

**VID**

**AGENDA**  
**K A U P A N G**



## **Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad**

Færre institusjonsplasser,  
mer omfattende hjemmetjenester



**Oppdragsgiver:** KS

**Rapportnr.:** R9342

**Rapportens tittel:** Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad  
Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester

**Ansvarlig konsulent:** Liv Wergeland Sørbye og Per Schanche

**Medforfattere:** Sidsel Sverdrup, Birgit Brunborg

**Kvalitetssikret av:** Svein Lyngroth

**Foto** Liv Wergeland Sørbye

**Dato:** 8. april 2016

## **Forord**

Dette prosjektet er gjennomført på oppdrag fra KS. Prosjektet omhandler kommunenes dekningsgrad av heldøgns omsorg, og undersøker muligheten for en mer lik praksis for beregning av behovet for heldøgns omsorg i kommunene, og hvorvidt dette lar seg overføre til et nasjonalt nivå. Prosjektet har vært gjennomført i perioden august 2015 til mars 2016.

Sentrale kontaktpersoner i KS har vært fagleder Anne Gamme, rådgiver Hilde Ravnås, spesialrådgiver Geir Halstensen, seniorrådgiver Trond Hjelmervik Hansen og rådgiver Ann Lisbeth Sandvik.

Prosjektet har vært gjennomført i et samarbeid mellom VID vitenskapelige høgskole (tidligere Diakonhjemmet høgskole) og Agenda Kaupang. Medarbeidere fra VID vitenskapelige høgskole har vært professor Liv Wergeland Sørbye, som også har vært prosjektleder, professor Sidsel Sverdrup og dosent Birgit Brunborg. Medarbeidere fra Agenda Kaupang har vært seniorrådgiver Per Schanche og kvalitetssikrer seniorrådgiver Svein Lyngroth.

Prosjektet har hatt en referansegruppe. Den har bestått av kommunaldirektør Velferd Eva Waaler fra Bærum kommune, fagsjef Eva Hurtig fra Byrådsavdeling og spesialrådgiver Elisabeth Bøe fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune, Kjell Andreas Wolff, Bergen kommune og Pål Arne Edvinsen fra Ullensaker kommune.

I forbindelse med datainnsamlingen har det vært gjennomført en rekke informantintervjuer. Det har også vært gjennomført en dialogkonferanse med referansegruppen, berørte aktører og eksperter på området.

Vi ønsker å takke alle som har bidratt gjennom intervjuer, samtaler og konferanse for nyttige og viktige erfaringer, synspunkter og konstruktive kommentarer.

Oslo, 8. april 2016

VID vitenskapelige høgskole/Agenda Kaupang



# Innhold

## SAMMENDRAG

	Bakgrunn	7
	Metode og gjennomføring	7
	Funn	7
	Konklusjoner og anbefalinger	9
<b>1</b>	<b>BAKGRUNN, HOVEDSPØRSMÅL, METODE OG ORGANISERING</b>	<b>13</b>
1.1	INNLEDNING	13
1.2	MANDAT OG PROBLEMSTILLINGER	13
1.3	OPPLEGG OG GJENNOMFØRING	13
1.4	VALG AV KOMMUNER	17
1.5	HYPOTESER VED STARTEN AV ARBEIDET	19
<b>2</b>	<b>RELEVANT FORSKNING</b>	<b>21</b>
2.1	ELDRE OG EGEN BOLIG	21
2.2	PREDIKTORER FOR FAST Plass I SYKEHJEM	22
2.3	ETISKE OG JURIDISKE UTFORDRINGER	23
2.4	OPPSUMMERING	24
<b>3</b>	<b>BEGREPER OG STATISTIKK</b>	<b>25</b>
3.1	INNLEDNING	25
3.2	DEFINISJON AV BEGREPER	25
3.3	HELDØGNSTILBUDET I NORGE BELYST MED ULIK STATISTIKK	29
3.4	BOLIGTILBUD FOR ELDRE I DE NORDISKE LANDENE	33
3.5	STATISTISK PRESENTASJON AV EKSEMPELKOMMUNENE	35
3.6	KONKLUSJONER	40
<b>4</b>	<b>INTERVJUER OM PLANLEGGINGEN PÅ STRATEGISK NIVÅ</b>	<b>41</b>
4.1	INNLEDNING	41
4.2	STRATEGIER FOR UTVIKLING AV HELE OMSORGSTILBUDET (OMSORGSTRAPPEN)	43
4.3	PLANER FOR UTVIKLING AV HELDØGNSTILBUDET	44
4.4	GJENNOMFØRING KREVER KOMPETANSE OM BYGG OG ØKONOMISTYRING	46
4.5	STATLIG STYRING OG DIALOG MED POLITISK NIVÅ	47
4.6	HELDØGNSTILBUDET SETT I SAMMENHENG MED ANDRE BOLIGER FOR ELDRE	48
4.7	BRUK AV STATISTIKK	49
4.8	DEKNINGSGRAD SOM GRUNNLAG FOR PLANLEGGING	50
4.9	KONKLUSJONER	53
<b>5</b>	<b>INTERVJUER MED LEDERE OM TILDELING</b>	<b>54</b>
5.1	INNLEDNING	54
5.2	INTERVJUER MED LEDERE PÅ STRATEGISK NIVÅ OM TILDELING	54
5.3	INTERVJU MED LEDERE FOR TILDELING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER	57
5.4	KONKLUSJONER	61
<b>6</b>	<b>INTERVJU MED AVDELINGSLEDERE</b>	<b>62</b>
6.1	OM DENNE DELEN AV UNDERSØKELSEN	62
6.2	TEMA 1: PRAKSIS FOR TILDELING AV SYKEHJEMSPASSER	62
6.3	TEMA 2: HOVEDÅRSÅK TIL INNLEGGELSE OG OMFANG AV TILBUD FØR INNLEGGELSE	63

6.4	TEMA 3: VURDERING AV BEBOERNES FUNKSJONSEVNE	64
6.5	TEMA 4: ALTERNATIVE TILTAK FOR Å HINDRE INNLEGGELSE	65
6.6	KONKLUSJONER	66
<b>7</b>	<b>KARTLEGGING AV SITUASJONEN TIL ELDRE MED STORE OMSORGSBEHOV</b>	<b>67</b>
7.1	INNLEDNING	67
7.2	RESULTATER AV KARTLEGGINGEN	67
7.3	MÅL FOR PLEIETYNGDE OG RISIKO FOR SYKEHJEMSINNLEGGELSE	73
7.4	KOMMUNALE TJENESTER	75
7.5	BETYDNINGEN AV EN HENSIKTMESSIG PLEIE OG OMSORGSSTATISTIKK	75
	Heldøgns omsorg – hva er et rettferdig tilbud?	76
	Kvalitet er noe mer enn tjenestetildeling	76
7.6	OPPSUMMERING	77
<b>8</b>	<b>PÅRØRENDE</b>	<b>78</b>
8.1	OMSORSGGIVERE SIN SITUASJON	78
8.2	BUNDET TIL HJEMMET	81
8.3	KORTTIDSOPPHOLD	81
8.4	HJEM SOM INSTITUSJON	82
8.5	BESØKSVENN	83
8.6	OPPSUMMERING	83
<b>9</b>	<b>TO MULIGE FREMTIDIGE BANER FOR HELDØGNSTILBUDET</b>	<b>84</b>
9.1	INNLEDNING	84
9.2	TROLIG REDUSERT BEHOV FOR SYKEHJEM OG ANDRE BOTILBUD DE NESTE ÅRENE	84
9.3	FORUTSETNINGER BRUKT I BEREGNINGENE	85
9.4	FREMSKRIVNING I TO BANER	86
9.5	KONKLUSJON	88
<b>10</b>	<b>OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER</b>	<b>89</b>
10.1	MANDAT OG PROBLEMSTILLINGER	89
10.2	HOVEDKONKLUSJONER	90
10.3	NÆRMERE OM SVAR PÅ DE FIRE PROBLEMSTILLINGENE	90
10.4	ANBEFALINGER	94
	<b>REFERANSER</b>	<b>98</b>
	<b>VEDLEGG: DETALJER FRA KARTLEGGINGEN OMTALT I KAPITTEL 7</b>	<b>103</b>

# Sammendrag

## Bakgrunn

I Norge har velferdsstaten sørget for omsorgen for de gamle. Det har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25 % av antall eldre over 80+ år. Det skapes usikkerhet og uklarhet når begrepene man anvender gis ulikt innhold ved beregning av behov. En rekke nasjonale og internasjonale studier viser at den økte andel av eldre skaper nye samfunnsmessige utfordringer. Dette innebærer at den norske velferdsmodellen blir satt på prøve. De siste tiårene har de andre nordiske landene trappet ned den klassiske institusjonsmodellen, mens Norge langt senere er kommet i gang med alternative tilbud til heldøgns omsorg.

Prosjektet har vært avgrenset til å gjelde den eldre delen av befolkningen som er 80 år eller eldre. Fokus har vært på hvordan kommunene har organisert eldreomsorgen med vekt på andel boliger med og uten heldøgns omsorg. Søkelystet har også vært rettet mot sammenhengen mellom ulike boliger og de helsefaglige behovene eldre over 80 år har, i tillegg til de nærmeste pårørende sine behov.

## Metode og gjennomføring

Som grunnlag arbeidet formulerte vi hypotesen om at en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år) bør være en anbefalt norm. Det har vært anvendt et bredt spekter av ulike typer data: en gjennomgang av aktuell litteratur, statistikk og begreper. Utvalget bestod av 26 casekommuner av disse ble 6 definert som eksempelkommuner. Det har vært utført intervjuer, både telefonisk og individuelt, med flere informantgrupper, herunder med ledere og planleggere på strategisk nivå i alle casekommuner. I de seks eksempelkommunene ble det gjennomført intervju med avdelingsledere på sykehjem og med ledere på tildelingskontor og utadvendte tjenester. I tillegg ble pårørende til eldre med omfattende omsorgsbehov i alle eksempelkommuner intervjuet. Videre har det i eksempelkommunene vært utført en vurdering av eldre med omfattende omsorgsbehov. Det har også vært gjennomført en dialogkonferanse.

## Funn

### Ulik forståelse av «heldøgns omsorg» gjør planleggingen vanskelig

Et viktig funn er at sentrale aktører som Husbanken, SSB og kommunene anvender begrepet «heldøgns omsorg» forskjellig. Særlig får kravene til personalbase betydning for hvor mye som skal regnes som et heldøgns tilbud. SSB og Husbanken stiller ulike krav her. SSB omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet, og statistikken bygger på sine krav til personalbase, som imidlertid ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Ledere på strategisk og operativt nivå i kommunene har heller ingen felles forståelse av begrepet.

Det er en utfordring for hele feltet, både administrativt og politisk når politikere og sentrale og lokale beslutningstakere ikke har felles innhold i de begrepene de anvender. Blant annet gir det ulike forståelser av hvor stor dekningsgraden er, og hvor stort behov man egentlig skal dekke.

### Heldøgns omsorg omfatter svært ulike tilbud

Informantene forteller at heldøgnsstilbudet er et samlebegrep for svært ulike tilbud når det gjelder type plass, hvor plassene blir tilbudt og omfanget av bemanningen. Noen eksempler på plasser som har blitt omtalt i intervjuene er langtidsplass, skjermede plasser for demente, spesialplasser for utagerende demente, korttidsplass, rehabiliteringsplass og avlastningsplass. Plassene blir tilbudt på sykehjem, aldershjem og omsorgsbolig. Det er store forskjeller i bemanningen for de ulike tilbudene. Den såkalte pleiefaktoren (antall brukere/antall årsverk) vil kunne variere fra rundt 0,2 til 1,5.

Det er også store forskjeller på omfanget av bistand som gis i boliger med personell hele døgnet. Statistikk fra åtte kommuner viser at gjennomsnittlig antall tilbudte timer varierer fra 8,7 timer i Oslo til 43,8 timer i Fjell. Tilbudet om heldøgns omsorg i boliger blir altså gitt til brukere med svært ulike behov for bistand.

### **Alle kommuner med høy dekning er små kommuner**

35 % av landets kommuner hadde i 2014 en høyere dekning enn 20. Bare 12 % av landets innbyggere bor i disse kommunene. En mulig forklaring kan være at i noen kommuner vil utbygging av et sykehjem med normal størrelse gi høy dekning fordi kommunen har så få eldre. Små kommuner med høy dekning har ikke vært prioritert i vårt arbeid.

### **Inntektsnivået av relativt liten betydning for tilbudet av heldøgns omsorg**

Kommuner med høye inntekter har i liten grad brukt disse inntektene til utbygging av heldøgns-tilbudet. Og kommuner med lave inntekter kan samtidig ha en høy dekning for heldøgns-tilbudet. Det ser med andre ord ut til at andre forhold enn inntekt er av større betydning når man skal forklare forskjeller mellom kommuner i dekningen.

### **Botilbud til eldre er 50 % høyere i Norge enn resten av Norden**

De andre nordiske landene skiller ikke i statistikken mellom tilbudet om heldøgns omsorg med andre botilbud til eldre. Det samlede botilbudet i Norge er rundt 50 % høyere enn det som er vanlig i de andre nordiske landene. Sammenlikningen gir en indikasjon på at det er mulig å etablere et tilbud med lavere dekning også i Norge.

### **Kommunene satser på utvikling av de trinnene i midtre og nedre del av omsorgstrappen**

Det er slående hvor stor vekt kommunene legger på å utvikle tilbudet på de trinnene i midtre og nedre delen av omsorgstrappen, og hvor mange av tiltakene går igjen i flere kommuner. Mange av kommunene forteller om tiltak på følgende områder: Hverdagsrehabilitering, mobilisering av frivillige og velferdsteknologi med trygghetsalarmer og andre tiltak.

### **Gode boliger for eldre reduserer behovet for bygging i kommunal regi**

I mange kommuner er det imidlertid vanlig å se heldøgns-tilbudet i sammenheng med andre botilbud til eldre. Mange kommuner har erfart at sentrumsnære boliger kan være attraktive for personer over 50 år. I slike leiligheter kan det være lettere å møte alderdommen enn i eneboliger som ligger mer i utkanten av kommunen. Fordelen for kommunen med slike boliger på det private markedet, er at de reduserer behovet for utbygging av boliger i kommunal regi og de kan legge grunnlag for mer rasjonell drift av hjemmetjenestene.

### **Reduksjon i dekningsgrad som ikke er tallfestet**

Beregningene av fremtidig behov blir ofte gjort med utgangspunkt av en videreføring av dagens dekningsgrader. Informantene i kommuner med en slik tilnærming gir samtidig uttrykk for at økt satsing på hjemmebasert omsorg vil kunne føre til redusert behov for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Det er sjelden at en eventuell reduksjon er tallfestet. En begrunnelse er at det er vanskelig å vite hvor stor reduksjonen vil bli, og at det kan være like greit å tilpasse utbyggingen etter hvert som man vinner erfaring med hvor stor reduksjonen faktisk vil bli.

### **Kommunale politikere støtter vridningen fra sykehjem til tilbud i hjemmet**

De aller fleste av politikere i kommunene i vår undersøkelse støtter utviklingen om å satse mer på hjemmebasert omsorg til erstatning for sykehjem. Det gjorde de ikke i samme grad for noen år siden.



### **Staten snakker med to tunger**

De siste årene har staten gitt en rekke signaler om at kommunene bør satse sterkere på forebygging. Samtidig gir staten signaler om betydningen av å bygge ut flere sykehjem og boliger med heldøgns omsorg. Flere av våre informanter har gitt uttrykk for at disse signalene ikke helt henger sammen. Informantene opplever altså at «staten snakker med to tunger».

### **Eldre med alvorlige medisinske tilstander får plass i sykehjem**

Det ble gjennomført en vurdering av 56 eldre som fikk omfattende hjemmetjenester. Gjennomsnittsalderen var 87,5 år. Mange hadde hatt et eller flere korttidsopphold i sykehjem i løpet av de siste fem årene og vel en fjerdedel hadde vært innlagt i sykehus i løpet av de tre siste månedene. Med hensyn til tjenestetilbudet så hadde en tredjedel hatt hjemmesykepleie i mer enn 5 år. Omfanget av hjemmesykepleietimer pr. uke var 8. Gjennomsnittlig antall besøk hver dag var 2,5.

De viktigste årsakene til hjemmesykepleie var hjelp til medikamenthåndtering, personlig hygiene og ernæring. Få hadde formelle behandlingsopplegg eller sykepleiefaglige prosedyrer (kateterstell, sårskift, rehabilitering). Deres plager ble stort sett lindret ved hjelp av god pleie og medisiner. Vel en tredjedel ble vurdert til å være moderat til svært alvorlig kognitivt svekket. De medikamentene som ble gitt hyppigst var smertestillende og sovemedisiner. En femtedel hadde behov for anti-depressiva og en tilsvarende andel for angstdempende medisiner.

I tillegg til disse nevnte plagene var det få som hadde andre symptomer som svimmelhet, ustabil gange, dyspné, utmattelse eller plager fra mage/tarm. Vel en tredjedel av pasientene vurderte sin egen helse til å være dårlig. Pasientens opplevelse av sin situasjon var sammenfallende med objektive kvalitetsindikatorer som viste høy pleietyngde og risiko for institusjonsinnleggelse.

### **Fornøyde pårørende, men føler de kommer til kort**

Omsorgsgiver var i snitt 64 år og var oftest en datter eller en sønn. Der ektefeller bodde sammen, klarte de eldre seg lengre i egen bolig. De pårørende klaget over tunge pleieoppgaver. Mange pårørende hadde imidlertid konstant dårlig samvittighet for ikke å stille opp nok. Ordningen med korttidsopphold gjorde det lettere å ta ansvaret som omsorgsgivere.

For å kunne gi et fullgodt tilbud utenfor institusjon krevers kontinuitet i hjemmetjenestene. Det må sikres høy faglig kompetanse, evne til dokumentasjon og analyse av kvalitative og kvantitative data. Omsorgen skal gis på pasientens premisser. Pårørende sin situasjon er ofte avgjørende for om den gamle fortsatt kan bo i eget hjem.

### **Konklusjoner og anbefalinger**

Funnene i rapporten danner grunnlag for konklusjonene og anbefalingene som blir omtalt i det følgende.

#### **Begrepene i statistikken må defineres på nytt**

Begrepet heldøgns omsorg bør omfatte tilbud både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger. Det vil være nødvendig med ytterligere utredninger for å komme frem til en mer presis definisjon av begrepene. Blant annet vil det være nødvendig å ta stilling til i hvilken grad velferdsteknologi kan påvirke definisjonene.

Et skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne kan være et viktig grep som grunnlag for mer presis kommunal planlegging. Dette grepet kan gjøres uavhengig av om man bruker begrepet heldøgns omsorg. Samtidig er det viktig å legge til rette for fleksibel bruk av boligene. Det bør være mulig å gi beboerne bistand deler av døgnet i perioder hvor beboerne har mindre behov for hjelp. Statistikken bør altså skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne.

For kommunene vil det viktigste antakelig være å fokusere på det samlede behovet for boliger som skal bygges i kommunal regi, og sørge for at boligene er egnet for fleksibel bruk.

Husbanken bør gi tilskudd til boliger som egner seg for heldøgns omsorg. I så fall ville også Husbanken skilt mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne. Et slikt tilskudd kunne vært et signal til kommunene om å legge opp til fleksibel bruk av boligene.

### **Statistikken kan utvides og gjøres mer tilgjengelig**

Statistikk er et viktig grunnlag for planlegging av tilbudet både for kommunale og statlige myndigheter. Intervjuene vi har foretatt med kommunale ledere viser at det er behov for bedre statistikk. Det er mulig å gjennomføre ulike forbedringer som vil gjøre statistikken betydelig mer relevant og tilgjengelig:

- Bruk av begreper bør samordnes mellom Husbanken og SSB. Samordning av begrepene vil bidra til mindre forvirring i dialogen mellom aktører på ulike nivåer.
- Tilrettelegge statistikk for kommunene med dekningsgrader for ulike aldersgrupper og ulike deler av tilbudet. Det er aktuelt med en inndeling av tilbudet på korttids- og langtidsopphold på institusjon og for boliger med ulikt omfang av bemanning. Svakheten med dagens statistikk er at den verken er tilstrekkelig detaljert eller tilrettelagt for kommunal planlegging.
- Det bør utarbeides statistikk for tilbud til ulike brukergrupper. Aktuelle brukergrupper er eldre, funksjonshemmede og personer med rus- og psykiske problemer.
- Det bør også utarbeides statistikk for heldøgns omsorg gitt i private hjem.
- Det anbefales å gjennomføre et prøveprosjekt hvor de eldre hjemmeboende blir vurdert både med IPIOs og RAI-HC. Resultatene vil vise i hvilken grad de er korrelasjon mellom disse to skjemaene i forhold til blant annet: pleietyngde, kognitiv fungering, ernæringsstatus, sosialfungering og pårørendes situasjon
- Kommunenes elektroniske hjemmesider kan gjøres mer brukerrettet med informasjon om for eksempel hvordan kommunene skal planlegge for heldøgns omsorg.
- Statistikken må skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne.
- Det er nødvendig å skille mellom kapasitet og faktisk utnyttelse. Kapasiteten sier noe om boliger som egner seg for heldøgns omsorg, og utnyttelsen sier noe om hvor mange boliger som blir brukt til formålet. Utnyttelsen vil være lavere enn kapasiteten.

### **Sentrale aktører bør ha en felles bruk av begrepene**

I tilbudsforespørselen fra KS heter det at regjeringen ønsker å «etablere en plan sammen med KS om årlige mål for utbygging av flere plasser i heldøgns pleie og omsorg».

I samarbeidet mellom aktørene vil det opplagt være en fordel med en mer entydig definisjon av begrepet. Det burde være et mål at sentrale aktører som Husbanken, SSB og KS hadde en omforent og felles bruk av begreper. En felles bruk av begreper blant disse aktørene vil også kunne bidra til mer presis planlegging på kommunalt nivå.

Det er fornuftig at statlige myndigheter samarbeider med KS om utviklingen av tilbudet. Også denne planleggingen bør rettes mot bygging av sykehjem og om boliger som er egnet for heldøgns omsorg.

### **Sentrale aktører kan gi metodisk støtte i planleggingen av heldøgnsstilbudet**

Støtten kan omfatte bistand til hvordan man kan utnytte relevant statistikk i planleggingen av heldøgnsstilbudet. Slik støtte kan bli gitt av aktører som Husbanken og KS.

I Norge har det gjennom flere tiår vært vanlig å planlegge heldøgnsstilbudet ut i fra det samlede antall plasser dividert på antall personer over 80 år. Denne særnorske tilnærmingen er grov og blir

antakelig benyttet i mangel på mer detaljert statistikk. Det foreslås at denne tilnærmingen avvikles. Forutsetningen er selvfølgelig at det utarbeides relevant statistikk for ulike aldersgrupper.

Det kan også være fornuftig å gi kommunene noe hjelp om hvordan statistikken kan brukes. Videre kan det være nyttig for kommunene om det ble tilrettelagt statistikk med utviklingstrekk for den enkelte kommune og landet som helhet.

### **En veiledende norm for alle kommuner er ikke fornuftig**

Bakgrunnen for vårt prosjekt har vært at regjeringen ønsker å «etablere en plan sammen med KS om årlige mål for utbygging av flere plasser i heldøgns pleie og omsorg». Spørsmålet har vært om det er mulig å tenke seg en mer lik praksis for beregning av behovet i kommunene, og om dette lar seg overføre til et nasjonalt nivå.

Som grunnlag for vårt arbeid formulerte vi hypotesen om at en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år), bør være en anbefalt norm. Arbeidet i prosjektet har skapt tvil om det er hensiktsmessig med en norm for denne delen av tilbudet. Den viktigste grunnen er at tilbudet om heldøgns omsorg omfatter svært ulike nivåer av bistand både for sykehjem og boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet. I tillegg gir ikke statistikken et helt pålitelig bilde av dagens situasjon, selv etter de prinsippene som gjelder. Disse forholdene har gjort at det ikke er et tilstrekkelig grunnlag for å verifisere hypotesen vi hadde da arbeidet startet.

Konklusjonen er altså at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det blir vist til at det er en myte at det eksisterer en statlig norm på en dekningsgrad på 25 %. Det blir vist til at det ikke eksisterer en slik statlig norm, og at en dekningsgrad på 25 % savner også et faglig vitenskapelig belegg.

### **En differensiert kommunal norm kan være fornuftig**

En kommunal veiledende norm kan imidlertid fortsatt være fornuftig. Det anbefales at en slik norm tar utgangspunkt i det samlede tilbudet av sykehjem og boliger til eldre. Dernest kan man eventuelt også se på den delen av botilbudet som egner seg for heldøgns omsorg. Det fordrer at det er mulig å finne frem til en hensiktsmessig avgrensning av heldøgns omsorg.

Normen kan ikke være lik for alle kommuner. Nivået avhengig av levealder, kulturelle forhold, geografiske avstander, utviklingen av resten av omsorgstrappen, hjemmetjenestenes kompetanse og en vellykket boligpolitikk for eldre. Normen bør derfor differensieres ut fra en vurdering av disse forholdene. En norm som er tilpasset særegne forhold i den enkelte kommune gjør at det ikke gir særlig mening å snakke om en norm på nasjonalt nivå.

### **Antall heldøgns plasser blir trolig redusert de neste ti årene**

Det er mange argumenter som taler for at dekningsgraden av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt blir redusert i årene som kommer. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig.

Videre viser vårt materiale at vi hadde få eldre med komplekse medisinske utfordringer. Disse pasientene er allerede tatt hånd om i institusjon. Det skulle derfor ligge godt til rette for eldre som bor hjemme kunne tas hånd om av kommunen på en god måte. Kompetanseoppbygging og muligheter til mer tid hos pasienter i risikozonen er viktig.

Derfor er det sannsynlig at antall plasser blir redusert i årene som kommer. Planleggingen på nasjonalt nivå bør primært rettes mot en reduksjon av institusjonsplasser, og ikke en økning.



# 1 Bakgrunn, hovedspørsmål, metode og organisering

## 1.1 Innledning

Norge er et av de landene i Europe, hvor det er lettest og få tildelt kommunal hjemmesykepleie, og terskelen for en sykehjemsplass er relativt lav. Norge har de siste tiårene hatt et høyt sysselsettingsnivå med en høy andel utarbeidende kvinner. Den nordiske velferdsmodellen har satt institusjonsomsorgen som gullstandarden for god eldreomsorg. Mens de andre nordiske landene begynte å trappe ned på antall plasser i tradisjonelle sykehjem på 90 tallet, fortsatte Norge å bygge opp plassene (Rostgaard and Szebehely 2012). Medisinsk ekspertise mente også så sent som i 2002 at Norge burde ha en dekningsgrad for sykehjemsplasser på 25 % av eldre over 80 år (Bakke 2002). Den sittende regjering har gått til valg på at de skal gjennomføre lovpålagt rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester - kriterier og ventelister (jf. Høringsuttalelse, Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

## 1.2 Mandat og problemstillinger

KS vektlegger i sin tilbudsforespørsel at det vil være behov for heldøgns omsorg i fremtiden, til tross for at de fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig. Satsing på forebygging, mer enn generell innretning mot mer hjemmebaserte tjenester, er et viktig mål for eldreomsorg. KS er opptatt av å ikke svekke incentivene til kommunenes arbeid med forebygging i eldreomsorgen. En storstilt utbygging av heldøgns omsorg er ikke bærekraftig, verken når det gjelder tilgang på personell eller andre ressurser. Vårt mandat har bestått av følgende overordnet spørsmål og problemstillinger:

### Overordnede spørsmål

1. Er det er mulig å tenke seg en mer lik praksis for beregning av behovet i kommunene?
2. Lar en slik praksis seg overføre til et nasjonalt nivå?

### Problemstillinger

1. Hva slags dekningsgrad tar kommunene utgangspunkt i når de beregner behov for heldøgns omsorg i en planperiode?
2. Hva forklarer forskjellene mellom kommunal innretning av heldøgns tilbudet?
3. Hva er praksis for tildeling av tjenester enten i eget hjem eller som heldøgns omsorg?
4. Hva forklarer ulik ventetid mellom vedtak og vurdering av behov for heldøgns plass og tildeling av plass?

KS har ønsket mer innsikt i ulike sider ved den kommunale praksisen (de fire problemstillingene) som grunnlag for å etablere en likere praksis i kommunene (overordnet spørsmål). Oppgaven er avgrenset til den eldre delen av befolkningen. Det betyr med andre ord at prosjektet ikke tar for seg den delen av heldøgnsstilbudet rettet mot yngre aldersgrupper.

## 1.3 Opplegg og gjennomføring

I prosjektet har det vært gjennomført følgende aktiviteter:

- Gjennomgang av statistikk og begreper
- Litteraturgjennomgang
- Intervjuer med ledere og planleggere på strategisk nivå (26 kommuner)
- Intervjuer med ledere på avdelingsledere på sykehjem (6 kommuner)
- Intervjuer av ledere på tildelingskontor (8 kommuner)
- Intervjuer med pårørende til eldre med omfattende omsorgsbehov (6 kommuner)
- Kartlegging av omsorgsbehov til eldre med omfattende omsorgsbehov (6 kommuner)
- Dialogkonferanse

Det har blitt gjennomført intervjuer med ledere og planleggere på strategisk og operativt nivå i 26 casekommuner. Formålet med intervjuene var å belyse hvordan planleggingen av heldøgnsstilbudet skjer på overordnet nivå i disse kommunene.

Av disse 26 casekommunene er det gjort et utvalg på 6 eksempelkommuner hvor det er gjennomført intervjuer med ledere på operativt nivå som har omfattet ledere av tildelingsenheten og avdelingssykepleiere på sykehjem. I tillegg har det vært gjennomført intervjuer med pårørende. I eksempelkommunene har vi derfor et grunnlag for å sammenlikne hvordan de ulike aktørene opplever tilbudet.

I eksempelkommunene er det foretatt en kartlegging av omsorgsbehovet for noen av de mest skrøpelige blant brukerne i hjemmetjenesten. Resultatene av kartleggingen blir brukt som et grunnlag for en drøfting av om det er tilstrekkelig å gi et tilbud til disse brukerne i egne hjem. Dersom vi finner at disse brukerne krever omfattende omsorg, peker det i retning av at det kan være fornuftig å gi et tilbud på sykehjem. Hvis vi derimot finner at behovet for omsorg ikke er så stort, vil det være lettere for kommunen å gi et tilbud hjemme hos brukeren. Kartleggingen er foretatt ved å bruke en metode som også brukes i andre land. Dette gir et grunnlag for å sammenlikne omsorgsbehovet for hjemmeboende brukere i Norge med tilsvarende brukere i andre land.

### **Gjennomgang av statistikk og begreper**

Mandatet for vårt arbeid har vært å undersøke mulighetene for å etablere en mer lik praksis for å beregne behovet for heldøgns omsorg. En slik praksis forutsetter en omforent forståelse av hva begrepet «heldøgns omsorg» betyr. Underveis i vårt arbeid har det blitt klart at det er stor forskjell i hvordan begrepet blir brukt, både blant statlige og kommunale aktører. Det har derfor blitt brukt noe tid til å klargjøre de forskjellige måtene begrepene blir brukt, og til å reflektere over hva grunnen kan være til at aktørene bruker begrepet forskjellig. Denne delen av arbeidet har blitt viktigere enn først antatt.

Videre har det blitt hentet inn statistikk som beskriver dagens dekning og utviklingen av sykehjem og andre botilbud for eldre, både for Norge og andre land i Norden.

### **Litteraturgjennomgang**

Vi presenterer en kort omtale av faglitteratur, offentlige utredningen, rapporter samt forskningslitteratur. Det er ikke foretatt et systematisk litteratursøk. Hensikten er å kunne sammenligne norske forhold med internasjonalt arbeid relatert til de eldres behov for ulike bo- og omsorgstilbud. Samfunnet er i endring og det er også eldres behov for kommunale tjenester. De store ulikheter det er i de forskjellige norske kommuner og erfaringer fra andre land kan gi ny kunnskap til et utfordrende omsorgsfelt.

### **Intervjuer med ledere og planleggere på strategisk nivå**

Det ble sendt invitasjon pr. mail til rådmenn i 42 kommuner som var valgt etter kriteriene omtalt i kapittel 1.4. En del kommuner svarte positivt på mailen og andre svarte positivt etter purring på telefon. I alt 26 kommuner har deltatt som casekommuner.

Informantene var i hovedsak helse- og omsorgssjefer eller liknende. Disse lederne utgjør i de fleste tilfelle en del av rådmannens ledergruppe. Noen av disse lederne kan også være plassert på nivået under i organisasjonen. Uansett har de hatt god oversikt over planleggingen i kommunen. I de fleste tilfelle har de også hatt oversikt over praksisen for tildeling av tjenester. Denne praksisen kjenner imidlertid lederen av tildelingsfunksjonen enda bedre, som også er intervjuet i noen kommuner.

I noen kommuner som Tromsø og Stjørdal har vi intervjuet stabspersoner, som har planleggingen av heldøgnsstilbudet som en del av sine oppgaver. I de største kommunene er det vanlig at det arbeider personer på heltid med disse oppgavene.

I intervjuene er det brukt en egen intervjuguide, som var drøftet med oppdragsgiver og referansegruppa før intervjuene ble gjennomført.

### **Intervjuer med avdelingsledere på sykehjem (6 eksempelkommuner)**

En av de administrative lederne for pleie og omsorg i hver av de seks utvalgte kommunene skaffet oss kontakt med en avdelingssykepleier ved et sykehjem. Vi ønsket å få informasjon om de 2–4 siste «nye» beboere (< 3 måneder botid i sykehjem). Avdelingssykepleierne presenterte hvert «case» med sosiodemografiske data og funksjonsvariabler, samt omfang av mottatt hjemmetjenester før innleggelse med utgangspunkt i IPLOS. Hensikten var å høre hva hovedårsaken til innleggelse i sykehjem var og hvilke tiltak som eventuelt kunne vært iverksatt for å hindre sykehjemsinnleggelse.

### **Intervjuer med pårørende til eldre med omfattende omsorgsbehov (6 eksempelkommuner)**

Vi ønsket også intervju med de som stod nærmest tjenestemottakere som ventet på heldøgns omsorg, og personer som kjenner de som nylig har fått plass i institusjon. Den opprinnelige planen var å velge ut seks kommuner fra de tre hovedgruppene (lav, middels og høy dekningsgrad). Etter nærmere drøfting valgte vi kommuner som representerer et gjennomsnitt i dekningsgrad av heldøgns omsorg innenfor hovedgruppene 1-2 lav og middels, jf. figur 1.1. Dette ut fra internasjonale signaler om at tradisjonelle sykehjem bør fases ut. Vi ønsket derfor å se om de kommunene som hadde en lav dekningsgrad hadde et godt tilbud for de mest omsorgstrengende.

### **Metode for kartlegging av omsorgsbehov til eldre med omfattende omsorgsbehov (6 eksempelkommuner)**

Vi valgte å benytte det internasjonale vurderingsverktøyet Resident assessment instrument for hjemmeboende (RAI-HC). Vi gjennomførte telefonintervju med den nærmeste pårørende med en forenklet utgave av interRAI Family Carer Needs Assessment en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data.

RAI-HC har ulike variabler som er uttrykt i en algoritme som karakteriserer pleietyngden: MAPLe (Methods for Assigning Priority Levels). I algoritmen inngår kognitive fungering, IADL og ADL funksjoner, inkontinens, tidligere opphold i institusjon, ute i løpet av siste uke, forvirringstilstander, atferdsproblemer, fall og generell reduksjon i allmenntilstanden (jf. Hires 2008, Sørbye 2003, 2009). Data og analyse av disse vurderingsskjemaene skulle gi bakgrunnsmateriale for å besvare problemstillingene i vårt mandat. Den eldres helsestatus ble vurdert ved hjelp av flere av skalaene som blir generert i analyseverktøyet RAIsoft. Den kognitive prestasjonskalaen (CPS2) er sammensatt av elementer for hukommelse, kommunikasjonsevner, evne til å administrere sine egne medikamenter og evne til å styre egen økonomi, ved å lage en 7-punkts skala. En skåre på  $\geq 4$  er tegn på moderat til alvorlig kognitiv svikt (Morris mfl. 2016). Vi vurderte også den eldres evne til å ivareta dagliglivets aktiviteter (ADL) og behov for hjelp å mestre dagliglivets aktiviteter (IADL) (Peres 2008).

Endringene i helsetilstand, sykdomsbilde og symptomer er sammensatt til CHESS-skalaen (Hires 2003) og en depresjonsskala DRS som er en markør for depresjon (Burrows 2000).

Metode for vurdering av omsorgsnivå - MAPLe skiller klienter i fem prioriteringsnivåer basert på deres risiko for omsorgsbehov. Det er avledet fra målinger av kognitiv svikt, ADL vanskelighetsgrad, problematferd, og identifisert risiko for heldøgns omsorg (Noro mfl. 2011).

### **Etiske utfordringer (REK)**

Så langt vi kunne vurdere, ivaretok vårt design forskningsetiske anliggende. Vi valgte likevel å fremlegge den delen av prosjektet som omfatter pasientopplysninger for REK-sør-øst. Etikk er et sentralt satsningsområde for KS, og vi ønsket at forskningsetiske anliggender var ivaretatt. Ved å gjennomføre de kvalitative intervjuene først og bearbeide disse, mente vi at tidsrammen for prosjektet ville bli ivaretatt. REK sør-øst B behandlet "Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad" ref. nr.: 2015/1925 B på sitt møte 28.10.15, og prosjektet ble vurdert til å ikke omfattes av helseforskningsloven (Lovdata, 2008).

### **Praktisk gjennomføring av kartlegging av omsorgsbehov**

Vårt tilbud var å besøke alle de utvalgte kommunene og gi opplæring i vurderingsverktøyet. Vi gjorde avtaler med ansvarlige for hjemmetjenesten og besøkte hjemmesykepleiebaser i de seks utvalgte kommunene. I tillegg til skriftlig materiale ble det gitt en muntlig introduksjon om prosjektet og en gjennomgang av utfylling av vurderingsskjemaet med konkrete pasientsituasjoner. Pasientene skulle ha gitt sitt samtykke til å delta og det samme gjaldt for de pårørende. Ingen personidentifiserbare opplysninger ble behandlet elektronisk. Hvert pasientskjema hadde et løpenummer som matchet nummeret på skjemaet til pårørende som ble intervjuet. Å finne egnede pasienter viste seg å være svært vanskelig for administrative ledere for hjemmetjenesten. To av kommunene ble intervjuet på ledernivå, men trakk seg når det gjaldt brukernivå. Det ble derfor inkludert to nye kommuner fra hovedutvalget. Til tross for konkrete avtaler, var det i enkelte kommuner svært vanskelig å vurdere brukere som kunne være aktuelle for prosjektet. Vi visste at alle kommunene benyttet IPLOS-registrering (Helsedirektoratet 2015). Flere av variabler i RAI-HC var sammenfallende med IPLOS. Sykepleierne skulle derfor ha erfaring med å vurdere pasientene spesielt når det gjaldt funksjonsvariablene.

For oss kunne det virke som om sykepleierne syntes det var vanskelig å differensiere mellom pasientgruppene «risiko for sykehjemsinnleggelse» og «omfang av omsorg i hjemmet». Når en sykepleier hadde gjennomført en vurdering av en pasient, ble skjemaet kvalitetssikret av ansvarlig sykepleier og en forsker enten på tjenestekontoret eller pr. telefon. Det er gjennomført 56 vurderinger fordelt på i de seks eksempelkommunene: Tromsø 4, Asker 6, Kristiansund 4, Fjell 8, Kristiansand 18, Bærum 16. Pasientene som deltok var valgt ut til å være de «tyngste» av populasjonene på 80 år eller eldre. Vi har ikke noe eksakt tall på andel som ikke ønsket å delta i prosjektet, men av de som ble forespurt var de fleste villig til å delta.

Forskeren fikk telefonnummer til nærmeste pårørende fra hjemmesykepleieren, og det ble gjennomført 36 telefonintervjuer. Intervjuet startet med at den pårørende fortalte om sine erfaringer med å motta tjenester til en eldre som bodde i eget hjem og deretter ble det stilt konkrete spørsmål om den omsorgstrengende behov og omsorgsgivers helse.

### **Dialogkonferanse**

Det ble arrangert en dialogkonferanse 11. januar 2016 med informantene fra casekommunene og berørte aktører og eksperter på området. Formålet med konferansen var dels å verifisere og utdype våre empiriske funn, og dels å drøfte om i hvilken grad det kan etableres en norm for beregning av behovet.

På konferansen deltok 30 representanter fra casekommunene, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, SSB, Husbanken, Pensjonistforbundet og KS. Konferansen ble arrangert av VID vitenskapelig høgskole og Agenda Kaupang.



## 1.4 Valg av kommuner

### Kriterier for valg av kommuner

Det er valgt kommuner som antas å ha godt utbygde hjemmetjenester med satsing på tiltak som Frivillig hjemmebesøk, hverdagsrehabilitering, fysisk trening for eldre, dvs. forebygging, tidliginnsats og rehabilitering mv. Utvalget er gjort på bakgrunn av egne erfaringer og innspill fra KS, og er basert på en viss grad av skjønn. Utvalget kan derfor også omfatte kommuner som ikke nødvendigvis har gode hjemmetjenester.

Utvalget av kommuner er altså ikke representativt. Poenget har vært å se på de som ser ut til å lykkes med å bygge ut gode hjemmetjenester som et alternativ til institusjon.

Kommunene er valgt ut på grunnlag av følgende prinsipper:

- *Geografisk spredning:* Kommunene er valgt fra ulike deler av landet.
- *Fordelingen mellom institusjon og omsorgsboliger:* Det er lagt vekt på å få med kommuner som har valgt ulik grad av sammensetningen av tilbudet.
- *Størrelse:* De aller minste kommunene er holdt utenfor. Begrunnelsen er at det trolig er kommuner av en viss størrelse som har etablert en begrunnet praksis som det kan være noe å lære av.
- *Nivået på inntekter:* Noen kommuner med høye inntekter er med. Kommunene med de aller høyeste inntektene er holdt utenfor.

### Kommunene som ble valgt

I første omgang rekrutterte vi kommuner til telefonintervjuene til ledere og planleggere på strategisk nivå. Det ble sendt en henvendelse på e-post til rundt 40 kommuner. Det var lagt opp til en viss «overbooking», slik at vi hadde noe å gå på hvis noen takket nei til å bli med. Rundt 30 kommuner svarte positivt på forespørselen om å bli intervjuet. For noen kommuner var det likevel vanskelig å få gjort avtaler om intervju. Vi endte opp med å intervju de 26 kommunene vist i tabellen under.

Tabell 1.1 Utvalgte kjennetegn for kommuner som har deltatt i telefonintervjuer (alle kommunene) og kommuner deltatt som casekommuner (merket med lyst grått). Statistikk for 2014

	Antall			Korrigerede	Andel	Andel	
	Inn- byggere	over 80 år	Heldøgns plasser	frie inntekter (prosent av landet)	Andel over 80 år med heldøgns dekning	over 80 år med institusjo n	Andel over 80 år med omsorgs bolig
1018 Søgne	11 217	359	41	96	11,4	11,4	0
1149 Karmøy	42 062	1 567	193	96	12,3	10,6	1,7
1860 Vestvågøy	11 140	565	73	100	13	9,6	3,4
0704 Tønsberg	41 920	2 056	276	94	13,4	12,2	1,2
1001 Kristiansand	87 446	3 523	507	99	14,4	12,3	2,1
1505 Kristiansund	24 507	1 064	155	100	14,6	13,5	1,1
0220 Asker	59 571	2 373	361	104	15,2	12,4	2,8
1246 Fjell	24 427	588	96	95	16,3	8,3	8
0233 Nittedal	22 706	613	102	96	16,6	13,7	2,9
1243 Os (Hord.)	19 097	556	95	94	17,1	6,7	10,4
0301 Oslo kommune	647 676	21 571	3 710	101	17,2	16,7	0,5
0624 Øvre Eiker	18 039	812	145	92	17,9	9,2	8,7
0904 Grimstad	22 098	796	143	99	18	8,8	9,2
1638 Orkdal	11 722	560	102	92	18,2	17,7	0,5
0217 Oppegård	26 580	1 090	202	99	18,5	15,9	2,6
0219 Bærum	120 685	5 775	1 074	105	18,6	13,6	5
1942 Nordreisa	4 882	240	45	106	18,8	18,8	0
0906 Arendal	44 219	1 857	358	96	19,3	14,9	4,4
1004 Flekkefjord	9 069	532	105	98	19,7	12,4	7,3
1238 Kvam	8 539	548	109	111	19,9	9,9	10
1902 Tromsø	72 681	1 911	380	104	19,9	14,8	5,1
1714 Stjørdal	22 957	919	189	92	20,6	5,8	14,8
2012 Alta	19 898	585	125	111	21,3	16,9	4,4
0520 Ringeby	4 459	298	73	106	24,5	1,7	22,8
0122 Trøgstad	5 346	249	75	94	30,2	16,5	13,7
1750 Vikna	4 363	202	74	100	36,6	17,3	19,3

Dekningsgraden for heldøgnsstilbudet for kommunene som ble intervjuet varierte fra 11,4 % i Søgne til 36,6 % for Vikna, jf. tabellen over. Det er store forskjeller hvor stor del av tilbudet som blir gitt boliger med heldøgns tilbud. Søgne er et eksempel på at hele tilbudet blir gitt på institusjon. Os og Stjørdal er eksempler på at en stor del av tilbudet blir gitt i boliger.

