Sverige og Danmark. Nivået i Island var enda høyere (956 Euro) mens nivået i Finland var lavere (700 Euro). Nivået av minstepensjon (inkluderer minstepensjon pluss sært tillegg for personer som ikke har tjenstepensjon) ser dermed ut til å være noe lavere i Norge enn i andre nordiske land. Andelen minstepensjonister, særlig når det gjelder kvinner, er også betydelig høyere i Norge enn i de andre nordiske landene. Analysene fra NOSOCO viser imidlertid at for alderspensjonister totalt sett, er den gjennomsnittlige månedsinntekten høyere i Norge enn i andre nordiske land. Dette gjelder for både menn og kvinner. I henhold til Eurostat er også eldres inntekter i relasjon i befolkningen for øvrig (ratio for medianinntekt mellom eldre over 65 år og befolkningen i yrkesaktiv alder) noe høyere i Norge enn i andre nordiske land. Vi vil imidlertid understreke at det er stor usikkerhet knyttet til disse dataene da data fra NOSOSCO viser andre tall.

⁴⁴ Old Age Pension Systems in Nordic Countries.

⁴⁵ Sosial trygghed i de nordiske landene 2006/2007

Tabell 12.5 Utvalgte trekk ved alderspensjonssystemene i nordiske land

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Gjennomsnittlig inntekt for enslige minstepensjonister etter skatt (PPS Euro) ¹⁾					
	884	905	904	700	956
Andel pensjonister som mottar kun grunnpensjon/minstepensjon ²⁾					
Totalt	27,5 %	8,0 %	6,2 %	6,2 %	6,3 %
Menn	41,9 %	12,4 %	8,5 %	8,5 %	12,5 %
Kvinner	8,1 %	2,4 %	3,0 %	3,0 %	8,3 %
Gjennomsnittlig månedlig utbetaling i alderspensjon før skatt (PPS Euro) ³⁾					
Totalt	1154	951	783	965	-
Menn	1373	1119	757	1223	-
Kvinner	994	814	802	784	-
Ratio for medianinntekt for personer 65 år+ i forhold til personer under 65 år ⁴⁾					
Totalt	0,80	0,78	0,70	0,74	0,79
Menn	0,86	0,84	0,73	0,79	0,80
Kvinner	0,76	0,73	0,70	0,72	0,77

¹⁾ Kilde: Nosoco 2006/2007: Tabell 6.7

²⁾ Kilde: Nosoco 2006/2007: Tabell 6.8a. Data fra Danmark og Island er fra 2006.

³⁾ Kilde: Nosoco 2006/2007: Tabell 6.10

⁴⁾ Kilde: Eurostat. Data fra 2006

12.5 Utgifter til helsetjenester

Internasjonal statistikk gjør det ikke mulig å fordele helseutgifter etter aldersgrupper, men vi vet at en vesentlig del av ressursene i den norske helsetjenesten går til eldre. I 2007 utgjorde personer over 60 år 20 prosent av befolkningen og stod for 46 prosent av døgnoppholdene ved norske sykehus, 48 prosent av dagbehandlingene og 58 prosent av de samlede liggedøgnene⁴⁶. Personer i alderen 25-44 år har i gjennomsnitt 4,6 kontakter med allmennlege per år, mens eldre i alderen 65-74 år har et gjennomsnitt på 6,9 pasientkontakter per år. For eldre over 75 år er gjennomsnittet 9-10 pasientkontakter per år⁴⁷. Tilbud og tilgjengelighet til helsetjenester er derfor særlig viktig for eldre.

I 2006 brukte Norge 8,7 prosent av BNP på helse, mens de andre nordiske landene brukte over 9 prosent av de respektive landenes BNP⁴⁸. Forskjellen skyldes at Norge har høyere BNP per innbygger enn andre nordiske land. Målt i sammenlignbare priser og korrigert for antall innbyggere, brukte Norge 1,3 ganger mer på helse enn Danmark, 1,4 ganger mer enn Island og Sverige og 1,7 ganger mer enn Finland på helse. Reelt sett har Norge brukt mer penger på helse per innbygger enn andre nordiske og europeiske land de siste årene.

Statistikk fra Eurostat gir oss også muligheten til å skille mellom helseutgifter i form av kontantytelser (syketrygd) og utgifter til helsetjenester. Denne statistikken viser at en

⁴⁶ Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 03672

⁴⁷ Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 06358

⁴⁸ Kilde: OECD Health Data

betydelig andel av helseutgiftene i Norge er bundet opp til utgifter til sykestrygd, men viser også at Norge bruker mer penger på helsetjenester per innbygger enn andre nordiske land. I europeisk sammenheng er det bare Luxemburg som har et høyere utgiftsnivå til helsetjenester per innbygger enn Norge, målt i sammenlignbare priser.

Tabell 12.6 Utgifter til helse og sykdom i utvalgte europeiske land. Euro per innbygger i konstante priser år 2000.

