

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 10/2003

OKTOBER
2003

Rapport fra Helsetilsynet 10/2003
Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene:
tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud
Oktober 2003

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen finnes elektronisk på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Elektronisk versjon/trykk: Lobo Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

Del I – Helsetilsynets vurdering

Forord	7
Sammendrag	8
1 Innledning	10
2 Bakgrunn for kartleggingen	11
2.1 Kort om historikk og status for pleie- og omsorgstjenestene	11
2.2 Hensikt med kartleggingen.....	13
3 Materiale og metode	14
3.1 Bakgrunn for metodevalg	14
3.2 Metodiske betraktninger	14
3.2.1 Tilstrekkelighet og forsvarlighet – en begrepsavklaring	14
3.2.2 Begrensninger i datamaterialet	15
3.2.3 Fagpersoner som informanter	15
4 Helsetilsynets vurdering av resultatene	16
4.1 Hvem er tjenestemottakerne, hvor bor de, hvilke behov har de og hvilke tjenester får de? – Et kommunalt behovs- og tjenestehierarki	17
4.1.1 Kort om tjenestemottakerne	17
4.1.2 Hovedårsak til hjelpebehov	17
4.1.3 Behovs- og tjenestehierarki – hovedtendenser i materialet?	17
4.1.4 Har boform betydning for tjenestetilbudet i hjemmetjenesten?.....	18
4.1.5 Omsorgsboliger som mini-institusjoner?	19
4.1.6 Oppsummering	19
4.2 Hvordan er forholdet mellom behov og tilbud? - Et tilstrekkelighetshierarki	19
4.2.1 Minst tilstrekkelig hjelp til mennesker med psykiske lidelser	20
4.2.2 Tjenestemottakere i eget opprinnelig hjem får ikke dekket sine behov for hjelp?	20
4.2.3 Heldøgns pleie og omsorg – en tiltakskjede uten fleksibilitet?	20
4.2.4 Tilstrekkelig medisinsk og helsefaglig tilsyn?	21
4.2.5 For lite sosial kontakt og aktivitet	22
4.2. Oppsummering	23
4.3 Nok hender med nødvendig kompetanse?	23
4.3.1 Kort om kartleggingsmetoden	24
4.3.2 Vakanser – i hovedsak et problem på dagvakt.....	24
4.3.3 Bemanningsnormer	24
4.3.4 Oppsummering	25

4.4 Oppgaveforskyving på flere nivåer	26
4.4.1 Generelt om samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten	26
4.4.2 Sammensatte sykdommer krever faglig spesialisert kompetanse.....	27
4.4.3 Kontroll av atferdsavvik som spesialisert oppgave	27
4.4.4 Oppsummering	28
5 Konklusjon og videre oppfølging	29
Litteraturliste	31
Del II – NOVAs rapport	
Sammendrag	35
1 Innledning	37
2 Utvalg og datainnsamling	39
3 Hvem er tjenestemottakerne?	42
3.1 Kjønn, alder og funksjonsnivå.....	42
3.2 Den viktigste helsemessige årsaken til hjelpebehovene	44
3.3 Fire hovedgrupper av helseproblemer/funksjonshemninger	46
4 Hvilke tjenester har tjenestemottakerne?	49
4.1 Mottakere av hjemmetjenester	49
4.2 Hva bidrar til å forklare variasjoner i tilbudet av hjemmetjenester?.....	53
4.3 Mer om de skrøpeligste i hjemmetjenesten.....	55
4.4 Tjenestemottakere i sykehjem	59
5 Er hjelpen tilstrekkelig?.....	62
5.1 Praktisk hjelp og tilsyn	63
5.2 Aktivisering og kontakt	64
5.3 Faglig tilsyn.....	64
5.4 Hva bidrar til å forklare variasjoner i behovsdekning?	68
6 Planlagt og faktisk bemanning	71
6.1 Sykehjem	71
6.2 Hjemmesykepleie.....	73
7 Oppgaveforskyvning mellom spesialist- og primærhelsetjeneste	76
7.1 Noen hovedresultater	77
7.2 Egenskaper ved de som mottar spesialisert hjelp	78
8 Oppsummering	79
Litteratur	82
Vedlegg A	98
Vedlegg B	98

DEL I – Helsetilsynets vurdering

Forord

For første gang er det gjennomført en nasjonal kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten. Det er samlet inn informasjon om den enkelte tjenestemottaker og om deler av tjenestetilbudet.

Kartleggingen som er gjort i et representativt utvalg på 73 kommuner, gir Statens helse-tilsyn oversikt over og kunnskap om viktige trekk ved situasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: hvilke grupper av tjenestemottakere finnes, hva slags hjelpebehov har de, og hvordan er forholdet mellom behov og tilbud i de ulike gruppene? Videre gir undersøkelsen en oversikt over noen oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten, men som i dag i noen grad blir ivaretatt i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten - med de krav til ressurser og faglig kompetanse dette stiller. Det er også hentet inn informasjon om bemannings-situasjonen gjennom en registrering av antall personer som var på vakt ett døgn og hva slags kompetanse disse hadde. Den foreliggende rapporten består av to deler: del I er Helsetilsynets vurdering av resultatene av kartleggingen, og del II består av resultatene og analysene som forskningsinstituttet NOVA har gjort på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Det har vært lagt ned et betydelig arbeid i de kommunene som har deltatt. Statens helse-tilsyn takker kommunene som har deltatt og på den måten har bidratt til et solid grunnlagsmateriale i første omgang til denne rapporten. Materialet er imidlertid innholdsrikt og kan dermed være grunnlag for analyser utover det som er gjort i denne undersøkelsen. For tilsynsmyndigheten er resultatene særlig verdifulle med tanke på framtidig tilsynsvirksomhet. Kartleggingen har avdekket områder som synes å være spesielt sårbare og viser

hvor tilsynet bør rette oppmerksomheten framover.

Samtidig håper Statens helsetilsyn at rapporten vil gi grunnlag for refleksjon i tjenesten selv om omfang, fordeling og innhold i tjenestene.

Sammendrag

For første gang er det gjennomført en nasjonal kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten.

Kartleggingen omfatter 13 240 tjenestemottakere i et representativt utvalg på 73 kommuner. Den gir Statens helsetilsyn oversikt over og kunnskap om viktige trekk ved situasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: hvilke grupper av tjenestemottakere finnes, hva slags hjelpebehov har de, og hvordan er forholdet mellom behov og tilbud i de ulike gruppene? Videre gir undersøkelsen en oversikt over noen oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten, men som i dag i noen grad blir ivaretatt i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten - med de krav til ressurser og faglig kompetanse dette stiller. Bemanningssituasjonen er kartlagt i de samme 73 kommunene gjennom en registrering av forholdet mellom planlagt bemanning og faktisk bemanning på tre vakter i løpet av et vanlig døgn.

Statens helsetilsyn har brukt forskningsinstituttet NOVA for å sikre nødvendig kompetanse i metodisk utforming, gjennomføring og analyse av resultatene. Helsetilsynet har selv stått for datainnsamlingen og har bidratt i utformingen av kartleggingsskjemaene. Et sammendrag av resultatene finnes i del II av denne rapporten.