### Valg av kommuner

Det ble gjennomført telefonintervjuer i de 26 casekommunene vist i tabell 1.1. Blant disse ble det valgt følgende seks eksempelkommuner (merket med lys grått): Kristiansand, Kristiansund, Asker, Fjell, Bærum og Tromsø.

I utgangspunktet planla vi å velge ut to kommuner fra de tre hovedgruppene vist i figur 1.1 nedenfor (lav, middels og høy dekningsgrad). Etter nærmere drøftinger valgte vi en annen inndeling. Kommunene vi valgte hadde alle enten lav eller middels dekning. Vi ville undersøke nærmere i hvilken grad kommunene i disse gruppene ga tilbud i hjemmet til brukere som ikke fikk et tilbud om heldøgns omsorg. I kommuner med lav dekningsgrad er det grunn til å anta at den hjemmebaserte omsorgen gir et mer omfattende tilbud til skrøpeligere brukere enn kommuner med

høy dekningsgrad. Det vil derfor være mer krevende å gi et forsvarlig tilbud i kommuner med lav dekning. Samtidig er dekningen i disse kommunene på et vesentlig høyere nivå enn det som er vanlig i Sverige og Danmark (jf. kapittel 3.4).

Eksempelkommunene som ble valgt var: Kristiansand, Kristiansund, Asker, Fjell, Bærum og Tromsø. For disse kommunene har det blitt gjennomført følgende aktiviteter:

- Intervjuer av ledere på tildelingskontor (kap. 5)
- Intervjuer med avdelingsledere på sykehjem (kap. 6)
- Kartlegging av omsorgsbehov til eldre med omfattende omsorgsbehov (kap. 7)
- Intervjuer med pårørende til eldre med omfattende omsorgsbehov (kap. 8)

I tillegg har det blitt gjennomført intervjuer av ledere av tildelingskontoret i Os kommune og bydel St. Hanshaugen.

### **Disposisjon av rapporten**

I kapittel 4–7 blir det gitt en oppsummering av de ulike aktivitetene som er gjennomført. Både for telefonintervjuene og eksempelkommunene ble det lagt vekt på å få frem hovedtendensene i materialet hvor et viktig siktemål har vært å belyse hovedproblemstillingene i prosjektet. Forskjeller mellom kommuner blir også kommentert i den grad det belyser disse problemstillingene.

I eksempelkommunene er det foretatt en relativt grundig kartlegging av behovet til brukere med et stort omsorgsbehov. Kartleggingen er en viktig del av vår empiri. Dette materialet er mest pålitelig samlet for casekommunene. For den enkelte eksempelkommune er det såpass få observasjoner at det blir mer usikkerhet knyttet til resultatene.

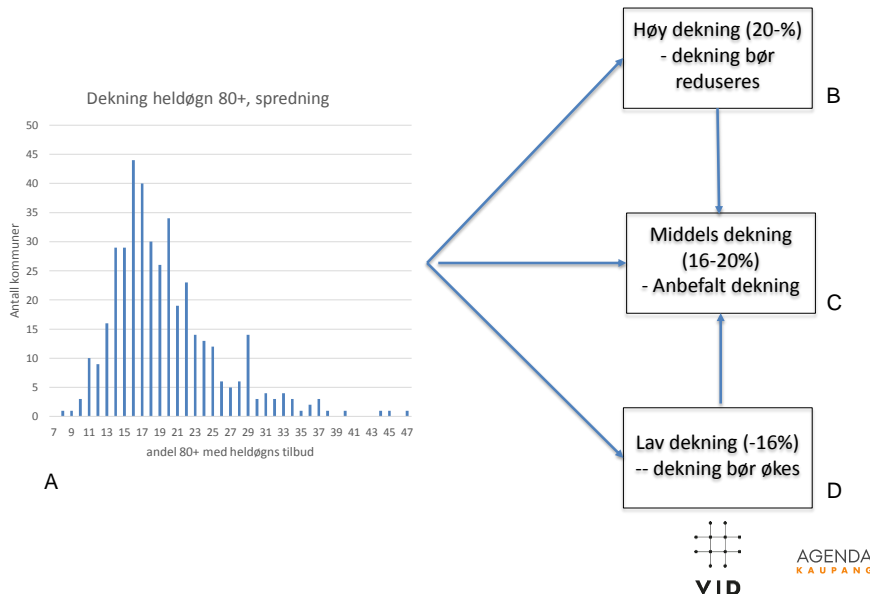
Rapporten er relativt omfattende. Hvert kapittel avsluttes med en oppsummering av konklusjoner, som i særlig grad er rettet mot hovedproblemstillingene i prosjektet. I kapittel 10 gis det en oppsummering av informasjonen lagt frem i tidligere kapitler.

## **1.5 Hypoteser ved starten av arbeidet**

KS har ønsket å undersøke om det kan etableres en mer lik praksis for beregning av behovet for heldøgns omsorg. Man kan tenke seg at mer lik praksis innebærer at det blir etablert en norm for beregning av behovet. Som grunnlag for vårt arbeid formulerte vi hypotesen om at en middels dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år) bør være en anbefalt norm. Oppgaven til prosjektet har vært å verifisere i hvilken grad denne hypotesen er riktig. Nåværende variasjoner i heldøgns dekning mellom kommunene er kanskje et forhold som peker i retning av at det er vanskelig å etablere en norm. Man kan også tenke seg at dagens praksis nødvendigvis bygger på beslutninger tatt for mange år siden, muligens etter andre pleiefaglige ideologier (mindre hjemmebasert, mindre mestringsbasert). Det er derfor slett ikke sikkert at vår hypotese blir verifisert. Likevel ble altså en slik hypotese sett på som en nyttig inngang til problemstillingene som tas opp i prosjektet.

Viktige faktorer er kommunenes dekning av boliger med heldøgnsstilbud, demografiske og kulturelle forskjeller og kjente internasjonale prediktorer for behov for heldøgns omsorg. Hypotesen er nærmere begrunnet i figur 1.1 nedenfor.

## Hypoteser



Figur 1-1 Illustrasjon av spredning i dekningsgradene for heldøgns omsorg i 2013 (kilde: KOSTRA) og hypotesene som ligger til grunnlag for prosjektet

De ulike delene av figuren blir nærmere kommentert i det følgende:

- Det er stor spredning i dekningsgraden for kommuner. Verdiene varierer fra under 10 % til over 50 %. 80 % av kommunene har verdier som ligger mellom 13 og 28 % (figur A).
- Den samlede dekningsgraden for heldøgnsstilbudet har vært redusert fra 17,8 % i 2010 til 17,1 % i 2014. I disse årene har andelen i institusjon blitt noe redusert, mens andelen i omsorgsboliger har vært noenlunde stabil. Boliger med heldøgns omsorg var i 2014 registrert i 246 av landets kommuner. Det er med andre ord rundt 170 kommuner som ikke har registrert slike boliger for gruppen over 80 år.
- Kommuner med høy dekning gir et tilbud som kan føre til at innbyggerne i for liten grad opplever mestring i eget liv. Dekningsgraden for disse kommunene bør derfor reduseres (boks B).
- Anbefalt dekning er en middels dekningsgrad (boks C).
- Kommuner med lav dekning gir et tilbud som ikke dekker innbyggernes behov. Dekningsgraden bør derfor økes (boks D).

Spredningen i dekningsgraden bør altså reduseres ved at kommuner i større grad nærmer seg den anbefalte dekningsgraden på 16–20 %. I praksis er det ikke ønskelig at dekningsgraden blir helt lik. Poenget er at det bør etableres en begrunnet oppfatning av et fornuftig nivå, slik at spredningen kan reduseres.

## 2 Relevant forskning

I dette kapittelet rettes søkelyset mot nyere, relevant forskning som kan bidra til å kaste lys over temaet for foreliggende undersøkelse. Kapittelet sentrerer rundt eldre og egen bolig, pridiktorer for fast plass i sykehjem, vurderinger gjort av de eldre, deres pårørende og sykepleiere, omsorgstjenester mot livets slutt, samt etiske og juridiske betraktninger.

Begrepet «mitt barndomshjem» har for de fleste gode assosiasjoner. Selv personer som kan ha hatt en mindre god oppvekst, kan ha en lengsel tilbake til hjemmet. Hjemmet er stedet for identitetsdannelse og identitetsbevaring. Opplevelsen av trygghet i barndomshjemmet vil senere i livet bli forbundet med begrepet «hjem». Somerville (1997) identifisert tre viktige fenomener som kjennetegner ens private bolig: personvern, identitet og fortrolighet. Sikkerhet og trygghet er andre verdier som folk forbinder med begrepet hjem. Begrepet «sykehjem» står trolig i sterk kontrast til forestillinger og assosiasjoner knyttet til «hjem eller barndomshjem». Dette blir fokusert i påfølgende kapittel.

### 2.1 Eldre og egen bolig

En større andel av de eldre har en sterkere tilknytning til egen bolig enn yngre generasjoner som har en tendens til å skifte bolig og jobb langt oftere enn foreldre gjorde. Det er få ting som er mer privat enn ens eget hjem. Uansett hvor enkelt et hjem kan være, er det der en har tilhørighet. Her kan en være seg selv på godt og vondt. Hjemmet er et minnesobjekt, og minnene sitter i de tingene den eldre har ervervet seg gjennom et langt liv (Danielsen, 2008). I eget hjem er en lommekjent. Den eldre kan derfor fungere relativt bra selv med sviktende syn eller begynnende kognitiv svikt.

#### Hjemmetjenester er et viktig satsningsområde

Land det er naturlig å sammenligne seg med er Sverige og Danmark. De har derimot redusert institusjonsplassene til et minimum (Daatland, Høyland og Otnes, 2015). Eldre- og pleieboligene ble omregulert til boliger, og beboerne ble kalt borgere og leietakere og ikke pasienter og klienter.

Kommunene har store variasjoner i utgiftene til pleie- og omsorgstjenester. En PWC-rapport (2015) beskriver flere forhold knyttet til organisering, ledelse og kultur som er viktige for ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Den viktigste var stor satsing på hjemmetjenester.

Det å skulle bo i eget hjem så lenge som mulig kan også ha negative sider. Hjelpetrengende eldre som bor alene er spesielt utsatt for sorg, savn, utrygghet og ensomhet, og pårørende er opptatt av deres trygghet og sikkerhet.

Fall er de vanligste ulykkene i hjemmet (Diamantopoulos mfl. 2012, Evans 2015), og mange mener at fallforebygging ikke er godt nok prioritert i kommunehelsetjenesten (Bredland mfl. 2014). Det er også godt kjent at mange eldre mennesker bor i gamle boliger som er lite tilpasset deres situasjon og som er dyre å varme opp og vedlikeholde. Hjemmet som fristed og et sted hvor en opplever at en kan være seg selv, gjelder derfor ikke for alle eldre og ikke spesielt ikke for de som har dårlig økonomi eller vanskeligheter med å bevege seg (Sørbye 2009).

Mange eldre har hatt hjemmetjenester i flere år. Det medfører at de får mange fagpersoner å forholde seg til. For 41 % av de som mottar hjelp i hjemmet varer hvert besøk i underkant av 15 minutter (Helsetilsynet 2003). Et slikt fragmentert system og tidspress blir beskrevet som svært uheldig og stressende av mange sykepleiere i hjemmetjenesten (Gautun og Bratt 2014).

Gjevjon og kollegaer (2014) intervjuet 79 pasienter og deres pårørende, samt ledere i 12 norske kommuner. Antallet pleiere en pasient måtte forholde seg til i løpet av perioden på fire uker varierte - fra fem og helt opp til 35, med et gjennomsnitt på 17 ulike pleiere. Pasientene møtte samme person kun tre ganger i løpet av denne perioden. Forskerne beskriver videre at det var nesten

umulig å sikre kontinuitet i helsepersonellet i en døgnkontinuerlig tjeneste med tre skift. Hensynet til arbeidstidslovgivning, arbeidsmiljø, et stort antall deltidsstillinger og økonomi gjør organiseringen vanskelig.

Hjort (2010) forteller: Min kone hadde hjemmesykepleie morgen og kveld og jeg erfarte hjemmesykepleiens store problem, som er den totale mangel på kontinuitet. Vi hadde over 100 forskjellige pleiere i hjemmet vårt. Da jeg diskuterte dette med en av pleierne, sa hun «det er det beste for oss, for da slipper vi å involvere oss!» Slike holdninger gjenspeiler en kultur som prioriterer fragmenterte oppgaver og som ikke setter brukerens behov i sentrum.

I Produktivitetskomisjonens andre rapport (NOU 2016:3) hevdes det at refusjonsordningen til kommunene gjennom investeringstilskudd har fått en uheldig symboleffekt fordi satsing på pleietrengende er løsrevet fra omsorgsbildet i de ulike kommunene. Satsingen på heldøgns omsorg kan gå på bekostning av utbygging av hjemmebaserte tjenester og nye teknologiske løsninger som trolig kan gi både en bedre og rimeligere eldreomsorg for noen brukere.

Det er bred politisk enighet både nasjonalt og internasjonalt at det er behov for bedre teknologiske løsninger for å trygge eldre omsorgstrengende som bor i egen bolig. Det er en stor tro på at velferdsteknologi kan forbedre livskvalitet hos brukerne, effektivisere bruk av ressurser og gi mer helse for hver krone (SINTEF 2015). "Samveis" er et begrep som brukes av Helsedirektoratet og KS for å betegne alle felles aktiviteter på det velferdsteknologiske området. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har som mål å involvere kommuner, leverandører og forskningspartnere i utprøving av velferdsteknologi i tidsperioden fra 2013 til 2020. KS er en viktig bidragsyter i arbeidet (Helsedirektoratet 2012, 2015).

Til tross for relativt stort satsning på telemedisin og «smart house teknologi» over de siste 10–15 årene, ser vi relativt få konsekvenser av det for eldre hjemmeboende.

## 2.2 Prediktorer for fast plass i sykehjem

Studier viser at alvorlig kognitiv svikt, atferdsproblemer og depresjon er klare prediktorer for innleggelse i sykehjem, spesielt dersom den eldre er aleneboende (Chen 2013, Luppá 2010, Gaugler 2009, Miller 2011). En nordisk studie (Sørbye mfl. 2010) viste at hjemmeboende som mottok sykepleieprosedyrer (hjelp med medisiner og injeksjoner, administrasjon eller hjelp med oksygen, intravenøs, kateter og stomi omsorg, sår og hudpleie), hadde 3,7 ganger så høy risiko for å komme på sykehjem etter et år sammenlignet med andre brukere av hjemmetjenesten ( $p < 0,001$ ). En belgisk studie viste at det var reduksjon i evnen til instrumentell utføring av dagliglivets aktiviteter (I-ADL) som var den viktigste årsak til sykehjeminnleggelse. En nederlandsk studie av utskrivningsklare pasienter i sykehus viste til at høy alder, lengde på sykehusoppholdet og det å ikke bo med en ektefelle var klare faktorer som pekte på behov for overføring til langtidspleie Wong mfl. (2010).

Rett etter tusenårsskiftet var eldre kvinner to til tre år yngre enn ektemaken. Tall tyder på at aldersforskjellen blir noe mindre de neste tiårene, men dette betyr ikke det samme som at flere kvinner ønsker å bo sammen med ektefellen. Keilman (2010) hevder imidlertid at når skilsmissegenerasjonen blir gamle, øker behovet for offentlig avlastning på grunn av et økende antall enslige.

I IPLOS er det utarbeidet en algoritme for pleietyngde, mens internasjonale studier viser til mer sammensatte metoder for å måle dette (Hirdes 2008, Noro 2011). En viktig opplysning her er om den eldre evne til å ta beslutninger har blitt dårligere i løpet av de siste tre måneder. Det blir også vurdert om den eldre vandrer omkring uten mål og mening, tilsynelatende uten tanke på behov eller sikkerhet. I algoritmen inngår antall fall i løpet av de siste tre måneder, behov for sårstell, redusert matinntak og svelgeproblemer. Instrumentell ADL-funksjoner går ikke inn i algoritmen, men det gjør evne til personlig hygiene, evne til å få i seg mat og bevegelse. Samtidig viser

forskning av pasientens allmenntilstand før akutt innleggelse i sykehus, er viktig i forhold til muligheter for å komme tilbake til eget hjem (Noro mfl. 2011). To andre forhold som påvirker institusjonsinnleggelse er graden av «pårørende stress» og hvorvidt pasient eller pårørende har ønske om å flytte til et høyere omsorgsnivå.

For skrøpelig eldre er det å være bundet til hjemmet en stor belastning. En sammenligning mellom nordiske land, inkludert Nederland og 10 andre europeiske steder, viste at mindre enn 30 % eldre i de nordiske landene var bundet til hjemmet, mens prosentandelen i Italia og Frankrike var på ca. 80 %. Gjennomsnittet for hele populasjonen var på 46 %. Uavhengige faktorer som var statistisk signifikante for det å være bundet til hjemmet var ernæringsrelaterte problem, eliminasjons- og pårørendes stress (Sørbye 2009). I de nordiske landene hadde eldre som var bundet til hjemmet dobbel så høy risiko for å bli innlagt på sykehjem etter et år enn i de andre landene.

Kvinner er langt oftere omsorgspersoner enn menn. Andelen som bor alene i aldersgruppen 80+ er henholdsvis 80 % for kvinner og 40 % for menn. Menn trenger hjelp til flere omsorgsoppgaver enn kvinner (Gruneir mfl. 2013). Eldre kvinner gjør derfor en stor omsorgsinnsats i hjemmet. Det forventes et økende behov for at voksne barn må ta seg av sine gamle foreldre. Det kan medføre mange psykologiske utfordringer (Hansen, Slagsvold & Ingebretsen 2012, Gaugler 2009). I dag er det vanlig i Norge at velferdsstaten sørger for omsorg og behandling av gamle. Det er ikke lengre et ansvar på tvers av generasjonene. Å forholde seg til en person hvis kropp og sjel stadig blir skrøpeligere, faller kanskje ikke naturlig inn i yngre menneskers hverdag.

I de nordiske landene har hjemmeboende eldre et langt lavere pleiebehov enn i andre europeiske land samtidig som tilgang på offentlige hjemmetjenester god. Pasienter med omfattende pleiebehov har fått sykehjemsplass. En studie sammenlikner avføringsinkontinens hos hjemmeboende eldre (65+) i de nordiske landene med Frankrike og Italia. Andel avføringsinkontinens var 3–4 % i Norden og henholdsvis 28–34 % i Frankrike og Italia (Finne-Soveri mfl. 2008). Slik avføringsinkontinens medfører økt arbeidsbyrde og stress. Pårørendes vurdering er viktig, og mer forskning om deres situasjon blir etterspurt i Meld. St. 26 (2014–2015). Omsorgsgivers stressnivå ved oppstart av en omsorgsperiode viser seg også å ha en høy sammenheng med risiko for overføring til sykehjem (Cohen-Mansfield and Wirtz 2011).

### **Omsorgstjenester mot livets slutt**

Andel nordmenn som dør i sykehjem har vært stadig økende de siste tiårene mens andel sykehusdød er avtakende. I 2011 var 62 % av de som døde i aldersgruppen 90 år og over innlagt i sykehjem (Ramm 2013). Det er lite som tyder på at andelen som velger å dø hjemme øker (Sørbye, Steindal og Lyngroth 2015). Forskyvning av omsorgskompetanse for døende fra sykehus til sykehjem er ikke tilstrekkelig implementert. Slik kompetanseoppbygging bør skje samtidig med utbygging av nye institusjonsplasser slik at sykehusinnleggelse ikke er påkrevd på slutten av livet. Graverholt (2013) viste i sitt doktorgradsarbeid at det var store kommunale forskjeller når det gjaldt overføring til sykehus. Hun konkluderer med at slike store forskjeller burde kreve politisk handling for å forbedre kommunene til en mer enhetlig praksis i sykehjem.

## **2.3 Ethiske og juridiske utfordringer**

Fjellton (2009) viste i sin doktorgradsavhandling at pårørende til eldre pasienter som stod på venteliste til sykehjem, vurderte at enkelte av de eldre levde under utrygge og uverdige forhold. Noen hadde besøk av hjemmetjenesten opp til fem ganger i døgnet, men pårørende opplevde likevel at de hadde en kontinuerlig og veldig vanskelig livssituasjon. For en hjemmetjeneste med begrensede ressurser kan det være en stor utfordring å gi nok og tilrettelagt pleie og omsorg slik at de eldre føler seg trygge. Samtidig viste studien at flere av de eldre verken ville ha hjelp i hjemmet eller overføring til sykehjem.

Kostnaden pr. år for en ordinær sykehjemsplass i Oslo er i 2016 beregnet til kr 900 000. En time hjemmesykepleie er beregnet til å koste ca. kr 907 (forutsatt ansikt til ansikt tid 45 %). Grensen for når det blir dyrere for kommunen å tilby hjemmetjenester blir da ved ca. 19 timer pr. uke/2,7 timer pr. dag. Personer med behov for omsorg utover det, er en betydelig utgiftspost for bydelene. Det kan være en plan å åpne opp for at personer med slike store omsorgsbehov som ikke ønsker å flytte på sykehjem skulle få mulighet til selv å betale for mellomlegget (Informasjon fra leder på strategisk nivå).

Alvorlig demens er den hyppigste årsak til sykehjemsinnleggelse. Til tross for en demensdiagnose kan det være en mulig løsning at fagpersoner og pårørende vurderer at egen bolig er til det beste for den eldre, men ansvarsforholdet ved uønskede hendelser kan være uklart. Det bør alltid avklares fra kommunen sin side.

Det er viktig å ivareta den eldre integritet, men ifølge Smebye mfl. (2016) kan paternalisme forsvares i lys av velgjørenhet og ikke-skadepriippet.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2011) slår fast i § 2-1 a at innbyggerne har rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. De har rett til å velge fastlege (§ 2-1 c) og har rett til fritt sykehusvalg (§ 2-4). Loven krever at kommunen skal tilby tjenester som helsetjenester i hjemmet og plasser på institusjon, men omhandler ikke rett til heldøgns plass på institusjon.

Loven gir i tillegg adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg (§ 4A-3). Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dens nærmeste pårørende. Når det ikke finnes pårørende, skal avgjørelsen legges frem for kvalifisert helsepersonell. Loven gir dermed føringer som er av betydning for å løse ulike etiske utfordringer.

## 2.4 Oppsummering

Den nordiske velferdsmodellen er preget av at samfunnet og ikke de pårørende skal ha ansvaret for de omsorgstrengende. Dette har ikke vært praksis i de andre europeiske landene. Internasjonal forskning viser til gode faktorer som peker på behov for sykehjemsinnleggelse og måling av pleietyngde. Erfaringer viser at de andre nordiske landene reduserer sine tradisjonelle institusjonsplasser for eldre med positivt resultat. Balansen mellom offentlig ansvar og den enkelte families rettigheter blir utfordret når ressursene blir mer begrenset og det blir flere eldre.



## 3 Begreper og statistikk

### 3.1 Innledning

Vår oppgave har vært å «undersøke muligheten for en mer lik praksis for beregning av behovet for heldøgns omsorg». For å kunne svare på spørsmålet er det nødvendig å definere hva som er et heldøgnsstilbud og hvor man kan gi et slikt tilbud. Det har vist seg at det ikke finnes en felles forståelse for hvordan man skal definere disse to forholdene. Innledningsvis i dette kapittelet gir vi en beskrivelse av hvordan aktører som Husbanken, SSB og representanter for kommunene forstår begrepet. Disse forholdene blir drøftet i kapittel 3.2 Her gjør vi også rede for hvordan vi bruker begrepet «heldøgns omsorg» i rapporten.

Statistikk om heldøgnsstilbudet blir presentert i kapittel 3.3. Mesteparten av statistikken er utarbeidet av SSB. Den bygger naturlig nok på definisjonene av heldøgnsstilbudet brukt av SSB.

Statistikk for botilbudet for eldre blir sammenliknet med de andre nordiske landene i kapittel 3.4. Det blir her vist at tilbudet er langt mer utbygd i Norge enn resten av Norden.

En statistisk presentasjon av pleie- og omsorgstjenestene i de seks eksempelkommunene følger i kapittel 3.5. Statistikken gir informasjon om samlet utgiftsnivå, fordelingen av utgifter på institusjon og hjemmetjenester og hvordan kommunene skårer på indikatorene i Kommunebarometre. Formålet med presentasjonen er å gi et bedre grunnlag for tolkningen av informasjonen som er hentet inn for disse kommunene.

### 3.2 Definisjon av begreper

#### Aktørenes forståelse av begrepene

De ulike aktørenes avgrensning av begrepet «heldøgns omsorg» er vist i tabellen under.

Tabell 3.1 Oversikt over hvordan ulike aktører bruker begrepet «heldøgns omsorg»

Aktør	Krav til personalbase	Krav til eieform	Type bolig
Husbanken	Omfatter også bygg hvor basen for hjemmetjenesten er et stykke unna  Brukere med vedtak om heldøgns omsorg		Omsorgsboliger med heldøgns omsorg med tilskudd fra Husbanken
Statistisk sentralbyrå (SSB)	Bygningen må ha tjenesteyter tilstede hele døgnet  Kortvarige tilsynsrunder i nærliggende bygg godtas	Krav om husleiekontrakt og betaling av husleie  Tar ikke med boliger med kun en beboer	Bruker begrepet «bolig» som også kan omfatte boliger uten tilskudd fra Husbanken
Kommunene	Ingen felles definisjon. Forvirring om definisjonene til Husbanken og SSB	Omfatter vanligvis også private boliger	Omtales som omsorgsboliger, plussboliger, serviceleiligheter mv.

Som tabellen over viser er det store forskjeller for hvordan aktørene bruker begrepene når det gjelder krav til personalbase og eieform og hvilken type boliger som omfattes av «heldøgns omsorg». Disse forskjellene blir nærmere kommentert i det følgende.

### **Krav til personalbase**

*Husbanken* har det minst strenge kravet til personalbase. Det holder med en base i hjemmetjenesten som kan være lokalisert et stykke unna. Husbanken stiller krav om vedtak om heldøgns praksis. Dette blir gjort under planleggingen av bygget. Det blir ikke fulgt opp om beboerne faktisk har et slikt vedtak.

*SSB*: I veilederen til KOSTRA<sup>1</sup> blir det stilt krav om at «bygningen må ha tjenesteyter til stede hele døgnet». I praksis åpner SSB for at basen også kan være lokalisert til nærliggende bygg. Likevel har antakelig SSB en noe strengere krav til personalbase enn Husbanken.

*Kommunene*: I kommunene er det stor forvirring om hvilke krav Husbanken og SSB har til personalbasen. I kapittel 4 er det gitt en nærmere omtale av hvordan våre informanter på overordnet nivå i kommunene opplever situasjonen.

### **Krav til eieform**

Her har *Husbanken* og *SSB* strengere krav til eieform enn det som er vanlig i *kommunene*. Forskjellen er at kommunene også tar med tilbud i private boliger og tilbud som bare blir gitt til en beboer. Botilbud gitt av stiftelser inngår i det samlede tilbudet gitt i en kommune, men regnes heller ikke med i statistikken til SSB.

### **Type bolig**

*Husbanken* bruker begrepet omsorgsbolig om boliger hvor kommunene har fått tilskudd. Det blir bare gitt tilskudd til boliger med heldøgns omsorg.

*SSB* bruker begrepet «bolig» som også kan omfatte boliger uten tilskudd fra Husbanken. Det blir ikke ført egen statistikk for omsorgsboliger.

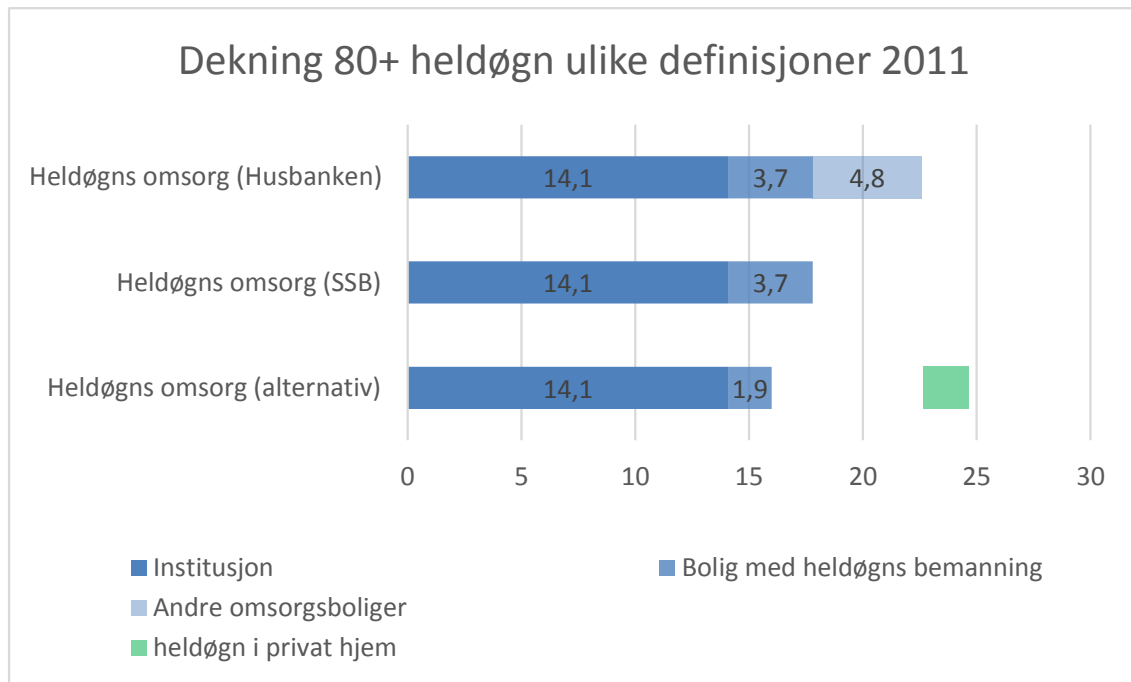
*Kommunene* bruker begrepene som omsorgsboliger, plussboliger, serviceleiligheter mv. Tilbudene gitt i de ulike type boligene trenger ikke nødvendigvis å være et heldøgns tilbud.

### **Illustrasjon av aktørenes bruk av begrepet**

De ulike aktørene har altså nokså ulik bruk av begrepene. Vi har gjort et forsøk på å illustrere hvilken betydning disse forskjellene har for dekningen for gruppen over 80 år. Det finnes ikke helt presis statistikk for dekningen etter de ulike begrepene. Figuren under må derfor ses på som kun en illustrasjon.

---

<sup>1</sup> Kravet i KOSTRA til at en bolig kan regnes som et heldøgnsstilbud



Figur 3-1 Skisse av dekingen av tilbudet om heldøgns omsorg etter ulike definisjoner

Figuren blir nærmere omtalt i det følgende.

*Husbanken (dekning 22,6):* Tilbudet består av institusjon, boliger med heldøgns bemanning og andre omsorgsboliger. Andre omsorgsboliger omfatter boliger med bemanning deler av døgnet og uten fast personell. Vi har lagt til grunn at alle disse er boliger som har fått tilskudd fra Husbanken. I praksis er det noen av disse boligene som ikke har fått tilskudd fra Husbanken. Den reelle dekingen etter definisjonen til Husbanken er derfor lavere enn figuren viser. Det er vanskelig å si hvor stor feilen er.

*SSB (dekning 17,8):* Tilbudet om heldøgns omsorg består av institusjon og boliger med heldøgns omsorg.

*Alternativ (dekning 16,0 +?):* Tilbudet består av institusjon, boliger med heldøgns bemanning og heldøgns tilbud gitt av stiftelser, i private hjem og boliger med en beboer.

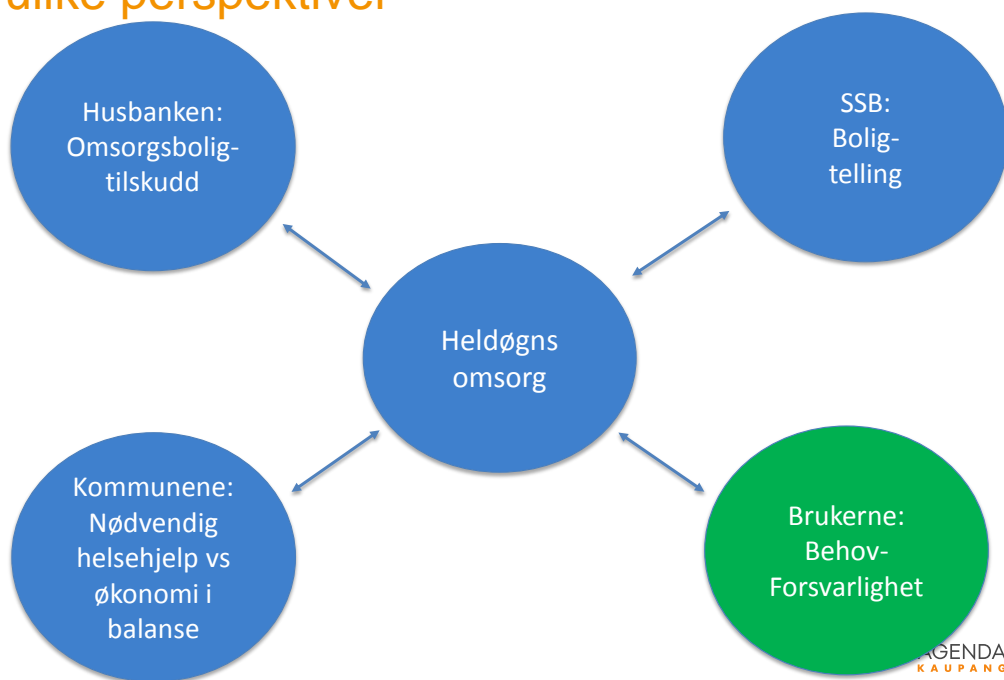
I alternativet er det lagt til grunn et strengere krav til personalbase enn både Husbanken og SSB. Kravet her er at helsepersonell skal kunne stille på kort varsel dersom det skjer noe med brukerne. En slik definisjon er mer i tråd med en intuitiv forståelse av begrepet. Senere i rapporten blir det vist at heldøgns omsorg omfatter svært ulike nivåer av bistand både for sykehjem (jf. figur 3.7) og boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet (tabell 3.5). Kravet om at helsepersonell skal kunne stille på kort varsel ville trolig bidratt til å redusere disse forskjellene, og dermed gjort begrepet mer entydig.

Som en illustrasjon er det tatt med halvparten av boligene med heldøgns bemanning registrert av SSB. Det finnes ikke statistikk verken for denne størrelsen eller hvor mange som får et heldøgns tilbud i private hjem.

### Definisjonen basert på ulike perspektiver

Det er nærliggende å spørre hvorfor aktørene har så ulik definisjon av begrepet «heldøgns omsorg». Vi har drøftet forskjellene med utgangspunkt i at aktørene har ulike perspektiver som vist i figuren under.

## Definisjon av «heldøgns omsorg» basert på ulike perspektiver



Figur 3-2 Illustrasjon av brukernes perspektiver i definisjonen av heldøgns omsorg

De ulike perspektivene til aktørene vist i figuren over blir nærmere omtalt i det følgende.

**Husbanken:** Husbanken gir bare tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Satsen for omsorgsboliger er noe lavere enn for sykehjem. Definisjonen som blir brukt er trolig i første rekke utviklet for å kunne gi en hensiktsmessig forvaltning av tilskuddene. Den relativt vide definisjonen til Husbanken kan være et resultat av at Husbanken ikke gir tilskudd til boliger uten heldøgns bemanning.

**SSB:** For SSB er det viktig å føre statistikk som omfatter ulike type botilbud. Tilbudet om heldøgns omsorg trenger ikke nødvendigvis å bli gitt i omsorgsboliger med tilskudd fra Husbanken. Derfor er det naturlig at SSB ikke bruker begrepet omsorgsboliger. SSB fører statistikk også i boliger hvor det blir gitt et tilbud om omsorg deler av døgnet.

**Kommunene:** I helse- og omsorgstjenesteloven blir det stilt krav om at innbyggerne i kommunen tilbys nødvendig helsehjelp. Samtidig har kommuneloven ulike krav som skal sikre at kommunen har en økonomi i balanse. Kommunene er med andre ord nødt til å balansere kravet om helsehjelp med økonomien i den enkelte kommune. For kommunene er tilskuddene fra Husbanken av stor betydning. Derfor vil kommunene naturlig nok la seg påvirke av definisjonen som legges til grunn fra Husbanken

**Brukerne:** Brukerne vil være opptatt av at de får nødvendig bistand dersom det skulle skje noe. Dersom man spurte et utvalg brukere om hvordan de ville definere begrepet «heldøgns omsorg», ville nok de fleste definert begrepet snevrere enn Husbanken og SSB.

De ulike perspektivene til aktørene er en nærliggende forklaring til at aktørene ender opp med nokså forskjellige definisjoner om hvor stor del av tilbudet som kan regnes som heldøgns omsorg (jf. figur 3.1).

### Pluss- og serviceleiligheter – hva er nå det?

Så langt har tilbudet om sykehjem og boliger til eldre vært drøftet med utgangspunkt i kravene til personalbase for pleiepersonell og eieform. De siste årene har det blitt vanlig å bruke begreper som plussboliger og serviceleiligheter. Begrepene brukes både av kommuner og private tilbydere. I det følgende går vi gjennom hvordan noen aktører bruker slike begreper. Det kommer her frem at det ikke er en felles standard for tilbudet som gis i disse boligene.

*Oslo kommune (Omsorg+)*: Tilbudet skal dekke Eldres boligbehov på et nivå som ligger mellom sykehjem og vanlig bolig. Huset med slike boliger rommer et servicearealet (mottaksskranke for husvert, aktivitetssenter, private serviceytere og personalbase). Som retningslinje tilsvarer servicearealet cirka 15–20 % av bygningen.

*Bergen kommune (Omsorg+)*: Har et opplegg rundt felles måltider og sosiale aktiviteter. Den enkelte skal få sine individuelle tjenester etter behov.

*Bærum kommune («boliger med service»)*: Tilbudet har klare likhetstrekk med satsingen på Omsorg+. Også Bærums «boliger med service» skal ifølge planene ha en fast ansatt nattevakt. I tillegg viser eldrebetalingen til at det bør ansettes miljøarbeidere som aktiviserer beboerne i «serviceboligene» på dagtid.

*Plussboliger fra Selvaag*: Tilbudet blir gitt til mennesker i alle aldre og livssituasjoner, og omfatter et serviceområde med bemannet resepsjon, lobby, gjesterom, treningsrom, møterom, selskapsrom og kjøkken. Beboerne har tilgang til en privat gårdshage og de fleste har en møblert takterrasse til felles bruk. En vertinne eller vert er daglig tilstede i resepsjonen og holder orden på serviceområdet, organiserer tilbud og bistår med praktisk hjelp. Tilbudet finnes sentralt i de store byene i Norge, Stockholm i Sverige og i Spania.

### Bruk av begreper i rapporten

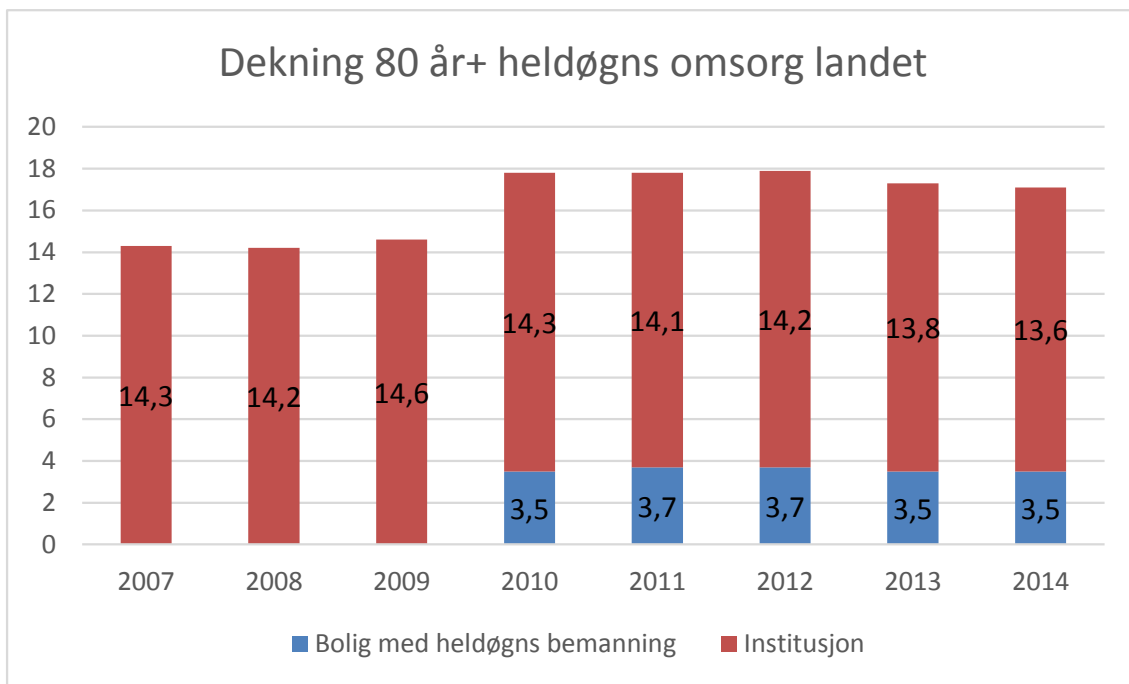
Begrepene i rapporten er brukt som følger:

- *Heldøgns omsorg (statistikk)*: Statistikken som er lagt frem er utarbeidet av SSB og omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet. Tilbud gitt i private hjem, av stiftelser og i boliger med en beboer blir ikke regnet med. Statistikken bygger på SSB sine krav til personalbase, som ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken.
- *Omsorgsboliger*: Boliger hvor kommunene har mottatt tilskudd fra Husbanken. Det finnes ikke offentlig statistikk etter denne definisjonen.
- *Boliger med bemanning*: SSB bruker dette begrepet, som omfatter boliger med og uten tilskudd fra Husbanken. Det skilles mellom boliger med bemanning hele eller deler av døgnet.
- *Egen bolig*: Boliger som beboeren selv eier. Beboerne kan motta hjemmetjenester.
- *Pluss- og serviceleiligheter*: Begreper brukt av kommuner og private aktører om boliger hvor beboerne får tilbud om et bredt spekter av ulike tjenester.