	Sykdom og helse totalt	Herav:	
		Kontantytelser	Helsetjenester
Norge	3 746	1 225	2 521
Sverige	2 472	533	1 939
Danmark	2 221	356	1 865
Finland	1 957	347	1 610
Island	2 468	513	1 954
Tyskland	2 075	327	1 747
Nederland	2 479	484	1 995
Frankrike	2 255	187	2 067
Spania	1 164	200	964
Italia	1 480	114	1 366
Hellas	1 073	84	989
Portugal	857	49	807
Storbritannia	2 341	143	2 198
Irland	2 413	252	2 161

Kilde: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>). Data fra 2006.

13 Kort oppsummering

Norsk eldreomsorg i et internasjonalt perspektiv:

- Data fra Eurostat viser at det var ingen land i Europa som brukte like mye penger som Norge på tjenester til eldre i 2006, målt i sammenlignbare priser per innbygger. Tjenester til eldre omfatter både institusjonsplasser og tjenester til hjemmeboende og er eksklusive utgifter til funksjonshemmede og uføre. Målt som prosent av BNP, var imidlertid utgiftene til eldreomsorg lavere i Norge enn i Sverige, Danmark og Island. Dette henger sammen med at BNP per innbygger er 1,5 ganger høyere i Norge enn i andre nordiske land, og kan delvis knyttes til oljeaktiviteten.
- Sammenlignet med mange andre europeiske land bruker Norge mindre penger på alderspensjoner per innbygger enn både Sverige, Danmark og Frankrike (sammenlignbare priser per innbygger). I disse landene er imidlertid andelen eldre høyere enn i Norge, og pensjonsalderen lavere. Norge bruker imidlertid mer penger per innbygger på helsetjenester enn andre land i Norden og Europa. Dette kommer i tillegg til utgiftene til eldreomsorg, og har stor betydning for tilgjengeligheten til helsetjenester for eldre.
- Tilbudet av praktisk hjelp i hjemmet er ifølge tall fra NOSOSCO (Nordic Social-Statistical Committee) høyere i Norge enn i Sverige og Finland, men lavere enn i Danmark og Island.
- Tall fra NOSOSCO (Nordic Social-Statistical Committee) viser også at det samlede tilbudet av eldreboliger er høyere i Norge enn i Sverige, Danmark og Finland. Tallene er inklusive omsorgsboliger.

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

- En betydelig del av ressursene i hjemmetjenesten går til brukere under pensjonsalder. Eldre over 67 år utgjør 66 prosent av brukerne (inklusive tjenester til beboere i omsorgsboliger) og mottar 41 prosent av ressursene i hjemmetjenesten. Når det gjelder institusjonsplasser er imidlertid 90 prosent av beboerne over pensjonsalder.
- Totalt sett utgjør de eldre over 66 år 71 prosent av brukerne og står for 63 prosent av ressursene.

Forskjeller mellom kommunene:

- Det er betydelige forskjeller mellom kommunene når det gjelder både ressursinnsats, dekningsgrad og kvalitetsarbeid i eldreomsorgen.
- Brutto driftsutgifter til eldreomsorg varierer fra ca 34 000 kr til ca 182 000 kr per innbygger over 67 år og årsverksraten varierer fra 58 til 355.
- I noen kommuner mottar 7 prosent av de eldre over 67 år enten hjemmetjenester eller institusjonsplass (inklusive kort-tidsplasser), mens andre kommuner gir et tilbud til 47 prosent.
- Når vi korrigerer ressursinnsatsen i eldreomsorgen for ressurser til mottakere under pensjonsalder, finner vi at forskjellene mellom kommunene blir enda større enn når vi ikke korrigerer for yngre brukere.

- En betydelig del av forskjellene mellom kommunene er knyttet til at noen kommuner har et avvikende høyt nivå av ressursinnsats og tjenestetilbud.
- De fire indikatorene for kvalitet i eldreomsorgen som vi har studert, varierer ikke systematisk – verken med hverandre eller med kommuneprofilene. Noen kommuner har god kvalitet i form av en høy andel ansatte med fagutdanning, andre kommuner har god kvalitet gjennom god tilgang til lege på institusjon, mens andre har implementert brukerundersøkelser. Nesten alle kommuner har en høy andel enerom på institusjon.
- Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder innføring av systematiske brukerundersøkelser. 60 prosent av kommunene har innført dette, 40 prosent har ikke.
- Det er også store forskjeller mellom kommunene når det gjelder tilgjengelighet til lege på sykehjem eller annen institusjon.
- Det er nesten ingen variasjon mellom kommunene når det gjelder andel enerom. 90 prosent av kommunene har 90 prosent enerom eller mer.
- Det er også mindre variasjon mellom kommunene når det gjelder andel ansatte i brukerrettet tjeneste med relevant fagutdanning enn i for eksempel årsverk totalt. Halvparten av kommunene har mellom 68 og 77 prosent ansatte med fagutdanning. I tillegg hadde 58 kommuner mer enn 80 prosent ansatte med relevant fagutdanning.