Helsetilsynet er tilfreds med at resultatene på nasjonalt nivå i all hovedsak forteller om en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud: at de som er skjøpeligst får mest hjelp, mens de sprekeste får minst. Det er også positivt at det i all hovedsak synes som om de fleste tjenestemottakerne får tilstrekkelig hjelp i forhold til det behovet de har. Disse to hovedfunnene bekrefter erfaringer fra flere tilsyn tidligere: at mange kommuner møter utfordringene og løser

oppgavene på en slik måte at tjenestemottakerne får de tjenestene de har lovfestet rett til og behov for.

Undersøkelsen viser at aldersdemens er hovedårsaken til hjelpebehov hos 20,9 % av tjenestemottakerne – det er dermed den vanligste årsaken til behov for pleie- og omsorgstjenester. Hos hele 42,2 % av tjenestemottakerne som bor i sykehjem, er aldersdemens hovedårsaken til at de er der. I hjemmetjenesten er spekteret av medisinske og helsemessige hovedårsaker til hjelpebehov bredere. Både i omsorgsboliger med husbankstandard, i de andre kommunale boligene og i de egne opprinnelige hjemmene finner vi en stor andel mennesker med psykiske lidelser. 14,3 % av de som bor i omsorgsboliger med husbankstandard er mennesker der psykisk lidelse er hovedårsak til hjelpebehov, tilsvarende andel i de andre kommunale boligene er 18,3 %. Av de som bor i eget opprinnelig hjem, er psykisk lidelse hovedårsak til hjelpebehov hos 12,9 % av tjenestemottakerne.

Resultatene viser at sykehjemmet er varig oppholdssted for de eldste og skjøpeligste tjenestemottakerne, mens tjenestemottakere i omsorgsboliger med husbankstandard og de øvrige kommunale boligene er sprekere og har et mer begrenset hjelpebehov. De som bor i omsorgsboliger med husbankstandard og i de andre kommunale boligene, og de som bor i sitt eget opprinnelige hjem, har forholdsvis likt funksjonsnivå. Det er derfor særdeles bekymringsfullt sett fra Helseilsynets side at boform ser ut til å ha stor betydning for tjenestemottakernes tilgang til hjemmesykepleie og praktisk bistand. De som bor i egen opprinnelig bolig og er totalt og sterkt hjelpeavhengige, får et tjenestetilbud som er mer begrenset i omfang og innhold enn de som bor i de ulike formene for

kommunale boliger. Helsetilsynet mener det er tvilsomt om disse får de pleie- og omsorgstjenestene de har lovfestet rett til og behov for. Heller ikke mennesker med psykiske lidelser får et tjenestetilbud som er tilstrekkelig i forhold til sine behov. Helsetilsynet ser det som svært uheldig at enkelte grupper av tjenestemottakere systematisk ikke får dekket sitt behov for tjenester. Spørsmålet er om de kommunale tildelingsprosessene godt nok sikrer at disse tjenestemottakernes behov blir tilstrekkelig utredet og tatt hensyn til.

At bare 8 % av de som oppholdt seg i sykehjemmet på undersøkelsestidspunktet, var der på korttidsopphold, får Helsetilsynet til å stille spørsmål ved om dette er et uttrykk for at antallet plasser i sykehjem fortsatt er for lavt. Et godt utbygd tilbud om korttidsplasser gir kommunene gode forutsetninger for fleksibelt samarbeid med 2.linjetjenesten om utskrivingsklare pasienter, samtidig som tilbud om korttidsopphold er nødvendig som avlastning for pårørende med omfattende omsorgsoppgaver.

Bare 40 % av tjenestemottakerne i undersøkelsen har etter fagpersonenes vurdering et tilstrekkelig tilbud om sosial kontakt og aktivitet, og Helsetilsynet vil understreke at kommunene i henhold til sosialtjenestelovens bestemmelser, har ansvar for å legge til rette for tiltak som har stor betydning for den enkeltes subjektive livskvalitet.

Resultatene fra bemanningskartleggingen viser med tydelighet at kommunene har vanskeligheter med å dekke opp sine egne turnusplaner som planlagt, særlig på dagtid.

At 9,2 % av samtlige stillinger i hjemmesykepleien var helt uten personell på denne dagvakt, tilsier nødvendigvis at det trolig var flere brukere som ikke fikk de tjenestene de var lovet. På samme tidspunkt var det en forholdsvis liten andel av stillingene i sykehjemmene som var helt uten personell, men en langt større andel av stillingene enn planlagt i turnusplanen var bemannet med ufaglært personell. Det er verdt å merke seg at kommunene i utgangspunktet har planlagt med en forholdsvis stor andel av ufaglærte i turnusplanene sine, særlig i hjemmesykepleien. Ufaglært arbeidskraft utgjør en stor og viktig del av arbeidsstokken i pleie- og omsorgstjenesten og kan i mange tilfeller være erfarne ansatte som har vært under fortløpende veiledning og opplæring, og som yter forsvarlige tjenester av god kvalitet.

Både i sykehjemmene, i de ulike formene for

kommunale boliger og i de egne opprinnelige hjemmene bor mennesker med sammensatte sykdommer som krever kontinuerlig medisinsk og helsefaglig oppfølging. Resultatene viser at det er grunn til å understreke betydningen av kontinuitet og stabilitet både i legetjenester og sykepleietjenester i pleie- og omsorgstjenesten for å sikre tjenestemottakerne tilstrekkelig medisinsk utredning, behandling og oppfølging. Helsetilsynet vil presisere at i kommunene er det ledelsens ansvar å planlegge og styre virksomheten slik at knappe lege- og sykepleieressursene blir benyttet hos de tjenestemottakerne som har størst behov for denne kompetansen.

Oppgaveforskyvingen mellom 1. og 2.linjetjenesten dreier seg om to forhold. Det ene er at kortere liggetid og raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten generelt sett gir flere pleiefaglige oppgaver i kommunene. Et annet forhold er at i noen tilfeller fører utskrivingspraksisen til en overføring av spesialiserte oppgaver som stiller store krav til at kommunene må ha fagpersoner med høy kompetanse for å sikre disse tjenestemottakerne den medisinske og behandlingsmessige oppfølgingen de har behov for. I denne undersøkelsen synes omfanget av spesialiserte oppgaver å være nokså begrenset, men Helsetilsynet merker seg at det særlig er mennesker med psykiske lidelser som etter fagfolkenes egen vurdering, gir de største faglige utfordringene.