## 3.3 Heldøgnsstilbudet i Norge belyst med ulik statistikk

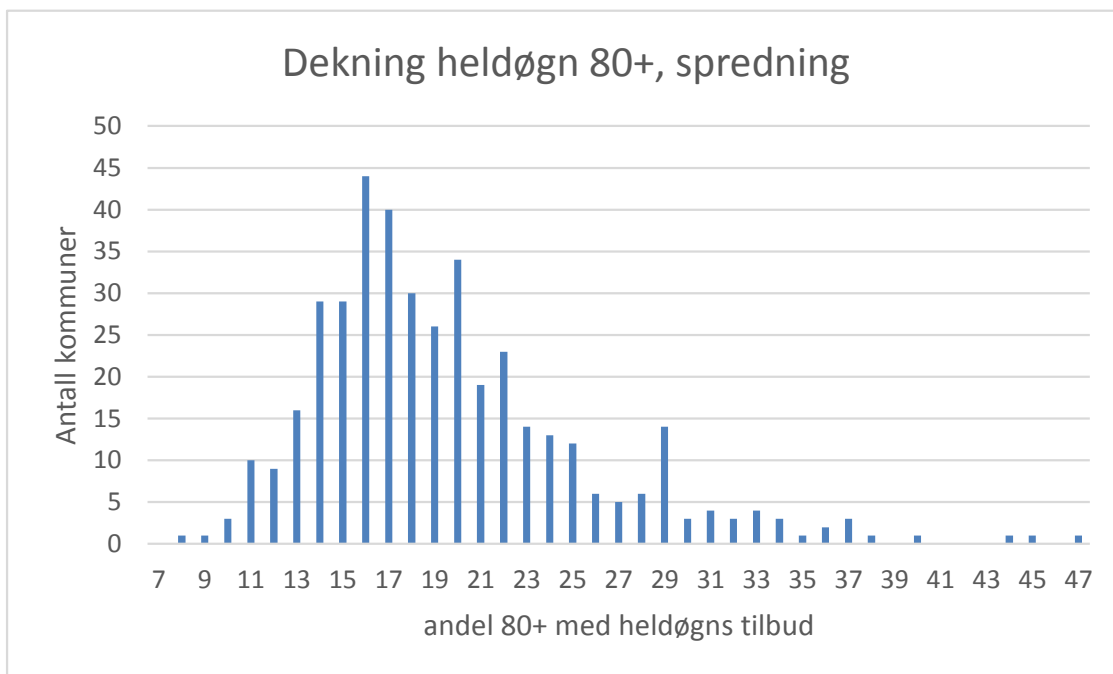
### Dekningsgrader i Norge

Utviklingen i heldøgnsstilbudet i perioden fra 2007 til 2010 henhold til definisjonene til SSB er vist i figuren under. Det var først i 2010 at det ble ført statistikk for boliger med heldøgns bemanning.



Figur 3-3 Dekning for heldøgns omsorg for landet som helhet 2007–2014. Statistikk for bolig med heldøgns bemanning finnes ikke for årene 2007–2009. Kilde: KOSTRA

I 2014 var det 17,1 % av eldre over 80 år i landet som helhet med et tilbud om en heldøgns bemannet bolig, jf. figuren over. Fra 2010 til 2014 har andelen med tilbud på institusjon blitt redusert fra 14,3 % til 13,6 %. I samme periode har andelen med tilbud i bolig med heldøgns omsorg vært på et stabilt nivå. Samtidig er det store forskjeller i dekningsgradene for enkeltkommuner (jf. figuren under).

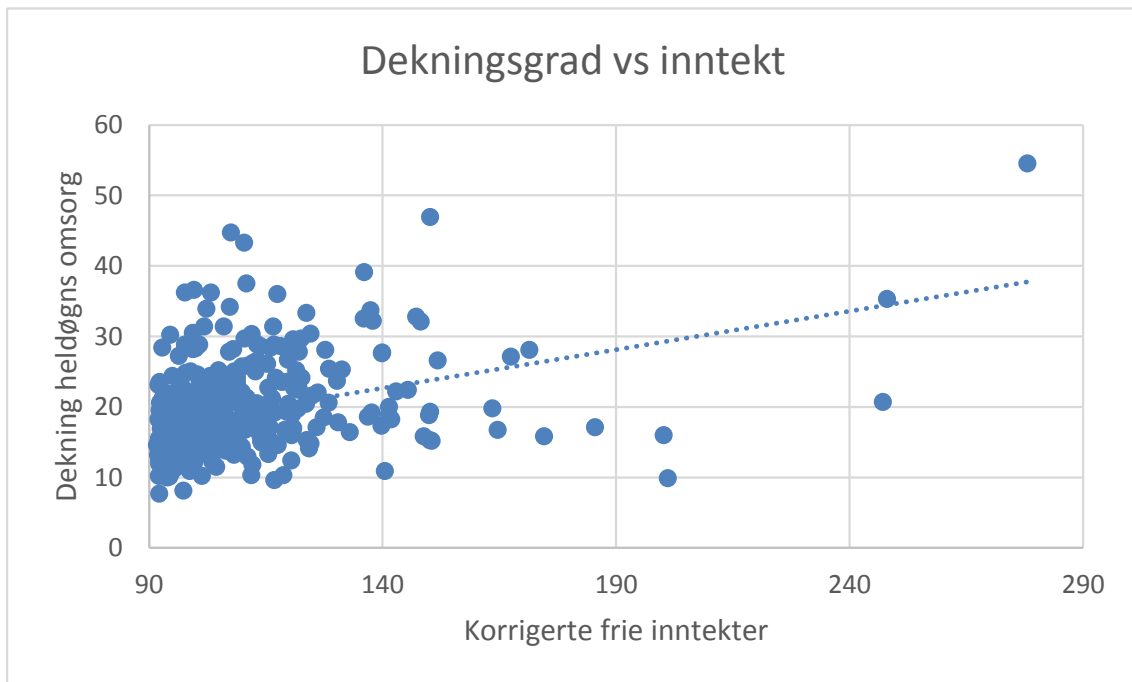


Figur 3-4 Antall kommuner med ulik dekningsgrad for eldre over 80 år i 2014 for heldøgnsstilbudet (institusjon og boliger med heldøgns omsorg)

Dekningen for heldøgnsstilbudet varierer fra 7 til 47 %. Det er imidlertid relativt få kommuner med en dekning som er lavere enn 10 % og høyere enn 30 %. Uansett må det sies å være svært store variasjoner i praksisen for norske kommuner.

### Betydningen av inntekt og størrelse

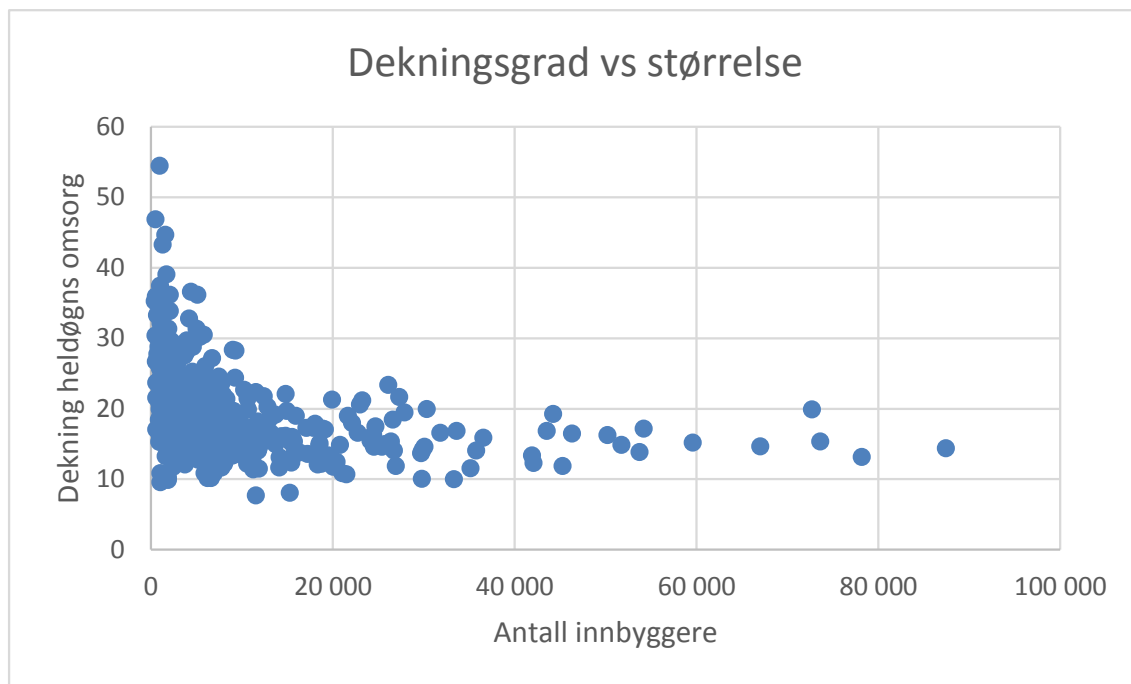
Vi har hentet statistikk fra KMD om nivået for de frie inntekter i kommunene, korrigert for variasjoner i utgiftsbehov. Figuren nedenfor viser sammenhengen mellom inntektsnivået og dekningsgraden.



Figur 3-5 Sammenhengen mellom korrigerte frie inntekter (kilde KMD) og dekningsgraden for heldøgns omsorg for eldre av 80 år (kilde SSB)

Det er en viss tendens til at dekningsgraden øker med nivået på inntektene (korrigert for behov), jf. figuren over. Samtidig er det svært stor spredning.

Derimot har størrelsen mye å si for dekningsgraden, slik figuren nedenfor viser.



Figur 3-6 Sammenhengen mellom antall innbygger og dekningsgraden for heldøgns omsorg for eldre av 80 år. Kilde SSB

Alle kommuner med høy dekning er små kommuner, jf. figuren over. Kanskje er forklaringen så enkel at det er mange av de små kommunene som bygger sykehjem av vanlig størrelse uten tanke på behovet. For små kommuner vil et slikt sykehjem fort kunne gi en høy dekning

Samtidig finnes det også mange små kommuner hvor dekningsgraden er lav. Det viser at det også er mulig med en alternativ tilnærming i små kommuner.

For kommuner med mere enn 15 000 innbyggere er det bare unntaksvis at dekningsgraden for 80+ passerer 20 %.

Poengene i figur 3.5 og 3.6 ovenfor blir illustrert på en litt annen måte i tabell 3.2 nedenfor.

Tabell 3.2 Fordelingen av landets kommuner etter dekningsgraden for heldøgns omsorg for eldre over 80 år. Kilde: SSB og egne beregninger

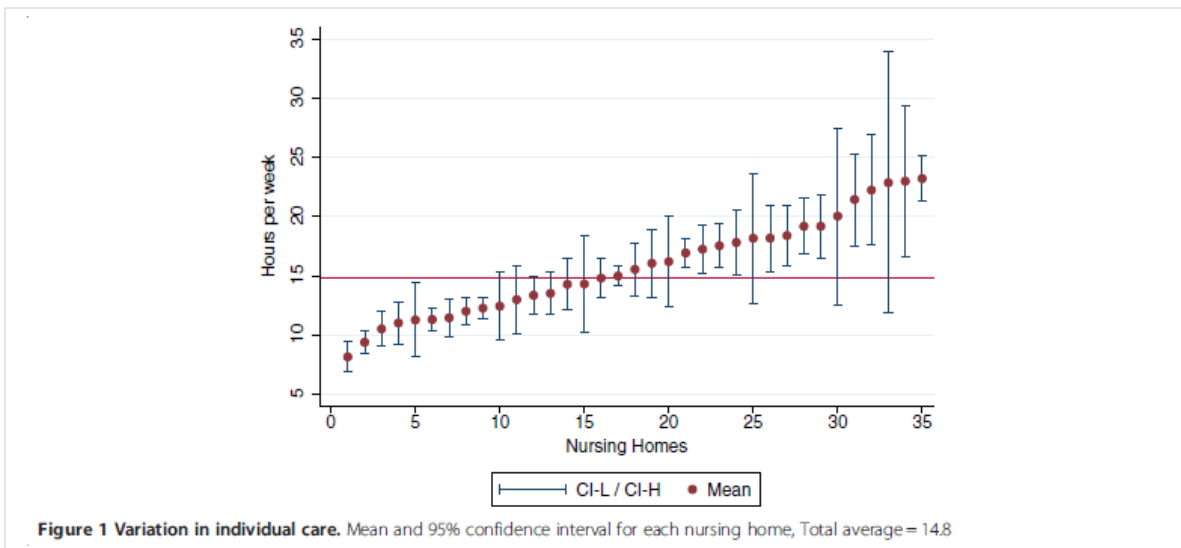
	Kommuner		Innbyggere		Gjennomsnitt størrelse	Gjennomsnitt korrigerte inntekter
	Antall	Prosent	Antall	Prosent		
Gruppe 1 (dekning under 16 prosent)	136	32 %	1 918 748	38 %	14 108	102
Gruppe 2 (dekning mellom 16 og 19,9 prosent)	129	30 %	2 551 770	50 %	19 781	108
Gruppe 3 (dekning mellom 20 og 24,9 prosent)	84	20 %	476 733	9 %	5 675	109
Gruppe 4 (dekning over 25 prosent)	63	15 %	156 525	3 %	2 485	122
Manglende statistikk	15	4 %	2 923	0 %	195	118
I alt	427	100 %	5 106 699	100 %	11 959	

Her kommer det frem at det stort sett er små kommuner som har høy dekning. 35 % av kommunene har høyere dekning enn 20 %. Imidlertid er det bare 12 % av landets innbyggere som bor i disse kommunene.



### Kjennetegn av brukere med ulike botilbud

Døhl mfl. (2014) viser resultatene av kartleggingen av spredningen i antall tildelte timer pr. uke for 35 sykehjem. Resultatene av kartleggingen i figuren viser variasjoner i timetallet i den enkelte institusjon, og mellom institusjonene.



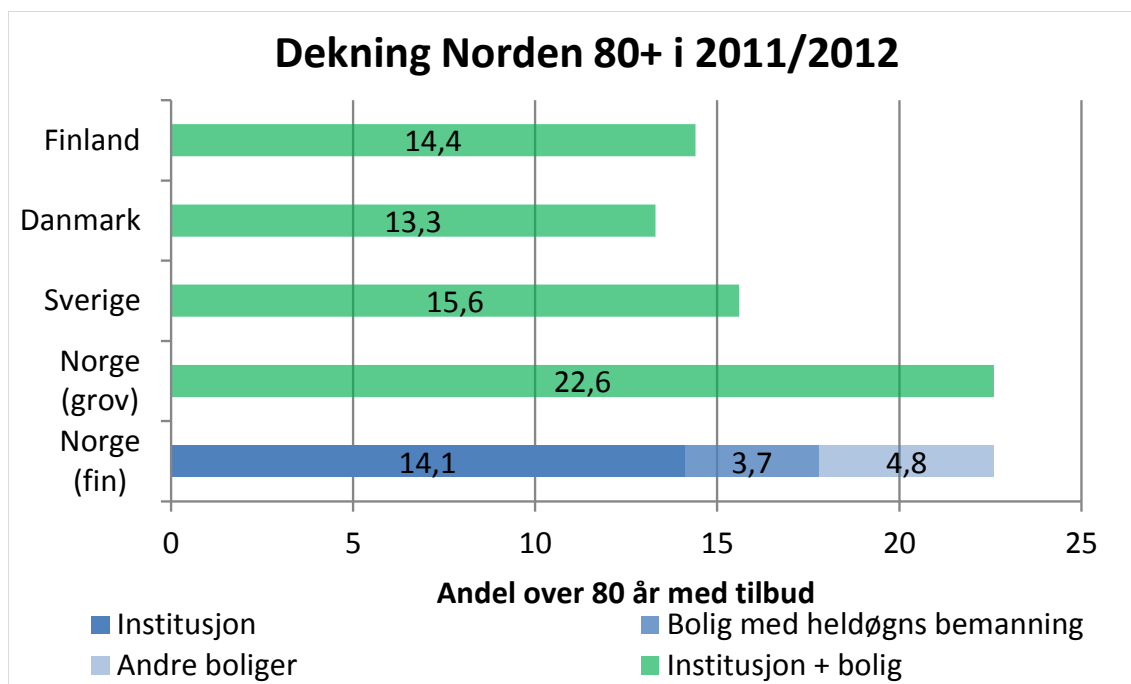
Figur 3-7 Spredningen i tildelte timer pr. uke for personer på 35 sykehjem. Gjennomsnitt (rød prikk) og spredning for det enkelte sykehjem (Døhl mfl. (2014))

I de 35 sykehjemmene varierte gjennomsnittlig antall tildelte timer fra rundt 8 til rundt 23, (jf. figur 3.7). Også innen det enkelte sykehjem er det relativt store variasjoner. Noe av denne variasjonen kommer også til uttrykk om en gjør den enkle øvelsen i å se på gjennomsnittlig bruttokostnader pr. sykehjemsplass i norske kommuner, som ligger mellom 0,5 mill. kr til 1,5 mill. kr pr. plass. Det gjenspeiler vel at sykehjemmene blir brukt på svært forskjellig måte og i stor grad ut fra lokale forhold og behov.

De store forskjellene viser at heldøgns omsorg ikke er et enhetlig tilbud, selv ikke for sykehjem. Tilsvarende gjelder også for boliger med bemanning hele døgnet. I eksempelkommunene er det store forskjeller i hvor mange timer som i gjennomsnitt tildeles beboerne i disse boligene, jf. tabell 3.4. De store forskjellene reiser spørsmålet om heldøgns omsorg er et hensiktsmessig begrep slik det er definert av SSB som grunnlag for statistikken.

### 3.4 Boligtilbud for eldre i de nordiske landene

Det er foretatt en sammenlikning av botilbudet til eldre i de nordiske landene i figuren 3.8.

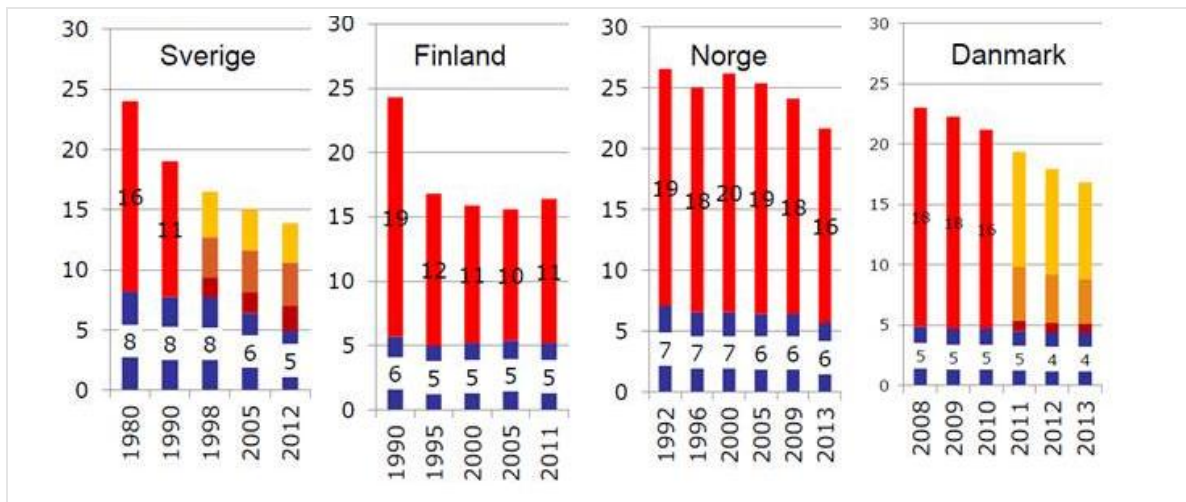


Figur 3-8 Andel over 80 år med tilbud om institusjon og boliger med bemanning hele eller deler av døgnet

I Norge blir det også tilbudt omsorgsboliger uten heldøgnsbemanning. I 2011 var det 4,8 % av eldre over 80 år med et slikt tilbud (jf. figur 3.8). Dette året var det 14,1 % med tilbud på sykehjem og 3,7 % for omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Den samlede dekingen var altså på 22,6 %.

I de andre nordiske blir det ikke utarbeidet statistikk som gir mulighet til å skille ut heldøgntilbudet. Derfor er det bare foretatt en sammenlikning av den samlede dekningsgraden for ulike botilbud. I de tre andre landene varierer denne dekingen mellom 13,3 % i Danmark og 15,6 % i Sverige. Tilbudet i Norge er med andre ord langt mer omfattende enn det som er vanlig i de andre nordiske landene.

Videre blir det gitt en oversikt over langsiktige utviklingstrekk for omfanget av ulike botilbud og for hjemmetjenester i de andre nordiske landene. Dette blir gjort med utgangspunkt i andelen av befolkningen over 65 år med ulike tilbud. Disse andelene er naturlig nok lavere enn andelen av befolkningen over 80 år som ble presentert tidligere i kapittelet.



Figur 3-9 Dekning for aldergruppen over 65 år over tid for hjemmetjenester og ulike botilbud for eldre i Sverige, Finland, Danmark og Norge. Fargeforklaring: Blått=institusjon og omsorgsbolig, Rødgule nyanser=hjemmetjenester<sup>2</sup>

Det er store variasjoner i omfanget av tilbudet i de nordiske landene. Tilbudet er mest omfattende i Norge og minst omfattende i Sverige. I alle de fire landene går utviklingen i retning av at det er en lavere andel av befolkningen som får et tilbud. Utviklingen gjelder både institusjon og ulike hjemmetjenester.

### 3.5 Statistisk presentasjon av eksempelkommunene

#### Innledning

I det følgende blir det gitt en statistisk presentasjon av eksempelkommunene om deknningen for heldøgnsstilbudet for den eldre delen av befolkningen. Dessuten blir det gitt en kortfattet statistisk beskrivelse av pleie- og omsorgstjenestene både når det gjelder økonomi og ulike sider ved tilbudet. Siktemålet er å gi en forståelse av i hvilken sammenheng heldøgnsstilbudet inngår. Tilbudet om heldøgns omsorg har naturlig nok sammenheng med nivået på utgiftene som blir brukt på tjenestene og hvordan driften og sammensetningen av tjenestene er lagt opp. Nettopp disse forholdene blir nærmere belyst videre i dette kapittelet.

Noen kommuner bruker statistikk for *gjennomsnittlig levetid på personer som tilbys plass på sykehjemmene* som en indikator på om plassene blir brukt til personer med tilstrekkelig behov for en slik plass. Det har imidlertid vist seg at ingen av kommunene har slik statistikk tilgjengelig.

#### Noen hovedtall

Statistisk informasjon for noen sentrale størrelser er vist i tabell 3.3 nedenfor.

<sup>2</sup> Kilde: Lagt frem av Szebehely på konferanse arrangert av Helse- og omsorgsdepartementet og KS 4. juni 2015

Tabell 3.3 Noen nøkkeltall for de seks kommunene. Kilde: KOSTRA og KMD

	Innbyggere	Personer over 80 år	Frie inntekter (landet=100)	Andel over 80 år med heldøgnsstilbud		
				I alt	Institusjon	Bolig
1001 Kristiansand	87 446	3 523	99	14,4	12,3	2,1
1505 Kristiansund	24 507	1 064	100	14,6	13,5	1,1
0220 Asker	59 571	2 373	104	15,2	12,4	2,8
1246 Fjell	24 427	588	95	16,3	8,3	8
0219 Bærum	120 685	5 775	105	18,6	13,6	5
1902 Tromsø	72 681	1 911	104	19,9	14,8	5,1

Antall eldre over 80 år i de valgte eksempelkommunene varierer fra rundt 600 i Fjell til rundt 5 800 i Bærum (jf. tabellen over). De største kommunene har større muligheter til å spesialisere driften enn de små. Samtidig er alle kommunene store nok til å sikre en rasjonell økonomisk drift av heldøgns-tilbudet.

Det er noen forskjeller mellom kommunene for hvor høye inntektene er, sammenliknet med oppgavene kommunene skal løse. Fjell er de kommunen med lavest inntekter og Asker, Bærum og Tromsø har de høyeste inntektene. Nivået på inntektene ligger 12 prosentpoeng høyere i Tromsø og Asker, sammenliknet med Fjell. Nivået på inntektene i kommunene er selvfølgelig av betydning av hva som kan tilbys innenfor pleie og omsorg. I tillegg er det av betydning hvordan pleie og omsorg blir prioritert sammenliknet med andre tjenester. Litt senere (jf. figur 3.10) ser vi på nettoutgiftene til pleie og omsorg i de ulike kommunene.

Andelen over 80 år med et heldøgnsstilbud varierer fra 14,4 % i Fjell til 19,9 % i Tromsø. Videre er det forskjeller for hvordan heldøgnsstilbudet er satt sammen. I Fjell blir rundt halvparten av tilbudet gitt i omsorgsboliger. Kommunen med lavest inntekter er altså den som satser mest på omsorgsboliger.

Dekningen av tilbudet av heldøgns omsorg vist i tabellen over henger sammen med andre tilbud av pleie- og omsorgstjenester. Noe statistikk for slike tilbud blir lagt frem senere i i kapitlet. Kapittel fire omtaler hvordan informantene i telefonintervjuene legger vekt på å utvikle ulike tilbud innenfor den hjemmebaserte omsorgen.

Videre har vi sett på utviklingen for dekkningen av heldøgnsstilbudet for gruppen over 80 år, slik tabellen under viser.

Tabell 3.4 Andel innbyggere over 80 år med heldøgns tilbud 2010–2014 for eksempelkommunene og landet som helhet. Kilde: KOSTRA

	Andel innbyggere 80 år og over med heldøgns dekning					Endring 2010-2014
	2010	2011	2012	2013	2014	
1001 Kristiansand	15,7	13,7	14,2	14,8	14,4	-1,3
1505 Kristiansund	15,4	21,8	20,7	16,6	14,6	-0,8
0220 Asker	16,1	16,2	15,7	16,1	15,2	-0,9
1246 Fjell	14,1	15,2	15,6	16,1	16,3	2,2
0219 Bærum	17,5	17,8	17,8	17,6	18,6	1,1
1902 Tromsø	19	19,8	19,8	20,2	19,9	0,9
Landet	17,8	17,8	17,9	17,3	17,1	-0,7

I de fire årene fra 2010 til 2014 har dekningen for landet som helhet blitt redusert fra 17,8 til 17,1 %, jf. tabell 3.4. I eksempelkommunene har det også vært en reduksjon i tre av de fem kommunene.

Videre har vi sett på gjennomsnittlig antall tildelte timer i eksempelkommunene for ulike boformer. Antall tildelte timer uttrykker hvor mye bistand beboerne trenger. Forskjeller mellom kommunene i tildelte timer kan derfor være et uttrykk for at de ulike boformene blir brukt ulikt. SSB gjør oppmerksom på at timeregistreringen i kommunene er usikker. Tallene i tabell 3.5 nedenfor må derfor tolkes med en viss grad av forsiktighet.

Tabell 3.5 Gjennomsnittlig antall timer for personer over 80 år med ulike botilbud (Sundby, SSB 2016). I tillegg til eksempelkommune omfatter tabeller statistikk for Oslo og Os.

	Gjennomsnittlig antall tildelte timer							
	Bærum	Asker	Oslo	Kristian-sand	Os	Fjell	Kristian-sund	Tromsø
Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	17,9	17,1	8,7	20,9	38,9	43,8	19,5	16,7
Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet	.	5,3	6,4	8,3	.	.	8,9	13,1
Bolig uten fast tilknyttet personell	.	4,8	7,3	9,1	9,2	8,1	6,6	.
Bolig uoppgitt bemanning	11,4	.	5,3	.	.	.	.	.
Tjenestemottakere i egen bolig	4,3	5,1	5,3	4,8	5,6	5,1	5,7	6,0

For *boliger med fast personell hele døgnet* er det store forskjeller i gjennomsnittlig antall timer som tildeles beboerne (jf. tabellen ovenfor). Dette gjennomsnittet varierer fra 8,7 timer i Oslo til 43,8 timer i Fjell. Fjell er en kommune som gir en relativt omfattende del av heldøgnsstilbudet i boliger med bemanning. Det er derfor ikke overraskende at beboeren i boligene i Fjell har mer behov for bistand enn tilsvarende beboere i andre kommuner.

Tilbudet i Oslo blir gitt til beboere med et relativt lite behov for omsorg sammenliknet med de andre kommunene. Det betyr at Oslo ikke i samme grad som de andre kommunene har bygget ut et botilbud til eldre med et omfattende behov for bistand. Dette kan være en forklaring til at det er en relativt høy andel av eldre over 80 år som er på sykehjem.

De store forskjellene for *boliger med fast personell hele døgnet* kan sies å være et resultat av at det kun blir stilt krav om at personalbasen skal være i samme bygg (jf. tabell 3.1). En slik definisjon åpner for svært forskjellige løsninger, og viser at boliger med heldøgns omsorg ikke kan sies å være et enhetlig begrep. Man kan også stille spørsmål om det er hensiktsmessig å lovfeste retten til et tilbud som omfatter så mange forskjellige løsninger.

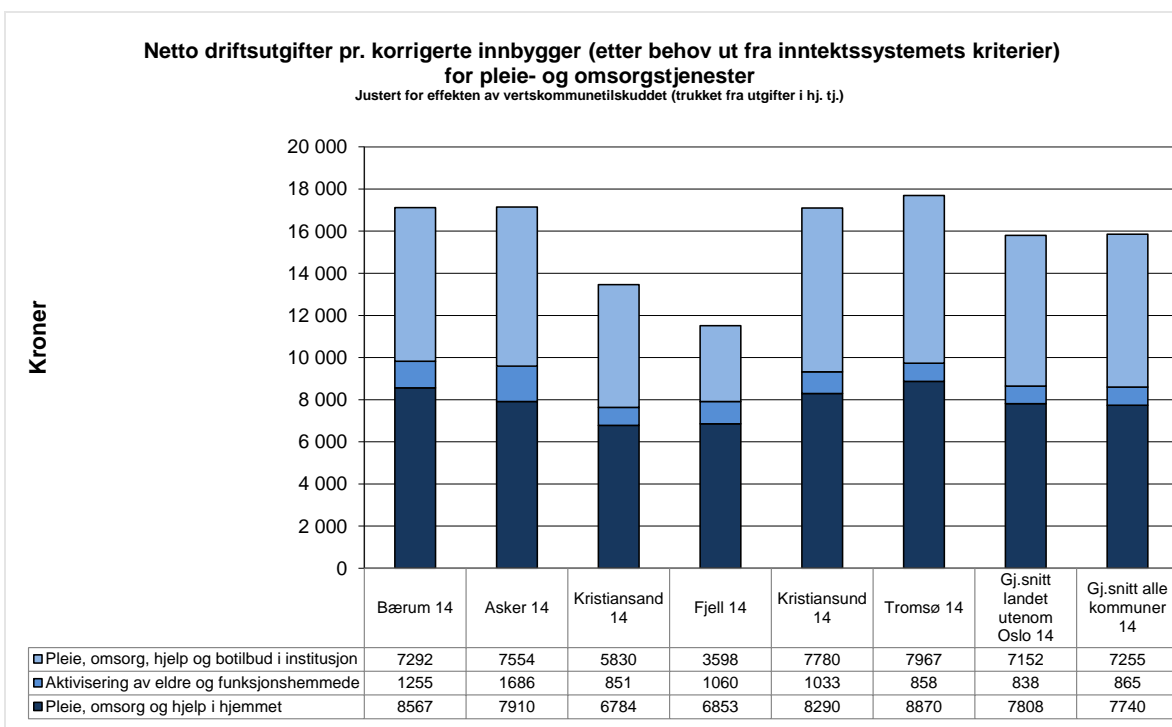
Videre er det relativt små forskjeller mellom antall timer til beboere i *boliger med fast tilknyttet personell deler av døgnet* og *boliger uten tilknyttet bemanning*. Det kan tyde på at lokaliseringen av bemanningsbasen ikke er av så stor betydning for beboere som får et tilbud deler av døgnet.

For disse to boformene er det heller ikke så store forskjeller i gjennomsnittlig antall tildelte timer. Det kan tyde på at de utvalgte kommunene bruker disse boligene til samme type brukere.

### Nettoutgifter fordelt på deltjenester

Et av de spørsmålene som er mest diskutert innenfor pleie- og omsorgssektoren, er fordelingen av ressursene mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester. Dels er det spørsmål om hva som er den rimeligste løsningen for kommunen, men det er i like stor grad et spørsmål om hva som er best for brukerne. På dette området arbeider de fleste kommuner ut fra et prinsipp om at tjenesten bør gis på laveste effektive omsorgsnivå, og at brukeren bør bo i eget hjem så lenge som mulig.

Vi har beregnet kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester pr. innbygger når man korrigerer for behovet for tjenestene i den enkelte kommune. Behovet er uttrykt slik det kommer frem i kriteriene i det statlige inntektssystemet. Resultatet av beregningene er vist i figur 3.10 nedenfor.



Figur 3-10 Netto driftsutgifter 2014 korrigeret for behov fordelt på ulike deler av pleie- og omsorgstjenestene

Det er store forskjeller mellom kommunene for hvor mye som blir brukt i 2014 på pleie- og omsorgstjenester, etter korrigerer for forskjeller i behov. Ikke uventet er det kommunen med lavest inntekter (Fjell) som brukte minst og kommunene med høyest inntekter (Bærum, Asker og Tromsø) som brukte mest. Forskjellene mellom kommunene er imidlertid langt større enn inntektene skulle tilsi. Nettoutgiftene i Tromsø var 50 % høyere enn utgiftene i Fjell. Det er altså store forskjeller mellom kommunene i de økonomiske forutsetningene for driften. Det er forskjeller hvor effektivt kommunene bruker midlene som stilles til rådighet. En effektiv drift vil kunne gi tjenester av bedre kvalitet enn nivået på utgiftene skulle tilsi.

Figur 3.10 gir også en fordeling av utgiftene på en grov tredelt versjon av omsorgstrappen: hjemmebaserte tjenester, institusjonsomsorg og tilbud til aktivisering av eldre og funksjonshemmede. Det var Fjell som i 2014 hadde den klart høyeste andelen av utgiftene som ble brukt på hjemmebaserte tjenester. Bærum, Asker og Kristiansund brukte mer enn landsgjennomsnittet på alle de tre trinnene i omsorgstrappen.

### Indikatorer fra Kommunebarometeret

Kommunebarometeret er en måling satt sammen av Kommunal Rapport, som omfatter 12 ulike tjenesteområder og 123 forskjellige nøkkeltall. I det følgende ser vi nærmere på nøkkeltallene for eldreomsorgen for de seks eksempelkommunene.

Kommunene blir rangert for de ulike nøkkeltallene. Ved hjelp av ulike vektorer blir kommunene rangert for ulike tjenesteområder og for alle tjenesteområder samlet i et slags Norgesmesterskap. Valg av nøkkeltall og vektningen er basert på skjønn. Dette skjønnet er ikke objektivt og kan være grunnlag for diskusjon. Samtidig fanger kåringen opp sentrale forhold ved de ulike tjenestene på en

lettfattelig måte. Poenget er imidlertid at man ikke tar rangeringen som en absolutt sannhet. Tabell 3.6 nedenfor viser resultatet for eksempelkommunene og hvordan de har skåret for de 14 kriteriene for eldreomsorgen. Disse kriteriene er i stor grad endret fra 2013 til 2014. Ambisjonen til Kommunal Rapport har vært å ha flere nøkkeltall fra de ulike delene av omsorgstrappen.

For 2013 var et av kriteriene «antall sykehjemsplasser i % av befolkningen over 80 år». Kriteriet er nå «andel plasser avsatt til demente målt mot andel over 80 år som allerede er på sykehjem». Det betyr at man ikke lenger får uttelling for flest mulig sykehjemsplasser. Samtidig fanger ikke kriteriet opp kommuner som gir et tilbud til demente i omsorgsboliger.

Tabell 3.6 Statistikk for pleie- og omsorgstjenestene i eksempelkommunene 2014 belyst med indikatorer fra Kommunebarometeret

	Bærum	Asker	Kristiansand	Fjell	Kristiansund	Tromsø
<b>Plassering totalt</b>	27	6	59	219	281	101
<b>Rangering innen hver enkelt sektor</b>						
Eldreomsorg (20 %)	157	240	75	14	204	121
<b>ELDREOMSORG</b>						
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 % vekt innen sektoren)	70	66	77	77	78	77
BEMANNING: Tid med lege og fysioterapeut på sykehjem (10 %)	1	1	1	2	1	1
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut og geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (10 %)	11	7	10	12	20	44
PROFIL: Hvor stor andel av eldreomsorgen skjer i hjemmet (andel over 80 år med tjenester som ikke bor på institusjon) (10 %)	68	65	72	83	70	71
TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer praktisk bistand i hjemmet (5 %)	11,0	14,1	10,1	6,3	8,6	10,3
TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie (5 %)	5,1	5,5	3,4	6,9	5,5	6,4
BEHOV: Andel av de over 67 som får bistand og som har stort omsorgsbehov (5 %)	20	16	8	19	8	15
HELSETILSTAND: Dødelighet i prosent av landsgjennomsnittet (100 = snittet) (10 %)	85	81	102	92	110	93
KORTTIDSPLASSE: Gjennomsnittlig oppholdstid per plass, målt i dager (10 %)	19	13	19	15	34	42
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	45	155	46	16	262	650
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	81	74	98	83	92	79
DEMENTE: Andel plasser avsatt til demente målt mot andel over 80 år som allerede er på sykehjem (5 %)	21	41	38	20	28	36
TRYGGHET: Trygghetsalarm per 1.000 hjemmeboende eldre over 80 år (5 %)	33	34	53	28	38	40
BRUKERE: System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten/institusjon (5 %)	6	6	6	6	0	6

Totalt kom Asker kommune på sjetteplass blant landets kommuner i 2014, jf. tabell 3.6 over. Det gode resultatet er basert på skåringen av rekke indikatorer på ulike tjenesteområdene. Innen eldreomsorg kommer imidlertid Asker langt lenger ned med en 240. plass.

I det følgende gir vi en kortfattet oppsummering av noen av indikatorene for de seks - eksempelkommunene. Begrepet Svakt resultat er brukt på områder hvor kommunene kommer dårlig ut og Godt resultat på områder hvor kommunen kommer godt ut:

- **Asker (eldreomsorg: 240. plass): Svakt resultat:** Få fagutdannede, få årsverk av fysio- og ergoterapeuter, få trygghetsalarmer og høy institusjonsandel. **Godt resultat:** Plasser avsatt til demente, god gjennomstrømming for korttidsplasser, helsetilstand og dødelighet

- *Bærum (eldreomsorg: 157. plass): Svakt resultat:* Få fagutdannede, få trygghetsalarmer og høy institusjonsandel. *Godt resultat:* Lav dødelighet, stort omsorgsbehov for de over 67 år med bistand, god gjennomstrømming for korttidsplasser
- *Kristiansand (eldreomsorg: 75. plass): Svakt resultat:* Dødelighet. *Godt resultat:* God gjennomstrømming for korttidsplasser, høy andel enerom og trygghetsalarmer
- *Fjell (eldreomsorg: 14. plass): Svakt resultat:* Få timer praktisk bistand. *Godt resultat:* Få utskrivningsklare pasienter på sykehus, god gjennomstrømming for korttidsplasser, høy andel hjemmeomsorg
- *Kristiansund (eldreomsorg: 204. plass): Svakt resultat:* Mange utskrivningsklare pasienter på sykehus, god gjennomstrømming for korttidsplasser, høy dødelighet. *Godt resultat:* Høy andel fagutdannede, høy andel hjemmeomsorg
- *Tromsø (eldreomsorg: 121. plass): Svakt resultat:* Mange utskrivningsklare pasienter på sykehus, lav gjennomstrømming for korttidsplasser. *Godt resultat:* Mange fagutdannede, høy andel plasser demente, lav dødelighet

### Konklusjon eksempelkommuner

Et fellestrekk for alle eksempelkommunene er at de hadde høyere utgifter til hjemmebasert omsorg enn til institusjonsomsorg. Utgiftene til aktivisering er også på et jevnt høyt nivå. Statistikken gir altså en indikasjon på at eksempelkommunene har satset på de nedre trinnene i omsorgstrappen.

Samtidig er det store variasjoner i utgiftsnivået til pleie og omsorg i eksempelkommunen. Fjell som er eksempelkommunen med lavest inntekter, har en høy andel av heldøgnsstilbudet i boliger og en høy andel av utgiftene brukt til hjemmebasert omsorg. Vi kan ikke se bort fra at tilpasningen er gjort som følge av relativt lave inntekter.

For eldreomsorgen er eksempelkommunene i Kommunebareometeret rangert fra nummer 14 (Fjell) til nummer 240 (Asker). Det betyr altså at alle eksempelkommunene hevder seg brukbart på denne rangeringen. Den gode plasseringen til Fjell viser at det er mulig å nå høyt på denne listen selv med et relativt lavt nivå for de frie inntektene.

### 3.6 Konklusjoner

Begrepet «heldøgns omsorg» brukes forskjellig av Husbanken og SSB. Særlig får kravene til personalbase betydning for hvor mye som skal regnes som et heldøgnsstilbud. De to aktørene stiller ulike krav. En definisjon basert på at helsepersonell skal nå brukerne på kort varsel, gir lavere dekningsgrader enn definisjonene brukt av Husbanken og SSB.

35 % av landets kommuner hadde i 2014 en høyere dekning enn 20. Bare 12 % av landets innbyggere bor i disse kommunene. En mulig forklaring kan være at i noen kommuner vil utbygging av et sykehjem med normal størrelse gi høy dekning fordi kommunen har så få eldre. Små kommuner med høy dekning har ikke vært prioritert vårt arbeid.

Kommuner med høye inntekter har i liten grad brukt disse inntektene til utbygging av heldøgnsstilbudet. Og kommuner med lave inntekter kan samtidig ha en høy dekning for heldøgnsstilbudet. Det ser med andre ord ut til at andre forhold enn inntekt er av større betydning når man skal forklare forskjeller mellom kommuner i dekningen.

De andre nordiske landene skiller ikke i statistikken mellom tilbudet om heldøgns omsorg med andre botilbud til eldre. Det samlede botilbudet i Norge er rundt 50 % høyere enn det som er vanlig i de andre nordiske landene. Sammenlikningen gir en indikasjon på at det er mulig å etablere et tilbud med lavere dekning også i Norge. I kapittel 9 drøfter vi mulige fremtidige baner for dekningen i Norge.



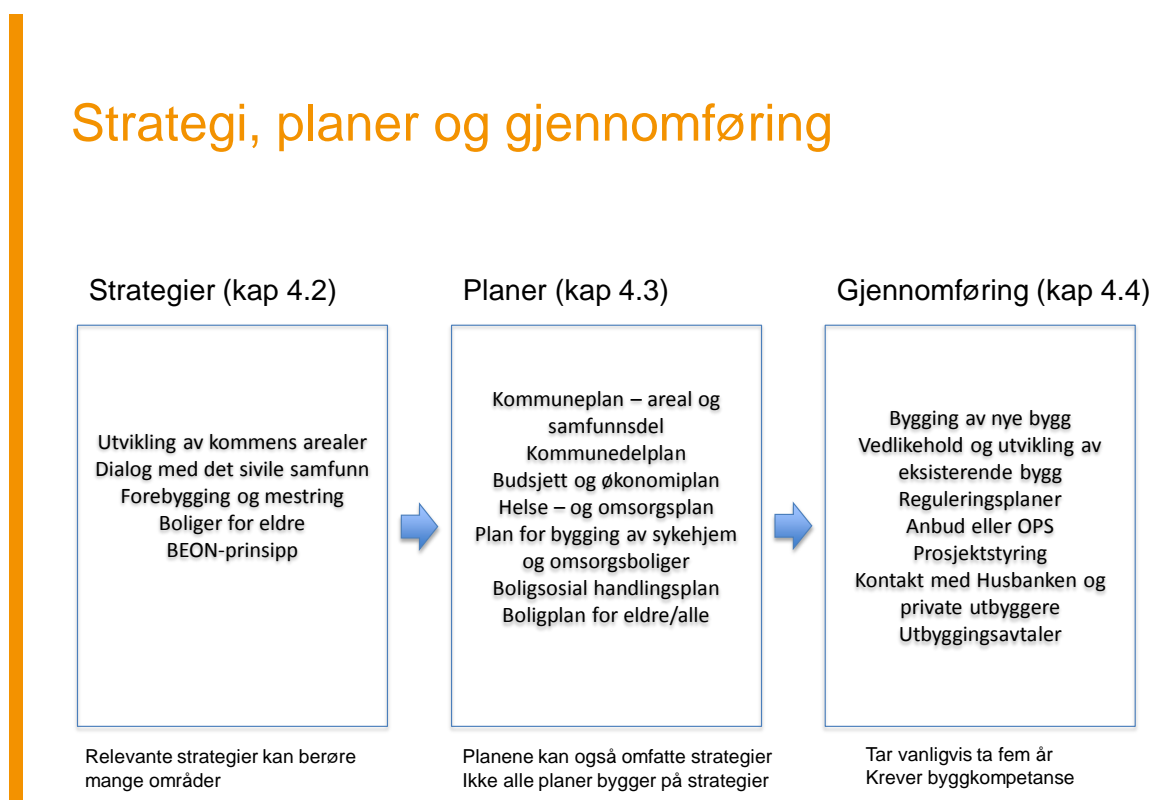
## 4 Intervjuer om planleggingen på strategisk nivå

### 4.1 Innledning

I dette kapitlet er det foretatt en oppsummering av telefonintervjuene med helse- og omsorgssjef eller andre ledere på rådmannsnivå. I noen av de største kommunene er intervjuene gjort med stabspersoner. I alt ble det gjennomført 26 intervjuer. I oppsummeringen i dette kapitlet har vi forsøkt på å være lojale mot det informantene har ment. Det betyr at vi ikke nødvendigvis trenger å være enige med det informantene mener.