Sammenhengen mellom utgifter, årsverk og dekningsgrad:

- Forskjellene i utgifter, årsverk og dekningsgrad er systematisk knyttet til hverandre, og innebærer at noen kommuner har et betydelig bedre tjenestetilbud av eldreomsorg enn andre kommuner. Det er også slik at kommunene varierer med hensyn til hvilken type tjeneste som tilbys. Noen har bedre utbygde hjemmetjenester, mens andre kommuner har høyere tilgjengelighet til institusjonsplasser. I denne rapporten har vi skilt mellom 7 ulike kommuneprofiler innen eldreomsorg;
- Lavinnsats-kommuner: Kommuner med generell lav ressursinnsats i eldreomsorgen og lavt tjenestetilbud
- Middelnivå-kommuner: Kommuner med et middels nivå av både ressursinnsats, hjemmetjenester og institusjonsplasser
- Hjemmetjenesteorienterte kommuner: Kommuner med en hjemmetjenesteorientert eldreomsorg
- Hjemmetjenesteorienterte kommuner med høy ressursinnsats
- Høykostnads-kommuner: Kommuner med et generelt høyt kostnadsnivå og middels eller lavt tjenestetilbud
- Institusjons-orienterte kommuner: Kommuner med en institusjonsbasert eldreomsorg
- Høyinnsats-kommuner: kommuner med et høyt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser til eldre
- Indikatorene for kvalitet samvarierer ikke systematisk med kommuneprofilene.

Hva forklarer forskjellene i kommunenes eldreomsorgsprofiler?:

- Forskjellene i kommunenes eldreomsorgsprofiler kan i stor grad knyttes til kommunenes ulike økonomiske og geografiske forutsetninger og behovsstruktur. Ressursinnsats og tilgjengelighet henger sammen med andel eldre over 90 år, andel eldre som bor alene, om kommunene har et høyt nivå av frie disponible inntekter og geografiske avstander.

Tabell 13.1 Nøkkeltall for eldreomsorgen 2007. Landsgjennomsnitt, kommunegjennomsnitt og forskjeller mellom kommunene.

	Lands- gjennomsnitt	Kommune- gjennomsnitt	Relativt standard- avvik	Min.	Max.
<i>Korrigerings for yngre brukere:</i>					
Prosent mottakere av hjemmetjenester 67 år+	66,0	67,7	18,3	0	95,7
Prosent timer i hjemmetj. til mottakere 67 år+	40,8	45,3	42,6	0	96,6
Prosent beboere på institusjon 67 år+	90,2	92,7	8,2	56	100
Prosent av ressurser totalt til eldre 67 år+	62,9	68,1	18,7	32,7	97,3
<i>Brutto driftsutgifter:</i>					
Brutto driftsutgifter per innb. 67 år+	64 945 kr	73 675 kr	28,9	34 624	82 927
Brutto driftsutg. hjemmetj. 67 år+	19 085 kr	20 838 kr	54,5	0	80 521
Brutto driftsutg. institusjoner 67 år+	45 860 kr	52 837 kr	39,4	9 822	73 437
<i>Årsverk:</i>					
Årsverk i alt per 1000 innb. 67 år+	122	144	31,8	58	355
Årsverk brukerrettet tjeneste rate 67 år+	115	134	30,4	51	316
Årsverk med relevant fagutd. rate 67 år+	82	96	29,2	31	235
<i>Dekningsgrad:</i>					
Dekningsgrad hjemmetjenester 67 år+	17,4 %	19,0 %	21,0	4	41
Dekningsgrad hjemmetjenester 80 år+	34,3 %	36,0 %	19,2	8	64
Dekningsgrad institusjon 67 år+	6,2 %	7,0 %	39,3	0	26
Dekningsgrad totalt 67 år+	23,6 %	25,9 %	19,4	7	47
<i>Kvalitet:</i>					
Andel årsverk i brukerrettet tj. med fagutd.	71,0	72,3	9,8	46	91
Andel kommuner med brukerundersøkelser	60,0	60,0	80,6	Nei	Ja
Minutter med lege på inst. per beboer per uke	18,6	17,4	55,9	1,8	112,8
Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste	8,3	8,3	23,9	1,8	15,9
Andel enerom	92,0	94,6	9,9	38	100

Trondheim

Adresse: 7465 Trondheim

Telefon: 40 00 25 90

Telefaks: 93 07 05 00

E-post: helse@sintef.no

Url: www.sintef.no/helse

Oslo

Adresse: Postboks 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon: 40 00 25 90

Telefaks: 22 06 79 09

E-post: helse@sintef.no

Url: www.sintef.no/helse