1 Innledning

Statens helsetilsyn er gjennom lov om statlig tilsyn med helsetjenesten gitt ansvar for det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Fra 1. januar 2003 har Statens helsetilsyn i henhold til lov om sosiale tjenester tilsvarende ansvar i forhold til tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven. Tilsyn med sosial- og helsetjenester innebærer å ha oversikt over, å følge med på og å gripe inn for å sikre at befolkningen får de tjenestene de har lovfestet rett til og behov for (Ot.prp.nr.105 (2001-2002)). Helsetilsynet bør til enhver tid ha en overordnet oversikt over forholdene i ulike deler av sosial- og helsetjenesten. For å innhente nødvendig kunnskap benytter Helsetilsynet ulike typer virkemidler eller metoder som kartleggingsundersøkelser, systematisering og analyse av ulike type meldinger og klager, registerdata, offentlig statistikk og revisjonsrapporter. Kartleggingsundersøkelser er i denne sammenhengen definert som innsamling av data og opplysninger fra virksomheter (for eksempel sykehus eller kommunale sykehjem) eller om pasientgrupper. Det kan blant annet bli brukt for å få oversikt over forekomst av ulike karakteristika i en populasjon eller en organisasjon (Statens helsetilsyn, 1996).

Ved denne kartleggingen har Statens helsetilsyn brukt forskningsinstituttet NOVA for å sikre nødvendig kompetanse i metodisk utforming, gjennomføring og analyse av resultatene. Helsetilsynet har selv stått for datainnsamlingen og har bidratt i utforming av kartleggingsskjemaene. Grunnlagsmaterialet fra denne undersøkelsen er omfattende og innholdsrikt. Helsetilsynet vurderer å gjøre flere analyser på det samme datamaterialet, men på mer avgrensede områder. Ett aktuelt tema kan for eksempel være knyttet til tjenestemottakere som er under 67 år.

Den foreliggende rapporten består av to deler: del I er Helsetilsynets vurdering av resultatene av kartleggingen, og del II består av resultatene og analysene som forskningsinstituttet NOVA har gjort på oppdrag av Statens helsetilsyn.

2 Bakgrunn for kartleggingen

2.1 Kort om historikk og status for pleie- og omsorgstjenestene

Internasjonalt er den skandinaviske velferdsmodellen kjent for godt utbygde offentlige velferdsordninger. Eldreomsorgen eller mer presist pleie- og omsorgstjenesten har hatt en sentral plass som et tilbud tilgjengelig for alle gjennom rettighetsfesting. Fram til tidlig på 1950-tallet var eldreomsorgen langt på vei ensbetydende med aldershjem. De første undersøkelsene som dokumenterte nød og uverdige forhold i eldreomsorgen ble publisert på denne tiden, og utviklingen fulgte to spor videre: i form av utbygging av den hjemmebaserte omsorgen på den ene siden og en profesjonalisering knyttet til sykdomsbehandling i institusjonsomsorgen på den andre siden. Sammenlignet med resten av Europa er det nettopp et særtrekk ved de nordiske landene at hjemmetjenesten er så vidt sterkt utbygd. Et annet særtrekk er at de nordiske landenes sosialpolitikk er individrettet, d.v.s. det er lagt sterk vekt på enkeltmenneskets behov og rettigheter. De nordiske landene har fulgt de samme hovedsporene i utviklingen av pleie- og omsorgstjenesten, men hastighet og omfang har vært noe ulik (Daatland og Solem, 2000). For eksempel har Sverige og Danmark vært tidligere ute enn Norge med å bygge ned institusjonsomsorgen og å bygge ut andre boformer og hjemmetjenester.

Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen, Opptappingsplan for psykisk helse og Handlingsplan for helse- og sosialpersonell har oppmerksomheten de senere årene vært rettet mot kapasitetsøkning i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Handlingsplan for eldreomsorgen har gitt en betydelig forbedring i den bygningsmessige standarden både gjennom en omfattende utbygging av

omsorgsboliger, utbygging av sykehjemsplasser og utbedring av eksisterende bygningsmasse. Utbyggingen som foregår gjennom handlingsplanen, vil være over i 2005. Historisk sett er den unik både i omfang og hastighet. Dersom kommunale planer og bevilgningsvedtak blir iverksatt som forutsatt, vil dekningsgraden for omsorgsboliger ha økt fra 2,9 til 12,3 boenheter pr. 100 innbygger over 80 år. Tilsvarende dekningsgrad for sykehjem øker fra 18,6 til 18,9 plasser pr. innbygger over 80 år i 2005 (St.meld. nr.31 (2001-2002)). Prognosene for 2005 som bygger på kommunale planer og bevilgningsvedtak, viser at i handlingsplansperioden vil antallet aldershjemsplasser bli redusert fra 10 741 i 1994 til 3 100 i 2005. Aldershjemsplassene blir i stor grad erstattet med omsorgsboliger med husbankstandard. (St. meld. nr. 45 (2002-2003)).

I perioden 1997-2001 har drøyt halvparten av personelløkningen i pleie- og omsorgstjenesten vært i hjemmetjenestene, 34 % av økningen i bemanningen er i sykehjem og 10 % av årsverkene er kommet andre deler av pleie- og omsorgstjenesten til gode (St.meld. nr.31 (2001-2002)). Beregninger viser at det har vært en jevn stigning i personellressursene i sektoren de siste 30 årene. Økningen i personelldekningen i handlingsplanperioden skiller seg relativt sett lite fra det som har vært den gjennomsnittlige veksttaket i årene før handlingsplanen ble iverksatt. I femårsperioden før iverksetting av handlingsplanen var den gjennomsnittlige økningen 2 600 årsverk pr. år, mens økningen i perioden 1998-2001 var ca. 3 200 årsverk pr. år (Romøren, 2003). Sammenlignet med økningen i antall boenheter synes imidlertid økningen i personelldelen å være liten.

Prognosen for perioden 2002-2005 viser at

kommunene planlegger ytterligere en økning på ca. 5 800 årsverk (St.meld. nr.31 (2001-2002)), noe som i gjennomsnitt kan gi 1450 flere årsverk pr. år. Et viktig spørsmål framover er om økningen i årsverk er stor nok sett i forhold til den sterke økningen i antall omsorgsboliger og økningen i institusjonsplasser. Uro knyttet til bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgstjenesten har vært et gjennomgående tema i ulike tilbakemeldinger Statens helsetilsyn har mottatt fra Helsetilsynet i fylkene de siste årene. Særlig er bekymringen knyttet til om kommunene har tjenester av tilstrekkelig omfang, og om tjenestene har tilstrekkelig faglig kompetanse til å møte de utfordringene de har til daglig.

Helsetilsynet i fylkene mottar stadig flere meldinger som kan tyde på at kommunene er i ferd med å redusere tilbudet etter at handlingsplanen nå er avsluttet og aktivitetskravet opphørt (Statens helsetilsyn, 2003). Det er signaler som sett med tilsynsmyndighetenes øyne, er særlig bekymringsfulle. Personellsituasjonen er avgjørende for at brukerne skal få et tjenestetilbud som er faglig forsvarlig både når det gjelder omfang, innhold og kvalitet.

Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at det over en 10-årsperiode totalt sett har vært en jevn stigning i antall personer som mottar hjemmetjenester¹.