#### Presentasjon av innholdet i kapitlet

Byggingen av sykehjem og andre botilbud er en prosess som tar relativt lang tid. Vanligvis tar det minst fem år fra planleggingen starter til bygget står ferdig. Figur 4.1 nedenfor viser typiske faser i denne prosessen.



Figur 4-1 Ulike faser i byggingen av sykehjem og andre botilbud for eldre

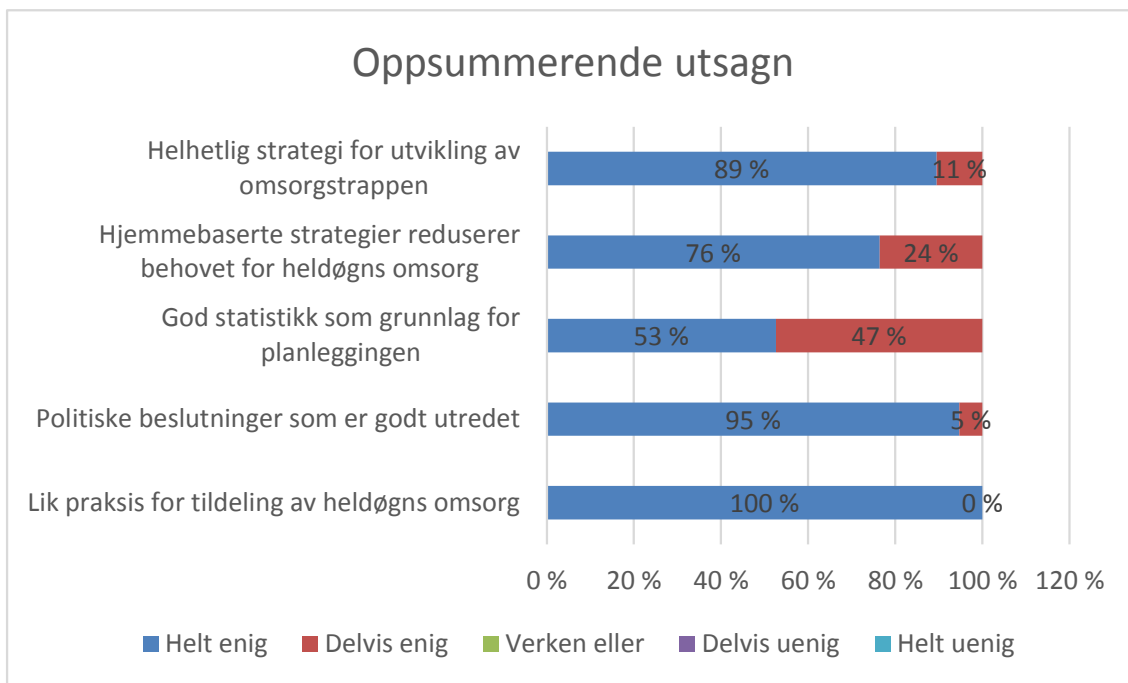
Oppbyggingen av dette kapitlet er sortert etter disse fasene. Strategiene beskrives i kapittel 4.2, planene i kapittel 4.3 og gjennomføringen i kapittel 4.4. Andre temaer som tas opp i kapitlet er:

- Statlig styring og dialog med politisk nivå (kapittel 4.5)
- Heldøgnsstilbudet sett i sammenheng med andre botilbud for eldre (kapittel 4.6)
- Bruk av statistikk (kapittel 4.7)
- Dekningsgrad som grunnlag for planlegging ((kapittel 4.8)

Kapitlet berører i første rekke de to første av problemstillingene i vårt mandat (jf. kapittel 1.2). Kapittel 4.9 oppsummerer innspill fra intervjuene for disse to problemstillingene.

### Overordnet vurdering av strategier, planer og tildeling

Informantene ble bedt om å ta stilling til fem oppsummerende utsagn, hvor svarene skulle gis på en femdelt skala etter hvor enige de var i utsagnene. Informantene er svært godt fornøyd med hvordan kommunene legger opp planleggingen og hvordan opplegget for tildeling er. I gjennomsnitt er det 83 % som er helt enig i de fem utsagnene og 17 % er delvis enig. Ingen har sagt at de er uenige. Resultatene for hver av de fem utsagnene er vist i figuren under.



Figur 4-2 Figur 4.2 Prosentvis svarfordeling for oppsummerende utsagn i telefonintervjuer med kommunale ledere. N=26

Informantene opplever at det er et potensial for forbedring av statistikken, jf. figuren 4.2 over. Kommunene opplever at de har gode strategier for utvikling av omsorgstrappen, og at de har strategier for hjemmebasert omsorg som vil kunne redusere behovet for heldøgns omsorg. Flere av informantene har pekt på at kommunene strever mer med å finne frem til gode tiltak som kan sikre at strategiene blir gjennomført i praksis. Utformingen av de to øverste utsagnene sier ikke noe om gjennomføringen.

I valget av kommuner har vi lagt vekt på å finne frem til kommuner som hadde et bra alternativ til tradisjonelle sykehjemsplasser. Om vi legger informantenes svar til grunn, har vi i stor grad klart å finne frem til slike kommuner. Vår erfaring med bistand til en rekke kommuner landet rundt, er at det er mange kommuner som strever mer både med overordnet planlegging og tildeling. Det er derfor viktig å huske på at vårt utvalg av kommuner ikke er representativt.

Våre intervjuer har avdekket at planlegging og tildeling er komplekse og krevende oppgaver hvor det til dels er nokså ulik praksis blant kommunene. Etter vår vurdering er det derfor et betydelig potensiale for videreutvikling av oppgavene, selv for kommuner som opplever at de er gode.

### Dekningsgradsgradens betydning for svarene

Dekningsgraden for heldøgnsstilbudet for kommunene som ble intervjuet varierte fra 11,4 % i Søgne til 36,6 % for Vikna, jf. tabellen 1.1 tidligere i rapporten. I vår analyse har vi sett etter systematiske forskjeller i svarene fra kommuner med lav og høy dekningsgrad. For eksempel kan man tenke seg at kommunene som lå høyest hadde de mest ambisiøse planene om ytterligere reduksjon av dekningsgrad.

Vi har imidlertid ikke klart å registrere noen slike forskjeller. Tvert imot har det vært slående hvor likt informantene fra kommunene har svart uavhengig av dagens dekningsgrad.

## 4.2 Strategier for utvikling av hele omsorgstilbudet (omsorgstrappen)

Det er allmenn enighet om at det er fornuftig å arbeide etter det såkalte BEON-prinsippet, hvor det er et mål å yte tjenester på et slikt nivå at de ikke fratår eller hemmer brukerens egenaktivitet og evne til å hjelpe seg selv. Egenaktivitet og selvhjulpenhet øker livskvaliteten og er viktig å opprettholde lengst mulig. Dette kan sies å være det primære formålet med å bruke dette prinsippet. Samtidig bidrar også bruken av prinsippet til rasjonell bruk av kommunale midler. BEON-prinsippet er fulgt opp ved å bruke den såkalte helse- og omsorgstrappen der tilbudene er sortert fra de mest til de minst ressurskrevende tjenestene. BEON-prinsippet innebærer altså at brukerne ikke tilbys hjelp lenger oppe i trappa enn nødvendig.

Vi har spurt kommunene om hvordan planleggingen av heldøgntilbudet er koblet til en overordnet strategi for utviklingen av omsorgstrappen. Videre har vi spurt om på hvilken måte kommunene benytter tiltak som korttids plass, dagtilbud, hjemmetjenester for å utsette behovet for heldøgns omsorg. Spørsmålene handler altså om i hvilken grad kommunene klarer å utvikle en fornuftig dimensjonering av ulike tilbud i tråd med BEON-prinsippet.

Det er slående hvor stor vekt kommunene legger på å utvikle tilbudet på de trinnene i midtre og nedre del av omsorgstrappen, og hvor mange av tiltakene som går igjen i flere kommuner. Mange av kommunene forteller om tiltak på følgende områder: hverdagsrehabilitering, mobilisering av frivillige og velferdsteknologi med trygghetsalarmer og andre tiltak. Utviklingen på disse områdene er ofte inspirert av det som gjøres i Danmark.

Det er forskjeller mellom kommunene hvor ambisiøst de satser og hvor langt de er kommet. Vårt inntrykk er at mange kommuner fortsatt er i en relativt tidlig fase i utviklingen av tiltak.

Korttids plassene er viktige som et ledd i å få brukerne tilbake til egne hjem, blant annet etter utskrivning fra sykehuset. Etter samhandlingsreformen (Meld. St. 26; 2014–2015) tar kommunene imot mer skrøpelige pasienter enn før. Reformen har ført til at økt behov for korttids- og rehabiliteringsplasser. Noen kommuner strever med at korttids plassene blir fylt opp av langtidsbrukere.

Derfor er det flere kommuner som planlegger å øke antall korttids- og rehabiliteringsplasser. Noen kommuner har organisert disse plassene nettopp under hjemmetjenesten. Formålet har vært å sikre en god overgang til brukernes egne hjem og kanskje bidra til å forhindre at disse plassene blir fylt opp av andre type brukere.

Flere informanter forteller om økt satsing på ulike tiltak som skal bidra til å avlaste pårørende og at en slik avlastning kan bidra til at brukere kan bo lenger hjemme. Eksempler på avlastning er dagtilbud, rullerende plasser og avlastningsplasser.

Gjennomføringen av tiltak på de nevnte områdene kan gjøres på ulikt vis, og det ser ut til at kommunene famler litt for å finne frem til de rette tiltakene. Fortsatt finnes det ikke så mye dokumentasjon om hvordan slik tiltak virker på behovet for heldøgns omsorg. Enkelte av informantene forteller også at de opplever at kommunene har gode strategier, men at kommunene foreløpig ikke er like gode på gjennomføringen.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Nøkkelen til suksess:*

- Stor satsing på hjemmetjenester med god kvalitet
- Rundhåndet med trygghetsalarmer. Brukerne må være trygge hjemme
- Tidligere var det litt for lite vedtak og brukerne ble engstelige - nå er det trygghet i tjenestene
- Ingen får tjenester på permanent basis før de er utredet av teamet
- Satsing på hjemmerehabilitering
- God politisk forankring
- Forventningsavklaring i samarbeid med brukere og pårørende på tjenester mv. For eksempel har ikke brukerstyrt personlig assistent (BPA) er ikke økt i det hele tatt.
- Holdt samme kursen over tid
- Målstyrt planlegging som forankres politisk
- Felles vurdering av situasjonen mellom bestiller og utfører
- Tydelig perspektiv på de økonomiske rammene
- Dyktige medarbeidere som kan kartlegge og håndtere alle oppgaver i brukernes hjem og som kan trygge brukere og pårørende om at de får den hjelpen de trenger
- Tydelig dialog med pårørende og brukere om hva de kan forvente
- Har et eget fagteam som forankrer strategier - det gir input til forvaltningskontoret. Her deltar enhetsleder for bosenteret, hjemmebaserte tjenester og sykehjem og en saksbehandler fra bestiller. Det er tilsvarende fagteam for barn og unge, rus og psykiatri mv. Her er det ikke saksbehandling på enkeltpersoner, men prinsipper og strategier.

Utsagnene kan illustrere dette:

*Vi har gode strategier, men det gjenstår arbeid med å forankre strategier hos de ansatte. Det hjelper ikke med en god plan, dersom den ikke blir fulgt i praksis. Dialogen med de ansatte er viktig. Som kommunalsjef legger jeg vekt på å faglig begrunne hvorfor det er best man bor hjemme, og også at et hjemmebasert tilbud er best for kommunens økonomi.*

*Dagsenter har fått utvidet åpningstid. Nå er det åpent også på kveldstid og på lørdager. Senteret bidrar til å avlaste pårørende, slik at de «kan stå i det» og behovet for kommunal bistand blir redusert.*

### 4.3 Planer for utvikling av heldøgntilbudet

Utvikling av heldøgntilbudet er på ulikt vis nedfelt i kommunens plandokumenter. Disse plandokumentene kan både omfatte kommunens overordnede strategi (se over) eller være rettet mer mot gjennomføring. I noen grad har vi også sett nærmere på aktuelle planer fra kommunene. Vi vil imidlertid understreke at oppsummeringen ikke omfatter en fullstendig dokumentanalyse. I det følgende oppsummerer vi innspill fra intervjuene om betydningen av plandokument.

- *Kommuneplan:* I arealdelen av kommuneplanen blir det avklart hvor i kommunen det skal bygges sykehjem, omsorgsboliger og andre botilbud til eldre. I samfunnsdelen kan det være formulert overordnede strategier for tjenestene hvor det kan være lagt vekt på forhold som forebygging og mestring. En informant har fortalt at vedtakene i kommuneplanen om disse forholdene har vært av avgjørende betydning for en sterkere satsing på hjemmebasert omsorg.
- *Budsjett og økonomiplan:* Finansieringen av byggingen av sykehjem og omsorgsboliger skjer i kommunens budsjettdokumenter. Flere informanter peker på betydningen av at det lages en regi som bidrar til å sikre finansieringen av byggene.

- *Helse- og omsorgsplan:* I mange kommuner blir det laget helse- og omsorgsplaner for den langsiktige utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Vår erfaring er at det de siste årene har blitt mer vanlig å lage en felles plan for helse og pleie og omsorg. Utviklingen er et resultat av samhandlingsreformen og et økt kommunalt ansvar for forebygging.
- *Plan for botilbud til eldre:* Oslo er et eksempel på en kommune som har en egen plan for bygging av sykehjem og omsorgsboliger for eldre. Planen blir lagt frem som en del av budsjettet. Planen omfatter både overordnede mål og strategier og planer for gjennomføring. I Oslo er det også utarbeidet en seniormelding, rettet mot utviklingen av alle tjenestene til den eldre delen av befolkningen
- *Planer for helse- og omsorgsbygg:* Tromsø kommune har laget en plan for bygging av alle helse- og omsorgsbygg. I motsetning til Oslo har Tromsø utarbeidet et plandokument rettet mot alle aldersgrupper. Planen i Tromsø omfatter altså det som vanligvis kalles boligsosial handlingsplan.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Kommunen har et svært godt samarbeid mellom politikk og administrasjon om arbeidet med en strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg mot 2030». Strategien er forankret i kommuneplanens arealdel og samfunnsdel. Tre sentrale politikere er med i styringsgruppen for utvikling av strategien: Helse og omsorg, finans og byutvikling. Utviklingen av tilbudet ble sett i nær sammenheng med utvikling av byen. Det har vært nær dialog med helse- og omsorgskomiteen i bystyret, og det er etablert en enighet om strategien på tvers av partier. Videre har det vært et godt opplegg for brukermedvirkning, blant annet gjennom eldrerådet, råd for mennesker for nedsatt funksjonsevne mv. Arbeidstakere blir involvert i gjennomføringen av det enkelte byggeprosjekt. Det må finnes alternative arenaer for dialog, nå som det parlamentariske systemet blir avvirket etter valget. Selv arbeider jeg for direktøren for helse og omsorg og har ansvar for å følge opp strategien.*

### **Hva er vi gode på – og hvor er det behov for forbedringer?**

Vi har spurt informantene om på hvilke områder kommunen har en god tilnærming for planlegging av heldøgnsstilbudet, og om mulighetene for forbedringer.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Vi har hatt en tendens til å bygge boliger uten å tenke på kostnadene ved driften. Her bør vi bli flinkere.*

*Nøkkelen til suksess er at vi har nok korttidsplasser, slik at vi blant annet klarer å ta imot pasientene fra sykehuset. Det er nødvendig med tilstrekkelig kapasitet og god kompetanse. 16 plasser til rullerende avlastning har også vært vellykket.*

*Vi har ikke et boligkontor som kan være et sted for henvendelse for boliger. Et boligkontor kan bidra til å se flere brukergrupper i sammenheng: Eldre med behov for sykehjem og heldøgns omsorg, eldre utbrente rusmisbrukere, flykninger, personer i rusfeltet og innen psykisk helse. Videre ønsker vi mer samarbeid med private aktører. Et boligkontor vil kunne bidra til å styrke samarbeidet på tvers av brukergrupper.*

*Vi har gode analyser hvor vi bruker KOSTRA som grunnlag for sammenlikning med andre kommuner. Det er imidlertid ikke bestandig så enkelt å skjønne hva som er regnet med i KOSTRA. Kanskje burde vi brukt noe mer tid på å sikre at rapporteringen blir riktig. Vi vil trolig kunne utføre bedre analyser om vi også bruker andre kilder til informasjon enn KOSTRA.*

#### 4.4 Gjennomføring krever kompetanse om bygg og økonomistyring

Gjennomføring av heldøgns bemanning krever at man tar stilling til hvordan man skal utvikle byggene hvor et slikt tilbud blir gitt. Det er nødvendig at man tar stilling til i hvilken grad man kan utnytte dagens bygningsmasse og i hvilken grad det er nødvendig med nye investeringer.

Det må organiseres byggeprosjekter som kan omfatte betydelig investeringer. Disse prosjektene skal organiseres med sikte på at man holder god orden på økonomien og den planlagte fremdriften. Gjennomføringen krever teknisk kompetanse og bidrag fra yrkesgrupper som ingeniører og arkitekter. Det er nødvendig at byggene blir utformet i dialog med ansatte som skal bruke bygget.

Vi har fått innspill om at det er en utfordring å sikre en god dialog mellom de ulike aktørene. I Oslo er det for eksempel utarbeidet et detaljert investeringsreglement som omtaler rutiner og roller til de involverte aktørene. I Oslo er det bydelene som står for tildeling av tjenester. Den operative bestillingen av sykehjem ivaretas av Sykehjemsetaten. Byggingen utføres av Omsorgsbygg eller så kan den være organisert som et OPS. Den noe innviklede organiseringen av bygging i Oslo viser at det er mange oppgaver som skal gjennomføres.

Utfordringen ser ut til å være å få til en god dialog mellom de helsefaglige yrkesgruppene som gjerne har ansvar for tjenestene, og de tekniske yrkesgruppene som har ansvar for gruppeinndelingen.

##### Dialogen med Husbanken

Investeringene krever at kommunen har kompetanse om ordningene i Husbanken og hva som kreves for å få tilskudd til disse investeringene.

Husbanken har ulike tilskudd for omsorgsboliger og sykehjem, og ulike tilskuddsordninger rettet mot ulike brukergrupper. Noen av informantene opplever at Husbankens regler er for lite fleksible. Det er et ønske om å utforme ordninger som gir kommunen anledning til mer fleksibel bruk av byggene etter hvert som behovene i kommunen endrer seg. En slik fleksibilitet ville kunne gi en mer rasjonell bruk av kommunens bygningsmasse.

Innspill fra enkeltkommuner:

*En informant mener at det blir stilt strengere krav til størrelsen på rommene ved korttidsplasser enn det brukerne av slike plasser trenger. 28 kvadratmeter er mer enn hva en bruker trenger av plass for en kortere tidsperiode. «Man trenger da ikke gjøre det dyrere enn nødvendig», slik denne informanten uttrykker det.*

*I vår kommune er det behov for å se botilbud til flere ulike brukergrupper under flere tilskuddsordninger i Husbanken i sammenheng. Nå er det behov for flere boliger til flyktninger. Samtidig har vi eldre omsorgsboliger til helse- og omsorgsformål som ikke lenger er hensiktsmessige. For oss hadde det vært en god løsning om disse boligene ble tatt i bruk til flyktninger, samtidig som vi bygget nye omsorgsboliger.*

*Vi har fått tilsagn fra Husbanken på bygging av 32 nye sykehjemsplasser. Vi har imidlertid funnet ut at vi heller trenger omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Det må da skrives en ny søknad. I tillegg kan det være en utfordring at det er to atskilte pottar avsatt til de formålene. Det er en risiko for at potten til omsorgsboliger er brukt opp. Samtidig opplever vi Husbanken som løsningsorientert, slik at det ordner seg nok.*

## 4.5 Statlig styring og dialog med politisk nivå

### Staten «snakker med to tunger»

De siste årene har staten gitt en rekke signaler om at kommunene bør satse sterkere på forebygging. Samhandlingsreformen, en ny folkehelselov og oppmuntringen til å satse på velferdsteknologi er signaler i denne retningen. Utredningen «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11) peker i samme retning. Samtidig gir staten signaler om betydningen av å bygge ut flere sykehjem og boliger med heldøgns omsorg. Flere av våre informanter har gitt uttrykk for at disse signalene ikke helt henger sammen. Informantene opplever altså at «staten snakker med to tunger».

Det har blitt gitt uttrykk for at Husbankens relative generøse tilskuddsordninger fører til at det blir bygget for mange omsorgsboliger og sykehjem. Når kommunene ikke i samme grad får tilskudd til hjemmebaserte tiltak, kan kommunene velge sykehjem, selv om hjemmebaserte tiltak er mer lønnsomt. Tilskuddet er ikke i samsvar med det finansielle ansvarsprinsippet, som sier at det bør være en instans som vurderer den samlede nytten og kostnadene av et tiltak.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Det er på tide at staten beveger seg vekk sykehjemsmantraet. Satsingen er ikke bærekraftig verken for staten eller kommunene. Dette sier jeg, til tross for at jeg nå er valgt som fylkesordfører for et av partiene i regjeringen.*

### Forholdet mellom politikk og administrasjon

Før vi startet intervjuene hadde vi utarbeidet følgende antakelse:

*Kommunene er preget av en sterk politisk tro på sykehjem. Det kan være krevende å legge frem argumentasjon og tiltak som kan gi trygghet for at det er mulig med en sterkere satsing på alternative tilbud. Utviklingen har gått i retning av større gjennomslag for å satse på egenmestring og hjemmebaserte tiltak.*

De aller fleste informantene gir uttrykk for at politikerne også stiller seg bak strategiene om at det er mulig å satse sterkere på hjemmebaserte tiltak som et alternativ til institusjon. Det er vanlig at administrasjonen legger vekt på en tett og løpende dialog med kommunens politiske organer. Dialogen omfatter også ofte forhold som ikke er ferdig utredet fra administrasjonen, noe som bidrar til en felles modning og utvikling av de overordnede strategiene. Mange forteller om en utvikling hvor det blir lagt økt vekt på hjemmebasert omsorg. I disse kommunene ser det ut til å være stor grad av enighet mellom administrasjonen og politikerne.

Noen få kommuner forteller også om store spenninger mellom politikk og administrasjon. I disse kommunene har politikerne en sterkere tro på sykehjem enn administrasjonen. Det kan se ut at disse kommunene har en mer formalisert og mindre omfattende dialog enn i kommunene hvor det er et godt forhold mellom politikk og administrasjon.

Det ser altså ut til å være et bedre forhold mellom politikk og administrasjon enn vi trodde på forhånd.

Innspill fra enkeltkommuner:

*«Vi har arbeidet med saken i lang tid, som har bidratt til en gradvis modning. Saken vi nå legger frem med økt satsing på hjemmebasert omsorg kunne ikke vært lagt frem for tre år siden. Det er fattet viktige vedtak som har endret kulturen. I kommuneplanen er det lagt vekt på forebygging, lavterskeltilbud mv. Begrepene som blir brukt ligger i bunn for arbeidet. Før var det en tendens til at sykehjem er svaret. Dette synet har sluppet de to siste årene. Tonen har endret seg. For noen år siden var det svært dårlig forhold mellom politikk og organisasjon. Vi har de siste årene bygd en ny*

organisasjon med vekt på samarbeid mellom politikk og administrasjon. Det har vært bygget strukturer som sikrer samarbeid. Vi har tydeliggjort mål og formål. Det er etablert mange møteplasser mellom politikk og administrasjon. Rådmannen er et «råskinn» til å forstå spillet. Sakene blir drøftet uformelt. Administrasjonen har stor respekt for det politiske systemet. Vi har lagt vekt på å få tydelige vedtak i tilknytning til kommunens plandokumenter om betydningen av å satse på trinn nede i omsorgstrappen. Disse vedtakene har bidratt til en endring av klimaet i de politiske organene og en tro på at man kan satse på noe annet enn sykehjem.

I forbindelse med siste revisjon av planen hadde vi to dagsseminarer. Stjørdal og Fjell fortalte om sine erfaringer med utviklingen av hjemmebaserte tilbud som alternativ til sykehjem. Seminarene hadde bred deltakelse fra kommunens politiske organer, brukerrepresentanter og ansatte. Representantene fra de to kommunene har vært gode ambassadører som har bidratt til at politikerne og de andre aktørene har tro på at det er mulig med en tilsvarende utvikling hos oss.

#### **4.6 Heldøgnsstilbudet sett i sammenheng med andre boliger for eldre**

Oslo kommune har en egen plan for heldøgnsstilbudet som annet hvert år blir lagt frem sammen med budsjettet. Planen som ble lagt frem høsten 2016 hadde tittelen «Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov. Utbygging av Omsorg+ og sykehjem i Oslo - rullering 2016–2026». Planen som ble lagt frem høsten 2014 het «Sykehjemsbehovsplanen». Endringen av fokus for planen er inspirert av anbefalingen i Sørvoll, Martens og Daatland (2014), som er utført på oppdrag fra Husbanken. En hovedanbefaling fra forskerne er at kommunene bør satse på å utvikle en boligpolitikk for eldre. Dette området har til nå i liten grad vært prioritert. Anbefalingen er basert på en gjennomgang av plandokumenter i 30 kommuner.

Planen i Oslo er avgrenset til planlegging av heldøgnsstilbudet. I mange kommuner er det imidlertid vanlig å se heldøgnsstilbudet i sammenheng med andre botilbud til eldre. Mange kommuner har erfart at sentrumsnære boliger kan være attraktive for personer over 50 år. I slike leiligheter kan det være lettere å møte alderdommen enn i eneboliger som ligger mer i utkanten av kommunen. Grunnen til dette, er dels at boligene er mer tilpasset personer med pleiebehov, og dels at en lokalisering i nærheten av sentrum øker mulighetene for sosial kontakt.

Fordelen for kommunen med slike boliger på det private markedet er at det reduserer behovet for utbygging av boliger i kommunal regi, og det kan legge grunnlag for mer rasjonell drift av hjemmetjenestene. Bærum er et eksempel på en kommune som har etablert en base for hjemmetjenesten, med en bolig som kommunen leier i samme bygg, som mange eldre har kjøpt sine boliger. Basen gir mulighet for et døgntilbud til de eldre som bor i bygget.

Omsorgsboliger ser ut til å være mer vanlig i små kommuner enn i større kommuner i distriktene. Sørvoll, Martens og Daatland (2014) finner mer enn dobbelt så høy dekning i 10 små kommuner sammenliknet med 10 store kommuner. En mulig forklaring kan være at eneboligene er mest verdt i sentrale strøk, og at det derfor er lettere å kjøpe en ny sentrumsnær bolig. Innspill fra enkeltkommuner:

*Her mangler vi et tilbud som ligger på trinnet under heldøgnsstilbudet. Hos oss er det mange som bor på bygda i utrangerte eneboliger og føler seg utrygge. Det er planlagt å bygge flere sentrumsnære boliger. Vi har vært på studietur til Ringsaker og Oppdal for å hente inspirasjon. En utfordring er at det ikke har vært kultur for å selge de gamle boligene og ta opp lån for å kjøpe en leilighet. Vi ser på tiltak som kan bidra til å endre denne kulturen.*

*I vår kommune får man gode eneboliger til 2 mill. kr, samtidig som leilighetene er relativt dyre. Vi vil bygge boliger med privat eierskap hvor kommunen har tildelingsrett. Her kan man bli eier av en 60 kvadratmeter bolig for litt over 1 mill. kr. Det blir foretatt en indeksregulering av prisen på boligene.*



*Beboerne får billige boliger uten risiko for å tape penger. Vi slipper å kreve inn husleie. Prisen blir lav som følge av statstilskudd og momsrefusjon.*

*Vi har innledet et samarbeid med private utbyggere om bygging av et seniorsenter som er tilrettelagt med boliger med heldøgns omsorg. Et viktig formål er å styrke den sosiale tilhørigheten. Flertallet skal eie boligene selv. I tillegg vil kommunen kjøper boliger og eie på linje med andre. Vi ønsker en dialog med Husbanken for å klargjøre hvordan de ulike virkemidlene kan brukes. I en kommune har utbyggere vært opptatt av å bygge store leiligheter for ansatte i oljebransjen. Problemene i bransjen gjør at utbyggerne nå i større grad er innstilt på å bygge for andre grupper.*

*Rundt år 2000 spurte vi innbyggerne i kommunen over 50 år om boligpreferansene. Mange ga uttrykk for at de ønsket seg sentrumsnære leiligheter. I kommunepåen har kommunen lagt til rette for bygging av leiligheter i tilknytning til fem sentre i kommunen. Leilighetene er en kombinasjon av private leilighet og kommunale omsorgsboliger. I en av utbyggingsavtalene la vi inn en klausul om av boligene skulle selges til personer over 50 år. I praksis har de som flyttet inn vært over 60 år. Vi tror at bygging av slike leiligheter gjør at eldre klarer seg lenger selv, og at behovet for heldøgns omsorg blir redusert.*

*Hos oss er tildelingen av de fleste tjenester innen helse- og omsorgsområdet, og sosiale tjenester som bostøtte og økonomiske rådgivning samlet i enheten «Brukertorget». Det betyr at virkemidler knyttet til boligen kan ses i sammenheng med tildelingen av pleie- og omsorgstjenester. Vi hjelper blant annet eldre til å gjennomføre kjøp av en mer hensiktsmessig leilighet.*

#### **4.7 Bruk av statistikk**

Mange av våre informanter er ledere med helsefaglig utdanning. Vårt inntrykk er at en del av disse lederne ikke er så opptatt av statistikk og kvantitative fremskrivninger av tilbudet. Disse lederne ser ut til å ha en mer intuitiv tilnærming til fremtidig planlegging. Noen av ledere med helsefaglig bakgrunn erkjenner at de selv ikke har den nødvendige kompetansen på bruk av statistikk.

Det er en klar forskjell mellom små og store kommuner når det gjelder bruken av statistikk. I store kommuner er det vanlig at det er ansatt spesialister for å ivareta denne funksjonen. I små kommuner er planleggingen i større grad ivaretatt av generalister.

I forkant av intervjuene sendte vi noe statistikk om dekningsgraden for heldøgnsstilbudet i alle de aktuelle casekommunene. Meningen var at statistikk skulle gi en faktabasert bakgrunn for intervjuene.

I Oslo blir gjennomsnittlig oppholdstid på sykehjemmene brukt som en indikator for hvor skrøpelige brukerne er når de får en plass på sykehjemmet. I Oslo har pasientene blitt skrøpeligere og oppholdstiden har gått ned. Vi spurte om våre kommuner også brukte denne indikatoren. Det er det flere kommuner som gjør, men det var få som hadde denne informasjonen for hånden. Flere av informantene kunne imidlertid fortelle at oppholdstiden hadde gått ned, og at grunnen til dette var at kommunen hadde utviklet et bedre tilbud slik at brukerne kunne klare seg i egne hjem.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Vi buker offentlig statistikk og statistikk som vi lager selv. Kommunen bruker også offentlig statistikk. Vi arbeider kontinuerlig med statistikk med god støtte fra planavdelingen. For eksempel har vi en egen fremskrivning av langtidsplasser og omsorgsboliger som vi bruker både i interne og eksterne databaser. Jeg opplever at vi er gode på statistikk og at vi har et godt grunnlag for planlegging.*

Statistikken er ikke entydig. Det er et eget fag å tolke statistikken. Vi trenger å styrke kompetansen. KOSTRA er ikke detaljert nok. Verken vi eller økonomiavdeling har nok kompetanse til å gjennomføre de nødvendige analysene.

I statistikken fra SSB ser det ut til at vi har en dekning for heldøgns omsorg på 12,4 %. Det reelle tallet er på 15,6 %. SSB har ikke tatt hensyn til plassene vi kjøper fra Røyken kommune. Vi har tatt dette opp flere ganger med SSB uten at det har skjedd noen bedring. Vår egen planlegging skjer på grunnlag av regneark og systemer vi selv har utviklet. Det er synd at dekningen i Asker ikke kan sammenliknes med andre kommuner.

#### «Heldøgns omsorg» som statistisk kategori

Begrepet «heldøgns omsorg» brukes forskjellig av Husbanken og SSB. Særlig får kravene til personalbase betydning for hva som skal regnes som et heldøgns tilbud. De to aktørene stiller ulike krav. Ledere på strategisk og operativt nivå i kommunene har heller ingen felles forståelse av begrepet. Følgende forhold har blitt avdekket under intervjuene:

1. For det første er det vår erfaring at kommunene *strever med å rapportere antall plasser*, slik de er definert. I vår bistand til kommunene oppdager vi relativt ofte avvik mellom rapporteringen i KOSTRA og antall plasser som kommunen har.
2. Det er *få som kjenner definisjonen* av heldøgns bemanning. Definisjonen er relativt bortgjemt i veilederen til SSB. Dette er en utfordring når statistikken skal brukes på strategisk nivå som grunnlag for dimensjonering av fremtidig utbygging.
3. *Skjulte forskjeller mellom kommunene (1)*: I Karmøy var det 12,4 % av antall eldre over 80 år med et heldøgns tilbud i 2014. Dette var noe av den laveste dekningen blant kommunene i landet. Kommunen har imidlertid omsorgsboliger med nattbemanningen i kjelleren, hvor man må gå ut for å nå resten av bygget. Innendørs trappegang ville gitt flere plasser med heldøgns omsorg, men neppe betydd så mye for brukerne.
4. *Skjulte forskjeller mellom kommunene (2)*: Bærum kommune leier en base i et privat boligkompleks hvor kommunen så langt gir et tilbud deler av døgnet. Det planlegges at basen også skal ha bemanning om natten. Tilbudet blir ikke regnet med fordi den blir gitt i private boliger som brukerne selv eier. Kommuner som satser på å gi et tilbud i private hjem, vil altså fremstå med en for lav dekningsgrad i statistikken.
5. *Skjulte forskjeller mellom kommunene (3)*: Omfattende tilbud i eldre brukeres egne hjem blir ikke regnet med. Slike tilbud kan være et alternativ til heldøgnsstilbud på sykehjem eller i omsorgsbolig.
6. *Skjulte forskjeller mellom kommunene (4)*: Heldøgnsstilbudet er en sekkepost for tilbud av ulik karakter og funksjon (jf. tidligere omtale)

Det er nærliggende å anta at denne forvirringen om bruk av begreper i seg selv gjør det vanskeligere med en god planlegging av tilbudet. Eller sagt på en annen måte, både aktører på statlig og kommunalt nivå ville trolig være tjent med en felles bruk av begreper. Dette spørsmålet blir nærmere drøftet i kapittel 10.

#### 4.8 Dekningsgrad som grunnlag for planlegging

I tilbudsforespørselen fra KS er en av de fire hovedproblemstillingene formulert som følger: «*Hva slags dekningsgrad tar kommunene utgangspunkt i når de beregner behov for heldøgns omsorg i en planperiode?*». Vi har stilt våre informanter det samme spørsmålet.

Det er vanlig i mange kommuner at fremtidig behov for et heldøgnsstilbud tar utgangspunkt i en fremskrivning av den eldste delen av befolkningen, gjerne antall personer over 80 år. Dekningsgraden er et uttrykk for hvor stor del av befolkningen som trenger en heldøgns plass. Fremtidig

behov blir så beregnet ved at man tar stilling til hvordan dekningsgraden vil utvikle seg i årene som kommer.

I offentlig statistikk finnes det to uttrykk for dekningsgraden:

1. Antall plasser til personer i en aldersgruppe/antall personer i samme aldersgrupper
2. Samlet antall plasser/antall personer over 80 år

Den første metoden gir den mest presise metoden for beregning av fremtidig behov. Oslo kommune bruker denne metoden som grunnlag for fremtidig planlegging. En utfordring er at det ikke blir utarbeidet tilstrekkelig statistikk for kommunale dekningsgrader til å kunne bruke denne metoden. Oslo kommune har selv utarbeidet statistikk for dekningsgraden for femårige aldersgrupper. Kilden for statistikken er kommunens saksbehandlingssystem.

Vi kjenner ikke til andre kommuner som har utarbeidet like detaljert statistikk over dekningsgrader som Oslo. SSB kan utarbeide slik statistikk på bestilling. Denne statistikken blir imidlertid ikke publisert («prikket») dersom dekningsgraden er beregnet på grunnlag av færre enn 5 brukere. Det kan derfor være vanskelig for små kommuner å bestille egnet statistikk for dekningsgraden.

I Norge har det i mange år vært vanlig å bruke det andre uttrykket for dekningsgraden (se over) som grunnlag for kommunal planlegging. Fordelen med å bruke en slik dekningsgrad er at man på en nokså enkel måte får tatt hensyn til at en del av plassene blir gitt til brukere under 80 år. Svakheten ved metoden er at den er svært grov ved at den ikke synliggjør hvordan tilbudet er spredt på ulike aldersgrupper. Etter det vi kjenner til er dette en metode som blir brukt i Norge, men ikke i de andre nordiske landene. Vår erfaring er at det ikke er så enkelt for aktørene i kommunene å holde de to uttrykkene for dekningsgrader fra hverandre.

Handlingsplan for eldreomsorgen fra 1990-tallet bygde i utgangspunkt på «et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 % av befolkningen 80 år og eldre». En god del av våre informanter husker fortsatt dette måltallet, og mener at det gir uttrykk for en statlig anbefaling. Ved nærmere spørsmål kan informantene ikke helt gjøre rede for hvor anbefalingen er hentet fra, og de måtte erkjenne at den nok var noen år gammel.

Beregningene av fremtidig behov blir ofte gjort med utgangspunkt av en videreføring av dagens dekningsgrad. Informantene i kommuner med en slik tilnærming gir samtidig uttrykk for at økt satsing på hjemmebasert omsorg vil kunne redusert behovet for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Det er imidlertid sjelden at en slik reduksjon er tallfestet. En begrunnelse er at det er vanskelig å vite hvor stor reduksjonen vil bli, og at det kan være like greit å tilpasse utbyggingen etter hvert som man vinner erfaring med hvor stor reduksjonen faktisk vil bli.

Nittedal er et eksempel på en kommune som har fått utredet flere baner for utviklingen av det fremtidige behovet. I en av banene er det lagt til grunn at dekningsgraden vil bli redusert som følge av en betydelig økt satsing på tilbudet i hjemmet.

I noen kommuner blir det foretatt utbygginger uten at det er foretatt eksplisitte beregninger av behovet. Utbygginger kan ha blitt foretatt på grunnlag av en vurdering av dagens mengde søknader til sykehjem, samtidig som man har skjelet til utviklingen av antall eldre. Det er også informanter som forteller at tomtens størrelse kan være av betydning for antall plasser som bygges ut.

Vi har også kommet over eksempler på at det har blitt bygget for mange sykehjemsplasser. I en kommune ble det besluttet å bygge sykehjem hvor kommunen kjøpte mange plasser fra andre kommuner. Bygging av en ny fløy på det eksisterende sykehjemmet ville kunne bidratt til at kommunen ikke lenger trengte å kjøpe plasser fra andre kommuner. Kommunen fant samtidig ut at det ville være billigere å bygge to etasjer når man først var i gang. Senere har tildelingen av plasser

blitt strammet inn og blitt mer på linje med det som ellers er vanlig. Resultatet har vært en betydelig overkapasitet av sykehjemsplasser. Feilinvesteringen har også ført til redusert handlingsrom til å satse på mer fornuftige tiltak.

En informant kan fortelle om god kapasitet for kommunen som helhet, med tilbudet er lokalisert i ytterkanten av kommunen. Befolkningen ønsker å bo sentralt. Det er derfor behov for å bygge i sentrum av kommunen. Dessuten vil slik bygging kunne gi grunnlag for mer rasjonell kommunal drift og mer kompetente fagmiljøer.

Planleggingen av heldøgnsstilbudet i Arendal er omtalt i en egen boks under. Planleggingen tar utgangspunkt i antall personer med demenssykdom. En utfordring med en slik tilnærming er at begrepet omfatter svært ulike grader av demens. Det kan derfor være krevende å bruke en slik tilnærming som et presist grunnlag for planlegging.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Vi tar utgangspunkt i anbefalingen om 25 % dekning. Dette målet arbeider vi mot å nå ved hjelp av heldøgns omsorg. En utfordring er at vi har boliger med bemanning hele døgnet, som ikke er definert som heldøgns omsorg. Kommunen skiller mellom korttids- og langtids plass og mellom demens og somatikk. Vi gir et tilbud innen rus og psykiatri, om rehabilitering og til utagerende demente. I planleggingen er det en rekke spørsmål som skal besvares: I hvilken grad er det behov for et tilbud til nevrologiske pasienter? Hvor mange vil det bli i de ulike gruppene? Hvordan lage et tilbud som er fleksibelt til den faktiske utviklingen av behovet? Hvilken betydning vil det få at vi får friskere eldre som lever lenger? Hvilken betydning får det at psykisk utviklingshemmede lever lenger? Det er ikke så enkelt å oppsummere svaret i en samlet anbefalt norm for fremtidig dekningsgrad. En mulig tilnærming kan være å tenke mange scenerier i dialog med fagfolk.*

*Vi har hatt normen på 25 % i bakhodet, men tenker at den er for høy. En ekstern konsulent har anbefalt en norm på mellom 20–25 %. Vi har ikke etablert noen norm for dimensjonering av det fremtidige tilbudet. Samtidig tenker vi at behovet for heldøgns omsorg blir redusert dersom vi lykkes med å nå målet om at folk i større grad skal ta ansvar for eget liv.*

*Vi utarbeider egen statistikk over hvilke forhold som utløser reinnleggelse. Den nødvendige registreringen blir gjort i vårt system for saksbehandling. Disse opplysningene blir registrert som et resultat av et tidligere forskningsprosjekt i regi Helse Midt-Norge og Sintef hvor vi var en del av et nettverk sammen med andre kommuner. I utvikling og tolkning av statistikk har vi også hatt god nytte av at Kristiansund har et utviklingssenter for sykehjem. Det er med andre ord nyttig å delta i kunnskapsbaserte prosjekter.*

*Planlegging av sykehjem og boliger med heldøgns omsorg startet i 1986. Det var da et mål om dekning på 29 %. På dette tidspunktet var hjemmetjenesten lite utbygd. Helt siden da har det vært en dreining i retning av at eldre skulle klare seg hjemme. Tilbudet i hjemmet har gradvis blitt bygd ut. Underveis har vi vært innom dekning på 25 og 23 %, før vi i siste plan har et mål om dekning på 21 %. Det er slett ikke umulig at dekningen kan bli ytterligere redusert i årene som kommer. Imidlertid er det ikke så enkelt å si hvor mye reduksjonen vil være. I planleggingen er det inntil videre lagt til grunn en dekning på 21 %.*

**Boks: Planlegging av heldøgntilbudet i Arendal**

*Langtidsplasser:* Antall plasser i årene til personer med demenssykdom fremover blir bestemt på grunnlag av en framskrivning av antall personer over 80 år, rater for andelen med demenssykdom og rater for hvor mange av disse som trenger langtidsplass. Kommunen bruker kjønnsespesifikke prevalensrater for vesteuropeiske land som ble utarbeidet i 2009 av Alzheimers Disease International (Nasjonalt videntcenter for demens, 2013). Videre er det antatt at en viss andel av alle innbyggere med demenssykdom i Arendal trenger sykehjemsplass. Det er planlagt 16 % av plassene til kognitivt friske. Kommunen har tatt utgangspunkt i at man nasjonalt beregner at ca. 84 % av pasientene på sykehjem har demenssykdom jf. Demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet 2020).

*Korttidsplasser:* Det er ventet at behovet for slike plasser vil øke i årene som kommer. Økt satsning på hjemmebaserte tjenester og ønske om å holde innbyggere hjemme i egne boliger lengst mulig er med på å øke behovet. Kommunen har lagt til grunn at korttidsplassene skal utgjøre 20 % av langtidsplassene i årene fremover, noe som innebærer en økning fra dagens nivå på rundt 20 %.

**Heldøgntilbud med ulike plasser og brukergrupper**

Informantene forteller om at heldøgntilbudet er et samlebegrep for svært ulike tilbud når det gjelder type plass, hvor plassene blir tilbudt og omfanget av bemanningen. Noen eksempler på plasser som har blitt omtalt i intervjuene er langtidsplass, skjermede plasser for demente, spesialplasser for utagerende demente, korttidsplass, rehabiliteringsplass og avlastningsplass. Plassene blir tilbudt på sykehjem, aldershjem og omsorgsbolig. Det er store forskjeller i bemanningen for de ulike tilbudene. Den såkalte pleiefaktoren (antall brukere/antall årsverk) vil etter vår erfaring kunne variere fra rundt 0,2 til 1,5.

**4.9 Konklusjoner**

Beregningene av fremtidig behov blir ofte gjort med utgangspunkt i en videreføring av dagens dekningsgrader. Informantene i kommuner med en slik tilnærming gir samtidig uttrykk for at økt satsing på hjemmebasert omsorg vil kunne føre til redusert behov for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Det er sjelden at en eventuell reduksjon er tallfestet. En begrunnelse er at det er vanskelig å vite hvor stor reduksjonen vil bli, og at det kan være like greit å tilpasse utbyggingen etter hvert som man vinner erfaring med hvor stor reduksjonen faktisk vil bli.

Det er slående hvor stor vekt kommunene legger på å utvikle tilbudet på de nederste og midterste trinnene av omsorgstrappen, og hvor mange av tiltakene som går igjen i flere kommuner. Mange av kommunene forteller om tiltak på følgende områder: hverdagsrehabilitering, mobilisering av frivillige og velferdsteknologi med trygghetsalarmer og andre tiltak.

De aller fleste informantene gir uttrykk for at politikerne også stiller seg bak strategiene om at det er mulig å satse sterkere på hjemmebaserte tiltak som et alternativ til institusjon. Mange forteller om en utvikling hvor det blir lagt økt vekt på hjemmebasert omsorg. I disse kommunene ser det ut til å være stor grad av enighet mellom administrasjonen og politikerne.

## 5 Intervjuer med ledere om tildeling

### 5.1 Innledning

Dette kapittelet handler om ulike sider ved tildelingen av tjenester. Informasjonen som presenteres i kapittelet bygger på to kilder: Kapittel 5.2 bygger på telefonintervjuene med ledere på strategisk nivå om tildelingen, mens kapittel 5.3 oppsummerer intervjuene med lederne av tildelingskontoret. Oppsummeringen i kapittel 5.4 er rettet mot hvordan resultatene fra disse intervjuene belyser de to siste av problemstillingene i vårt oppdrag (jf. kapittel 1.2):

1. Hva er praksis for tildeling av tjenester enten i eget hjem eller som heldøgns omsorg?
2. Hva forklarer ulik ventetid mellom vedtak og vurdering av behov for heldøgns plass og tildeling av plass?

### 5.2 Intervjuer med ledere på strategisk nivå om tildeling

#### Lik praksis for tildeling

De aller fleste kommunene har etablert et tildelingskontor. Blant de 3–4 kommunene som er uten tildelingskontor er det et par kommuner med planer om å etablere et slikt kontor.

Rutinene for tildeling varierer likevel mellom kommunene. Vedtak om tildeling av tjenester blir i noen kommuner fattet av tildelingskontoret. I andre kommuner blir vedtakene om tildeling fattet på møter hvor også representanter for utførerne er tilstede. Det synes imidlertid å være enighet om at etablering av tildelingskontor har bidratt til en profesjonalisering av saksbehandlingen og større grad av likebehandling.

Alle informantene har svart at de er helt enig i at tildeling av sykehjem og boliger med heldøgns omsorg er basert på en lik praksis for alle som søker (jf. figur 4.2). Samtidig er det mange som peker på at tildelingen er basert på et viss grad av skjønn, tilpasset brukernes behov. Disse behovene er så sammensatte at det knapt er mulig å etablere entydige kriterier på forhånd. Informantene mener at vedtakene ville blitt omtrent de samme uavhengig av hvem som behandlet søknaden. Flere har pekt på at det ikke hjelper å bruke uformelle kanaler for å påvirke resultatet av en søknad.

Tilbakemeldingene fra informantene viser at en vellykket tildeling er avhengig av at man finner en god balanse mellom økonomi og kvalitet, et godt samarbeid mellom organisatoriske enheter og god dimensjonering av trinnene i omsorgstrappen.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Tildelingskontoret gir lik praksis. Det var det ikke før, da det var fire tildelingskontor.*

*I en tonivå modell er det svake incentiver til samarbeid mellom de ulike driftsenhetene. Vi arbeider med forbedring av prosedyrene for korttidsplassen og tildeling etter BEON-prinsippet. Et godt resultat er avhengig av et godt samarbeid på tvers av tjenestene.*

*Vi har mulighet for å vri tilbudet mer i retning av hjemmet. Det skorter imidlertid på ressurser i hjemmetjenesten. Vi arbeider for større grad av konsensus mellom tjenestene, som kan gi rom for en slik vridning.*

*Det har tatt noen år å etablere en streng nok tildeling og praksis hvor ledig plass ikke nødvendigvis trenger å fylles.*

*Jeg er mest fornøyd med å utvikle rullerende opphold, som gjør at pårørende kan holde ut. Når det er anledning er jeg derfor en «forsnakker av rullerende opphold».*

*En ekstern gjennomgang konkluderte at vi har en nøktern praksis. I tildelingen prøver vi å se kvalitet, økonomi og kapasitet i sammenheng. Som en kommune har vi ansvar for en god bruk av midlene som blir stilt til rådighet. Jeg opplever at vi har god balanse av ulike hensyn, og føler ikke behov for å endre praksisen.*

*Vi kan arbeide videre med kriterier for tildeling som kan gjøre det mer forutsigbart både for oss og innbyggerne.*

### **Årsaker til tildeling av eget hjem vs heldøgns omsorg**

I tilbudsforespørselen fra KS er en av de fire hovedproblemstillingene formulert som følger: «Hva er praksis for tildeling av tjenester, enten i eget hjem eller som heldøgns omsorg?» Vi har spurt våre informanter om ulike sider ved tildelingen av hjemmetjenester, omsorgsboliger og tilbud i egne hjem.

Kommunene får ofte henvendelser fra *pårørende* som gir uttrykk for at situasjonen er utrygg for den aktuelle bruker i eget hjem, og ber om et heldøgns tilbud fra kommunen. De pårørende ønsker ofte å bli avlastet i innsatsen de gjør for brukerne. Flere av informantene gir uttrykk for at de pårørende ofte er for opptatt av seg selv. Samtidig er det de pårørende som gjør en så stor innsats at de nesten sliter seg ut. Flere kommuner har tiltak som skal bidra til å avlaste pårørende. Slike tiltak kan være et dagtilbud for den aktuelle bruker eller såkalte avlastningsplasser på sykehjemmet.

Kommunene tar hensyn til ønsker fra de aktuelle *brukerne*.

Hensynet til *kommunens økonomi* blir også tillagt vekt. Noen informanter forteller at det er aktuelt å vurdere et heldøgnsstilbud når bistanden i hjemmet blir dyrere enn et tilbud om heldøgns omsorg. Noen kommuner gir likevel et tilbud i eget hjem selv om det fører til ekstra utgifter for kommunen, dersom brukere og pårørende ønsker et slikt tilbud.

Det er altså ulike hensyn som må avveies når kommunen skal ta stilling til om det skal gis et tilbud i eget hjem eller som et heldøgnsstilbud.

### **Årsaker til tildeling i sykehjem vs omsorgsbolig**

Vi har spurt kommunene om de viktigste årsakene for tildeling av fast plass på sykehjem og de viktigste årsakene til tildeling av heldøgns omsorg.

Årsaker til tilbud om sykehjem: Kognitiv svikt, kreft, raskt funksjonsfall med økt behov for bistand, utagerende demente, aleneboende demente, somatisk svært syke, omsorgsbehov som overstiger det som er mulig å gi i hjemmet, omfattende behov for legetilsyn, problemer med ernæring, manglende opplevelse av trygghet i hjemmet, behov for tilsyn hele døgnet, ektefelle som tidligere har bistått er død.

Tilbudet om omsorgsbolig blir i stor grad gitt for mange av de samme årsakene som for sykehjem. Samtidig er det vanlig å gi et tilbud om omsorgsbolig til brukere med et mindre omfattende behov for bistand enn på sykehjem. En begrunnelse som har vært gitt, er at brukerne skal kunne føle seg trygge i boligen før de blir for skrøpelige. En kommune stiller som krav at beboerne i en omsorgsbolig selv skal kunne si fra hvis noe er galt. Flere av informantene peker på at det er vanlig å dø i omsorgsboligene i kommunen.

Noen informanter har fortalt at korttidsplassene blir brukt til å observere brukerne, som grunnlag for å vurdere om det skal gis en langtidsplass eller et tilbud i en omsorgsbolig.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Tilbud om sykehjem blir gitt til personer som både er fysisk skrøpelige og demente. I omsorgsboligene er personene fysisk noe sprekere, samtidig som det er flere med alvorlig demens enn på sykehjemmene.*

*Vi forsøker å vurdere en noe lenger tidshorisont når vi tildeler omsorgsbolig. Funksjonsnivået til de to gruppene er testet. Resultat viste påfallende liten forskjell på de to pasientgruppene.*

*Følgende forhold utløser for sykehjem: behov for døgnstilsyn, behov for høy kompetanse og brukernes ønsker. Vi strekker oss for å gi tilbud i hjemmet dersom bruker ønsker dette, selv om en slik løsning kan være ressurskrevende og dyr. Tilbudet om omsorgsbolig blir utløst av mye av det samme som for sykehjem. Hyppig behov for legetilsyn gir sykehjem og ikke omsorgsbolig.*

*Det er en utfordring at det er to helt forskjellige regimer for brukerbetaling for sykehjem og omsorgsboliger. Vi har regnet nokså nøyaktig om hva som lønner seg for kommunen. Resultatet var at omsorgsboliger er mest lønnsomt både for brukerne og kommunen. For brukerne kommer det positivt ut at Staten har ordninger som bostøtte og blå resept for personer i omsorgsboliger. For kommunen har vi sammenliknet husleien i omsorgsboligene med de inntektsavhengige gebyrene på sykehjem.*

*På sikt hadde det kanskje vært fornuftig å gi et tilbud til demente i et bofelleskap utenfor sykehjemmet. Her i kommunen har vi en godt fungerende korttidsavdeling. Dette tilbudet vil det også være behov for i årene framover. Sykehjemmet vil, på grunn av fagmiljøet, være mest egnet for et palliativt tilbud for døende.*

*Kommunen har et lite lokale med seks rom som blir benyttet som bofelleskap med lettere demente som fortsatt kan være med aktiviteter. Her er det bemanning dag og kveld og kan ses på som et mellomnivå mellom egen bolig og sykehjem. Tilbudet er kostnadseffektivt og vellykket for personer som er for friske til sykehjem.*

### **Dimensjonering av sykehjem og omsorgsboliger**

Vi har spurt informantene om det er *eldre som trenger sykehjem, men som ikke får det*. De fleste av informantene forteller at de har nok sykehjemsplasser og at de derfor ikke har slike brukere. Et par informanter forteller at kapasiteten for sykehjemsplasser har vært for liten. Begge kommunene er i ferd med å bygge nye sykehjemsplasser, slik at kapasiteten blir bedre på sikt.

Et par informanter forteller at det til tider kan være en utfordring å tilby nok plasser. Disse periodene har vært så korte at det ikke har vært nødvendig med en permanent utbygging av kapasiteten.

Et par informanter mener kommunen trenger egne plasser på sykehjem til personer med rus- eller psykiske problemer.

Alle informantene mener at kommunen klarer å gi et tilbud som tilfredsstillers lovens krav om «nødvendig helsehjelp». Informantene opplever altså at det finnes alternative tilbud til sykehjem som tilfredsstillers lovens krav.

Vi har også spurt om det er *eldre på sykehjem som burde fått et annet tilbud*. Enkelte kan fortelle om at kommunen har etablert en endret og strengere praksis for tildeling av plass på sykehjem. I disse kommunene er det personer på sykehjemmet som er så friske at de ikke ville fått tildelt en plass etter dagens praksis, men det er ikke enkelt å få folk ut av sykehjemmet. For «institusjonaliseringen» skjer fort, kanskje bare et par uker.



Et par av informantene har fortalt om beboere på sykehjemmet som kunne klart seg godt i en omsorgsbolig med heldøgns omsorg. Tilbudet har ikke blitt gitt som følge av manglende kapasitet i slike boliger.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Det bor demente hjemme som burde fått et tilbud i bolig eller på institusjon. Utfordringen er størst om vinteren for «vandrere». Vi burde hatt større kapasitet til denne gruppen i omsorgsboliger. Det bor også personer på sykehjemmet som kunne klart seg med omsorgsboliger med heldøgns bemanning.*

### **Ventetid**

I tilbudsforespørselen fra KS er en av de fire hovedproblemstillingene formulert som følger: «Hva forklarer ulik ventetid mellom vedtak og vurdering av behov for heldøgns plass og tildeling av plass?». Vi har stilt våre informanter det samme spørsmålet.

Flere av informantene har koblet spørsmålet til høringsnotat fra departementet med et forslag til lovendring om at «Kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold». De aller fleste gir uttrykk for skepsis til slike ventelister. Et argument som blir brukt er at brukerne uansett får «nødvendig helsehjelp» i tråd med lovens krav. Et annet argument er at en venteliste kan gi inntrykk av at kommunen opererer med et køsystem. I praksis vil plassene bli fordelt til brukere som har mest behov, uavhengig av hvor lenge brukerne har ventet. En informant kan imidlertid fortelle at kommunen har en slags venteliste, og at juristen i kommunen nå vurderer en formalisering av denne listen. Ventetid oppstår som følge av tidvis eller permanent mangel på plasser.

### **Omfanget av klager**

Vi har spurt omtrent halvparten av informantene om i hvilken grad kommunen mottar klager fra pårørende på vedtak om heldøgns omsorg.

Innspill fra enkeltkommuner:

*Vi får få klager på tildeling av heldøgns omsorg. Det har ikke vært klager fra søkere som ikke har fått vedtak om heldøgns omsorg. Derimot har det vært en klage fra person som har fått tildelt plass på sykehjem, men som har ønsket plass hjemme.*

## **5.3 Intervju med ledere for tildeling av pleie- og omsorgstjenester**

### **Opplegg og rekruttering**

Det er gjennomført intervju med ledere som er ansvarlige for vurdering og tildeling av tjenester i eksempelkommunene. Rekruttering til denne delen av undersøkelsen skjedde ved henvendelse til de administrative lederne for pleie og omsorg. De fikk tilsendt informasjon om prosjektet, samt intervjuguide slik at de kunne forberede seg til intervjuet.

På avtalt tidspunkt ble det avlagt besøk på tjenestestedet og gjennomført intervju. Hovedtema i intervjuene var strukturering av tjenesten, dvs. hvordan de enkelte kommunene organiserte tildeling og gjennomføring av tjenestene til eldre med behov for omfattende helsetjenester. Resultatene fra undersøkelsen er presentert slik at den ikke kan knyttes til de ulike kommunene og enkeltpersoner. Det er lagt vekt på å trekke fram hovedtendenser, samt eventuelle likheter eller skillelinjer i materialet.

## Temaene i intervjuene

Temaene i intervjuene omhandlet kommunens omsorgstilbud, organisering av tildelingsprosessen, praksis for tildeling av tjenester og samtale rundt hvilke brukere som kvalifiserte til omsorg med heldøgns bemanning (sykehjem og bolig med heldøgns bemanning), assistanse fra hjemmesykepleie og hjemmehjelp, korttidsopphold på sykehjem og opphold på dagsenter. Vi snakket også om hvordan behov for endringer av vedtak ble håndtert samt hvordan hjemmetjenestene jobber med hverdagsrehabilitering (også beskrevet som hverdagsmestring).

## Organisering av omsorgstjenester i kommunene

Det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer omsorgstilbudene, men alle har enheter som vurderer tjenestebehov, behov for plass på sykehjem, bolig med heldøgns bemanning, assistanse fra hjemmebaserte tjenester, hverdagsrehabilitering og dagsenter. Noen kommuner har i tillegg treningstilbud og kulturelle aktiviteter for eldre.

Bruk av sykehjem og bolig med heldøgns bemanning er organisert forskjellig i kommunene. I en kommune prioriterer de å bygge flere omsorgsboliger med ulik grad av service foran sykehjem. De hevdet at ønske om flere sykehjems plasser er et politisk mantra som har eksistert helt siden 80-årene og at det fortsatt er svaret på fremtidens behov for en aldrende befolkning. Det beskrives som underlig når det er godt kjent at målet er å tilrettelegge omsorgstilbud slik at eldre skal kunne bo hjemme med nødvendig assistanse så lenge som mulig. Det beskrives som et paradoks som kan gjøre det vanskelig for kommunene å utforme de beste tilbudene for fremtiden.

Alle kommunene tilrettelegger for hverdagsrehabilitering enten i egne team, eller som en tjeneste inkludert i ordinær hjemmesykepleiepraksis, alt etter hvilken tilgang de har på kvalifisert helsepersonell. Kun en kommune beskrev at de hadde personale som var godt nok skolert i rehabiliteringsfilosofi, metoder og tverrprofesjonelt samarbeid til at de kunne gjennomføre hverdagsrehabilitering i ordinær hjemmesykepleie. To andre kommuner hadde organisert hverdagsrehabilitering i egne tverrprofesjonelle team for å sikre kvalitet på tjenestene. Det fremgikk i intervjuene at en omsorgskultur preget av samarbeid, brukermedvirkning og egenmestring for bruker er viktig for at hverdagsrehabilitering skal fungere.

## Sykehjem

Sykehjem anvendes ulikt. Det som er felles i eksempelkommunene er at personer som er vurdert til behov for heldøgns omsorg enten får tildelt korttidsplass ved akutt forverring av helsetilstand eller at de settes opp på venteliste for permanent plass ved mindre akutte behov. Mens de står på venteliste får de tilbud om nødvendige helsehjelp fra hjemmebaserte tjenester.

I noen kommuner har eldre tilgang på både sykehjems plasser og bolig med heldøgns bemanning. To kommuner satser på utbygging av boliger med heldøgns bemanning og bygger ned sykehjems plasser. Det hevdes i kommunene at boliger med heldøgns bemanning er et godt alternativ til sykehjem og spesielt godt egnet til personer med kognitiv svikt. Det ble gitt uttrykk for at det er en menneskerett for eldre, uavhengig om de trenger heldøgns omsorg eller ikke, at de har mulighet til et eget hjem hvor ukjente personer ikke kan gå inn å ordne opp uten deres tillatelse.

I en av eksempelkommunene ble sykehjem kun benyttet til omsorg for alvorlig syke og til korttids- og vurderingsopphold. Kommunens filosofi er at ingen mennesker skal bo på sykehjem, de skal i stedet få tilbud om bolig med heldøgns bemanning når de har behov for kontinuerlig tilsyn. Når eldre personer ikke klarer å leve et verdig liv hjemme med assistanse fra hjemmebaserte tjenester får de tilbud om omsorgsbolig. Kommunen er godt fornøyd med ordningen, men ønsker flere omsorgsboliger.

Innenfor Oslo kommune er det fritt valg av sykehjem og fritt valg av bolig med heldøgns bemanning. Det beskrives som bra, men er samtidig utfordrende for bydelene. Fritt valg av

sykehjem bidrar til at eldre kan velge mellom heldøgnsstilbud som vurderes som godt og som har egnet plassering uavhengig av hvor de bor i Oslo. Samarbeid og helhetlig oppfølging beskrives som utfordrende, spesielt når pasienter skal ha spesialisert rehabilitering på helsehus eller korttidsopphold/avlastningsopphold på sykehjem som er plassert i andre bydeler.

Det er sykehjem og boliger med heldøgns bemanning i bydelen, og bydelen har leieavtale med institusjonen, men kan ikke uten videre disponere plassene (pga. fritt sykehjemvalg). Det beskrives som uheldig. Bydelen preges ellers av gammel boligmasse, og ønsker seg flere omsorgsboliger hvor bydelens omsorgstrengende eldre kan få et godt omsorgstilbud, både på kort- og langtidsopphold.

### **Praksis for tildeling av omsorgsnivå og helsetjenester**

Det er noe ulik praksis i eksempelkommunene om hvem som står for kartlegging og vurdering av personers behov for omsorgstjenester. De fleste kommunene har tildelingskontor (ofte kalt servicekontor eller bestillerkontor) som mottar en skriftlig eller muntlig henvendelse om omsorgsbehov fra en person som har behov for tjenester eller at det varsles om behov fra lege, sykehus, pårørende eller andre. I en kommune går alle henvendelser om omsorgsbehov direkte til ledere for hjemmebaserte tjenester. Tildelingskontoret eller ledere for tjenestene sørger da for at det blir foretatt en kartlegging og vurdering av brukerens behov slik at vedkommende tildeles vedtak og tjenester som er riktige og tilstrekkelige i forhold til behovet.

Alle eksempelkommunene jobber etter et mål om at brukere av omsorgstjenester skal kunne leve et verdig liv hjemme med mestringsstøtte og annen omsorg de trenger så lenge som mulig. Først når en person er for dårlige til å mestre daglige aktiviteter på egenhånd med støtte, overføres de til sykehjem/bolig med heldøgns bemanning for å motta tjenester der. Det viser seg jevnt over at pårørendes helsesituasjon, ressurser og ikke minst motivasjon til selv å bestemme om de vil gi omsorg er helt avgjørende for hvor lenge brukere med store omsorgsbehov kan bo hjemme. For å forlenge muligheten for å bo lengst mulig i eget hjem har en i to kommuner utstrakt bruk av korttidsopphold på sykehjem, gjerne en/to uker på sykehjem og tre uker hjemme.

Behov for endring av vedtak varsles gjerne av hjemmesykepleier/omsorgsarbeider eller av pårørende. Ny vurdering av omsorgsbehov blir da foretatt av enten hjemmesykepleiere i utøvende tjeneste, eller av tildelingskontor med myndighet til slik kartlegging og vurdering. I alle tilfeller blir behov for endring diskutert og vedtatt i samarbeid med ledere for utøvende tjenester. I kommunen hvor hjemmesykepleiere vurderer og endrer vedtakene selv, ble det hevdet at det sjelden var behov for overprøving av beslutningene på grunn av feil vurdering eller manglende ressurser. Det fremgår i intervjuene at de som vurderer og utfører tjenestene selv, som ikke har et eget tildelingskontor, noe som betyr at de har gått bort fra «bestiller-utfører-modellen», er fornøyde med det og at det fungerer meget godt i praksis.

Når det er behov for endring av omsorgsnivå blir det behandlet på samarbeidsmøter mellom ledere av de ulike omsorgstilbudene (sykehjem, omsorg Pluss, hjemmesykepleie, dagsenter, etc.) Samtlige tildelingskontor uttaler at de er fornøyd med gjeldende tildelingspraksis og at tildeling er basert på lik praksis for alle som søker. En del ledere av hjemmesykepleien sier derimot at det ikke alltid er tilfelle og at det som ofte avgjør tildeling av heldøgns omsorg er den beste argumentasjonen fra ledere.

### **Rehabilitering, pleie og omsorg**

En sentral helsepolitisk føring i Samhandlingsreformen er at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og at de skal ha kortest mulig opphold på institusjon før de dør. Av den grunn er det i de to/tre siste årene lagt spesielt stor vekt på å tilby forebyggende og rehabiliterende helsetjenester i

kommunene. Som nevnt organiseres det forskjellig i eksempelkommunene. Når det gjelder forebyggende helsearbeid tilrettelegger noen kommuner treningstilbud og kulturelle aktiviteter på dagsenter og i andre aktivitetssenter. I en av eksempelkommunene har kommunen, i samarbeid med frivillige, tatt initiativ til fysiske og kulturelle aktiviteter på et aktiviseringscenter. Målet er at frivillige skal overta aktivitetene på sikt.

Flere ledere i kommunetjenesten hevder at sykepleiere ikke bidrar til rehabilitering av pasienter som har behov for det, men at de tvert imot gir passiv pleie som gjør pasienter mer og mindre hjelpeløse. Erfaringen fra casekommunene er at dette varierer. Påstanden er delvis riktig for distrikt som preges av mangel på kompetente yrkesutøvere, stor turnover, stort tidspress og oppgavestyring. Arbeid som styres av mange konkrete og detaljerte vedtak kan medføre en slik gjøremålsorientert og passiv arbeidsstil hvor de ansatte kontinuerlig strever med å rekke alle oppgavene. I to kommuner kom det frem at hjemmesykepleien selv har mulighet til å formulere og justere vedtak ved behov. Samtidig med den muligheten arbeider de med å snu kulturen på arbeidsstedet fra oppgaveorientering til en mer helhetlig vurdering av pasientenes ressurser og totale behov. I tillegg til arbeid med kulturen ble faglige og personlige utfordringer løftet opp og diskutert på fagmøter. Ledere av hjemmebaserte tjenester i kommunene ga uttrykk for at det tar tid å endre en kultur og at den største utfordringen er enkeltpersoner som ikke ønsker forandring. Utover det ble endringene beskrevet som entydig positive og til det beste for både tjenestutøvere og mottakere.

I de fleste casekommunene hadde brukerne fått tildelt primær- og sekundærkontakt, dvs. sykepleiere som har hovedansvar for pasientene. I en av kommunene var målet at disse gikk til «sine» brukerne når de var på arbeid. Primærkontaktene i kommunene foretok årlige intervju med brukerne for å kartlegge ny helsestatus, om de var fornøyde med tjenesten og om de hadde andre ønsker og behov. I intervju av pårørende fremgikk det at samtlige var meget godt fornøyde med at de hadde fått slike kontakter. Det opplevdes trygt å vite hvem de skulle henvende seg til når de lurte på noe eller endringer inntraff.

Videre fremgikk det i intervjuene at det i en mellomfase, før en mestrings- og rehabiliterings- tankegang er innarbeidet i hele hjemmetjenesten, kan det være fornuftig å sette inn spesielle team som går inn med mestringshjelp til aktuelle pasienter i en avgrenset periode. En slik ordning er spesielt hensiktsmessig for pasienter som klarer seg på egenhånd etter en avgrenset innsats. Utfordringene med slike team er pasienter som trenger videre oppfølging og vedlikeholdstrening, eller at innsatsteamet har avsluttet sin jobb for tidlig. Informasjon om arbeidsprosess og tiltak må da overføres til de som arbeider i den ordinære hjemmesykepleien. Spesielt utfordrende er det i de tilfellene hvor mange sykepleiere og omsorgsarbeidere gir tjenester til en bruker. Stor turnover blant personale utfordrer både kontinuitet og kvalitetssikring av tjenester.

### **Planlegging av sykehjemsplass og ventelister**

Det kom tydelig frem i intervjuene at planlegging av sykehjeminnleggelse ikke er en prioritert aktivitet. I stedet arbeides det for at personer med omsorgs- og rehabiliteringsbehov skal motta nødvendige tjenester der de bor. Det er ingen begrensning i antall vedtak en person kan tildeles. Det viktige er at man skal være trygg der man er. Når eldre derimot vurderes til behov for omsorg med heldøgntjenester kan det være at søkerne må stå på venteliste. Rettferdighetsprinsippet er et førende prinsipp for prioritering og tildeling av permanent plass. Det blir foretatt en kontinuerlig vurdering av hvilke brukere som har de største behovene. I tillegg kan pårørendes situasjon være en medvirkende årsak til at det er et akutt behov for plass på sykehjem eller bolig med heldøgnsbemanning.

### **Vurdering av dagens praksis**

- En kommunes planlegging av omsorgstjenester har sammenheng med virksomhetens kultur og motivasjon/evne til å arbeide i tråd med myndighetenes krav

- En kommunes planlegging av omsorgstjenester bør ta utgangspunkt i pasienter, pårørende og omsorgsgiveres ønsker og vurderinger
- Vurdering av tiltak bør baseres på tillit til at sykepleiere i utøvende tjeneste har kunnskaper og evne til å vurdere pasienter behov for helsetjenester og omsorgsnivå
- Personer med stort funksjonstap og kognitiv svikt har ofte behov for bolig med heldøgns bemanning eller sykehjem
- Det er bedre for eldre personer med funksjonssvikt å bo i bolig med heldøgns bemanning enn på sykehjem
- Pårørendes helsesituasjon og motivasjon er ofte avgjørende for om en person med stort omsorgsbehov har behov for heldøgns omsorg
- Det oppleves som trygt og godt for både pasient og pårørende med primær- og sekundærkontakt som kontinuerlig vurderer pasientens behov
- Det oppleves som trygt og godt for pasient og pårørende å vite hvem de skal forholde seg til når det oppstår endringer

## 5.4 Konklusjoner

### **Hva er praksis for tildeling av tjenester, enten i eget hjem eller som heldøgns omsorg (problemstilling 3)?**

Årsaker til tilbud om sykehjem er kognitiv svikt, kreft, raskt funksjonsfall med økt behov for bistand, utagerende demente, aleneboende demente, somatisk svært syke, omsorgsbehov som overstiger det som er mulig å gi i hjemmet, omfattende behov for legetilsyn, problemer med ernæring, manglende opplevelse av trygghet i hjemmet, behov for tilsyn hele døgnet, ektefelle som tidligere har bistått, er død.

Tilbudet om omsorgsbolig blir i stor grad gitt for mange av de samme årsakene som for sykehjem. Samtidig er det vanlig å gi et tilbud om omsorgsbolig til brukere med et mindre omfattende behov for bistand enn på sykehjem. En begrunnelse som har vært gitt er at brukerne skal kunne føle seg trygge i boligen før de blir for skrøpelige. En kommune stiller som krav at beboerne i en omsorgsbolig selv skal kunne si fra hvis noe er galt. Flere av informantene peker på at det er vanlig å dø i omsorgsboligene i kommunen.

Enkelte kan fortelle om at kommunen har etablert en endret og strengere praksis for tildeling av plass på sykehjem. I disse kommunene er det personer på sykehjemmet som er så friske at de ikke ville fått tildelt en plass etter dagens praksis, men at det ikke er enkelt å få folk ut av sykehjemmet fordi «institusjonaliseringen» skjer fort, kanskje bare etter et par uker.

### **Hva forklarer ulik ventetid mellom vedtak og vurdering av behov for heldøgns plass og tildeling av plass (problemstilling 4)?**

Ventetid oppstår både som følge av tidvis eller permanent mangel på plasser. De fleste av informantene forteller at de har nok sykehjemsplasser. Et par informanter forteller at det til tider kan være en utfordring å tilby nok plasser. Disse periodene har vært så korte at det ikke har vært nødvendig med en permanent utbygging av kapasiteten.

## 6 Intervju med avdelingsledere

### 6.1 Om denne delen av undersøkelsen

Det er gjennomført intervjuer med avdelingsledere i de seks eksempelkommunene. Rekruttering til denne delen av undersøkelsen skjedde ved henvendelse til de aktuelle tildelingskontorene med forespørsel om de kunne etablere kontakt med avdelingslederne, og deretter bistå med navn og telefonnummer til dem slik at de kunne kontaktes for intervju. De fikk deretter tilsendt informasjon om prosjektet, samt intervjuguiden slik at de kunne forberede seg til intervjuet.

På avtalt tidspunkt ble det tatt kontakt og intervju ble gjennomført pr. telefon. Intervjuene omhandlet de siste 2–4 «nye» beboerne i sykehjemmet, med minimum tre måneders botid. På denne måten fikk man informasjon om i underkant av 20 beboere totalt sett. Det ble ikke spurt om personidentifiserbar informasjon.

Resultatene fra denne delen av undersøkelsen er presentert slik at den ikke kan knyttes til noen enkeltpersoner. Det er lagt vekt på å trekke fram hovedtendenser, samt eventuelle likheter eller skillelinjer i materialet.

#### Temaene i intervjuene

Temaene i intervjuene var sentrert rundt fire hovedspørsmål. Det første dreide seg om hva som var praksis for tildeling av sykehjemsplasser. Det neste omhandlet hva som var hovedårsaken til innleggelse i sykehjem, samt omfanget av mottatte hjemmetjenester før innleggelse. Det tredje handlet om hvilken funksjonsevne beboer hadde når det gjaldt forhold i tilknytning til en rekke funksjonsvariable, herunder å utføre alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, personlig hygiene, av- og påkledning, gå på toalettet, matlaging, spising, å bevege seg innendørs og uten-dørs, ivaretagelse av egen helse, hukommelse, kommunikasjon, evne til å ta beslutninger i dagliglivet, sosial deltakelse, å styre atferd, samt syn og hørsel. Vurdering av beboere på disse variablene gir den såkalt IPLOS-scoren. Det fjerde temaet reiste spørsmål om det kunne vært iverksatt tiltak for å hindre sykehjemsinnleggelse.

Avdelingslederne har ulike grad av innflytelse på prosessen med hvem som skal tildeles plass. I en av kommunene var avdelingsleder med i beslutningsprosessen og hadde følgelig direkte påvirkning på selve tildelingen. I et par av de andre kommunene er praksis slik at tildelingskontoret er tillagt ansvar for tildeling av plasser og sykehjemmene er ikke involvert i prosessen. I et par kommuner opplyses det om at det er løpende kontakt mellom ulike instanser og at avdelingslederne har en viss innflytelse, og at tildelingskontoret er veldig avhengig av innspill fra sykehus og hjemmesykepleien i forbindelse med vedtaksfatting. For eksempel kan en beboer ha vært tildelt en korttidsplass, men så gjøres den om til langtidsplass hvis det er åpenbart at vedkommende likevel ikke kan sendes hjem. Avdelingsledere kan ha en aktiv rolle i slike beslutninger. Bildet for tildeling av plasser og praksis rundt dette synes med andre ord å være sammensatt. Likevel er det preget av kontakt og dialog.

### 6.2 Tema 1: Praksis for tildeling av sykehjemsplasser

De tre hyppigste årsakene til vedtak om tildeling av fast plass i sykehjem er kognitiv svikt, multi- og sammensatte problemer knyttet til fysisk og kognitiv svikt, samt sykdomstilstander av ulike slag som er av en slik karakter at det er nødvendig med tilsyn. Dette er tilfelle gjennomgående for alle sykehjemmene.

Det framkommer også at det er forholdsvis stor pågang og forholdsvis stort behov for sykehjemsplasser. I samtlige kommuner forsøker man imidlertid å tilby nødvendig stell og oppfølging i hjemmesituasjonen så lenge som mulig. På grunn av dette, oppstår en situasjon som innebærer at

behov for sykehjemsplass meldes senere i forløpet nå enn tidligere. Dette betyr at de som kommer på sykehjem nå vanligvis er veldig dårlige, de har et stort pleiebehov og pårørende er ofte veldig slitne.

Når det gjelder praksis for tildeling av sykehjemsplasser framheves det gjennomgående betydningen av tett oppfølging med hjemmetjenesten forut for tildeling, hvor det gjerne har vært løpende dialog om hvem som skal ha fast plass. Ikke alltid er det ledig langtidsplass, og da forsøker man ofte å gi en korttidsplass som kan brukes i påvente av fast plass. Enkelte steder har man ventelister, men innimellom er det nødvendig å endre prioritet i rekkefølgen ved å gi plass til en annen person enn den som var tiltenkt neste ledige plass, fordi behovene ble vurdert som større.

I flere av kommunene framheves betydningen av hjemmebasert omsorg slik at de eldre kan klare seg hjemme lenger enn de ellers ville gjort. I hvilken grad dette er vellykket avhenger imidlertid ofte av ressurser rundt. To forhold framheves som særskilt sentrale for å opprettholde lengst mulig botid hjemme; nemlig familie og nettverk, og livsgnist. Et hjemmeboende ektepar kan klare seg lenge i hjemmesituasjonen hvis en eller begge ektefeller har et visst funksjonsnivå. Familie og nettverk bidrar til å opprettholde et sosialt liv og forebygge ensomhet, og livsgnist forutsetter ofte at det ikke foreligger en kognitiv svikt eller andre sentrale svekkelser.

I en av kommunene med lav dekningsgrad framholdes det imidlertid at man «nærmest har vunnet i lotto hvis man får en sykehjemsplass», og at «tallene lyver – vi arbeider med mennesker, og da kan man ikke spare på enhver krone». Det gis uttrykk for at lav dekningsgrad kan være et uttrykk for kommunal sparing, og hvor det samtidig kan være problematisk å hjelpe alle som trenger hjelp hjemme. Det understrekes at det er stort behov for langtidsplasser, men at behovet kan bli skjult fordi folk ligger lenge på sykehus i påvente av at det skal bli en ledig plass på sykehjem. Dette samtidig som man ikke klarer å dekke opp behovet i hjemmet fordi det er et for omfattende behov for hjelp som hjemmesykepleien ikke klarer å dekke.

Et forhold som også blir framhevet er at hjemmetjenesten blir pålagt mer og mer for å utsette behov for sykehjem så lenge som mulig. Det kan ofte bli mye «brannslukking», mange vikarer og mange forskjellige folk som er inne hos hver enkelt bruker. Dette kan føre til at de gamle ikke får tilstrekkelig trygghet, de kan lett bli urolige og de får ikke det de trenger av stabil, sosial kontakt.

Tendensen er likevel at kommunene arbeider etter en forståelse om at det er best for de eldre å få mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Dette innebærer at det er nødvendig med et godt utbygget støtte- og hjelpeapparat som kan bidra til å sikre dette. Det framholdes dessuten at de fleste som har behov for hjelp blir fanget opp av hjemmesykepleien. Samtidig er det ofte nødvendig med tillitsskapende arbeid i forbindelse med søknader om mer og utvidet hjelp, for det er mange som vegrer seg mot å be om noe selv.

### **6.3 Tema 2: Hovedårsak til innleggelse og omfang av tilbud før innleggelse**

Det er en viss variasjon i hva slags type tilbud beboerne har hatt før innleggelsen i sykehjem. De fleste beboere har imidlertid hatt omfattende tilbud hjemme før innleggelse. Ofte har tilbudene vært forsøkt ut over lengre tid.

En typisk illustrasjon på hva et omfattende tilbud innebærer, er at en beboer først har hatt et avlastningsopphold på sykehjem, deretter korttidsplass på sykehjem og til slutt en langtidsplass. Eller det kan ha vært hjemmetjeneste 5–6 ganger i døgnet, rullerende avlastningsplass – ofte over flere år, hyppige besøk av hjemmesykepleie – ofte mange ganger om dagen, trygghetsalarm, tilbud om dagsenter og tilrettelegging av bolig med hjelpemidler av ulike slag.

Flere beboere har også hatt en sykehistorie hvor de har gått inn og ut av sykehus over lang tid, og hvor det ikke har vært aktuelt å dra hjem, fordi de har trengt medisinsk tilsyn og oppfølging som de ikke kan ivareta på egen hånd.

Flere avdelingsledere har gitt uttrykk for at det nesten ikke er grenser for hvor mye hjemmesykepleie man kan få, og at når behovene er store nok, så aktiveres helheten i tilbudet. Det er ikke uvanlig at det meste er prøvd før innleggelse, herunder avlastningsopphold, korttidsplass og tett og omfattende oppfølging av hjemmetjenesten. En typisk kommentar omkring dette er at når en pasient først får sykehjemsplass, så er alt annet man har å tilby prøvd ut på forhånd.

## 6.4 Tema 3: Vurdering av beboernes funksjonsevne

### Hovedtendenser

Det er en viss, men ikke stor variasjon i hvordan beboernes tilstand forut for innleggelse er karakterisert. De fleste er svært dårlige og har stort pleiebehov. De er gjennomgående karakterisert med til dels svært dårlig funksjonsevne.

En gjennomgående tendens er at beboerne i de sykehjemmene vi har intervjuet har hatt et stort behov for hjelp før innleggelse. IPLOS-scorer var gjerne på 4,5 eller mer og beboerne har oftest hatt store og sammensatte problemer. Hyppig nevnte hovedårsaker til innleggelse er ulike former for dårlig funksjonsevne, kognitiv svikt og fravær av mulighet til å klare seg alene.

Eksempler på sykdomsbilder og funksjonssvikt er demens, hjertesvikt, lungesvikt og kols med behov for pustemaske. Slike tilstander kan også opptre samtidig hos en enkelt beboer. Nyresvikt og bruk av kateter er også vanlige problemer. Det samme er ulike former for kreft med oppfølgende medisiner som de gamle ikke greier å administrere selv, selv om hjemmesykepleien legger medisiner i dosetter. Dette er forhold som utløser hjelpebehov, og når de blir store eller sammensatte nok, så vil det til slutt ikke være mulig å klare seg hjemme, selv med tett oppfølging fra hjemmesykepleien.

Kognitiv svikt og kognitive problemer, herunder hukommelsesproblemer og problemer med å bevege seg utendørs fordi man ikke evner å orientere seg, er et annet område som utløser behov for hjelp og assistanse. Det samme gjelder sviktende orienteringsevne og falltendens, som også forekommer hyppig. Sterkt redusert hukommelse i forbindelse med Alzheimer og demens er også tilstander mange lider av, ofte ledsaget av vandring og ulike former atferdsproblemer, herunder aggressiv atferd.

Dårlig funksjonsevnen kan også føre til redusert evne til å utføre oppgaver som alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, matlaging, samt å ta beslutninger i dagliglivet. Ingen av disse forholdene er uvanlige.

Også dårlig funksjonsevne på andre områder kan utløse behov for hjelp. Dette gjelder for eksempel på- og avkledding, spising, syn og hørsel, å kunne gå på toalett, samt ivaretagelse av egen helse og personlig hygiene, blant annet i forbindelse med inkontinens.

### Betydning av ektefelle

I tilfeller der et ektepar lever sammen og hjelper hverandre i dagliglivet, eller der den ene ikke klarer seg selv og får hjelp av den andre, vil ikke nødvendigvis behov for hjelp og avlastning ha blitt registrert.

Slike situasjoner har i noen tilfeller endret seg i det øyeblikk en av ektefellene har kommet på sykehus, enten som resultat av brudd i forbindelse med fallskader eller på grunn av sykdom. Når daglig, tilvante rutiner endres, endrer brått behovene for hjelp seg også. Fram til en slik endring i situasjonen, vil også andre problemer kunne ha vært skjult. For eksempel kan kognitiv svikt hos en



ektefelle ha blitt skjult for omverdenen fordi de to ektefellene som par gradvis har tilpasset seg situasjonen de har levd i. Men ved sykehusinnleggelse av den ene vil problemer i hjemmesituasjonen gjerne bli åpenbare, og vanskelige forhold kan bli avdekket. Dermed kan hjelpebehov bli utløst og iverksatt, både i form av korttidsplass for den av ektefellene som har kommet på sykehus og deretter ved oppfølgende langtidsplass, og dessuten i form av hjelpetilbud i hjemmet for gjenværende ektefelle.

Når ektefeller svikter, så faller ofte hele hjemmesituasjonen sammen. Det er også pekt på at det finnes eksempler der man tyner situasjonen hjemme med ektepar til det ikke går lenger.

Ved enkelte sykehjem blir det nevnt at det synes å være en overvekt av menn, og det blir reflektert rundt om dette kan skyldes at menn klarer seg dårligere hjemme alene enn det kvinner gjør. Samtidig kan dette bare være en tilfeldighet.

### **Fallulykker**

I noen saker er fallulykker direkte årsak til innleggelse i sykehjem. Bruddskader kan ta lang tid på å gro, og for de dette gjelder vil det være nødvendig med korttidsopphold utover en to-ukers periode, gjerne opptil 2 måneder. Siktemålet kan i utgangspunktet være at beboer skal tilbake til hjemmesituasjonen, men det forutsetter trygghetsalarm og tilrettelegging av boligen slik at nye fall unngås.

Det trekkes fram flere eksempler på at fallulykker er en direkte årsak til at en tilsynelatende greit fungerende hjemmesituasjon endrer karakter. Når en person kommer ut av sine vante rutiner og gjøremål, kan dette medføre at generell kognitiv fungering får en knekk som gjør det umulig eller svært vanskelig med tilbakeføring til hjemmet.