Tabell 1

Mottakere av hjemmetjenester i perioden 1992 – 2002. Antall pr. år fordelt på alder

	1992	1996	1997	2000	2002
Under 67 år	24 870	29 945	31 442	38 393	41 615
67 – 74 år	24 413	20 700	20 347	18 888	17 926
75 – 79 år	28 758	26 625	26 966	26 358	24 782
80 – 84 år	34 613	32 621	33 342	35 524	35 623
85 – 89 år	22 530	24 498	25 024	27 677	28 342
Over 90 år	9 854	10 376	10 533	12 829	13 710
I alt	146 272	144 765	149 026	159 669	161 998

(Kilde: Statistisk sentralbyrå)

Ser vi på utviklingen fordelt på alder viser tabell 1 at i aldersgruppene under 67 år og over 80 år har økningen vært betydelig, mens det for gruppen 67 – 79 år har vært en nedgang i antallet personer som får en eller annen form for hjelp i hjemmet. Det høye antallet

tjenestemottakere under 67 år henger sammen med HVPU-reformen i 1991. De fleste tjenester som blir gitt til personer med psykisk utviklingshemming og andre unge med funksjonshemming, blir regnet som en del av hjemmetjenestene (SSB, 2002).

Tabell 2

Beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede². Antall pr. år fordelt på alder

	1992	1996	1997	2000	2002
Under 67 år	1 804	1 576	1 586	1 598	1 722
67 – 74 år	4 202	3 617	3 566	3 194	2 973
75 – 79 år	6 377	6 172	6 199	5 896	5 534
80 – 84 år	10 749	9 998	10 096	10 001	9 938
85 – 89 år	12 058	11 268	11 351	11 469	11 398
Over 90 år	10 381	9 794	9 644	10 007	10 128
I alt	45 571	43 075	42 921	42 236	41 693

(Kilde: Statistisk sentralbyrå)

1) Hjemmetjenester omfatter hjemmesykepleie og praktisk hjelp

2) Personer som bor i boliger til pleie- og omsorgsformål er ikke regnet inni det totale brukertallet. Årsaken er at disse brukerne ofte mottar en eller annen form for praktisk bistand eller hjemmesykepleie og er dermed registrert som mottakere av hjemmetjenester (SSB, op. cit.).

Tabell 2 viser at innen institusjonsomsorgen har antallet beboere gått ned i samme tidsperiode. I denne delen av pleie- og omsorgstjenesten er tendensen lik i alle aldersgrupper. Som tidligere nevnt er antallet aldershjemsplasser gått betydelig ned siden 1994. I forbindelse med handlingsplanen blir mange av disse erstattet med omsorgsboliger med husbankstandard.

Ved vurdering av framtidig behov for pleie- og omsorgstjenester er sentrale spørsmål: hvor gamle blir vi, og hvor spreke blir vi som gamle? Nøkkelbegreper i denne forbindelsen er *"levealder uten funksjonstap"* og *"levealder med funksjonstap"*. Begrepet *"sammentrengning av sykkelighet"* viser til det fenomenet at ved høy alder kan sykdomsbildet hos en og samme person ofte være komplekst og sammensatt med mange diagnoser og sykdomstilstander. Dette får selv sagt betydning for den enkeltes behov for hjelp fra helse- og omsorgstjenesten både innenfor den kommunale sosial- og helse-tjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med tanke på befolkningens hjelpebehov i høy alder er *"levealder med funksjonstap"* avgjørende. Mye tyder på at et stort flertall av de som når høy alder (+80 år) før eller siden får store og til dels langvarige hjelpebehov (Romøren, 2001).

Forvaltningsreformer som ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming og opptrappingsplanen for psykisk helse, gir kommunene ansvar for tiltak for mennesker i ulik alder og med ulike behov. Pasienter med sammensatte helsemessige og sosiale problemer blir skrevet raskere ut fra spesialisthelsetjenesten og får i større grad enn tidligere etterbehandling i egen hjemkommune. For eksempel forekommer det at pasienter med behov for respiratorbehandling blir skrevet ut til eget hjem med kommunalt tjenestetilbud. Et annet eksempel er at et økende antall pasienter som er døende, ønsker å være i eget hjem og nærmiljø i livets aller siste fase. Dette kan være mennesker med omfattende behov for pleie og omsorg som for eksempel avansert smertebehandling (St.meld. nr.45 (2002-2003)).

2.2 Hensikt med kartleggingen

Den offentlige debatten om eldreomsorgen er preget av sterke meningsyttringer og er i varierende grad underbygd med systematisk dokumentasjon. Hittil har det på nasjonalt nivå særlig manglet spesifikk kunnskap basert på informasjon om den enkelte tjeneste-

mottakers funksjonsevne og hjelpebehov. Dette er kunnskap som har stor betydning for å få en så god oversikt over situasjonen i sektoren som mulig.

Helsetilsynet har gjennomført en nasjonal kartlegging av tjenestemottakerne og tjenestetilbudet i pleie- og omsorgstjenesten i et representativt utvalg på 73 kommuner. Hensikten med registreringen er å få oversikt over og kunnskap om viktige trekk ved situasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: hvilke grupper av tjenestemottakere finnes, hva slags hjelpebehov har de, og hvordan er forholdet mellom behov og tilbud i de ulike gruppene? Videre ønsker Helsetilsynet en oversikt over oppgaver som tidligere ble utført spesialisthelsetjenesten, men som i noen grad blir skjøvet over i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i dag - med de krav til ressurser og faglig kompetanse dette stiller. Vi har også innhentet informasjon om bemanningssituasjonen gjennom en døgnregistrering av planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. Registreringen gir informasjon både om antall personer som var på vakt i løpet av det døgnet vi valgte (onsdag 23.januar 2003) og hva slags kompetanse disse hadde.

Resultatene fra kartleggingen vil være et godt utgangspunkt for tilsynsmyndigheten når vi skal følge utviklingen videre. Når IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) blir landsdekkende fra 2006, vil det bli en viktig informasjonskilde som kan gi tilsynsmyndighetene tilsvarende oversikt.

3 Materiale og metode

3.1 Bakgrunn for metodevalg

For å sikre nødvendig kompetanse i metodisk utforming, gjennomføring og analyse av resultatene har Helsetilsynet i denne kartleggingen valgt å engasjere profesjonell forskerbistand, nærmere bestemt fra forskningsinstituttet NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring). Helsetilsynet har selv stått for datainnsamlingen.

Kartleggingen er som nevnt tidligere to-delt, og omfatter en registrering av alle tjenestemottakerne sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger, samt tjenestemottakerne i hjemmetjenesten som bor i eget opprinnelig hjem og som mottar både hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

I tillegg omfatter kartleggingen en registrering av de pleiefaglige ressursene som er til disposisjon i de samme kommunene i et tilfeldig valgt døgn. I tillegg til å benytte utvalgsmetoder som sikrer et datamateriale med representative resultater på nasjonalt nivå, er kartleggings skjemaene utprøvd tidligere i ett fylke (Romøren, 2003).