### **Avdelingslederens vurderinger**

Avdelingslederne har vurdert det slik at det har vært riktige avgjørelser som er fattet om at beboerne har fått tildelt plass på sykehjem. De fleste som får sykehjems plass er svært dårlige og har behov for pleie og tilsyn hele døgnet. I mange tilfeller er vurderingen for flere beboeres del slik at de var såpass dårlige at de kanskje burde ha kommet før. Ofte dør de raskt etter innleggelse.

Flere påpeker også at det ensomme livet alene i et hus og kun med besøk av hjemmesykepleie, ikke er tilstrekkelig for å opprettholde nødvendig sosial kontakt.

Flere refleksjoner har vært knyttet til at mange bor hjemme alt for lenge, noe som kan resultere i at de verken får det stell og tilsyn eller den tryggheten de trenger. Selv om enkelte kan ha tilsyn opptil fire ganger daglig, så har besøkene som regel bare noen minutters varighet. Dette er ikke tilstrekkelig, verken for å møte et behov for sosial kontakt eller for å gi trygghet generelt.

Likevel er ikke dette noe som gjelder for alle innleggelse. Noen kan ha klart seg fint uten noen form for hjelp, men så skjer det noe som aktiverer hjelpeapparatet, - i form av fallulykker eller sykdom som fører til sykehusinnleggelse og lang rekonvalesenstid.

## **6.5 Tema 4: Alternative tiltak for å hindre innleggelse**

Et sentralt tema er om noe kunne vært gjort for å hindre innleggelse i sykehjem. Gjennomgående er tendensen at alternative tiltak allerede har vært prøvd ut og at hjemmesituasjonen ikke lenger var holdbar.

I noen kommuner har man omsorgsboliger med bemanning hele eller deler av døgnet. Det synes å være et godt alternativ, der dette har vært mulig å tilby.

Når behovet melder seg for utvidet sykepleie og hjelp, er vanligvis problemene blitt av en slik karakter og et slikt omfang at det vil være nødvendig med mer assistanse enn det hjemmesykepleien kan tilby. Mange framholder at det er rart flere av beboerne ikke har kommet tidligere.

For de fleste beboeres del er imidlertid oppfatningen slik at de har stort behov for hjelp, at de trenger tilsyn hele døgnet og at de ikke ville klart seg hjemme selv om de får hjemmesykepleie. Dermed er det heller ikke en aktuell problemstilling med alternative tiltak for å hindre innleggelse.

For enkelte beboers del påpekes det imidlertid at det kanskje hadde fungert uten innleggelse på sykehjem dersom det hadde blitt innvilget omsorgsbolig med bemanning og tilsyn hele eller deler av døgnet.

## 6.6 Konklusjoner

Dette kapitlet fokuserer i stor grad på én av problemstillingene som KS reiser, nemlig spørsmålet om hva som er praksis for tildeling av tjenester, enten i eget hjem eller som heldøgns omsorg. Dette kommenteres derfor i det følgende.

Gjennom intervjuene med avdelingslederne framkommer det at praksis i kommunene gjennomgående er slik at man forsøker å legge opp til en hjemmetjeneste som er tilrettelagt for en hjemmesituasjon og på den måten at de eldre kan bo hjemme lengst mulig. Sykehjemsplasser tilbys vanligvis sent i et forløp.

Når noen kommer på sykehjem er de som regel svært pleietrengende og ute av stand til å ta vare på seg selv mer. Ofte kan også en akutt situasjon ha oppstått, for eksempel ved at ektefelle plutselig har blitt syk eller av andre årsaker ikke kan ta seg av hjemmesituasjonen mer.

Ulike former for fysisk og kognitiv svikt er de hyppigste årsaker til innleggelse, herunder falltendens og fravær av evne til å stille seg selv.

Det pekes også på at mange gamle som kunne hatt behov for plass og tilsyn 24 timer i døgnet imidlertid ikke får tildelt plass. Mange har stått på venteliste i lang tid, fra ½–1 år. I denne perioden er de enten på sykehus, eller på korttidsopphold eller med tett oppfølging av hjemmetjenesten i egen bolig. Samtidig er det slik at alle kommuner må balansere hensynet til kravet i helse- og omsorgstjenesteloven om «nødvendig helsehjelp» og kravet i kommuneloven om at kommunene ikke skal bruke mer penger enn den har.

Omfattende bruk av hjemmetjenesten reflekteres i lav dekningsgrad av sykehjem i eksempelkommunene og kan være en indikator på en godt utbygget og velfungerende hjemmetjeneste. Imidlertid er det ikke slik alle steder at lav dekningsgrad av sykehjemsplasser nødvendigvis er ensbetydende med en godt utbygget hjemmetjeneste, men det kan være det. Dette avhenger i stor grad av hvordan kommunene har bygget opp hele tjenesten og hva slags samlet tilbud de satser på. Dette blir i en viss grad berørt i foreliggende kapittel, men er fylligere omtalt andre steder i rapporten.

## 7 Kartlegging av situasjonen til eldre med store omsorgsbehov

### 7.1 Innledning

Dette kapitlet omfatter vurdering av de eldres behov. WHO beskriver den store økningen i levealder som en triumf for folkehelsen, og et resultat av sosial og økonomisk utvikling. Organisasjonene er også opptatt av at den medisinske profesjon må flytte fokuset fra sykdom til fungering og mestring (WHO 2015). Samhandlingsreformen hadde som intensjon å flytte ekspertise fra 1. linjetjenesten og ut i kommunene. Her er det fortsatt stort forbedringspotensial.

Pasientmaterialet i dette kapitlet vil gi et bilde på hvilken praksis det er for tildeling av tjenester, enten i eget hjem eller som heldøgnsomsorg. Dette vil også kunne være med å forklare kommunal innretning av heldøgnsstilbudet. Utvalget er hentet fra 6 eksempelkommunene: Tromsø, Asker, Kristiansund, Fjell, Kristiansand og Bærum. I de store kommunene har vi forholdt oss til enkelte soner. Ansvarlig leder valgte ut pasienter med en alder rundt 80+, som mottok hjemmesykepleie og som var i risiko for behov for heldøgnsomsorg. Basert på inklusjonskriteriene, ble 56 eldre valgt ut.

I samarbeid med sykepleiere, ble de aktuelle pasientene vurdert med det internasjonale vurderingsverktøyet *resident assessment instrument for hjemmesykepleie* (RAI-HC) ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)). I vedlegg 1 blir det lagt frem bakgrunnsdata for denne pasientgruppen, inkludert kognitive evner og psykososiale forhold. Vi har beskrevet sentrale områder for hjemmesykepleie til eldre: medikamenthåndtering, personlig stell og ernæring. Vi gir også et overblikk over forbruk av vedtakstimer pr. uke, korttidsopphold og dagsenterplasser. Videre har vi beskrevet pleietyngde og risiko for institusjonsinnleggelse og avsluttet med en oppsummering av viktige funn som kan predikere behov for heldøgns omsorg.

### 7.2 Resultater av kartleggingen

#### Bakgrunnsdata

I dette materialet (N=56) var inklusjonskriteriene eldre over 80 år som mottar omfattende hjemmetjenester, og/eller var i risiko for institusjonsinnleggelse. Gjennomsnittsalderen var 87,5 år (80–101 år, std. 5,3) og 66 % var kvinner.

Tabell 7.1. Bakgrunnsdata: N=56. Angitt i prosent

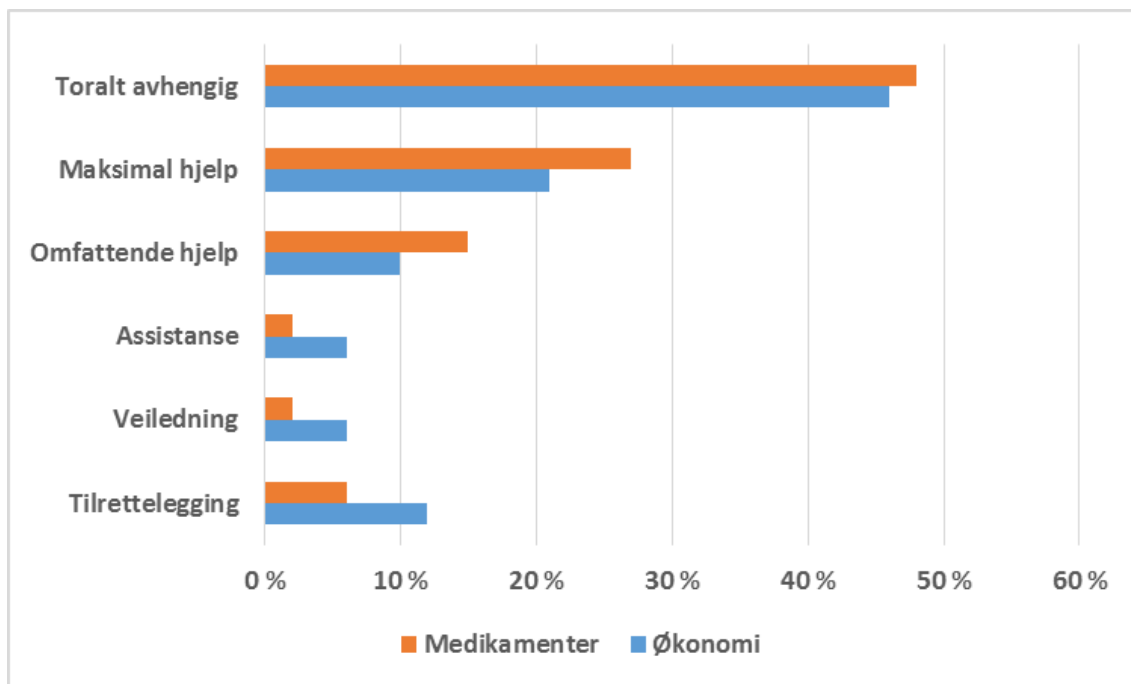
	Prosent
Alder: Mn, min/maks, Std. (år)	87,5 (80-101, 5,3)
Kjønn: kvinner	66
Etnisitet: Norsk	100
Bor alene	61
Bor med ektefellen	38
Bor med andre	1
Egen bolig	65
Leid, Omsorgsbolig, tilrettelagt (kommunal)	13
Bolig med service	21
Hjemmesykepleie > 5 år	36
Sykehusinnleggelse < 3 mnd. siden	29
Sykehjemsoverhold/korttid <5 år	55

Av de som bodde i egen bolig var det 21 % som kunne tenke seg til å flytte til en bolig med mer tilsyn, kun to personer kunne tenkt seg å flytte til et sykehjem.

## Kognitive evne

Når den eldre bor i sitt eget hjem, så er de «herre» i eget hus. De har ofte faste rutiner i forhold til dagliglivets aktiviteter som de klarer å følge opp. Mange eldre blir derfor vurdert av pleierne til å være kognitivt velfungerende, både i forhold til evne til å ta daglige beslutninger og hukommelse. Det første møte med hjemmesykepleien er ved behov for hjelp til medisiner.

I vårt materiale hadde 7 % *Alzheimers sykdom*, 30 % ble vurdert til å ha *andre typer demens* og 21 % var oppført med diagnosen *kognitive svikt*. Det og ikke kunne mestre administrering av egne medisiner er ofte sammenfallende med fravær av evne til å styre økonomien. I dette materialet bidro nærmeste pårørende helt eller delvis til å holde orden på økonomien til den eldre.



Figur 7-1 Ulike grader av hjelp relatert til medikamenthåndtering og styring av økonomi. N=56 (%)

Det finnes en rekke ulike kognitive tester som forsøker å måle den Eldres evne til å fungere i dagliglivet. Flere av disse testene er overlappende. Selbæk og Høgset (2010), fant at IPLOS-registreringen ga et bedre grunnlag for å måle funksjonsvariabler, enn kognitiv fungering. I IPLOS er det to funksjonsvariabler som skal gi et veiledende mål for kognitiv evne, 1) hukommelse og 2) evnen til å ta beslutninger i dagliglivet vurdert på en skala fra 1-5 (IPLOS-registeret 2015).

I vårt datamateriale regnes det ut en skala for kognitiv fungering, CPS 2. Skalaen omfatter den Eldres boevne, ernæringsstatus og psykososiale fungering. CPS 2 er høyt korrelert med en av de mest brukte kognitive testene i Norge, MME (minimum mental examination) (Morris mfl. 2016).

35 % av de hjemmeboende var moderat til alvorlig svekket. Det var ingen statistisk signifikans mellom grad av kognitive svikt hos eldre som bodde i boliger med service og/eller omsorgsbolig og de eldre som bodde i egen bolig. Det kan tolkes slik som at flertallet av de som hadde alvorlig svekket kognitiv evne hadde fått plass i et mer tradisjonelt sykehjem, ev. bolig med 24/7 bemanning.

### Utvalgte medikamenter

Hjemmesykepleiens digitale dokumentasjon er ofte ikke like godt oppdatert med oversikten over hvilke medisiner pasienten skal ha. Vi har valgt ut fem hovedgrupper av medikamenter som vi mener gir utrykk for symptomlindring og livskvalitet hos den eldre i dette materialet.

Tabell 7.2 Andel brukere av medikamenter. N=56. Angitt i prosent

Medikament	Prosent
Medisiner mot depresjon	23
Angstdempende	18
Antipsykotisk	7
Sovemedisiner	46
Smertestillende	63

Det var 23 % av de eldre som stod fast oppført med medisiner mot depresjon (jf. tabell 7.2). 16 % ble vurdert for mulig depresjon, mens 6 % ble vurdert til å ha tegn på alvorlig depresjon.

Noen av de eldre fikk angstdempende medisiner (18 %), og av disse ble halvparten vurdert til å ha symptomer på angst.

Det ikke knyttet noen spesiell diagnose eller symptomer (unormale tankeprosesser, hallusinasjoner eller vrangforestillinger) til de eldre som mottok antipsykotiske medikamenter.

Det å kunne sove godt om natten er viktig, og for mange er det et tegn på fysisk- og psykososialt velvære. I dette materialet var det 46 % som mottok sovetabletter. Det var ca. 25 % som hadde problemer med nattesøvn, og en like stor andel som sov «for mye» om dagen. Det var imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom det å sove mye om dagen og lite om natten eller bruk av sovetabletter.

Det var 63 % som fikk smertestillende (jf. tabell 7.3). I denne undersøkelsen var det viktig å vurdere hyppighet, grad av smerter og i hvilken grad disse var lindret.

Tabell 7.3 Smerteskala (1-4). N=56. Angitt i prosent

Smerteskala	(0 – 4)
Gjennomsnitt	1,09
Median	1
	Prosent
0. Ingen smerter	36
1. Smerter sjeldnere enn daglig	32
2. Lindring Smerter/Daglig	25
3. Iblant alvorlige Smerter/Daglig	2
4. Iblant utholdelige Smerter/Daglig	5
Totalt	100

Som det fremgår av tabell 7.3, var pasientene tilsynelatende godt smertelindret med det aktuelle regime de hadde. 5 % hadde utholdelige smerter, men hadde da medisiner som de kunne ta ved behov.

### Andre plager

For å beskrive hvilke utfordringer hjemmesykepleien stod overfor har vi valgt å beskrive sentrale plager som hevelse i beina (ødemer), åndenød, og tretthet.

Tabell 7.4 Forekomst av perifere ødemer, åndenød og tretthet. N=56. Angitt i prosent

Hyppighet	Perifere ødemer	Åndenød	Tretthet
0. Ikke tilstede	75	71	46
1. Tilstede, men ikke 3 siste døgn	9	13	32
2. Vist seg 1 av de 3 siste døgn	-	7	20
3. Vist seg 2 av de 3 siste døgn	-	9	2
4. Vist seg daglig de tre siste døgn	16	-	-
Totalt	100	100	100

I dette materialet hadde 16 % av de eldre hevelser i beina daglig, og derfor var hjelp til bruk av TED-strømpe (thrombo-emboli forebyggende) en sentral oppgave for hjemmetjenesten. Åndenød var tilstede hos 16 % i løpet av de siste tre dagene. Dette er et symptom som må observeres og videre-rapporteres. Slik det fremgår av tabell 7.4 så varierte dagsformen til den eldre med hensyn til opplevelse av tretthet. Av og til var de i stand til å være mer selvhjulpne enn andre dager. Noe av hensikten med hjelp til personlig hygiene var at den eldre skulle ha overskudd til noe annet, enn å vaske og kle på seg.

*Kvinne på ca. 100 år, hun bruker en time hver morgen på dusj og vask - hun er så redd for at hun skal lukte. Hun liker ikke at pleierne tar på henne. Etter vaskingen er hun helt utslitt. Datteren mener at hun bør økonomisere med kreftene for å ha overskudd til hyggeligere gjøremål.*

### Ernæring, personlig stell og hygiene

En viktig årsak til at eldre får hjemmetjenester er behovet for å få i seg tilstrekkelig med ernæring. For eldre som har problemer med å spise, er imidlertid det å få påsmurt brødmat og oppvarmet middag, ikke tilstrekkelig for å holde vekten. Mange trenger noen å være sammen med for at maten skal smake. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2009:6) har mange gode råd og setter høye krav til tilstrekkelig ernæring.

En utfordring det snakkes lite om er eldre med overvekt. Til tross for høy fokusering på jevnlig vektkontroll av de eldre, viste det seg at for mange av pasientene var det vanskelig å finne høyde og vekt i IPLOS-registreringen. Derfor ble nye data innhentet i forbindelse med denne undersøkelse.

Tabell 7.5 Kroppsmasse-indeks. N=56. Angitt i prosent

Kroppsmasse Indeks	Prosent
<20,5 Underernært	23
20.5-21.99 Risiko for underernæring	6
22-27,99 Normalvekt	49
28-29,99 Overvekt	4
>30 Fedme	19
Totalt	101

Alle pasientene ble vurdert etter evne til å svelge normal kost. For de fleste hjemmeboende ble ikke dette registrert som et problem. En pasient ble vurdert til å spise lite når han ikke fikk tett oppfølging under hele måltidet. En annen kunne bare svelge puré eller tyktflytende mat. Ingen av pasientene fikk sondeernæring (nesekateter eller PEG sonde).

I forhold til tann og munnstatus, så var det 43 % som hadde tannproteser, 10 % var plaget av munntørrhet, 7 % hadde skadede tenner og 7 % hadde smerter i munnen. En pasient ble vurderer til å ha betennelse og blødninger i munnen.

Følgende illustrasjoner:

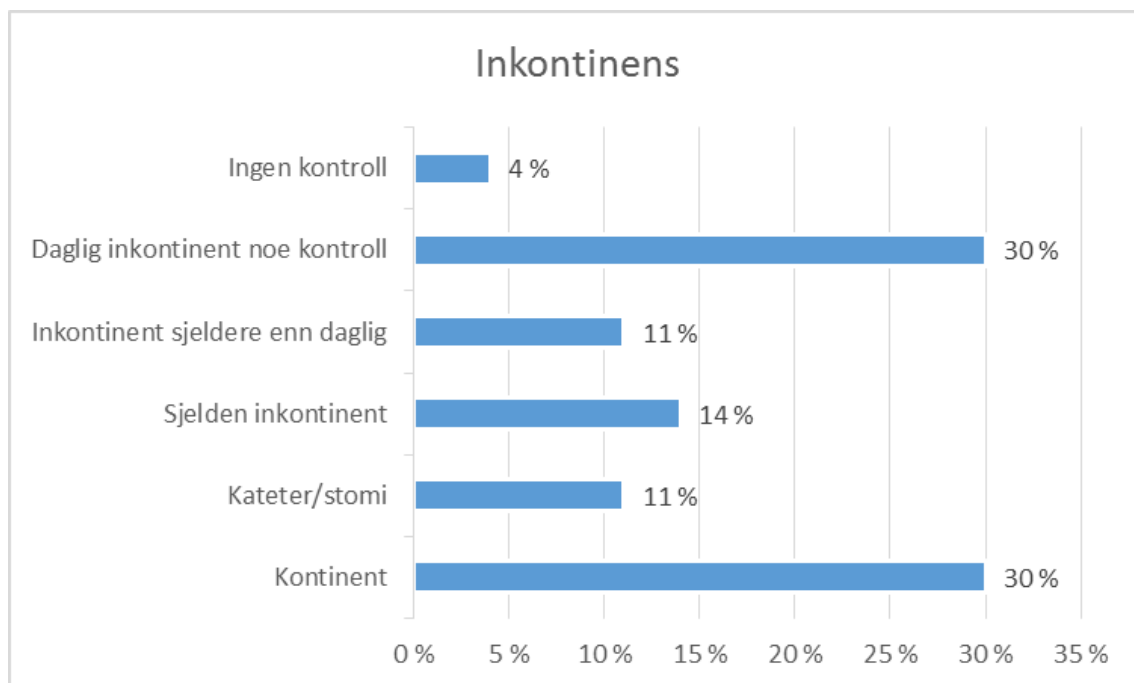
*Svigmoren fikk fire besøk hver dag, både for å få mat og medisiner. Det var veldig kort tid mellom besøk 2 og 3. Svigersønnen mente at de burde heller redusere til tre besøk daglig, og bruke litt mer tid. Han opplevde også at når de spurte svigmoren om hun de skulle varme opp «Fjordland» til henne, så svarte hun at det klarte hun selv. Sannheten var at hun ikke kunne bruke komfyren. Svigersønnen mente hjemmetjenesten på en høflig måte kun si at nå skulle de varme opp middagen for henne og ha tid til å være tilstede når hun spiste.*

*Moren spiste og drakk for lite. Hun var dehydrert. Maten måtte moses, og hun må minnes om å spise og drikke. Dersom maten stod lett tilgjengelig kunne hun spise og drikke, selv om hun hadde takket nei til mat på forhånd (datter).*

I begge disse eksemplene viste det seg at de to eldre kvinnene hadde en over middels KMI, men de pårørendes synspunkter var likevel viktig. Flere andre eksempler illustrerte at de eldre gradvis gikk ned i vekt, noe som medførte at muskelmassen avtok, og at evnen til å gå ved egen hjelp ble redusert. Mange eldre hadde vært stabilt «slanke» over flere år. Det var derfor viktig å undersøke om det hadde skjedd en endring. Det viste seg at 20 % av de eldre i materialet ble vurdert til å ha et utilsiktet vekttap. Kun en av disse var i risikosone for underernæring.

*En kvinne ca. 80 år bodde i egen bolig. Hun hadde en Alzheimers diagnose og var preget av angst og depressive trekk, og hun var plaget av smerter, KMI > 40. Hun hadde hjemmesykepleie hver dag totalt 6 1/2 t.pr. uke. Hun ønsket ikke å være på dagsenter, men hadde hatt korttidsopphold – uten fast rullering. Hun scoret 4 på MAPLe algoritmen for pleietyngde (skala 1-5). Verken pasienten selv eller omsorgsgiver følte at hun ville få det bedre i en annen bosituasjon.*

En viktig årsak til behov for hjemmesykepleie, er å få ivaretatt personlig hygiene. Som det framgår av figuren 8.2 var det 11 % som hadde kateter, i tillegg trengte en person hjelp til cystostomi.



Figur 7-2 Inkontinent for urin. N=56 (%)

De fleste eldre hadde stort sett god blærekontroll, men det hendte at de var noe uheldige. Det var 73 %, av pasientene som brukte truseinnlegg eller bleier for sikkerhetsskyld. Av de pasientene som klarte å komme seg på toalettet ved egen hjelp, var det også 82 % som brukte bleieinnlegg.

Ut ifra de eldres allmenntilstand var risikoen for få trykksår stipulert til å være 25 % (RAI-kalkulering). Aktuell situasjon var at 12 % hadde trykksår. Av disse var halvparten karakterisert som laveste nivå «rød hud». Det viser at de eldre får god hudpleie.

De fleste av de eldre (79 %), hadde full kontroll over tarmfunksjonen. Tarminkontinens forekom en sjelden gang hos 11 %, en ble vurdert til inkontinens sjeldnere enn daglig, mens det var tre pasienter, som permanent var inkontinente for avføring.

### Sykdomsdiagnoser, symptomer og plager

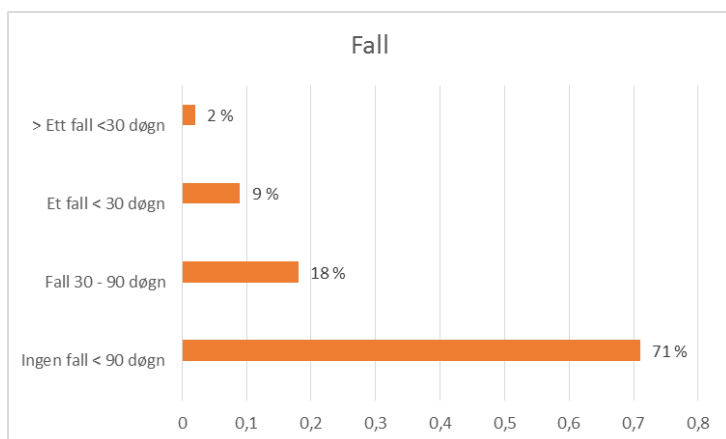
En del av aldringsprosessen gjør at eldre som har passert 80 år vil få gradvis tiltakende plager. Mange har tilstander eller sykdommer som påvirker mental fungering, dagliglivets aktiviteter og sinnstilstand. Det kan også være endring i atferdsmønster som kan føre til ustabilitet, utrygghet og forverring av egenomsorgsevnen. Likevel klarer svært mange eldre seg i eget hjem over lang tid med hjelp fra familien eller kommunale tjenester. Skrøpelige eldre kan oppleve en akutt episode eller en oppblussing av et tilbakevendende eller kronisk problem. Flere er så marginaliserte at omsorgsbehovet raskt kan endres. En vurderer da muligheten for at den gamle nærmer seg livets slutt. Forventet levetid kan da være seks eller færre måneder (jf. vurderings spørsmål i RAI-HC).

### Fall og bruddskader

Et fall for en eldre skrøpelig pasient, kan føre til sterk reduksjon av allmenntilstanden. Hoftebrudd fører ikke bare til nødvendig svekkelse, men i et samfunnsperspektiv betyr brudd økte kostnader med behandling, rehabilitering og pleie. Hånes mfl. (2013) regnet ut at utgiftene forbundet med hoftebrudd i Norge beløper seg til ca. 2 mrd. kr årlig. Forebygging av brudd er derfor viktig for hjemmetjenesten (Ranhoff, 2010). Eldre med syn- og hørselsproblemer er ekstra utsatt for bruddskader (Grue, 2010). Helsepersonell må være årvåkne for dette, og gi råd angående tilrettelegging av boligen, både innemiljø og utemiljø. Til tross for at de fleste eldre i vår undersøkelse bodde i eget hjem, var det få direkte hindringer som ikke var utbedret. Den eldre er ofte «lommekjent» i sitt eget hjem, og lærer derfor å tilpasse seg eventuelle hindringer.

I dette pasientmateriale var det et hoftebrudd og et skulderbrudd, i løpet av de siste 90 døgner.

*Kvinne ca. 80 år hadde på seg trygghetsalarmen, men hadde falt oppå armen sin, slik at hun ikke fikk aktivert den. Hun ble liggende i 5 timer før hun ble oppdaget. Denne opplevelsen har gjort henne engstelig, og det var utløsende årsak for at hun fikk hjemmesykepleie.*



Figur 7-3 Fall i løpet av siste 90 døgner. N=56 (%)



Vurderingsskjemaet som ble benyttet inkluderte spørsmål om undersøkelser og vaksinasjonstilbud som kan være viktig for forebyggende arbeid. Det viste seg imidlertid at det er liten informasjonsflyt mellom fastlege og hjemmesykepleien. Sykepleierne antok at blodtrykk var tatt. Mange hadde ikke oversikt om de forskjellige pasientene hadde et oppdatert blodtrykk i hjemmetjenestens digitale journal. Om pasientene hadde fått influensa- og eller pneumonivaksine i løpet av siste år, kunne bare bekreftes i henholdsvis 29 % og 12 % av tilfellene. En av hensiktene med samhandlingsreformen er at pasienter med mer kompliserte sykdomsbilder skal ut av sykehus og over til hjemmetjenesten med en gang de er medisinsk ferdig behandlet. Vi mener å se en trend der hjemmetjenesten bruker mer tid på yngre pasienter. De eldre får først og fremst hjelp til å dekke grunnleggende behov som ernæring, personlig stell og psykososial støtte. Har de behov utover dette over tid, ser det ut til at de eldste blir prioritert til tradisjonelle sykehjem. I vårt pasientutvalg ble det utført få sykepleiefaglige prosedyrer utover medisiner, sårstell og kateterstell. Sårstell bestod oftest av ytre skader og flenger i huden, men kunne også være venøse eller arterielle sår som hadde vansker for å gro. Tre personer fikk sårstell på grunn av trykksår. Ni pasienter hadde diabetes, to av disse hadde sår som krevde behandling.

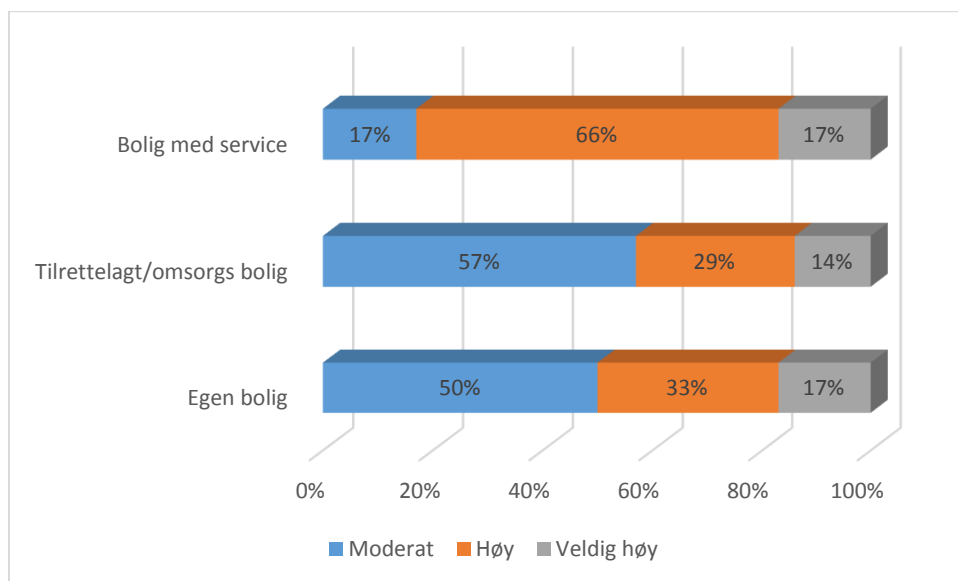
En sykepleiestudent fortalte at de la vekt på å forebygge sår. Det er imidlertid tilfeller hvor den gamle ønsker å klare intimhygiene selv, og dette kan føre til nødvendige hudproblemer og sår.

Fire pasienter fikk palliative behandling, men sykepleierne vurderte dem likevel til å ha en god prognose. Ingen av de 56 pasientene i dette materialet var vurdert av sykepleier til å ha seks måneder eller kortere forventet levetid.

### 7.3 Mål for pleietyngde og risiko for sykehjemsinnleggelse

Vi har målt pleietyngden ved hjelp av en algoritme MAPLe (The Method for Assigning Priority Levels), som tar utgangspunkt i tre hovedkategorier: Fysisk funksjonsevne (ADL, IADL, fall, evne til å svelge), Kognisjon (hukommelse, adferd, ustrukturert vandring) og Egenomsorg (håndtering av medisiner, egen omsorg/uavhengig, redusert matinntak).

I denne undersøkelsen ønsket vi først og fremst å inkludere personer med høy pleietyngde, med tanke på behov for heldøgnsomsorg. MAPLe er bygget opp med en skala 1–5. I vårt materiale var median (Md) 4, og det aritmetiske gjennomsnitt (Mn) 3,7, standard avviket 0.8.



Figur 7-4 Pleietyngde målt i MAPLe (skala fra 1-5) relatert til boligtype. N=56 (%)

Det viste seg at boliger med service har en større andel med eldre som har behov for et «høyt nivå på pleietyngde». En kan imidlertid merke seg at andelen eldre med «veldig høy pleietyngde», er tilnærmet likt fordelt på ulike boformer (figur 7.4). Det hadde vært nærliggende å anta at det hadde vært en lavere andel med høy pleietyngde i eldres egne hjem.

Når det gjelder «høy pleietyngde» var det en lagt større andel som bodde i boliger med service enn andre boformer. Det var imidlertid ingen statistisk signifikant forskjell på de som hadde hatt hjemmesykepleie i mer enn 5 år og omfang av pleietyngde.

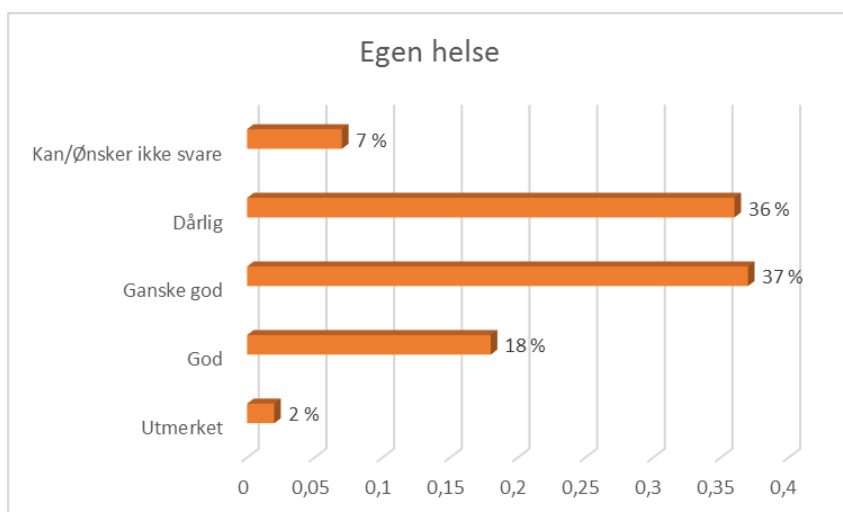
### «Risiko» for institusjonsinnleggelse

For helsepolitikere er det viktig å ha gode parameter for planlegging av behov for institusjonsplasser. Alder er den sikreste faktoren en har, deretter kommer den eldres evne til egenomsorg og livsgnist. En studie som fulgte en pasientgruppe over tre år viser at grad av depresjon er en signifikant prediktor på institusjonsinnleggelse (Cohen-Mansfield 2011, Morris mfl. 2013). De pårørendes evne og vilje til å ha den gamle hjemme, er imidlertid viktigere enn mer generelle objektive kvalitetsmål.

I vårt materiale var det 82 % som var i risiko for «institusjonsinnleggelse». Dette var sammenfallende med alle som hadde en pleietyngdeverdi lik eller høyere enn 3 (jf. figur 7.4). Dette betyr at det er en rekke uavhengige faktorer som må vurderes og ivaretas for å redusere innleggelse i institusjon. I den sammenhengen er det viktig å forebygge depresjon hos brukere og å ivareta omsorgsgivers helse- og livskvalitet.

*Mann ca. 95 år bodde i tilrettelagt bolig. En morgen var han slapp, orket ikke stå opp. Omsorgsarbeideren hadde ikke tid til å være hos han. Hun fikk derfor assistanse fra en sykepleier og kontaktet fastlegen som la pasienten inn på sykehus. På sykehuset ble det gjort full utredning, men ingen diagnose ble stilt. Han fikk antibiotikabehandling for sikkerhetsskyld. Han hadde tegn på underernæring. For sikkerhetsskyld ble det startet med bleier, noe han aldri hadde brukt tidligere. Etter ti dager kom han på korttidsopphold og deretter fast plass i sykehjem.*

I slike tilfeller burde hjemmetjenesten hatt et beredskaps-team, som kunne gitt tett oppfølging. Den behandlingen som ble gjort på sykehuset, kunne like godt vært utført i pasientens hjem. Institusjonsinnleggelse er i seg selv et traume som er med på å svekke den eldre ytterligere. Et godt validert «Global assessment question» predikerer en persons livslengde. Hvordan vurderer du din egen helse?



Figur 7.5 Vurdering egen helse. N=56 (%)

36 % av de eldre vurderte sin egen helse som dårlig. Hjemmetjenesten burde organiseres slik at det er mulig å få tilbringe de siste levedager i egen bolig. Forskning viser at dersom forholdene blir lagt til rette, er verken høy alder eller det å bo alene bestemmende for en naturlig avslutning på livet i eget hjem (Agenda Kaupang, 2012).

#### 7.4 Kommunale tjenester

I hjemmesykepleien, ble det fattet formelt vedtak om antall timer helsehjelp pr. uke. Dusj ble ofte stipulert til ½–1 time pr. uke, avhengig av den Eldres behov for tilrettelegging og hjelp. Generelt morgenstell var ca. 30 min. Andre besøk som hjelp til måltidsforberedelse og medikamenthåndtering ble stipulert til 15–20 minutter. I dette materialet hadde de fleste 3 eller flere besøk fra hjemmesykepleien pr. dag.

Tabell 7.6: Antall time pr. uke med hjemmesykepleie. N=56

Seks eksempelkommuner	Antall timer pr. uke Mn (min-max) Std.
Hele materialet	8,8 (2,0– 42,0); 6,4
1.	12,2 (7,0-21,0); 6,7
2.	5,7 (2,5- 11,0); 3,7
3.	5,1 (2,0 – 7,0); 2,2
4.	9,2 (4,5 – 9,2); 3,7
5.	11,8 (3,5 - 42); 9,1
6.	6,6 (3,5 -14); 2,9

Slik det fremgår i dette materialet og i tabell 7.6, har ikke kommunene 2,3 og 6 de mest omsorgstrequende eldre i hjemmetjenesten, de får relativt rask fast plass i sykehjem. Kommune 5 benytter i større grad rullerende korttidsopphold, og gir omfattende tjenester i de ukene den eldre er i sin egen bolig. Kommune 1 hadde tilsynelatende en spesiell situasjon i vår prosjektperiode, hvor både korttids plasser og rehabiliteringsavdelingen ble blokkert av eldre pasienter som hadde behov for fast plass. I dette materialet var det ca. halvparten som benyttet seg av dagsenterplass, og mange var på dagsenter to dager i uken. Det var langt flere som hadde fått tildelt dagsenterplass, men de klarte ikke å bli ferdige om morgenen innenfor de tidsrammene hjemmesykepleien hadde for å rekke «skyssbilen».

25 % av pasientene benyttet seg av rullerende korttidsopphold, mens 32 % hadde mer sporadisk korttidsopphold, enten på grunn av avlastning for pårørende eller for å motta ekstra tilsyn etter et sykehusopphold. 53 % av pasientene hadde kommunal hjemmehjelp. De fleste fikk tildelt 1 ½ time hver tredje uke. I tillegg hadde 9 % privat hjemmehjelp (mulig underrapportert) som kom 2 timer annenhver uke, ellers var det flere som hadde pårørende som hjalp til i huset.

#### 7.5 Betydningen av en hensiktsmessig pleie og omsorgsstatistikk

I Norge har en brukt mange ressurser på å utvikle en hensiktsmessig pleie og omsorgsstatistikk. I 1995 hadde de første 50 kommunene fylt ut registreringsskjemaet Gerix på sine brukere (Sørbye mfl. 1998). Gerix ble videreutviklet (Sosial- og helsedepartementet 2000, Westnes 2003). Først i 2006 ble kommunene pålagt å registrere alle brukerne Det er et nasjonalt register med data om

brukers ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven eller kommunehelsetjenesteloven, og hvilke tjenester som yte (Tøndel 2013). I dag er dette grunnlaget for en landsdekkende individbasert pleie og omsorgsstatistikk (IPLOS). Det er utfordrende å utvikle et registreringsskjema som skal dekke en så forskjellig brukergruppe i kommunehelsetjenesten. Internasjonalt finnes det gode vurderingsskjema som kan generere kvalitetsindikatorer, risikofaktorer og algoritmer – mange av disse er imidlertid diagnose, symptom eller funksjonsspesifikke. Vi valgte å benytte Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC) i denne undersøkelsen. Dette er et omfattende geriatrisk verktøy. Vi benytter en web-basert analyseverktøy ([www.raisoft.fi](http://www.raisoft.fi)) som analyserer dataene automatisk på individ og gruppenivå.

### **Heldøgns omsorg – hva er et rettferdig tilbud?**

I vårt materiale (jf. fig. 4.2) svarte alle de kommunale ledere som ble intervjuet at det skjer en lik praksis for tildeling av heldøgns omsorg i deres kommune, men at de manglet god statistikk for å kunne planlegge. Informantene fra tildelingskontor og sykehjemsansatte brukte IPLOS-data som kriterium for tildeling av langtidsplasser. De benyttet gjennomsnittsverdi på funksjonsvariablene i IPLOS. Det ble ikke vist til algoritmen for beregningen av samlemålet for pleietyngde i IPLOS (Mørk mfl. 2013).

RAI-HC benytter algoritmen «MAPLe» (jf. figur 4.7) for å måle pleietyngde. MAPLe gir empirisk basert beslutningsstøtte som kan brukes til tildeling av ulike nivå av kommunale tjenester, enten de gis i egen bolig eller bolig med heldøgnsstilbud. MAPLe er testet og validert, og brukt som veiviser for tildeling av sykehjems plasser, beregning av stressbelastning for omsorgsgiver og vurderinger om hvorvidt en pasient ville hatt det bedre i en bolig med mer service. MAPLe kan brukes på individnivå for å støtte klinisk beslutningstaking, men kan også brukes på systemnivå for å informere om den totale omsorgsbyrden og behov for helsepolitiske endringer i en kommune.

Tall fra SSB i perioden 2007-2012 viste at 24 % av eldre over 80 år som mottok hjemmetjenester hadde 24 % et omfattende omsorgsbehov. I vårt materiale som er selektert for risiko for institusjonsinnleggelse var 55 % vurdert til å ha et høyt eller veldig høyt omsorgsnivå.

### **Kvalitet er noe mer enn tjenestetildeling**

Rapportene fra SSB angående IPLOS gir grundig statistikk om tjenester og tjenestemottakere, men forteller lite om pasientene. Ord som smerter, søvnproblemer, angst eller depresjon er totalt fraværende.

Viktige resultater fra denne undersøkelsen viste at en stor andel av hjemmeboende eldre mottok smertestillende medikamenter (63 %), at sovemedisiner ble gitt til 46 % og at mange slet med depresjon og depresjon (henholdsvis 23 og 18 %).

Ut fra funnene i prosjekt har vi laget en tabell som viser forskjellen på informasjon gitt ved henholdsvis IPLOS og RAI-HC. I den sammenheng er det viktig å understreke at IPLOS som et registerskjema mens RAI-HC et vurderingsskjema. I tabell 7.7 fremgår det at informasjonene som fremkommer ved bruk av RAI-HC gir mye fyldigere informasjon om pasientens situasjon og behov enn hva IPLOS bidrar med

Tabell 7.7 En sammenligning av utvalgte variabler i IPLOS og RAI-HC.

	IPLOS (skala 1-5)*	RAI-HC (skala tilpasset ulike spørsmål)
Kognitiv svikt	Hukommelse Kommunikasjon	Evne til å styre av egen økonomi** Evne til å administrere medikamenter** Korttidshukommelsen intakt Evne til å gjøre seg forstått Evne til å forstå andre Prosedyre hukommelse Evne til å ta beslutninger i dagliglivet
Toalett	Har behov for bistand/assistanse til å utføre toalett besøk/- funksjoner.	Skiller mellom a) Forflytning til og fra toalett og b) Hjelp til mer intimpleie, skifte klær, bleier, stomi evt. kateter** Eget punkt om blære og tarm kontinens og bruk av hjelpemidler**
Spise	Har behov for bistand/assistanse til å innta servert mat og å drikke.	I hvilken grad en har evne til å få i seg mat og drikke; inkludert sonde evt. annen parenteral ernæring. Høyde og vekt Ernæringsspørsmål Hvordan maten blir gitt (normalkost, konsistens, diet andre spesielle hensyn Tann og munnstatus
Sosial fungering (IPLOS) Sinnsstemning og atferd (RAI)	Sosial deltakelse Beslutninger i dagliglivet Styre atferd	Tegn på mulig depresjon, angst eller nedstemthet Selvrapportert humør Atferdssymptomer
Psykososial velvære		Sosiale relasjoner Endring i sosiale aktiviteter Hvor lenge er den eldre alene Livsbelastninger siste 90 dager Vurdering av egen helse
Pårørendes situasjon	Bor sammen med Omfang av omsorgstimer	Bor sammen med Omfang av omsorgstimer Omsorgsgiver opplevelse av å komme til kort

\*En skåre  $\geq 3$  krever personbistand \*\* Skala 1-6 (0= uavhengig; 6= Totalt avhengig av hjelp)

Anbefalinger: Brukere av hjemmetjenesten med ulike hjelpebehov blir vurdert både med IPLOS og RAI-HC for å vurdere i hvilken grad de er korrelasjon mellom disse to skjemaene i forhold til pleietyngde nivå, kognitiv fungering, ernæring, sosialfungering og pårørendes situasjon

## 7.6 Oppsummering

Samhandlingsreformen har ført til et økt press på hjemmetjenesten, med flere kompliserte pasienter. I dette materialet har hjemmesykepleierne i de enkelte kommuner funnet frem til de eldre som fikk mest omfattende pleie. Vi har i dette kapittelet vist kompleksiteten i skrøpelige og eldre sin situasjon i grenselandet mellom egen bolig og institusjon. Ofte kan det være små endringer som fører til et markert skille. Ved å bruke rullerende korttidsplasser i sykehjem, kan kommunene frigjøre flere sykehjems plasser og dermed ha en lavere dekningsgrad. I stedet satser kommuner, som Kristiansand på et omfattende hjemmesykepleietilbud. For å kunne planlegge behovet for rett omsorgsnivå, så er det nødvendig med gode kartlegginger for å vurdere mindre endring i den enkeltes situasjon. Rett omsorgsnivå er ikke avhengig av en spesiell type bolig. Det avgjørende er at kvalifisert personalet kan bistå den eldre, i den boligen pasienten til enhver tid befinner seg i. Kartlegging ved hjelp av RAI-HC er mer omfattende enn ved bruk av IPLOS, men er en bedre veiviser for pleiebehov og anbefales derfor brukt i klinisk praksis.

## 8 Pårørende

Materialet til dette kapittelet er hentet fra to kilder A) Opplysninger innhentet fra sykepleierne i forbindelse med RAI-HC vurderingen av hjemmeboende pasienter, N=56. B) Telefonintervju med nærmeste pårørende med vekt på hvordan de opplever sin nærmeste situasjon, erfaringer med hjemmetjenesten og deres forslag til forbedring, N= 36.

Et sentralt spørsmål er hvilken rolle de pårørende har når det gjelder kommunal innretning av heldøgntilbud. Erfaringer viser at når de pårørende og spesielt ektefeller og omsorgsgivere ikke klarer mer, er det behov for omfattende opptrapping av kommunale omsorgstjenester. De pårørende bør derfor ha en viktig plass i kommunal planlegging av helsetjenester til eldre.

### 8.1 Omsorgsgivere sin situasjon

Til tross for høy gjennomsnittsalder, levde 22 % av de eldre i vårt datamateriale sammen med sin ektefelle. De hadde ofte god støtte av sine barn. Sønner og døtre utgjorde den største andelen av uformell hjelp (62 %). For enkelte var det helt naturlig å gå inn i denne omsorgsrollen, mens andre følte seg forpliktet til det. I enkelte tilfeller hadde det vært et anstrengt forhold mellom foreldre og barn tidligere, mens for de fleste opplevdes det som meningsfylt å kunne gi omsorg når en av foreldrene trengte det. Uansett hvilke relasjoner det hadde vært tidligere, var det tungt å forholde seg til aldersdemente for pårørende. Den eldre kan ha flere uformelle hjelpere. En datter er kanskje oppført som primærhjelper og sønnen som sekundær hjelper.

Tabell 8.1. Primær og sekundær omsorgsperson som gir uformell hjelp. N=56. Angitt i prosent

	Primær hjelper (%)	Sekundær hjelper (%)
Barn/svigerbarn	61	41
Ektefelle/partner	18	5
Annen slektning	16	14
Venn/nabo	-	4
Ingen uformell hjelp	5	36
Totalt	100	100

Det var 27 % av primær hjelperne som bodde sammen med pasienten, og 8 % av sekundær hjelperne.

Tabell 8.2 Primær og sekundær omsorgsperson som gir ADL og IADL hjelp. N=56

	IADL (%)	ADL (%)
Primær hjelper	61	36
Sekundær hjelper	30	20

For mange uformelle hjelpere var det langt lettere å hjelpe til med praktisk bistand enn hjelp til personlig stell. Personlig stell ble overlatt til hjemmesykepleien, mens ektefelle og døtre kunne hjelpe ved andre behov som å gå til lege, handle mat og betale regninger.

Tabell 8.3. Antall timer totalt gitt siste tre døgn fra uformell hjelper. N=56. Angitt i prosent

Antall timer	%
0	36
1-3	36
4-7	16
8-14	9
36	2
72	2
Totalt	101

For pårørende som bodde et stykke unna, var det ofte jevnlig telefonkontakt og besøk på faste ukedager. Sykepleieren vurderte at det var en sterk og støttende relasjon til familien i 77 % av tilfellene. Når det gjaldt mulighet for å leie privat hjelp, svarte 39 % at det var det ikke behov for, og at de hadde den hjelpen de trengte, 41 % svarte imidlertid at dette ble opplevd som positivt på grunn av kontinuitet og kjennskap til hvordan den gamle ville ha det. Det var ofte den samme personen som hadde vært hos den gamle i flere år og visste hvordan den han eller henne ville ha det. Den private hjelpen var ofte billigere enn den kommunale hjelpen.

### Pårørendestress

Pasientgruppen vi har inkludert i studien er «skrøpelige eldre som mottar omfattende hjelp». Vi har ikke funnet undersøkelser som spesifikt har sett på pårørendes situasjon til eldre 80+ som er i grensen mellom hjem og institusjon. Internasjonalt er det testet ut ulike mål for opplevelse av «care burden stress». I RAI-HC vurderte sykepleierne pårørende sin opplevelse av følgende utsagn: A) omsorgspersonen ikke er i stand til å fortsette omsorgen B) omsorgspersonen opplever for lite støtte og C) omsorgspersonen uttrykker uro/fortvilelse.

Tabell 8.4. «Care burden stress». N=56

Omsorgspersonen	%
Ikke i stand til å fortsette omsorgen	14
Opplever for lite støtte	16
Uttrykker uro/overveldet	14
Andel som har scoret på et eller flere av disse utsagnene	30 %

I denne undersøkelsen viste 30 % av de pårørende tegn til stress. Dette samsvarte med vurderingene der brukeren selv eller de pårørende mente at den eldre ville fått det bedre i en bolig med mer tilsyn (16 %), eller ved å flytte til en institusjon (18 %).

### **Ektefeller**

Der ektefellene bor sammen med pasienten, klarer de seg langt lengre i egen bolig. Mannen tar seg av bilkjøring, handling og litt tyngre løft, kvinnen tar seg av matlaging og stell av klær. Når den ene begynner å skranke blir tradisjonelle kjønnsroller over i hver andre. Utad ser det ut til at de fungerer relativt bra. Dersom den ene ektefellen får en oppblussing av en kronisk lidelse, blir akutt syk eller faller – blir det svært tydelig at hverdagen rakner. Selv voksne barn kan ha problemer med å forstå hvor marginal situasjonen har vært.

*Kvinne ca. 85 år, ble enke for 2 ½ år siden. Da først skjønte søsteren hvor dårlig hun var kognitivt, samtidig som hun var utslitt etter omsorg for mannen. Mannen hadde ordnet med økonomi og papirer, og hun med pleie og omsorg av mannen inntil han døde.*

*Moren, ca. 85 år, har vært dement i flere år, og faren hadde stelt henne inntil han selv ble akutt syk og måtte inn på sykehus. Da fikk kona plass på sykehjem. Faren var på korttidsopphold før han kom hjem. Han husker ikke så godt lengre. Han bor i enebolig og er relativt isolert, men han trives i hjemmet sitt og ønsker ikke å flytte.*

*Han, ca. 85 år, hadde vært den sterke i et parforhold hvor hun, ca. 90 år, hadde vært psykisk ustabil med utagerende og paranoide trekk. Han hadde nå fått en demensdiagnose. Han var helt avhengig av selskap med samboeren. Hun hadde i tillegg til å være psykisk ustabil nå fått en medisinsk diagnose. Hjemmesykepleien hadde store utfordringer med å gi et tilfredsstillende tilbud.*

*Mannen, ca. 80 år, fikk hjerneslag for ti år siden med påfølgende afasi. Han kan ikke snakke og må ha hjelp til morgenstell, bading, til å stå opp (30 minutter) og til å legge seg (15 minutter). Hun må hjelpe han til toalettet. Han kan reise seg opp på egenhånd men må ha tilsyn. De har de hjelpemidlene de trenger og får hjelp fra hjemmesykepleien ca. 45 minutter hver dag. Utover det gjør hun alt i huset.*

### **Nærmeste pårørende**

Både sønner og døtre ga hjelp til sine foreldre. Sønnene ordnet med vedlikehold av bolig, juridiske og økonomiske forhold. Døtrene hadde hovedkontakten med hjemmesykepleien og tok vare på de huslige systemene. Der bare et kjønn var representert, kunne svigerdøtre og svigersønner stille opp. Flere av døtrene som ble intervjuet var i redusert stilling eller var førtidspensjonerte.

*Datteren sluttet å jobbe for noen år siden. Hun gir ingen direkte omsorg. Hun handler, vasker og stryker klærne til mor ca. 95 år, og ser etter at hun har det fint i heimen. Besøker henne 2–3 ganger i uken. Hun synes dette er bare hyggelig fordi moren er et solstrålemenneske, en gledesspreder.*

*Datteren jobber i halvstilling. Moren ca. 90 år har blitt tiltalende kognitivt svekket de siste tre årene, hun er også mer psykisk ustabil, engstelig, har problemer med å ta beslutninger, går i stå, motsetter seg ofte pleie og kan være verbalt aggressiv.*

*Datteren har hatt redusert jobb, for å kunne ta seg bedre av moren. For 15 år siden fikk moren diagnosen Alzheimers i en alder av ca. 75 år. Til tross for diagnosen var moren bare omsorgsfull og snill. Hun var opptatt av at alle hadde det bra. Hun har aldri forlatt sin morsrolle, en rolle hun hadde viet livet til fullstendig.*

*Moren, ca. 80 år, har alltid hatt en sterk vilje og er vant til å klare seg selv. Men hun er svært avhengig av hjelp. Datteren var nå på arbeidsavklaringstiltak og ville gjerne tilbake på jobb til tross for vonde skuldre. Hun er sikker på at dersom hun får hun jobb, må moren ha heldøgntilbud.*

*Datteren er arbeidsledig og kan stille opp for sin far ca. 85 år, som nettopp har fått en demensdiagnose. Datteren hjelper faren med handling, økonomi og juridiske spørsmål. Faren ringer ofte opp til 10 ganger i døgnet, også om natten. Datteren blir sliten.*



*Datteren var uføretrygdet, dette gjorde at hun var mer fleksibel til å være hos moren, ca. 90 år. Moren ville ikke møte noen mennesker. Hun var bare inne i leiligheten. Dagsenter var uaktuelt. Hun leste og så på TV, men datteren var usikker på hvor mye hun fikk med seg. Det var til sine tider tungt å være pårørende. Det hadde vært tøffe tak. Det var langt lettere å hjelpe med de fysiske tingene som handling og vasking, enn å støtte på det mentale plan.*

*Datter, 57 år. Mor skulle på et korttidsopphold, hun fikk plass på en langtidsavdeling, istedenfor et avlastningssenter. Der var det ikke tilrettelagt for henne, men hun trivdes. Pappa havnet på sykehus da mor var på sykehjemmet. Han har mye belastninger selv, men vil gjerne at mor skal bo hjemme. Hun er nå hjemme igjen glad, men forvirret.*

## **8.2 Bundet til hjemmet**

Flere av de pårørende ønsket seg en besøksvenn som kunne være tilstede, slik at de selv kunne føle seg mer fri til å gå ut.

*Kone 68 år. Jeg er veldig glad i min ektefelle, men det er som å være på jobb 24 timer i døgnet. Min ektefelle er hjemme istedenfor å bo på institusjon. Dette betyr mye for meg også. Godt å kunne være til så god hjelp for min mann.*

*Kona, sier at å være pårørende er nesten som å ha husarrest. Hun kommer seg nesten ingen steder når mannen, ca. 75 år, er hjemme. Hun kan kun være borte maks en time før hun må hjem igjen for å hjelpe han på toalettet. Timen hun kan være borte brukes på å handle mat eller på trening to ganger i uken, Hun tar da bussen og rekker akkurat å trene på treningsstudio før hun må hjem igjen.*

*Kona, ca. 75 år, er helt avhengig av mannen. Han blir veldig bundet til hjemmet. Han har en arbeidstid fra kl. 08 til 22. Han gir henne medisiner før hjemmesykepleien kommer kl. 09. De stiller henne i ca. ½ time. Deretter «kjører» han henne inn på kjøkkenet, gir henne mat osv. Mannen kan kun være borte fra huset maksimalt 1 ½ til 2 timer mens kona sitter i stuen.*

## **8.3 Korttidsopphold**

For mange pårørende er ordningen med korttidsopphold det som gjør det mulig for dem å ha ansvaret som omsorgsgivere. Begrepet *avlastningsopphold* blir ofte brukt synonymt med *korttidsopphold*. For ektefellene er det ikke først og fremst arbeidsbyrden, men et opplevd ansvar for å skulle strekke til. For andre pårørende er det også stressende hele tiden å ha dårlig samvittighet for ikke å stille opp nok.

Enkelte kommuner er flinke med at pasientene har faste rullerende korttidsopphold. Totalt benytter 25 % seg av en slik ordning. I perioden de er hjemme, kan de også få benytte dagsenter. Dette praktiseres imidlertid noe ulikt. I en kommune har «rullerende» pasienter bare rett til to dager på dagsentret pr. uke, mens andre kommuner gir tilbud om fem dager. For noen (32 %) benyttes korttidsopphold mer sporadisk, enten som avlastning for familien, eller som ekstra oppfølging etter en akutt helsesvikt.

Det er godt for omsorgsgiver å vite at de av og til kan ha helt fri. Samtidig er det ikke alle eldre som klarer omstillingen fra hjem til bolig like lett.

*Mannen, ca. 80 år, er innvilget korttidsopphold 5–6 ganger i året. Fem uker hjemme og 2 borte er livet, men det blir ofte færre opphold sier hun siden de har mangel på korttidsplasser i kommunen. Når mannen er på korttidsopphold lever hun, da møter hun venner og drar på ferie til Kreta eller lignende med venninner en gang hver sommer.*

*Hjelpebehovet har økt på de siste 4–5 årene. Hun, 75 år, har hatt korttidsopphold på sykehjem, dvs. 1 uke avlastning og 3 uker hjemme. Dette er nå endret, de prøver ut 1 uke på sykehjem og 2 uker hjemme.*

*Moren, ca. 90 år, har et svært omfattende tilbud, og hun er takknemlig over å få ha sin egen leilighet som base. Hun har hjemmesykepleie fire ganger daglig og er på dagsenter de to dagene i uka, når hun ikke er på rullerende korttidsopphold – 3 uker sykehjem, 3 uker hjemme. Hun ville hatt glede av dagsenter hver dag, men reglene er slik at har en «rullering», så er det det tilbudet man får. Det blir gjort unntak dersom pårørende er bortreist.*

*Moren, ca. 90 år, begynte å bli urolig når det nærmet seg korttidsopphold. Datteren lot derfor være å snakke om det, men et par dager før tok hun fram kofferten og begynte å pakke litt tøy. På denne måten forstod moren gradvis at nå skulle hun ut å reise. Når hun kom til sykehjemmet var hun blid og fornøyd. Sønnene hennes mente hun burde få fast plass, men datteren så at moren trivdes hos seg selv også. En dag de hadde vært ute og kjørt og kom tilbake, smilte moren og sa, «Det er godt å kunne ha et hjem.»*

Når det gjelder bruk av dagsenter forteller flere som bor i egen bolig at de har fått innvilget dagsenterplass. Det oppleves imidlertid at det blir for hektisk om morgenen. Hjemmetjenesten har bare noen få minutter pr. bruker for å få dem ut av sengen, vasket og kledd på. Totalt har vi registrert 25 brukere i vårt datamateriale som er regelmessig på dagsenter. De fleste er der i snitt to dager pr. uke.

#### **8.4 Hjem som institusjon**

De pårørende må hele tiden forholde seg til ulike personer som «invaderer» hjemmet, også i det mest private av alt – soveværelser og bad. Pasienten er midtpunktet for hjemmetjenestens ytelser. Ektefellen blir nærmest en statist som skal være i bakgrunnen og legge alt til rette. Kjærligheten og omsorgen til den pleietrengende gjør at «den friske» ektefellen strekker seg langt. Det fremkommer i materialet at ikke bare pasienten, men også ektefellen måtte innordne seg etter hjemmesykepleiens rutiner. Det var best å være klar til å ta imot dem om morgenen, selv om en av og til kunne ha lyst til å sove litt lenger.

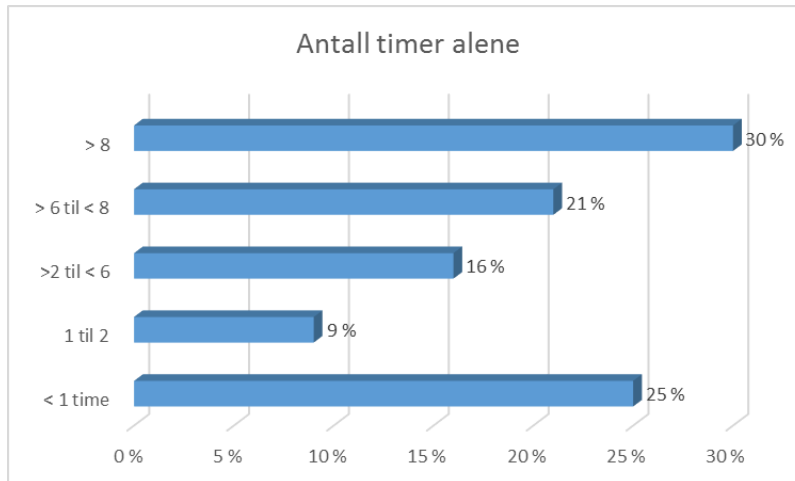
Det er vanskelig å forholde seg til så mange ulike personer, både for de pårørende og de eldre. Det er stadig nye pleiere som skal læres opp og fortelles hva den aktuelle pasient ønsker av stell og omsorg. Ofte virker det som om pleieren som kommer inn ikke har noen bakgrunnsinformasjon om pasientens situasjon. Spesielt er det vanskelig når rutiner blir endret, legetimer, sykehusinnleggelse og nye forordninger. Det er tilsynelatende lite kommunikasjon på tvers av omsorgsnivåene og innad i hjemmetjenesten. Pårørende opplever at de må følge med dersom behandling og pleie skal bli fulgt opp.

Flere pårørende uttrykker at det burde være et mindre team med personer som kjente de enkelte pasienten. En datter uttrykte det slik: *Alt skulle skje så fort. De hjalp moren inn på badet, løp så på kjøkkenet for å stille i stand mat, så tilbake til bade for å følge moren til spisebordet. Ingen har tid til å prate. Når datteren spør om de kommer tilbake dagen etter, vet ikke pleieren hvor hun skal. Listene blir ikke kjent før neste morgen.*

De pårørende etterlyser også bedre kommunikasjon mellom de ulike pleierne som går til de samme pasientene. Det er lite skriftlig dokumentasjon, og pårørende føler seg usikre på hvor mye av den muntlige rapporteringen som når fram til rette ansatte.

## 8.5 Besøksvenn

Til tross for omfattende hjemmetjenester og tilsyn av pårørende er likevel en stor andel av pasientene alene. Birkeland (2013) viser til at ensomhet ble hverken av sykepleierne eller pasientene betraktet som et omfattende problem i hjemmetjenesten. Men selve ordet og begrepet er ofte preget av taushet og tvetydighet. I vårt materiale var mange alene i flere timer i løpet av en dag, 30 % var alene mer enn åtte timer.



Figur 8.1 Antall timer alene. N=56 (%)

*Søsteren er bekymret over at hennes søster, ca. 85 år, isolerer seg. Hun ville verken på korttidsopphold eller dagsenter. Hun mente at pasienten ville ha stort utbytte av en besøksvenn, som kunne ta henne litt ut, samt være en hun kunne prate med.*

*Sønnen ville gjerne at moren, ca. 95 år, skulle søke omsorgsbolig for å ha mer tilsyn og et sosialt miljø rundt henne. Hun vil ikke på dagsenter. Hun beveger seg svært lite, sitter i sofaen og ser på TV.*

*Kvinne ca. 95 år. Alt i alt syntes pårørende at det gikk greit. «Hun får vel det hun trenger». Etter siste fall skulle hun starte med hverdagsrehabilitering, sannsynlig når hun var på eldresenteret. Her skulle hun være tre dager i uka. Men det hendte hun ikke kom seg videre.*

## 8.6 Oppsummering

Pårørende er jevnt over svært fornøyd med den kommunale hjemmetjenesten. Når det gjelder spesialutstyr for funksjonshemmede føler de pårørende at den eldre har det vedkommende trenger. De opplever at den eldre trives i eget hjem, samtidig bekymrer barna seg over at den gamle blir mye alene. Bekymringen over at det kan skje en ulykke, eller at det blir en akutt endring i den eldre sin allmenntilstand er alltid tilstede. Det er høy korrelasjon mellom pårørendes tegn på stress og deres ønske om at brukeren får en bolig med mer tilsyn eller kommer på institusjon.

Nærmeste pårørende er ofte den eneste som har oversikt over den Eldres totale «portefølje». Ofte kan det være flere ulike aktører inne i bildet, uten at alle er orientert. Flere av de eldre har også tilbud innen spesialisthelsetjenesten, og dette er ikke alltid koordinert med fastlegen eller hjemmetjenesten.

Flere pårørende etterlyser en ukeoversikt som inneholder fagutdanning til hjelperen, navn og telefonnummer på de som skal komme på «besøk», samt kortbeskrivelse av den enkeltes konkrete oppgave i forhold til den eldre. Dersom de pårørende opplever at tjenestetilbudet fungerer bra, har de ikke behov for en bolig på et høyere omsorgsnivå.

## 9 To mulige fremtidige baner for heldøgnsstilbudet

### 9.1 Innledning

Vi har foretatt en framskrivning av sykehjem og andre botilbud for eldre i to alternative baner. I det ene alternativet blir dagens dekning videreført, og i det andre alternativet blir dekningen redusert i løpet av ti år til et nivå som er vanlig i de andre nordiske landene. Resultatet av beregningene viser store forskjeller mellom alternativene i behovet for investeringer i botilbud for eldre.

Først i kapitelet blir det lagt frem argumenter som taler for at det er sannsynlig med en reduksjon i behovet i årene som kommer. Disse argumentene bygger til dels på informasjon lagt frem i tidligere kapitler av rapporten.

### 9.2 Trolig redusert behov for sykehjem og andre botilbud de neste årene

Det er flere forhold som peker i retning av en reduksjon i andelen eldre over 80 år som vil ha behov for sykehjem og andre botilbud. Reduksjonen vil trolig omfatte både heldøgnsstilbud og andre botilbud for eldre. Følgende forhold peker i retning av en reduksjon:

- *Lavere dekning i andre nordiske land.* Dekningen for sykehjem og andre botilbud til eldre over 80 år er rundt 50 % høyere i Norge enn de andre nordiske landene (Finland, Danmark og Sverige), jf. figur 3.8. Situasjonen i disse tre landene er en indikasjon på at det er mulig med et tilbud med betydelig lavere dekning enn i Norge.
- *Redusert dekning gjennom 25 år:* Trenden i Norge og de andre nordiske landene har gått i retning av redusert dekning for tjenester til eldre både i institusjon og i hjemmet (jf. figur 3.9). Statistikk fra KOSTRA for dekningen av heldøgns omsorg i boliger og institusjon peker i samme retning (jf. figur 3.3).
- *Økt levealder:* Levealderen har økt betydelig de siste årene. Det er mulig at økt levealder gir flere spreke år, og at eldre over 80 år derfor vil få noe mindre behov for bistand enn før. Resultatet vil også være redusert behov for heldøgns omsorg. Dette forholdet blir utdypet under.
- *Bedre hjemmetjenester:* Våre intervjuer med ledere i de 26 kommunene viser at kommunene satser systematisk på utviklingen av hjemmetjenester som et alternativ til sykehjem. Utviklingen innebærer også at kommunene tar i bruk mulighetene som ny teknologi gir. Politikere på lokalt nivå støtter utviklingen. Vår kartlegging av skrøpelige eldre som bor hjemme, og intervjuene med pårørende viser at kommuner med lav dekning gir et tilstrekkelig omsorgstilbud (hjemmetjenesten, dagsenter, korttidsopphold).
- *Økt satsing på mestring:* Mange kommuner legger økt vekt på egenmestring og at eldre selv skal ta ansvar for eget liv. Dersom kommunene lykkes med denne satsingen vil behovet for kommunal omsorg kunne reduseres. Etter det vi kjenner til, finnes imidlertid foreløpig lite forskningsmessig dokumentasjon av slike effekter.
- *Eldre tar i større grad ansvar for egen bolig:* En del kommuner har lagt til rette for utbygging av lettstelte boliger for eldre, gjerne nært sentrum av kommunene. De eldre eier selv disse boligene. Det har vist seg at slike boliger på det private markedet kan være populære for gruppen av over 50 år. Byggingen av disse boligene kan redusere behovet for utbygging av boliger i kommunal regi. Det antas at det i mange kommuner fortsatt er et potensial for utbygging av slike boliger i det private markedet.

#### Mer om betydningen av økt levealder

Levealderen har økt betydelig de siste årene. I Langballe og Strand (2015) blir det lagt frem tre hypoteser om hvordan alderdommen kan arte seg.

«I «*kompresjonshypotesen*» antas det at økt levealder betyr flere år med god helse og fungering fordi sykdommene debuterer senere, og typiske alderdomssvekkelser og sykdommer vil være komprimert til våre siste leveår.

I motsetning antar «*ekspansjonshypotesen*» at vi vil få flere leveår med sykdommer og dårlig helse, fordi flere overlever og opplever å bli gamle med sykdommer som før hadde dødelig utgang tidlig i livet.

«*Ekvilibriumhypotesen*» foreslår noe midt imellom – endringer i kroniske sykdommers alvorlighetsgrad og progresjon, vil holde samme tempo som endringer i dødelighet. Med et slikt scenario vil andelen år med alvorlige sykdommer og funksjonsnedsettelse i befolkningen stabiliseres eller reduseres, mens andelen år med moderate funksjonshemninger eller mindre alvorlige lidelser vil øke.»

Forskningen gir ikke noe klart svar om hvilken av disse hypotesene som er mest riktig. En rimelig antagelse kan være at økt levealder vil kunne gi flere spreke år, og at eldre over 80 år derfor vil ha noe mindre behov for bistand enn tidligere.

### **Statlig tilskudd i strid med det finansielle ansvars prinsipp**

Husbanken gir betydelige tilskudd til kommunale investeringer i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Som nevnt i kapittel 2, peker produktivitetskommissjonen på at tilskuddene finansierer opp til 70 % av investeringskostnadene og kan føre til at satsingen på heldøgn omsorg kan gå på bekostning av hjemmebaserte tjenester.

Et alternativ kan være at de øremerkede tilskuddene ble avviklet, og at disse midlene ble tildelt gjennom rammetilskuddet. Finansieringen av sykehjem og omsorgsboliger ville da vært lik som finansieringen av øvrige kommunale bygg. En slik finansiering ville bli i samsvar med det finansielle ansvars prinsipp, som var sentralt ved innføring av det statlige inntektssystemet midt på 1980-tallet. Prinsippet innebærer at det er en aktør som skal vurdere de samlede fordelene og ulempene av et tiltak. Den statlige finansieringen innebærer at kommunene bygger ut mer enn det som er fornuftig, fordi kommunene bare bærer en del av kostnadene.

Det finansielle ansvars prinsipp skal altså bidra til å redusere effektene av en delt finansiering. Dersom kommunene fikk et helhetlig ansvar for finansieringen, vil de endrede incentivene trolig bidra til en raskere reduksjon av dekningsgradene.

### **9.3 Forutsetninger brukt i beregningene**

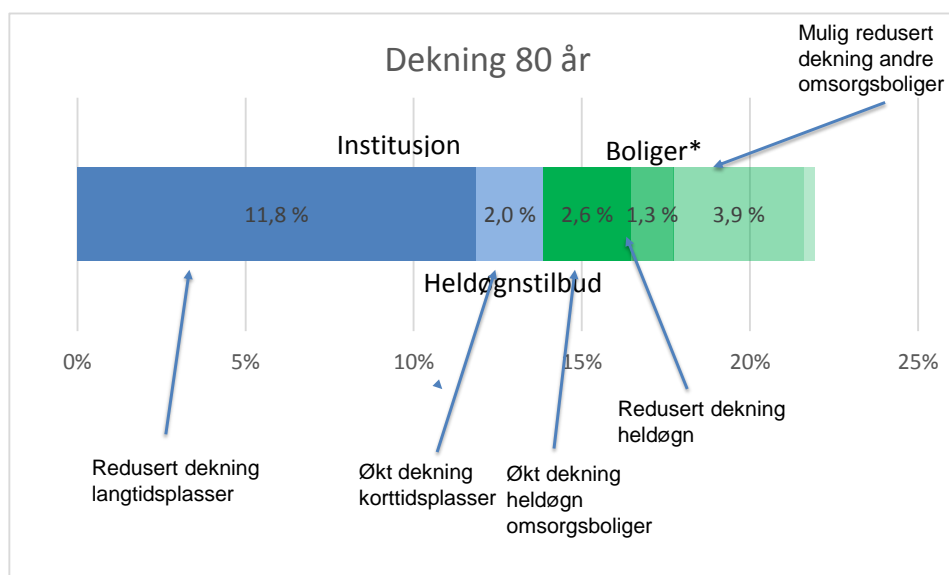
Vi har foretatt en fremskrivning av botilbudet i to alternative baner. I alternativ 1 blir dagens dekning for de ulike delene av tilbudet videreført. I alternativ 2 blir den samlede dekningen redusert til et nordisk nivå i løpet av ti år (jf. figur 3.8). I dette alternativet er det lagt til grunn at dekningen for det samlede tilbudet av institusjon og bolig blir redusert fra et nivå på 21,9 % i 2015 til et nivå på 15 % i 2025.

Det er med andre ord lagt til grunn at reduksjonen av dekningen for tilbudet vil fortsette til et nivå som kanskje ikke er så usannsynlig. Samtidig er det stor usikkerhet knyttet til det å anslå hva som vil skje om rundt ti år.

Dagens dekningsgrad for ulike typer plasser er beregnet med utgangspunkt i en publikasjon fra SSB (2014). Det er noen mindre unøyaktigheter mellom denne statistikken og annen publisert statistikk. Unøyaktighetene er imidlertid av mindre betydning for den store forskjellen mellom de to alternativene. Videre er det lagt til grunn at utviklingen av antall personer over 80 år vil skje i tråd med fremskrivningen til SSB (alternativ MMMM).

Figuren nedenfor illustrerer dagens dekning og forutsetningene som er lagt til grunn for utviklingen fremover. Tilbudet i institusjon er vist med blått og i boliger med grønt. Heldøgnstilbudet omfatter tilbudet på institusjon og noe av tilbudet i boliger (mørkegrønt).

## Dekning – mulige utviklingstrekk



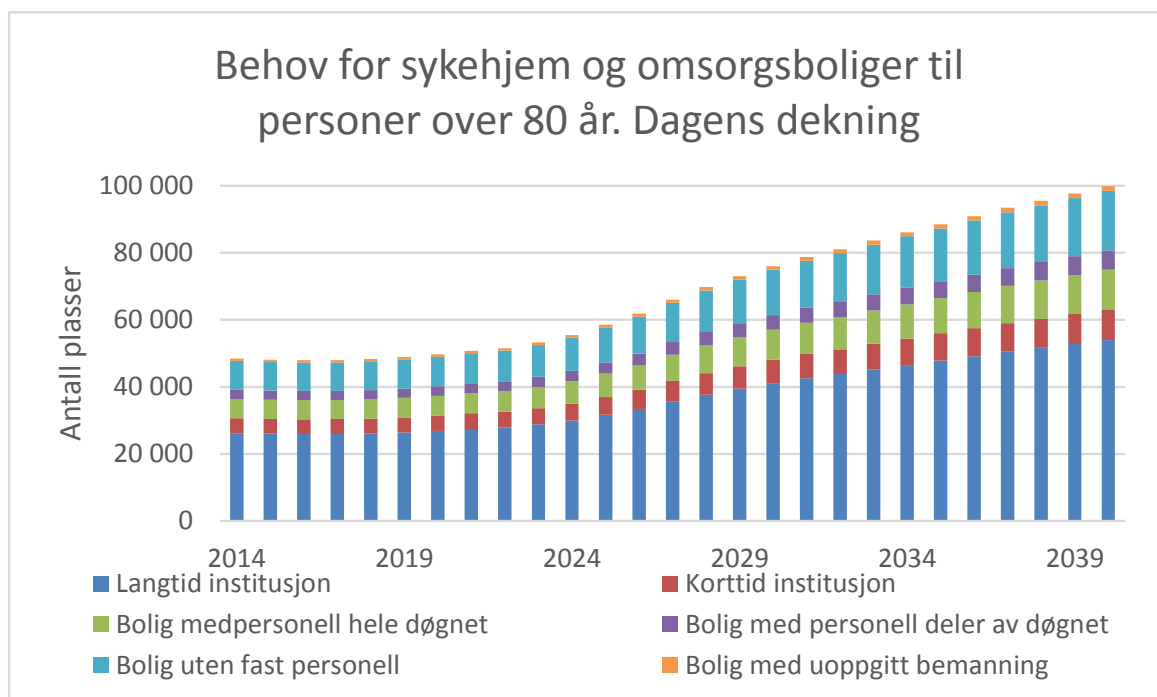
Figur 9-1 Dagens dekning av botilbud for eldre over 80 år og mulige utviklingstrekk fremover (alternativ 2): Figuren omfatter hele tilbudet registrert av SSB, utenom det som kalles «egen bolig»

Det er grunn til å anta at de ulike delene av tilbudet vil få ulik utvikling. I det følgende blir dagens situasjon og forutsetningene for utviklingen fremover nærmere drøftet. Forutsetningene for utviklingen av tilbudet er blant annet basert på telefonintervjuer med kommunale ledere, som omtalt i kapittel fire.

- *Langtidsplasser (dekning 11,8 %):* Dekningen blir vesentlig redusert blant annet som følge av at en økt andel av heldøgntilbudet blir gitt i bolig.
- *Korttidsplasser (dekning 2,0 %):* Disse plassene har fått en betydelig økning som følge av samhandlingsreformen. De er blant annet viktige for å forberede personer som har blitt skrevet ut fra sykehus på et liv i eget hjem. Det er lagt til grunn en økt dekning for disse plassene.
- *Boliger med bemanning hele døgnet (dekning 2,4 %):* Det er lagt til grunn en betydelig økning av dekningen for disse plassene.
- *Andre boliger: (dekning 5,5 %):* Dette er boliger som i statistikken er registrert med «bemanning deler av døgnet», «uten fast personell» og «uoppgitt bemanning». Det er lagt til grunn en reduksjon av dekningen for disse boligene. Begrunnelsen for reduksjonen er en mulig utvikling hvor eldre i større grad selv klarer å finansiere en egnet bolig.

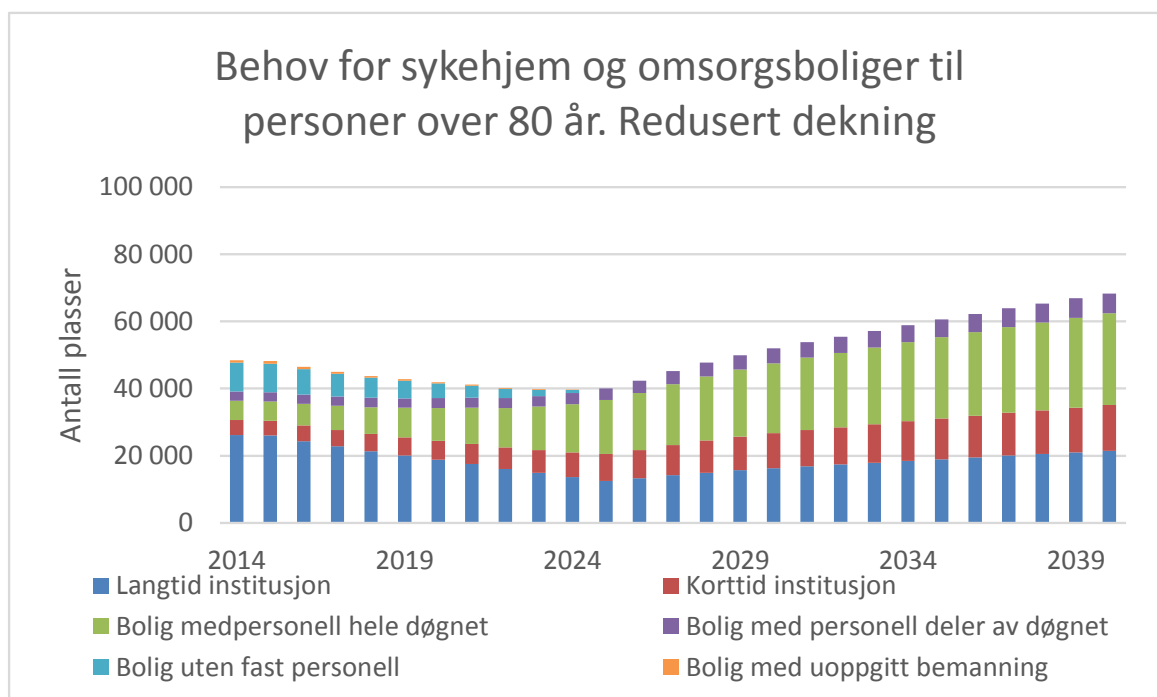
### 9.4 Fremskrivning i to baner

Resultatene av fremskrivningene for de to alternativene er vist i de to figurene nedenfor.



Figur 9-2 Beregnet botilbud til eldre over 80 år basert på en videreføring av dagens dekningsgrader (alternativ 1) for ulike tilbud

Resultatet av fremskrivningen for alternativ 1 viser at behovet for sykehjem og omsorgsboliger blir omtrent doblet så stort som dagens nivå på rundt 50 000 til rundt 100 000 plasser i 2040, jf. figuren ovenfor. Frem til 2020 er imidlertid det beregnede behovet på omtrent samme nivå. Grunnen til dette er at antall personer over 80 år er på et stabilt nivå frem til 2020.



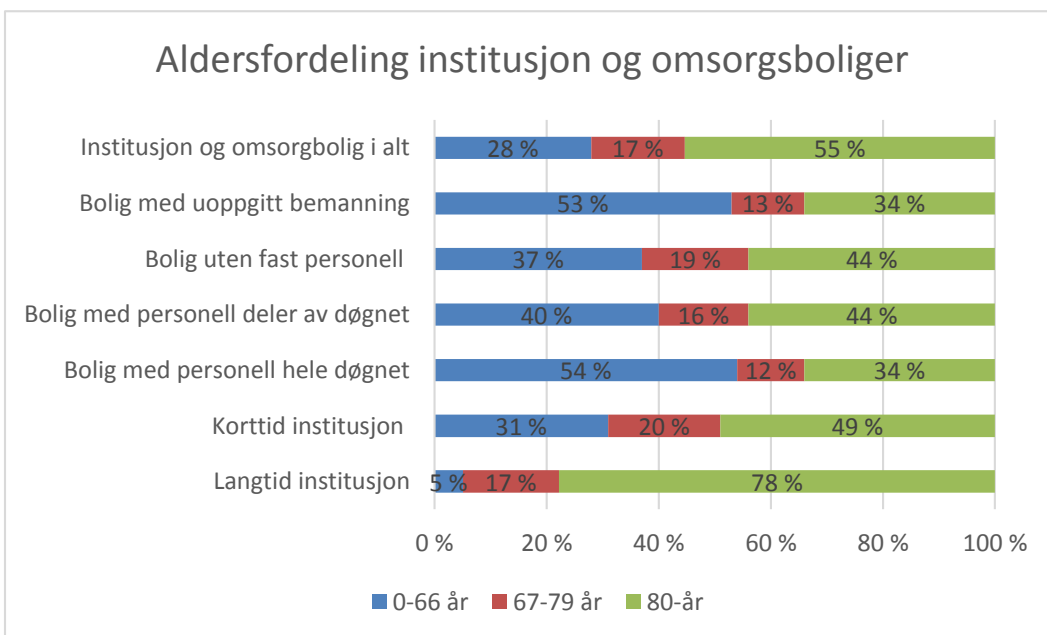
Figur 9-3 Beregnet botilbud til eldre over 80 år basert på en reduksjon av samlet dekningsgrad (alternativ 2) til nordisk nivå i løpet av ti år

I alternativ 2 blir behovet for sykehjem og omsorgsboliger redusert til et nivå på rundt 70 000 plasser i 2040, jf. figuren ovenfor. Nivået er rundt 30 % lavere enn i alternativ 1, noe som er et resultat av forutsetningen om en tilsvarende reduksjon i den samlede dekningen.

De neste ti årene blir behovet for sykehjem og omsorgsboliger redusert med 20 % til rundt 40 000 i 2025. En slik utvikling samsvarer ikke med signalene fra staten om at det i årene som kommer blir behov for å styrke tilbudet. For kommunene vil en slik utvikling innebære en utfordring med å finne en god anvendelse av bygningsmassen som det ikke lenger er bruk for til omsorgsformål i årene som kommer.

### Tilbudet til andre aldersgrupper

Vårt mandat har vært å foreta en analyse av behovet for den eldste delen av befolkningen. I tråd med mandatet er fremskrivningen foretatt for personer over 80 år. Fremskrivningen omfatter altså ikke tilbudet til befolkningen under 80 år. Figuren under viser hvor stor del av tilbudet som er gitt til ulike aldersgrupper. Fremskrivningen omfatter den delen av tilbudet som er vist i grønt i figuren under.



Figur 9-4 Tilbudet om institusjon og boliger fordelt på aldersgrupper

Samlet omfatter tilbudet til befolkningen over 80 år rundt 55 % av kommunenes samlede tilbud av sykehjem og omsorgsboliger, jf. figuren over. Det er de eldste eldre som har fast plass i institusjon. Boligtilbudet blir i stor grad gitt til yngre aldersgrupper. De største gruppene blant de yngre brukerne er funksjonshemmede og personer med psykiske problemer.

## 9.5 Konklusjon

Det er foretatt en fremskrivning av sykehjem og andre botilbud for eldre i to alternative baner. En videreføring av dagens dekning (alternativ 1) gir et beregnet behov frem til 2020 på omtrent samme nivå som i dag. Grunnen til dette er at antall personer over 80 år er på et stabilt nivå frem til 2020.

I alternativ 2 blir derimot behovet for sykehjem og omsorgsboliger redusert i årene som kommer, og til et nivå som er 30 % lavere enn i alternativ 1 i 2040. I alternativ 2 er det lagt til grunn en dekning på linje med det som er vanlig i de andre nordiske landene.



## 10 Oppsummering og konklusjoner

I dette avsluttende kapitlet oppsummeres hovedfunn som denne studien har frambrakt, og det trekkes konklusjoner på tvers av alle datasettene som har vært anvendt. Hensikten er å besvare de overordnede problemstillingene som ble reist i kapittel 1. Avslutningsvis vil det bli gitt anbefalinger som bygger på resultatene som er har kommet frem i studien.

Innledningsvis er det viktig å understreke at sentrale aktører som Husbanken, SSB og kommunene anvender begrepet «heldøgns omsorg» forskjellig. Særlig får kravene til personalbase betydning for hvor mye som skal regnes som et heldøgns tilbud. SSB og Husbanken stiller ulike krav her. SSB sin definisjon omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet, og statistikken bygger på krav til personalbase, som imidlertid ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Ledere på strategisk og operativt nivå i kommunene har heller ingen felles forståelse av begrepet «heldøgns omsorg».

Det er en utfordring for hele feltet, både administrativt og politisk, når politikere og sentrale og lokale beslutningstakere ikke har felles forståelse av begrepene som anvendes. Dette kan blant annet gi ulik forståelse av hvor stor dekningsgraden er, og hvor stort behov man egentlig skal dekke.

### 10.1 Mandat og problemstillinger

Mandatet besto av to overordnet spørsmål og fire presiserende problemstillinger.