Tjenestemottakernes funksjonsnivå og hjelpebehov er kartlagt ved hjelp av standardiserte skjemaer som er mye benyttet internasjonalt. Det gir muligheten for å sammenligne med resultater fra studier som har benyttet samme kartleggingsverktøy (Romøren, op.cit.; Slagsvold, 2002). Visse tilpasninger av enkelte spørsmål er gjort for å sikre at Helsetilsynets problemstillinger knyttet til dekking av brukernes behov blir tilstrekkelig godt belyst.

3.2 Metodiske betraktninger

3.2.1 Tilstrekkelighet og forsvarlighet – en begrepsavklaring

Undersøkelsen er utformet som en representativ utvalsundersøkelse og dataene er samlet inn ved hjelp av kartleggings skjemaer (se nærmere omtale s.39 i del II). At utvalget er representativt, vil si at resultatene fra utvalget blir omtrent det samme som vi ville fått ved å undersøke samtlige enheter problemstillingen gjelder. Ved å gjøre undersøkelsen i et utvalg sikrer en dessuten data av bedre kvalitet fordi hver enhet kan studeres grundigere enn ved å undersøke alle enhetene problemstillingen gjelder (Hellevik, 1997). Enhetene i denne undersøkelsen er pleie- og omsorgstjenesten i norske kommuner. Ved å hente inn informasjon om pleie- og omsorgstjenesten fra et representativt utvalg av norske kommuner har vi muligheten for å uttale oss om pleie- og omsorgstjenesten i norske kommuner i sin alminnelighet. Sagt på en annen måte: ved å benytte denne tilnæringsmåten kan vi si litt om store deler av pleie- og omsorgstjenesten.

For tilsynsmyndigheten har resultatene høy validitet, dvs. gyldighet og relevans, i forhold til å gjøre vurderinger av forholdet mellom tjenestemottakernes behov for pleie- og omsorgstjenester og omfang og innhold i det tjenestetilbudet de får. Begrepet *tilstrekkelig* blir benyttet i denne undersøkelsen og er basert på fagpersonenes skjønnsmessige og subjektive vurdering av i hvilken grad den enkelte tjenestemottaker får den hjelp vedkommende har behov for. Tilstrekkelig er ett av flere kriterier som legges til grunn ved vurdering av forsvarlighet, og det må kunne sies at dersom et tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig er det heller ikke forsvarlig.

Utøvelsen av tjenestene er et annet og sentralt aspekt ved forsvarlighetsvurderinger. Denne undersøkelsen gir ikke informasjon om dette – det krever andre metodiske tilnærminger enn den som er benyttet her.

De vurderingene Helsetilsynet gjør av resultatene i denne rapporten er ikke en rettslig vurdering av om myndighetskravene til pleie- og omsorgstjenestene er oppfylt. Metoden vi har benyttet i denne undersøkelsen har lav validitet når det gjelder å vurdere hvorvidt lovkrav er innfridd. Når Helsetilsynet skal gjøre systematiske undersøkelser om virksomhetens aktiviteter og tilhørende resultater samsvarer med krav fastsatt i lov eller forskrift, gjennomføres dette av Helsetilsynet i fylkene som planlagt tilsyn utført som systemrevisjoner. Det er utarbeidet en prosedyre for slike systemrevisjoner og en mal for rapport (revisjonsrapport). Under revisjonen innhenter Helsetilsynet i fylkene opplysninger fra flere kilder for å beskrive praksis og faktiske forhold ved virksomheten. Kildene er interne dokumenter om styring og resultater, intervjuer med ledere og ansatte og ofte en stikkprøve eller befaringsobservasjon av faktiske forhold. Etter at Helsetilsynet i fylket har klarlagt hvordan forhold/praksis ved den aktuelle virksomheten er, vurderes dette opp mot myndighetskravene for de områdene som revisjonen gjelder for. I dette ligger også en vurdering av om virksomhetens internkontroll gir tilstrekkelig trygghet for at kravene blir oppfylt (Statens helsetilsyn, 2003a). Systemrevisjonsmetoden har høy validitet i forhold til å vurdere om lovkravene er innfridd. Den forteller med andre ord mye om en liten del av pleie- og omsorgstjenesten.

3.2.2 Begrensninger i datamaterialet

Kartleggingen ble planlagt før Helsetilsynet fikk overordnet faglig ansvar for tilsyn med sosialtjenestene. Resultatene har derfor begrenset informasjon om sentrale sosiale tjenester som støttekontakt og avlastning. Kartleggingen gir heller ikke kunnskap om hvorvidt og i hvilken grad den enkelte tjenestemottaker har tilgang til uformell hjelp, d.v.s. familie, naboer og/eller andre nære omsorgsgivere. Fordi vi heller ikke har bedt om informasjon om tjenestemottakere som bare mottar hjemmesykepleie, har materialet begrensninger når det gjelder å belyse oppgaveforskyvingen mellom 1. og 2. linjetjenesten. Kommunene har selv via telefoniske henvendelser i tilknytning til utfylling av kartleggingsskjemaene, gitt oss tilbakemelding om at yngre mennesker med alvor-

lige kroniske sykdommer og/eller funksjonshemminger oftere får praktisk hjelp fra pårørende og mottar kun hjemmesykepleie fra det kommunale tjenesteapparatet. Disse begrensningene i materialet skyldes blant annet at det har vært et poeng å begrense arbeidsbyrden for kommunene.

3.2.3 Fagpersoner som informanter

Noen vil hevde at resultatene knyttet til vurderinger av tilstrekkelig faglig tilsyn (jfr. nærmere om tale s.45 i Del II) ville vært andre dersom andre faggrupper enn pleiepersonalet hadde blitt spurt om det samme. For eksempel er det mulig at en lege ville ha vurdert den enkeltes behov for legetilsyn på en annen måte enn en sykepleier. På den andre siden kan det sies at den metoden vi har benyttet, er en praksisnær måte å kartlegge på. I de aller fleste situasjoner i det daglige er det pleiepersonalet som fanger opp og formidler behov for legetilsyn og behov for innsats fra andre faggrupper.

4 Helsetilsynets vurdering av resultatene

Rapporten fra NOVA som utgjør Del II i denne rapporten, presenterer resultatene av kartleggingen og gir en grundig og omfattende analyse av disse. Statens helsetilsyn har i det videre valgt å konsentrere seg om noen resultater og temaer som vi som tilsynsmyndighet mener det er verdt å merke seg spesielt.

Dette kapitlet er bygd opp slik at vi i underkapitlene oppsummerer og vurderer slike sentrale resultater og redegjør for relevante lovkrav knyttet til disse. Samtidig trekker vi i noen grad inn annen kunnskap som kan bidra til å belyse temaene. I slutten av hvert underkapitel oppsummerer vi Helsetilsynets vurderinger.

Dagens lovgivning legger primæransvaret for etablering, drift og interne sikringstiltak av pleie- og omsorgstjenester til kommunene. Innholdet i ansvaret reguleres både av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven - begge med tilhørende forskrifter. Mange av de hjemmeboende tjenestemottakerne er avhengig av bistand fra tjenester forankret i begge lovene for å få dekket sitt behov for tjenester.

Pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven krever at kommunene skal sørge for nødvendige helsetjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Innenfor den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er det særlig relevant å peke på tjenestemottakerens rett til diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte, medisinsk habilitering og rehabilitering og pleie og omsorg. Videre er kommunen pliktig til å sørge for deltjenester som allmenlegetjeneste, legevaktordning, fysioterapiordning, sykepleie, herunder hjemmesykepleie, og sykehjem eller boform for heldøgns

omsorg og pleie. I Fusa-dommen (Rt.-1990-874) uttalte Høyesterett at et tjenestetilbud som ikke tilfredsstillende livsviktige behov for stell og pleie, ikke kan forsvares ut fra hensyn til kommunens økonomi. Dette må forstås slik at kommunen, som ansvarlig, gjennom sitt styringssystem må sørge for kvalifisert personell som kan vurdere om behovene er tilstede, og sørge for at bistanden som ytes oppfyller kravet til faglig forsvarlighet i omfang og utøvelse.

Sosialtjenestelovens § 4-3 pålegger kommunen å yte praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv eller er helt avhengig av praktisk hjelp. Det er dessuten forutsatt at sosiale tjenester også skal ytes til personer som ikke er i en så vanskelig situasjon at de er totalt hjelpetrengende (rundskriv 1-1-93, side 104). Tjenestene skal omfatte: praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i bolig med heldøgns omsorgstjenester og lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. sostjl. § 4-2 a til e.

I rapporten benytter vi ulike begreper for å betegne de boformene som tjenestemottakerne bor eller oppholder seg i. *Omsorgsboliger med husbankstandard* er boliger bygget etter 1994 med tilskudd fra Husbanken. I rapporten benytter vi av og til bare begrepet *omsorgsboliger* om denne boformen som altså er synonymt med omsorgsbolig med husbankstandard. *Andre kommunale boliger* er andre boliger som kommunen disponerer og benytter til pleie- og omsorgsformål, men som ikke fyller Husbankens krav til standard. Vi benytter også begrepene *eget, opprinnelig hjem* eller *egen opprinnelig bolig* når tjenestemottakeren bor i en bolig som de ikke leier av kommunen.

I denne rapporten blir dessuten begrepet *hjemmetjenester* benyttet som en samlebetegnelse for hjemmesykepleie og hjemmehjelp. I praksis kan hjemmetjenester også omfatte andre typer hjelpeordninger i hjemmet som kommunene har å tilby tjenestemottakere, for eksempel ambulerende vaktmester. I denne undersøkelsen har vi avgrenset oss til å be om opplysninger om hjemmesykepleie, hjemmehjelp og trykghetsalarm, og har dermed ikke et bilde av det totale omfanget av hjemmetjenester.

4.1 Hvem er tjenestemottakerne, hvor bor de, hvilke behov har de og hvilke tjenester får de? – Et kommunalt behovs- og tjenestehierarki

4.1.1 Kort om tjenestemottakerne

At flertallet av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenesten er eldre, og at ca. 70% er kvinner, er som forventet. De eldste og mest hjelpetrengende bor i sykehjem. At de yngste tjenestemottakerne som i gjennomsnitt er 71,1 år, bor i kommunale boliger uten husbankstandard henger sammen med at en stor andel av disse boligene ble bygd i forbindelse med HVPU-reformen (jfr. tab.3.1.s.43 i del II). Det er vel verdt å merke seg spredningen i hovedårsak til hjelpebehov (jfr. tab.3.2 s.45 i del II) i det foreliggende materialet. For det kommunale tjenesteapparatet representerer dette et bredt spekter av faglige utfordringer i form av enkeltmennesker med ulike medisinske, helsemessige og sosiale behov og ønsker. Dette innebærer et mangfold av omsorgs- og behandlingssituasjoner hver dag.

4.1.2 Hovedårsak til hjelpebehov

Rapporten fra NOVA viser at i hele materialet er aldersdemens hovedårsaken til hjelpebehov hos 20,9 % av tjenestemottakerne og er dermed den vanligste årsaken til behov for pleie- og omsorgstjenester. I sykehjemmet er mennesker med demenssykdommer den største gruppen av beboere, hos hele 42,2 % av tjenestemottakerne er dette hovedårsaken til at de er i sykehjem (jfr. tab.3.2 s.45 i del II). I hjemmetjenesten er spekteret av medisinske og helsemessige problemer bredere. Med unntak av gruppen mennesker med psykisk utviklingshemming som utgjør en stor andel av beboerne i omsorgsboliger med husbankstandard og i andre kommunale boliger, forekommer alvorlig mental svikt sjeldnere hos tjenestemottakerne i hjemmetjenesten enn i sykehjem. Både i omsorgsboligene, de øvrige kommunale boligene og i de egne

opprinnelige hjemmene finner vi en stor andel mennesker med psykiske lidelser. 14,3 % av de som bor i omsorgsboliger med husbankstandard, er mennesker der psykisk lidelse er hovedårsak til hjelpebehov, tilsvarende andel i de andre kommunale boligene er 18,3 %. Av de som bor i eget opprinnelig hjem, er psykisk lidelse hovedårsak til hjelpebehov hos 12,9 % av tjenestemottakerne.

I perioden 1998 – 2002 har Helsetilsynet i fylkene rettet oppmerksomheten mot helse-tjenester til aldersdemente gjennom sine tilsyn (Statens helsetilsyn, 2003a). De har påpekt betydningen av at personellet har tilstrekkelig kunnskap både om aldersdemens, og om de særlige faglige, etiske og rettslige utfordringer i tjenesteytingen til aldersdemente (Statens helsetilsyn, 2002a). Når foreliggende undersøkelse viser at mennesker med demenssykdom utgjør en så stor andel av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenesten, forsterker det behovet for at kommunene har stor bevissthet om hvilke krav dette stiller til tjenesteyting og kompetanse. Etter Helsetilsynets vurdering er det åpenbart at kommunene gjennom systematisk styring og ledelse fortsatt må arbeide for å sikre kvaliteten i tjenesten til denne gruppen.

Mennesker med psykiske lidelser utgjør en betydelig og trolig også økende andel tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten. Dette er en gruppe som har andre typer hjelpebehov enn de mer tradisjonelle tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenesten, og som dermed vil kreve at kommunene bygger opp personalets kompetanse slik at de blir i stand til å gi denne gruppen det tjenestetilbudet de har lovfestet rett til og behov for.

4.1.3 Behovs- og tjenestehierarki – hovedtendenser i materialet?

Helsetilsynet ser med tilfredshet at resultatene på nasjonalt nivå i all hovedsak forteller om en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud: at de som er skrøpeligst får mest hjelp, mens de sprekeste får minst. Det er imidlertid nyanser i dette bildet som er av betydning for tilsynsmyndigheten.