De overordnede spørsmålene er:

- Er det er mulig å tenke seg en mer lik praksis for beregning av behovet i kommunene?
- Lar en slik praksis seg overføre til et nasjonalt nivå?

Problemstillingene er:

- Hva slags dekningsgrad tar kommunene utgangspunkt i når de beregner behov for heldøgns omsorg i en planperiode?
- Hva forklarer forskjellene mellom kommunal innretning av heldøgns tilbudet?
- Hva er praksis for tildeling av tjenester, enten i eget hjem eller som heldøgns omsorg?
- Hva forklarer ulik ventetid mellom vedtak og vurdering av behov for heldøgns plass og tildeling av plass?

Prosjektet har vært avgrenset til å gjelde den eldre delen av befolkningen. Det betyr med andre ord, at den delen av heldøgnsstilbudet som er rettet mot yngre aldersgrupper ikke er inkludert i dette prosjektet.

For å svare på problemstillingene har det vært anvendt et bredt spekter av ulike typer data. Det er gjennomført en gjennomgang av statistikk og begreper, samt en egen litteraturgjennomgang. Dessuten har det vært utført intervjuer med en rekke informantgrupper, herunder ledere og planleggere på strategisk nivå (26 kommuner), avdelingsledere på sykehjem (6 kommuner) ledere på tildelingskontor (8 kommuner), og med pårørende til eldre med omfattende omsorgsbehov (6 kommuner). Videre er det gjennomført en kartlegging av omsorgsbehov til eldre med omfattende omsorgsbehov (6 kommuner). I tillegg er det gjennomført en dialogkonferanse for å drøfte hovedfunn i studien

## 10.2 Hovedkonklusjoner

De overordnede spørsmålene i studien har vært å besvare om det er mulig med en mer lik praksis for beregning av behovet i kommunene, og hvorvidt en slik praksis eventuelt lar seg overføre til et nasjonalt nivå.

Resultatene fra denne undersøkelsen tyder imidlertid på at både de eldre og deres pårørende i de fleste tilfeller er fornøyde med omsorgen de mottar, til tross for at dekningsgraden på tradisjonelle sykehjemsplasser er under landsgjennomsnittet.

Kommunene har ulike prioriteringer knyttet til ulike typer pleie- og omsorgstilbud. Dette forklares blant annet med størrelsen på eldre-populasjonen i kommunene, geografiske avstander, kommunal økonomi og strategi.

De analysene som er gjort i foreliggende arbeid peker på at det pr. i dag kan være vanskelig å bergene en mer lik praksis for behovet av heldøgns plasser i kommunene. Analysen peker videre på at en nasjonal norm for dekningsgrad vil være forbundet med en rekke utfordringer som foreløpig ikke er løst. En kommunal veiledende norm kan imidlertid fortsatt være fornuftig, men den må kunne differensieres.

I de påfølgende kapitlene begrunnes disse konklusjonene.

## 10.3 Nærmere om svar på de fire problemstillingene

Her presenteres de viktigste empiriske resultater slik de framkommer i kapitlene foran. Resultatene samles under hvert spørsmål KS har reist i sine problemstillinger.

Her rettes søkelyset mot noen oppsummerende utsagn fra kommunale ledere med hensyn til hvilken betydning de tillegger ulike forhold for at de skal lykkes.

I valget av kommuner har vi lagt vekt på å finne frem til kommuner med en dekningsgrad på om lag 16 %. Det er derfor viktig å huske på at vårt utvalg av kommuner ikke er representativt.

### **Hva slags dekningsgrad tar kommunene utgangspunkt i når de beregner behov for heldøgns omsorg i en planperiode?**

Svaret på denne problemstillingen peker på to viktige forhold: på ulikheten i forståelsen av hva heldøgns omsorg innebærer, og at dette gir svar som peker på kommunal variasjon.

I Norge sørger velferdsstaten for omsorgen for de gamle. Det har vært en antakelse at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25 % av antall eldre over 80 år.

På kommunalt nivå er utvikling av heldøgnsstilbudet på ulikt vis nedfelt i plandokumenter som kommuneplan, budsjett og økonomiplan, helse- og omsorgsplan, plan for botilbud til eldre og planer for helse- og omsorgsbygg. Dokumentene kan omfatte overordnede strategier eller være mer rettet mot gjennomføring.

Beregningene av fremtidig behov, blir ofte gjort med utgangspunkt i en videreføring av dagens dekningsgrader. Informantene i kommuner med en slik tilnærming, gir uttrykk for at økt satsing på hjemmebasert omsorg vil kunne føre til redusert behov for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Det er sjelden at en forventet reduksjon er tallfestet. Dette begrunnes med at det er vanskelig å vite hvor stor reduksjonen vil bli, og at det kan være greit å tilpasse utbyggingen etter hvert som man vinner erfaring med hvor stor reduksjonen faktisk vil bli.

Resultatene viser at heldøgnsstilbudet er et samlebegrep for svært ulike tilbud når det gjelder type plass, hvem plassene blir tilbudt, samt omfanget av bemanningen. Eksempler på plasser som har blitt omtalt i intervjuene er langtidsplass, skjermede plasser for demente, spesialplasser for

utagerende demente, korttidsplass, rehabiliteringsplass, og avlastningsplass. Plassene blir tilbudt på sykehjem, aldershjem og i omsorgsbolig. Det er store forskjeller i bemanningen for de ulike tilbudene. Den såkalte pleiefaktoren (antall brukere/antall årsverk) vil kunne variere fra rundt 0,2 til 1,5.

Der kommunene klarer å skape et reelt likeverdig tilbud, føler både den eldre og deres pårørende seg trygge. I praksis inkluderer enkelte kommuner gradvis moderne og private boliger i sin heldøgns omsorg. Vi har foretatt en kartlegging av omsorgsbehovet til 56 eldre, som var antatt å være de med størst behov for omsorg, og som fortsatt ikke var på institusjon. Her var det 17 % av de eldre som bodde i boliger med service som ble vurdert til å ha et «veldig høyt omsorgs behov». Den samme pleietyngden hadde også 17 % av de eldre som bodde i egen bolig. Når det gjelder «høy pleietyngde» var det i vårt utvalg en langt større andel som bodde i boliger med service. Det var imidlertid ingen statistisk signifikant forskjell mellom de som hadde hatt hjemmesykepleie i mer enn 5 år og grad av pleietyngde.

I vårt datamateriale var det 18 % av de pårørende som mente at den gamle burde få komme på institusjon. En nesten like stor andel mente den gamle burde få en bolig med mer tilsyn. Utrygghet over boforhold er sammenfallende med opplevelse av stress for de pårørende. De opplever at de kommer til kort.

I de seks eksempelkommunene som inngår i denne kartlegging, er det bevisst satset på reduksjon i sykehjemsplasser. De kommunene som har klart dette best bruker en kombinasjon av omfattende hjemmesykepleie, dagsenterplasser og rullerende korttidsopphold. Dersom et av disse tiltakene svikter, eksempelvis at korttidsplassene blir blokkert av eldre som trenger tettere oppfølging i eget hjem, rakner hele omsorgskjeden.

### **Hva forklarer forskjellene mellom kommunal innretning av heldøgns tilbudet?**

Flere forhold bidrar til å forklare forskjellene mellom kommunal innretning av heldøgns tilbudet. Undersøkelsens resultater peker på at forskjellene er knyttet til statlig styring, kommunale strategier, boligpolitikk for eldre, dialog mellom yrkesgrupper, samt til Husbankens regler.

Dekningsgraden for heldøgns tilbudet for kommunene som ble intervjuet, hadde relativt stor variasjon, fra 11,4 % til 36,6 %. Det er stor variasjon i hvor stor del av tilbudet som blir gitt i boliger med heldøgns tilbud. Noen få kommuner har valgt å gi mesteparten av tilbudet i omsorgsboliger. Vanlige begrunnelser for dette, er at omsorgsboliger er bedre for brukeren ettersom de har mer preg av å være et hjem, og at slike boliger gjør det mulig med en fleksibel bemanning som tilpasset brukernes behov.

Planleggingen tar ellers utgangspunkt i tilbudet av sykehjem og omsorgsboliger i den enkelte kommune. Horisonten for planlegging er lang, ettersom det vanligvis tar fem år eller mer å etablere nye botilbud.

Når det gjelder *statlig styring* har staten i de siste årene gitt en rekke signaler om at kommunene bør satse sterkere på forebygging og tiltak som bidrar til at eldre kan klare seg lenger i egne hjem. Samhandlingsreformen, en ny folkehelselov og økt satsing på velferdsteknologi er signaler i denne retningen, samt utredningen «Innovasjon i omsorg» er signaler i denne retningen. Samtidig gir staten signaler om betydningen av å bygge ut flere sykehjem og boliger med heldøgns omsorg. Flere av våre informanter har gitt uttrykk for at disse signalene ikke helt henger sammen, og at de opplever at «staten snakker med to tunger».

Men hensyn til *kommunale strategier* er det slående hvor mange kommuner som prioriterer å utvikle tilbudet på de trinnene i midtre og nedre delen av omsorgstrappen, og hvor mange av tiltakene som går igjen i flere kommuner. Mange av kommunene forteller om tiltak på følgende

områder: Hverdagsrehabilitering, mobilisering av frivillige og velferdsteknologi med trygghetsalarmer.

De aller fleste informantene gir uttrykk for at politikerne også stiller seg bak strategiene med sterkere satsing på hjemmebaserte tiltak som et alternativ til institusjon. Mange forteller om en utvikling hvor det blir lagt økt vekt på hjemmebasert omsorg. Det ser altså ut til å være stor grad av enighet mellom administrasjonen og politikerne.

*Boligpolitikk for eldre* er under utvikling i mange kommuner. Her blir heldøgnstilbudet sett i sammenheng med andre botilbud til eldre. Mange kommuner har erfart at sentrumsnære boliger kan være attraktive for personer over 50 år. I slike leiligheter kan det være lettere å møte alderdommen enn i eneboliger som ligger mer i utkanten av kommuner. Fordelen for kommuner med slike boliger på det private markedet, er at de reduserer behovet for utbygging av boliger i kommunal regi, og de kan legge grunnlag for en mer rasjonell drift av hjemmetjenestene.

En annen faktor som kan løftes fram er *dialog mellom yrkesgrupper*. Bygging av sykehjem og boliger med heldøgnstilbud omfatter betydelige investeringer. Byggeprosjektene påkrevder at man holder god orden på økonomien og den planlagte fremdriften. Noen opplever at det er en utfordring å sikre en god dialog med mellom de ulike aktørene, særlig mellom de helsefaglige yrkesgruppene som gjerne har ansvar for tjenestene og de «tekniske» yrkesgruppene som har ansvar for (gruppeinndelingen) definisjoner av ulike typer heldøgnsboliger.

Den siste faktoren som skal nevnes her er *Husbandens regler*: Noen av informantene opplever at disse er for lite fleksible. Det er et ønske om å utforme ordninger som gir kommunene anledning til mer fleksibelt bruk av byggene etter hvert som behovene i kommunen endrer seg.

### **Hva er praksis for tildeling av tjenester enten i eget hjem eller som heldøgns omsorg?**

Resultatene fra våre ulike undersøkelser peker på at ulike typer kognitiv og fysisk svikt begrunner praksis for tildeling av tjenester.

Årsaker til tilbud om plass på sykehjem er kognitiv svikt, kreft, raskt funksjonsfall med økt behov for bistand, utagerende demente, aleneboende demente, somatisk svært syke, omsorgsbehov som overstiger det som er mulig å gi i hjemmet, omfattende behov for legetilsyn, problemer med ernæring, manglende opplevelse av trygghet i hjemmet, behov for tilsyn hele døgnet og død til ektefelle som tidligere har bistått.

Tilbudet om omsorgsbolig blir i stor grad gitt til mange av de samme årsakene som for sykehjem. Samtidig er det vanlig å gi et tilbud om omsorgsbolig til brukere som har mindre omfattende behov for bistand enn brukere på sykehjem. En begrunnelse som har vært gitt er at brukerne skal kunne føle seg trygge i boligen før de blir for skrøpelige. En kommune stiller som krav at beboerne i en omsorgsbolig selv skal kunne si fra hvis noe er galt. Flere av informantene peker på at det er vanlig å dø i omsorgsboligene i kommunen.

Enkelte kan fortelle at kommunene har etablert en endret og strengere praksis for tildeling av plass på sykehjem. I disse kommunene er det personer på sykehjemmet som er så friske at de ikke ville fått tildelt en plass etter dagens praksis. Men det er ikke enkelt å få folk ut av sykehjemmet. For «institusjonaliseringen» skjer fort, kanskje bare i løpet av et par uker.

I intervjuer med avdelingslederne, framkommer det at praksisen i kommunene gjennomgående er slik at man forsøker å legge opp til en hjemmetjeneste som er tilrettelagt for en hjemmesituasjon, på den måten at de eldre kan bo hjemme lengst mulig. Sykehjems plasser tilbys vanligvis sent i et forløp. Når noen kommer på sykehjem er de som regel svært pleietrengende og ute av stand til å ta vare på seg selv. Ofte kan også en akutt situasjon ha oppstått, for eksempel ved at ektefelle plutselig har blitt syk eller av andre årsaker ikke kan ta seg av hjemmesituasjonen mer. Ulike

former for fysisk og kognitiv svikt er de hyppigste årsaker til innleggelse, herunder falltendens, og fravær av evne til å stelle seg selv.

Avdelingslederne peker også på at flere eldre som kunne hatt behov for plass og tilsyn 24 timer i døgnet imidlertid ikke får tildelt plass. Mange har stått på venteliste i lang tid, fra ½–1 år. I denne perioden er de enten på sykehus, eller på korttidsopphold – eller med tett oppfølging av hjemmetjenesten i egen bolig.

Erfaringene fra vurderingene av pasientenes situasjon og samtalene med de pårørende er at det kan være en akutt situasjon som utløser tildeling av hjemmesykepleie. Det er derfor unntaksvis at vi i foreliggende datamateriale har møtt eldre som har «mistet» sin hjemmesykepleier, for så å få tilbudet tilbake senere. Det er ingen signifikant forskjell på «svært høy pleietyngde» ut fra den eldres bosituasjon og om vedkommende er vurdert til å ha en «svært høy pleietyngde». Resultatene viser at denne pasientgruppen først og fremst trenger personlig stell, ernæring, psykososial støtte, hjelp til medikamenthåndtering og observasjon av endringer i allmenntilstanden.

Det er en stor utfordring å finne boligtilbud til eldre med ulike grader av kognitiv fungering. Demens er ikke et begrep som dekker en homogen gruppe. Her er det viktig å differensiere.

I vårt materiale hadde vi relativt få eldre med komplekse medisinske utfordringer. Dette er i samsvar med tidligere forskning. Norge og de andre skandinaviske landene har hatt en langt bedre sykehjemsdekning enn andre europeiske land (Sørbye mfl., 2009). Dette innebærer at når eldre pasienter blir akutt dårligere å trenger heldøgnsomsorg vil det ordnes plass i en heldøgnsbolig om dette er ønskelig.

Mange av de oppgavene norsk hjemmetjenester utfører, blir i andre land ivaretatt av pårørende som langt oftere bor sammen med pasienten. I Norge tilbringer den eldre mye tid alene i sin leilighet, en kan derfor ikke forvente at markerte kliniske endringer vil bli observert raskt nok.

### **Hva forklarer ulik ventetid mellom vedtak og vurdering av behov for heldøgns plass og tildeling av plass?**

Det siste spørsmålet omhandler hva som forklarer ulik ventetid mellom vedtak og vurdering av behov for plass. Analysene peker på noe ulik praksis i kommunene, og det er ikke noen åpenbare mønstre som bidrar til å forklare forskjellen. Svar på spørsmålet har til dels sammenheng med overordnede politiske føringer og til dels oppbygging av tjenesten for øvrig, men også hvilken støtte både eldre og pårørende opplever at de får.

Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endring av pasient- og brukerrettighetsloven, hvor den eldre skal ha lovmessig rett til en «sykehjemsplass», anbefaler også innføring av ventelister. Ventetid oppstår som følge av tidvis eller permanent mangel på plasser. De fleste av informantene i denne studien, forteller at de har nok sykehjemsplasser. Et par informanter forteller at det i perioder kan være en utfordring å tilby nok plasser. Disse periodene har imidlertid vært så korte at det ikke har vært nødvendig med en permanent utbygging av kapasiteten.

Våre funn kan tyde på at kvalifisert helsepersonell må konsentrere seg om yngre med mer medisinske kompliserte pasienter. Hos eldre brukere av hjemmetjenesten er det mindre erfarne pleiere som har ansvaret for den daglige omsorgen. Med tettere medisk faglig oppfølging i hjemmet, kunne institusjonsinnleggelse bli utsatt ved å gi medisinsk hjelp i hjemmet ved en akutt sykdom som forverring av den eldres tilstand. Hverdagsrehabilitering etter sykehussinnleggelse med påfølgende korttidsopphold kan være mer komplisert, en å behandle en lungebetennelse i den eldres eget hjem.

En kommune skilte seg ut med en relativ lav dekning av dagsenterplasser, det var heller ikke døgnkontinuerlig hjemmesykepleie i hele kommunen. Her ble både rehabilitering – og korttidsavdelinger fylt opp av pasienter som hadde behov for heldøgns plass.

Det er imidlertid også viktig å ta de pårørende sin opplevelse av stress på alvor. Flere pårørende trenger avlastning, ikke alltid på grunn av fysisk slit, men på grunn av den dårlige samvittigheten over ikke å besøke den gamle nok, samt utryggheten over at noe uventet kan skje.

## 10.4 Anbefalinger

Anbefalingene bygger på resultater som er presentert i denne rapporten og på innspill gitt av deltakerne på dialogkonferansen. Vi vil likevel presisere at det er VID og Agenda Kaupang som står ansvarlig for anbefalingene.

### **Heldøgns omsorg = Umiddelbar oppfølging av helsepersonell døgnet rundt**

Begrepet «heldøgns omsorg» brukes forskjellig av Husbanken og SSB. Særlig får kravene til personalbase betydning for hvor mye som skal regnes som et heldøgns tilbud. De to aktørene stiller ulike krav. Ledere på strategisk og operativt nivå i kommunene har heller ingen felles forståelse av begrepet. De ulike perspektivene til aktørene er en nærliggende forklaring til at aktørene ender opp med nokså forskjellige definisjoner om hvor stor del av tilbudet som kan regnes som heldøgns omsorg.

Kravene til personalbase som stilles av Husbanken og SSB, innebærer at det kan ta tid før helsepersonell oppdager at brukerne har behov for bistand. Det foreslås en snevrere definisjon av begrepet heldøgns omsorg som tar utgangspunkt i brukernes behov. Helsepersonell bør kunne nå brukerne på kort varsel.

Begrepet bør omfatte tilbud både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger.

Det vil være nødvendig med ytterligere utredninger for å komme frem til en mer presis definisjon av begrepene. Blant annet vil det være nødvendig å ta stilling til i hvilken grad velferdsteknologi kan påvirke definisjonene. For eksempel kan fallsensorer bidra til at helsepersonell ved behov kan nå brukere på kort varsel, selv om de ikke oppholder seg i umiddelbar nærhet av brukerne.

### **Viktigere å skille mellom boligen og brukerne enn å bruke begrepet heldøgns omsorg**

I planleggingen av kommunale sykehjem og boliger er det viktig at et tilstrekkelig antall enheter er egnet for å gi brukerne oppfølging hele døgnet av helsepersonell. Samtidig er det viktig å legge til rette for fleksibel bruk. Det bør være mulig å gi beboerne bistand deler av døgnet i perioder hvor beboerne har mindre behov for bistand.

For kommunene kan det være nyttig å vite hvor mange boliger som egner seg som heldøgns omsorg, og hvor mange brukere som får et slikt tilbud. Statistikken bør altså skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne.

Et skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne kan være et viktig grep som grunnlag for mer presis kommunal planlegging. Dette grepet kan gjøres uavhengig av om man bruker begrepet heldøgns omsorg. For kommunene vil det viktigste antakelig være å fokusere på det samlede behovet for boliger som skal bygges i kommunal regi, og sørge for at boligene er egnet for fleksibel bruk. Det er derfor ikke sikkert at begrepet heldøgns omsorg er nødvendig som grunnlag for kommunal planlegging. Som vi tidligere har vist, omfatter begrepet svært store variasjoner i omfanget av bistanden som blir gitt. Etter det vi kjenner til skiller ikke de andre nordiske landene i statistikken mellom tilbudet om heldøgns omsorg og andre botilbud til eldre.

### **Husbanden bør gi tilskudd til boliger som er egnet for heldøgns omsorg**

Husbanden gir i dag bare tilskudd til boliger med beboere med heldøgns omsorg. Det ville vært mer hensiktsmessig om tilskuddet ble gitt til boliger som egnet seg for heldøgns omsorg. I så fall ville også Husbanden skilt mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne. Et slikt tilskudd kunne vært et signal til kommunene om å legge opp til mer fleksibel bruk av boligene.

### **Statistikken kan utvides og gjøres mer tilgjengelig**

Statistikk er et viktig grunnlag for planlegging av tilbudet både for kommunale og statlige myndigheter. Intervjuene vi har foretatt med kommunale ledere viser at det er behov for bedre statistikk. Det er mulig å gjennomføre ulike forbedringer som vil gjøre statistikken betydelig mer relevant og tilgjengelig:

- Bruk av begreper bør samordnes mellom Husbanden og SSB. Samordning av begrepene vil bidra til mindre forvirring i dialogen mellom aktører på ulike nivåer.
- Tilrettelegge statistikk for kommunene med dekningsgrader for ulike aldersgrupper og ulike deler av tilbudet. Det er aktuelt med en inndeling av tilbudet på korttids- og langtidsopphold på institusjon og for boliger med ulikt omfang av bemanning. Svakheten med dagens statistikk er at den verken er tilstrekkelig detaljert eller tilrettelagt for kommunal planlegging.
- Det bør utarbeides statistikk for tilbud til ulike brukergrupper. Aktuelle brukergrupper er eldre, funksjonshemmede og personer med rus- og psykiske problemer.
- Det bør også utarbeides statistikk for heldøgns omsorg gitt i private hjem.
- Det anbefales å gjennomføre et prøveprosjekt hvor de eldre hjemmeboende blir vurdert både med IPLOs og RAI-HC. Resultatene vil vise i hvilken grad de er korrelasjon mellom disse to skjemaene i forhold til pleietyngde nivå, kognitiv fungering, ernæring, sosialfungering og pårørendes situasjon.
- Kommunenes elektroniske hjemmesider kan gjøres mer brukerrettet med informasjon om for eksempel hvordan kommunene skal planlegge for heldøgns omsorg
- Statistikken må skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne
- Det er nødvendig å skille mellom kapasitet og faktisk utnyttelse. Kapasiteten sier noe om boliger som egner seg for heldøgns omsorg, og utnyttelsen sier noe om hvor mange boliger som blir brukt til formålet. Utnyttelsen vil være lavere enn kapasiteten.

### **Sentrale aktører bør ha en felles bruk av begrepene**

I tilbudsforespørselen fra KS heter det at regjeringen ønsker å «etablere en plan sammen med KS om årlige mål for utbygging av flere plasser i heldøgns pleie og omsorg».

I samarbeidet mellom aktørene vil det opplagt være en fordel med en mer entydig definisjon av begrepet. Det burde være et mål at sentrale aktører som Husbanden, SSB og KS hadde en omforent og felles bruk av begreper. En felles bruk av begreper blant disse aktørene vil også kunne bidra til mer presis planlegging på kommunalt nivå.

Det er fornuftig at statlige myndigheter samarbeider med KS om utviklingen av tilbudet. Også denne planleggingen bør rettes mot bygging av sykehjem om boliger som er egnet for heldøgns omsorg.

### **Sentrale aktører kan gi metodisk støtte i planleggingen av heldøgnstilbudet**

Støtten kan omfatte bistand til hvordan man kan utnytte relevant statistikk i planleggingen av heldøgnstilbudet. Slik støtte kan bli gitt av aktører som Husbanden og KS.

I Norge har det gjennom flere tiår vært vanlig å planlegge heldøgnstilbudet som er definert som samlet antall plasser dividert på antall plasser over 80 år. Denne særnorske tilnærmingen er ikke

entydig og blir antakelig benyttet i mangel på mer detaljert statistikk. Det foreslås at denne tilnærmingen avvikles. Forutsetningen er selvfølgelig at det utarbeides relevant statistikk for ulike aldersgrupper.

Det kan også være fornuftig å gi kommunene noe hjelp om hvordan statistikken kan brukes. Videre kan det være nyttig for kommunene om det blir tilrettelagt statistikk med utviklingstrekk for den enkelte kommune og landet som helhet.

### **En veiledende norm for alle kommuner er ikke fornuftig**

Bakgrunnen for vårt prosjekt har vært at regjeringen ønsker å «etablere en plan sammen med KS om årlige mål for utbygging av flere plasser i heldøgns pleie og omsorg». Spørsmålet har vært om det er mulig å tenke seg en mer lik praksis for beregning av behovet i kommunene, og om dette lar seg overføre til et nasjonalt nivå.

Som grunnlag for vårt arbeid formulerte vi hypotesen om at en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år) bør være en anbefalt norm (jf. kapittel 1.5). Arbeidet i prosjektet har skapt tvil om det er hensiktsmessig med en norm for denne delen av tilbudet. Den viktigste grunnen er at tilbudet om heldøgns omsorg omfatter svært ulike nivåer av bistand, både for sykehjem (jf. figur 3.7) og boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet (tabell 3.5). I tillegg gir ikke statistikken et helt pålitelig bilde av dagens situasjon, selv etter de prinsippene som gjelder. Disse forholdene har gjort at det ikke er et tilstrekkelig grunnlag for å verifisere hypotesen vi hadde da arbeidet startet.

Konklusjonen er altså at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon omsorg» (NOU 2011:11). Her blir det vist til at i offentlige debatter blir det i mange sammenhenger hevdet at det er behov for 25 % dekning av sykehjemsplasser i prosent av eldre 80 år og over, og at dette er en statlig norm for sykehjemsdekning. Det blir vist til at det ikke eksisterer en slik statlig norm, og at en dekningsgrad på 25 % savner også et faglig vitenskapelig belegg.

### **En differensiert kommunal norm kan være fornuftig**

En kommunal veiledende norm kan imidlertid fortsatt være fornuftig. Det anbefales at en slik norm tar utgangspunkt i det samlede tilbudet av sykehjem og boliger til eldre i kommunen. Så kan man eventuelt også se på den delen av botilbudet som egner seg for heldøgns omsorg. Det fordrer at det er mulig å finne frem til en hensiktsmessig avgrensning av begrepet heldøgns omsorg.

Normen kan ikke være lik for alle kommuner. Nivået avhengig av levealder, kulturelle forhold, geografiske avstander, utviklingen av resten av omsorgstrappen, hjemmetjenestenes kompetanse og en vellykket boligpolitikk for eldre. Normen bør derfor differensieres ut fra en vurdering av disse forholdene. En norm som er tilpasset særegne forhold i den enkelte kommune gjør at det gir liten mening å snakke om en norm på nasjonalt nivå.

### **Antall heldøgns plasser blir trolig redusert de neste ti årene**

Det er mange argumenter som taler for at dekningsgraden av heldøgns plasser for eldre over 80 år fortsatt blir redusert i årene som kommer, i retning et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene: Levealderen øker, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt økt mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig.

Videre viser vårt materiale at det var få hjemmeboende eldre med komplekse medisinske utfordringer. Disse pasientene er allerede tatt hånd om i institusjon. Det skulle derfor ligge godt til rette for at eldre som bor hjemme kan tas hånd om av kommunen på en god måte.



De aller fleste av politikere i kommunene i vår undersøkelse støtter utviklingen om å satse mer på hjemmebasert omsorg til erstatning for sykehjem. Det gjorde de ikke i samme grad for noen år siden. Politiske støtte på lokalt nivå er en klar indikasjon på at det kan være fornuftig å erstatte noe av satsingen på sykehjem med en godt utbygd hjemmebasert omsorg. Derfor er det sannsynlig at antall plasser blir redusert i årene som kommer, slik vi har vist i kapittel 9. Planleggingen på nasjonalt nivå bør derfor primært rettes mot en reduksjon, og ikke en økning som nevnt over.

## Referanser

- Bakke HK. Halvgått løp mot full sykehjemsdekning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:1525.
- Birkeland A. 2013. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Sykepleien forskning 2013 (8)2: 114-122 doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0049
- Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C: Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age Ageing 2000, 29:165–172.
- Chen C, Naidoo N, Er B, Cheong A. mfl. Factors associated with nursing home placement of all patients admitted for inpatient rehabilitation in Singapore community hospitals from 1996 to 2005: a disease stratified analysis. PLoS One, 2013; 8(12), e82697. doi: 10.1371/journal.pone.0082697
- Cohen-Mansfield J, Wirtz PW. Predictors of entry to the nursing home: does length of follow-up matter? Arch Gerontol Geriatr, 2011, 53(3), 309-315. doi: 10.1016/j.archger.2010.12.009.
- Danielsen K. Hjem og hjemlighet gjennom livsløpet. (red.) Hauge S og Jacobsen F. I Hjem eldre og hjemlighet. Oslo: Cappelen Akademiske forlag, 2008.
- Daatland SO, Høyland K, Berit Otnes B. Scandinavian Contrasts and Norwegian Variations in Special Housing for Older People. Journal of Housing For the Elderly 2015; Volume 29, Issue 1-2, pages 180-196. 2015DOI:10.1080/02763893.2015.989778
- Diamantopoulos AP, Rohde G, Johnsrud I, Skoie IM, Johnsen V, Hochberg M, Haugeberg G. Incidence rates of fragility hip fracture in middle-aged and elderly men and women in southern Norway. Age and Ageing 2012; Volum 41(1):86-92.
- Døhl, Øystein, Helge Garåsen, Jorid Kalseth og Jon Magnussen (2015): "Variations in levels of care between nursing home patients in a public health care system". BMC Health Services Research 2014; 14:108. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-108>
- Evans D, Pester J, Vera L, Jeanmonod D, Jeanmonod R. Elderly fall patients triaged to the trauma bay: age, injury patterns, and mortality risk. Am J Emerg Med. 2015 Nov;33(11):1635-8. doi: 10.1016/j.ajem.2015.07.044. Epub 2015 Jul 29.
- Finne-Soveri, H., Sorbye, L. W., Jonsson, P. V., Carpenter, G. I., & Bernabei, R. (2008). Increased work-load associated with faecal incontinence among home care patients in 11 European countries. Eur J Public Health, 18(3), 323-328. doi: ckm085 [pii] 10.1093/eurpub/ckm085
- Fjelltun, A. M., Henriksen, N., Norberg, A., Gilje, F., & Normann, H. K. (2009). Functional levels and nurse workload of elderly awaiting nursing home placement and nursing home residents: a comparative study. Scand J Caring Sci, 23(4), 736-747. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00672.x.
- Gaugler, J. E., Yu, F., Krichbaum, K., & Wyman, J. F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. Med Care, 47(2), 191-198. doi: 10.1097/MLR.0b013e31818457ce
- Gautun H, Bratt C. Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Velferdsforskningsinstituttet NOVA Rapport 14/2014.
- Gjevjon ER, Eika KH, Romøren TI, Landmark BF. Measuring interpersonal continuity of care in high-frequency home healthcare services. Journal of Advanced Nursing 2013;. Published online 22 July 2012 DOI: 10.1111/jan.12214

Graverholt B, Riise T, Jamtvedt G, Husebo BS, Nortvedt MW. Acute hospital admissions from nursing homes: predictors of unwarranted variation? *Scand J Public Health*, 2013; 41(4), 359-365.

Grue EV, Finne-Soveri H, Stolee P mfl. (2010). Recent visual decline-a health hazard with consequences for social life: a study of home care clients in 12 countries. 2010; *Curr Gerontol Geriatr Res*. doi: 10.1155/2010/503817

Gruneir A, Forrester J, Camacho X, Gill SS, Bronskill SE. Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: a population-based retrospective cohort study. *BMC Geriatrics* 2013;13:48 DOI: 10.1186/1471-2318-13-48

Hansen T, Slagsvold B, Ingebretsen R. The strains and gains of caregiving: An examination of the effects of providing personal care to a parent on a range of psychological outcomes *Social Indicators Research*. 2013. [http://norlag.nova.no/asset/5965/1/5965\\_1.pdf](http://norlag.nova.no/asset/5965/1/5965_1.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplanen 2020 - Et mer demensvennlig samfunn [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. Høring: Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester - kriterier og ventelister. 2015. Hentet 17. mars 2016 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rett-til-opphold-i-sykehjem-eller-tilsvarende-bolig-sarskilt-tilrettelagt-for-heldogns-tjenester---kriterier-og-ventelister/id2438834/>

Helsedirektoratet (ed), Norm for informasjonssikkerhet – 5. utgave, Helsedirektoratet, mai 2015

Helsedirektoratet, Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030, Rapport, IS-1990, Helsedirektoratet, juni 2012. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-avvelferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

Helsedirektoratet. PLOS Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. 2015 [helsedirektoratet.no/retningslinjer/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester)

Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. 2003. [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie\\_omsorgstjenesten\\_kommunene\\_rapport\\_102003.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie_omsorgstjenesten_kommunene_rapport_102003.pdf)

Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF: The MDS-CHESS scale: a new measure to predict mortality in institutionalized older people. *J Am Geriatr Soc* 2003, 51:96–100.

Hjort PF. Alderdom – helse, omsorg og kultur. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.

Hånes H, Meyer HE, Søgaard AJ. Beinskjørhet og brudd - fakta om osteoporose og brudd. Folkehelseinstituttet; 2013.

Keilman N, Christiansen S. Norwegian Elderly Less Likely to Live Alone in the Future 2010; 26(1):47-72. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10680-009-9195-9#page-1>

KS. Undersøkelse om kapasitet og ventetid heldøgnsomsorgsplasser. Oslo: 2015. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/undersokelse-om-kapasitet-og-ventetid-heldognsomsorgsplasser/id2400453/>

Langballe EM, Strand BH. Vil fremtidens eldre være friskere? Tidsskrift Norske Legeforening 2015; 135:113 – 4.

LOV-2008-06-20-44. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) siste endret 2015. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.

LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet. Sist endret LOV-2015-05-22-32. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Luppa M, Luck T, Matschinger H, König HH & Riedel-Heller SG. Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission - results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). BMC Health Serv Res, 2010; 10, 186. doi: 10.1186/1472-6963-10-186

Nasjonalt videncenter for demens. National klinisk retningslinje for utredning og behandling. Sundhedsstyrelsen, oktober 2013. ISBN: 978-87-7104-553-62013.

NOU 2011:11. «Innovasjon i omsorg». Helse og omsorgsdepartementet. [www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/](http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/)

NOU 2016:3. Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi — Produktivitetskomisjonens andre rapport. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-3/id2474809/>

Nova. «Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene». NOVA-rapport 17/2014. <file:///C:/Users/Eier/Downloads/NOVA-Rapp-17-2014-Planer-for-et-aldrende-samfunn.pdf>

Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>

Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Miller EA, Schneider LS & Rosenheck RA (2011). Predictors of nursing home admission among Alzheimer's disease patients with psychosis and/or agitation. Int Psychogeriatr, 23(1), 44-53. doi: 10.1017/S1041610210000244

Morris JN, Howard EP, Steel K, Perlman C4, Fries BE, Garms-Homolová V, Henrard JC, Hirdes JP, Ljunggren G, Gray L, Szczerbińska K, Updating the Cognitive Performance Scale. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2016 Jan; 29(1):47-55. doi: 10.1177/0891988715598231. Epub 2015 Aug 6.

Mørk E, Sundby B, Otnes B, Wahlgren M, Gabrielsen B. Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB 43/2013.

Noro A, Poss J, Hirdes J, Fine-Soveri H, Ljunggren G, Björnsson J, Schroll M, Jonsson P. 2011. Method for Assigning Priority Levels in Acute Care (MAPLe-AC) Predicts Outcomes of Acute Hospital Care of Older Persons — a Cross-National Validation. BMC Medical Informatics and Decision Making 11(1).

NOU 2016:3. Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonom. Produktivitetskomisjonens andre rapport. [www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-3/id2474809/](http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-3/id2474809/)

PWC. Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur. På oppdrag fra KS. Juni 2015. <http://www.pwc.no/no/offentlig-sektor/publikasjoner/ressursbruk-pleie-og-omsorgssektoren.pdf>

Peres K, Helmer C, Amieva H, Orgogozo JM, Rouch I, Dartigues JF mfl. Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: a prospective population-based study. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:37–44.

Ramm J. Eldres bruk av helse og omsorgstjenester . 2013. [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/125965?\\_ts=13f8b5b6898Eldres](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898Eldres)

Ranhoff AH, Holvik K, Martinsen MI, Domaas K, Solheim L. Older hip fracture patients: three groups with different needs. *BMC Geriatrics* 2010. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/65>

Rostgaard T, Szebehely M. Changing Policies, Changing Patterns of Care: Danish and Swedish Home Care at the Crossroads. *European Journal of Ageing* 2012; 2:101-109. <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-011-0209-1>

Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. et al. *BMC Health Services Research* 2016; 16:21. DOI 10.1186/s12913-015-1217-1

Somerville P. The social construction of home. *J Archit Plann Res* 1997; 14(3): 226-45.

Sosial- og helsedepartementet. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) i KOSTRA (kommune stat rapporteringen): Forslag til informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Oslo: Sosial og helsedepartementet; 2000.

SSB. «Rapportering av kommunale tjenesteproduksjonsdata for KOSTRA 2014. Veiledning til utfylling av skjema». 2012. [http://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/\\_attachment/206670?\\_ts=149c2a16348](http://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/_attachment/206670?_ts=149c2a16348)

Svagård I, Dale Ø, Ausen D. Fra behov til anskaffelse. Inspirasjon til gode anskaffelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. SINTEF 2015. [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/rapport\\_fra-behov-til-anskaffelse.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/rapport_fra-behov-til-anskaffelse.pdf)

Sørbye LW. Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care: a comparative study across 11 sites in Europe. Universitetet i Tromsø, medisinsk fakultet. 2009.

Sørbye LW, Garms-Homolová V, Henrard JC, Jónsson PV, Fialová D, Topinková E, Gambassi G. Shaping home care in Europe: the contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas*. 2009 Mar 20;62(3):235-42. doi: 10.1016/j.maturitas.2008.12.016. Epub 2009 Jan 31.

Sørbye LW, Hamran T, Henriksen N, Norberg A. Home care patients in four Nordic capitals - predictors of nursing home admission during one-year followup. *J Multidiscip Healthc* 2010; 3:11-18.

Sørbye LW, Steindal SV, Lyngroth S. To die at home or to end life in an institution. *Open Journal of Nursing* June 2015; 5, 538-547. doi: 10.4236/ojn.2015.56057. [file:///C:/Users/Eier/Downloads/OJN\\_2015062415315907%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Eier/Downloads/OJN_2015062415315907%20(2).pdf)

Sørvoll J, Martens C, Daatland S. Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene. Nova: 2014:17.

Tøndel G. Å telle assistansebehov – en kvalitativ studie av individbasert pleie og omsorgsstatistikk i praksis. *Geriatrisk sykepleie* 2011 (3) 1: 4-8.

Westnes A. Prosjekt rapport IPLOS prøveprosjekt: Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003.

World Health Organization 2015. World report on Ageing and Health.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)

Wong A, Elderkamp de Groot R, Polder J, van Exel J. Predictors of long-term care utilization by Dutch hospital patients aged 65+. BMC Health Serv Res; 2010; 10, 110. doi: 10.1186/1472-6963-10-1101472-6963-10-110 [pii]

## Vedlegg: Detaljer fra kartleggingen omtalt i kapittel 7

### interRAI Home omsorg NOR (HC)

[www.interrai.org](http://www.interrai.org)

[www.raisoft.org](http://www.raisoft.org)

#### Sum

Antall personer	56 (56)
Gjennomsnittsalder	87,54
Kvinner	66,07 %
Menn	33,93 %

#### RUG-III/HC 23, RUG-III/HC 23 Clinical Group

1. Rehabilitering	0 %
2. Omfattende omsorg	3,57 %
3. Spesiell omsorg	5,36 %
4. Klinisk Kompleks	46,43 %
5. Kognitivt svekket	7,14 %
6. Atferds problemer	1,79 %
7. Redusert fysisk fungering	35,71 %

#### IADL (P), Instrumental Activities of Daily Living (Performance)

Gjennomsnitt	33,43
Median	33,5

#### ADLH, Dagliglivets aktiviteter hierarkiskskala

Gjennomsnitt	3,02
Median	4
0. Uendret	17,86 %
1. Behøver tilsyn	7,14 %
2. Behøver begrenset hjelp	8,93 %
3. Behøver omfattende hjelp 1	14,29 %
4. Behøver omfattende hjelp 2	26,79 %
5. Avhengig	23,21 %
6. Totalt avhengig	1,79 %

#### ADLFL, Dagliglivets aktiviteter (Long Form)

Gjennomsnitt	8,34
Median	5

**BMI, Kroppsmasseindeks**

Gjennomsnitt	24,68
Median	24,02
Std.	5,38
Minimum	14
Maksimum	45

**CHES, Stabilitet i helsestatus**

Gjennomsnitt	1,45
Median	1
0. Stabil helsetilstand	33,93 %
1. Ustabil helsetilstand 1	21,43 %
2. Ustabil helsetilstand 2	21,43 %
3. Ustabil helsetilstand 3	12,50 %
4. Ustabil helsetilstand 4	10,71 %
5. Svært ustabil helsetilstand	0 %

**COMM, Evne til kommunikasjon (skala 1–8)**

Gjennomsnitt	1,16
Median	1
0. Intakt	48,21 %
1. Borderline intakt	17,86 %
2. Mild svekket	17,86 %
3. Mild /moderat svekket	8,93 %
4.-6. Moderat til alvorlig svekket	7,10 %

**DRS, Risiko for depresjon**

Gjennomsnitt	1,45
Median	1
0. Ingen symptomer på depresjon	44,64 %
1. Noen symptomer på depresjon – intervensjon kan være til hjelp	17,86 %
2. Noen symptomer på depresjon – intervensjon kan være til hjelp	16,07 %
3. Mulig depresjon	8,93 %
4. Mulig depresjon	3,57 %
5. Mulig depresjon	3,57 %
6. Mulig alvorlig depresjon	1,79 %
7. Mulig alvorlig depresjon	3,57 %



**PURS, Risiko for å få trykksår**

Gjennomsnitt	1,39
Median	1
0. Veldig lav risiko	37,50 %
1. Lav risiko	21,43 %
2. Lav risiko	16,07 %
3. Moderat risiko	16,07 %
4. Høy risiko	7,14 %
5. Høy risiko	1,79 %

**ABS, Atferdssymptomer**

Gjennomsnitt	0,39
Median	0
0. Ingen aggressiv atferd	83,93 %
1. Mild til moderat aggressiv atferd	5,36 %
2. Mild til moderat aggressiv atferd	1,79 %
3. Mild til moderat aggressiv atferd	5,36 %
4. Mild til moderat aggressiv atferd	3,57 %

**SRD, "Self Rated" Depresjon**

Gjennomsnitt	0,75
Median	0

**MAPLE 5, Metode for vurdering av omsorgsnivå**

Gjennomsnitt	3,7
Median	4
1. Lav	0 %
2. Mild	1,79 %
3. Moderat	42,86 %
4. Høy	39,29 %
5. Veldig høy	16,07 %

**Smerteskala**

Gjennomsnitt	1,09
Median	1
0. Ingen smerter	35,71 %
1. Smerter sjeldnere enn daglig	32,14 %
2. Lindring Smerter/Daglig	25 %
3. Iblant alvorlige Smerter/Daglig	1,79 %
4. Iblant uutholdelige Smerter/Daglig	5,36 %

**CPS2, Kognitiv fungering (skala 1–8)**

Gjennomsnitt	2,96
Median	3
0. Inntakt 1	3,57 %
1. Inntakt 2	21,43 %
2. Borderline 1	12,50 %
3. Borderline 2	28,57 %
4. Moderat svekket 1	17,86 %
5. Moderat svekket 2	7,14 %
6. Alvorlig svekket 1	5,36 %
7. Alvorlig svekket 2	3,57 %
8. Veldig alvorlig svekket	0 %

**IADL (C), Instrumental Activities of Daily Living (Kapasitet)**

Gjennomsnitt	32,25
Median	32