Resultatene tegner konturene av et hierarkisk oppbygget tjenesteapparat med sykehjemmet som varig oppholdssted for de eldste og skrøpeligste tjenestemottakerne, mens tjenestemottakere i omsorgsboligene med husbankstandard og de øvrige kommunale boligene er betydelig sprekere og har et mer

begrenset hjelpebehov. De som bor i omsorgsboliger med husbankstandard og i øvrige kommunale boliger, og de som bor i sitt eget opprinnelige hjem, har forholdsvis likt funksjonsnivå. De har en gjennomsnittlig funksjonsscore som tilsier at de kan spise selv, men at de er dårlige til bens, trenger hjelp til for eksempel å vaske og stelle seg eller å kle seg (jfr. Del II s.43). Det innebærer at de vil trenge praktisk bistand både i forhold til vask og stell av hus, innkjøp av mat og til personlig stell.

Et noe atypisk trekk ved resultatene er at den gruppen som bor i omsorgsboliger med husbankstandard og blir betegnet som sterkt hjelpeavhengige, får langt mindre praktisk bistand enn de gruppene som bor i omsorgsboliger med husbankstandard og blir betegnet som mindre hjelpetrengende. På den andre siden får de et høyt antall besøk av hjemmesykepleien (jfr. tab.4.3 Del II s.52). De sterkt hjelpeavhengige har problemer med å gå, de trenger hjelp til personlig stell og ofte trenger de hjelp til å spise og er ofte inkontinente. Sosialtjenestelovens § 4-3 pålegger kommunen å yte praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv eller er helt avhengig av praktisk hjelp. Det er dessuten forutsatt at sosiale tjenester skal ytes til personer som ikke er i en så vanskelig situasjon at de er totalt hjelpetrengende (rundskriv 1-1-93, side 104). For Helsetilsynet blir det et spørsmål om dette resultatet gjenspeiler en situasjon der medisinske og helsemessige behov blir prioritert framfor mer praktisk rettet hjelp i huset, og om det igjen innebærer at tjenestemottakerne ikke får den praktiske hjelpen de har behov for til hushold.

4.1.4 Har boform betydning for tjenestetilbudet i hjemmetjenesten?

At boform ser ut til å ha betydning for tilgang på hjemmesykepleie og praktisk hjelp, er et resultat som bekymrer Helsetilsynet. Tjenestemottakere som bor i eget opprinnelig hjem, har lovfestet rett til et tjenestetilbud på lik linje med de som bor i andre kommunale boformer. På bakgrunn av resultatene ser Helsetilsynet grunn til å stille spørsmål ved om vi står overfor en utvikling der tjenestemottakernes reelle muligheter for å bo i eget opprinnelig hjem blir begrenset når hjelpebehovet overstiger et visst omfang.

Både i omsorgsboliger med husbankstandard, i andre kommunale boliger og i de egne, opprinnelige hjemmene bor personer som er totalt eller sterkt hjelpeavhengige (jfr. tab.4.6

s. 57 i Del II). Dette er personer som ikke er i stand til å forflytte seg selv, er ofte inkontinente, kan ikke vaske eller stelle seg selv og trenger i mange tilfeller hjelp til å spise. Resultatene kan tyde på at boform har betydning for tjenestetilbudet som blir gitt til den enkelte. Særlig synes det som om de som bor i eget opprinnelig hjem får et tjenestetilbud som er mer begrenset i omfang og innhold enn de som bor i de ulike formene for kommunale boliger. Dettetil tross for at funksjonsnivået er nokså likt på tvers av boform. Hjemmesykepleiens besøk hos disse er kortere og færre, og de har mindre tilsyn på kveld og natt. Dessuten tar det lengre tid før de får hjelp dersom noe spesielt skulle komme på. De får også mindre praktisk bistand pr. uke enn de som bor i omsorgsboliger med husbankstandard og i andre kommunale boliger (jfr. tab.4.3 s.52). Dette kan ha sammenheng med at de har nære pårørende som gir praktisk hjelp og hjelp om kvelden og natten. Annen forskning på feltet har også vist samme tendens: at tilgang på hjemmesykepleie og hjemmehjelp synes å være mer begrenset for de som bor i eget opprinnelig hjem (Slagsvold, 1999).

Helsetilsynet har ikke grunnlag for å vurdere årsaken til denne forskjellen i tilgang på tjenester. Den er imidlertid i strid med sentrale sosial- og helsepolitiske føringer og lovgivningen.

I St.meld.nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene heter det:

” Disse gruppene³ har ofte behov for både helsetenester og sosialtenester, og eit samspel mellom desse tenestene er ofte avgjerande for å kunne gi brukarane nødvendig helsehjelp. Det er også ei vedteken målsetjing at desse gruppene så langt som råd er skal ha tilbod om tenester i sin eigen heim. Det føreset at kommunane kan tilby tilrettelagt husvære dersom det ikkje lenger er mogleg for ein brukar å bu i sitt eige, opphavlege husvære ”.

Sosialtjenesteloven og kommunehelse-tjenesteloven pålegger kommunene å tilby pleie- og omsorgstjenester organisert som institusjoner (sykehjem eller boform med pleie og omsorg) eller i søkers eget hjem. Det er i utgangspunktet opp til kommunen å velge hjelpeform. Kommunens handlefrihet er imidlertid begrenset. Det kan ikke settes som vilkår at tjenesten skal ytes i en omsorgsbolig der den omsorgstrengende selv må inngå leieavtale eller inngå en kjøpekontrakt. Det

3) Dvs. mennesker med psykisk utviklingshemming, mennesker med psykiske lidelser og andre med ulike behov.

er heller ikke slik at en kommune kan legge ned sykehjem og/eller boliger med heldøgns pleie og omsorg og bare tilby forsvarlig heldøgns omsorgstjenester i omsorgsboliger. Dette henger sammen med at lovgivningen på dette området må forstås slik at kommunene fortsatt må ha organisert pleie- og omsorgstjenestene i kommunen slik at de kan tilby tjenester i søkers eget hjem og i sykehjem eller boform med heldøgns pleie og omsorg. Kommunene må også følge regelverket som gjelder for disse boformene, herunder forskriftens vederlagsbestemmelser. Et organisert kommunalt tjenestetilbud som forutsetter at tilbudet om heldøgns omsorg bare kan ytes i omsorgsbolig som eies eller leies av tjenestemottakeren, vil være i strid med gjeldende lovgivning, og kan kun være et frivillig tilbud til den hjelpetrengende. Frivillighet er nøkkelordet i denne sammenhengen.

4.1.5 Omsorgsboliger som mini-institusjoner?

Om lag halvparten av omsorgsboligene med husbankstandard og de andre kommunale boligene i denne undersøkelsen er kollektivt organiserte boformer med fast bemanning, og har slik sett preg av å være mini-institusjoner. Med dette oppstår en mulighet for at boligene i realiteten fungerer som institusjoner uten de rettslige rammene som regulerer institusjonene slik vi kjenner de fra tidligere. Sett i lys av andelen svært skrøpelige som bor i omsorgsboliger med husbankstandard, er det grunnlag for refleksjoner over dagens praksis. I utgangspunktet skal omsorgsboligene med husbankstandard legge til rette for at de som bor der får et større handlingsrom og mulighet for medbestemmelse. Forutsetningen er imidlertid at den enkelte er i stand til å ivareta sine egne interesser eller har en hjelpeverge som kan opptre på vegne av vedkommende. En institusjonsorganisering av boligene medfører et større helhetsansvar for kommunen, og kan i realiteten gi beboeren bedre sikring for å få dekket grunnleggende behov dersom vedkommendes fysiske og psykiske forutsetninger for å ta ansvar for eget liv i realiteten er minimal.

4.1.6 Oppsummering

Helsetilsynet ser med tilfredshet at resultatene på nasjonalt nivå i all hovedsak forteller om en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud: at de som er skrøpeligst får mest hjelp, mens de sprekeste får minst.

Resultatene viser at sykehjemmet er varig oppholdssted for de eldste og skrøpeligste tjenestemottakerne, mens tjenestemottakere i omsorgsboliger med husbankstandard og de øvrige kommunale boligene er betydelig sprekere og har et mer begrenset hjelpebehov. De som bor i omsorgsboliger med husbankstandard og i de andre kommunale boligene og de som bor i sitt eget opprinnelige hjem, har forholdsvis likt funksjonsnivå.

Det er derfor særdeles bekymringsfullt sett fra Helsetilsynets side at boform ser ut til å ha stor betydning for tjenestemottakernes tilgang til hjemmetjenester. De som bor i egen opprinnelig bolig og er totalt og sterkt hjelpeavhengige, får et tjenestetilbud som er mer begrenset i omfang og innhold enn de som bor i de ulike formene for kommunale boliger. På bakgrunn av dette resultatet mener Helsetilsynet det er tvilsomt om disse får de pleie- og omsorgstjenestene de har lovfestet rett til og behov for.

4.2 Hvordan er forholdet mellom behov og tilbud? - Et tilstrekkelighetshierarki

Det er positivt at det i all hovedsak synes som om de fleste tjenestemottakerne får tilstrekkelig hjelp i forhold til det behovet de har (jfr. del II s.62).

Allikevel er det en andel av tjenestemottakerne både i og utenfor institusjon som etter fagpersonenes vurdering, ikke får den hjelpen de har behov for på de områdene som er undersøkt. Fagfolkene setter dette i sammenheng med at de ikke har tilstrekkelig tid til å ivareta den enkelte slik de mener det skulle vært rom for (jfr. del II s.67). Også andre rapporter har pekt på at personalet opplever at de er i en tidsklemme som gjør det vanskelig å gi den enkelte den hjelp de trenger (Statens helsetilsyn, 2003a; Arbeidstilsynet, 2003; Næss, 2003).

Helsetilsynet vet at det blir gjort mye godt arbeid i pleie- og omsorgstjenesten, og at kommunene har oppgaver og ansvar i sektoren som det er krevende å følge opp. Det hører også med i bildet at vi befinner oss i en sektor der medarbeiderne som i hovedsak er kvinner, har tradisjon for å strekke seg langt for å imøtekomme de behovene de møter hos den enkelte tjenestemottaker. Dette hovedfunnet bekrefter det inntrykket vi har fra flere tilsyn tidligere: at mange kommuner møter utfordringene og løser oppgavene på en slik måte at tjenestemottakerne får de tjenestene de har

lovfestet rett til og behov for.

Organisasjoner som ledes og drives gjennom systematisk styring og åpenhet øker sine muligheter for å lykkes. Dette avhenger i stor grad av at ledelsen utøver lederskap og viser engasjement når det gjelder forbedring av organisasjonens prestasjoner. Som et resultat av denne erkjennelsen, er hele sosial- og helsetjenesten pålagt plikt til internkontroll etter forskrift (2002-12-20 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten). Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester, og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

Pasientrettighetsloven, kommunehelse- tjenesteloven og sosialtjenesteloven må tolkes slik at de som har behov for nødvendig helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå har lovfestet rett til å få oppfylt behovet for tjenester. Tjenestetilbudet må være av et slikt omfang og av en slik kvalitet at de ivaretar livsviktige behov uavhengig av kommunens økonomi. Dette ble slått fast i Fusadommen i 1990 og videreført i sosialtjenesteloven som ble vedtatt i 1991 (jfr. tidligere omtale s.16).

4.2.1 Minst tilstrekkelig hjelp til mennesker med psykiske lidelser

Dersom vi tar utgangspunkt i hva som ligger til grunn for hjelpebehov, er det et gjennomgående trekk i undersøkelsen at mennesker med psykiske lidelser får mindre tilstrekkelig hjelp på alle områder enn andre tjenestemottakere (jfr. tab.5.4. s. 69 i Del II). Den gjennomsnittlige funksjonsscoren for denne gruppen tilsier at mange kan ha vanskeligheter med å orientere seg og løse problemer, at mange vanligvis trenger hjelp til å fungere sosialt og veiledning i personlig stell (jfr. tab.3.3 s. 46 i Del II). Resultatene viser også at mennesker med psykiske lidelser representerer de største utfordringene når det gjelder faglig spesialisert hjelp (jfr. Del II s. 77).

Helsetilsynet gjennomfører i 2003 landsomfattende tilsyn i forhold til helsetjenestene til voksne med psykiske lidelser. Tilsynet er først og fremst rettet mot sentrale pasientrettigheter knyttet til tilgjengelighet, samhandling og oppfølging i den voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenesten, og hvordan spesialisthelsetjenesten ved systematiske tiltak styrer for å oppfylle disse pasientrettighetene. Tilsynet retter også oppmerk-

somheten mot sammenhengen i behandlingskjeden fra akuttavdeling/-post via distriktspsykiatriske senter/poliklinikk til det kommunale tjenestetilbudet (Statens helsetilsyn, 2003b). Rapport fra tilsynet vil foreligge første halvdel av 2004.

Helsetilsynet ser alvorlig på resultatene som viser at det gjenstår mye før tjenestemottakerne med psykiske lidelser får det tjenestetilbudet de har behov for og lovfestet rett til i kommunene. Det er verdt å merke seg at denne gruppen i mindre grad formidler sine behov fordi det ofte kan dreie seg om vanskelige og følsomme forhold. Slik sett er det en spesiell utfordring og et kommunalt ansvar å sikre at behovene blir fanget opp, utredet og imøtekommet. Det er et kommunalt ansvar å tilby egnet bolig, å gi faglig oppfølging og tilbud om sosialt fellesskap, og det er et kommunalt ledelsesansvar å sørge for å planlegge og styre virksomheten slik at også denne gruppen får et tjenestetilbud av god kvalitet.

4.2.2 Tjenestemottakere i eget opprinnelig hjem får ikke dekket sine behov for hjelp?

Vi har tidligere pekt på at gruppen av tjenestemottakere som bor i eget opprinnelig hjem, mottar mindre omfang av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie enn de som bor i de to ulike formene for boliger som kommunene disponerer til pleie- og omsorgsformål. Resultatene viser imidlertid at de som blir betegnet som selvhjulpne som bor i eget opprinnelig hjem får tilstrekkelig hjelp. Når vi ser på gruppen av tjenestemottakere som er totalt og sterkt hjelpeavhengige, og bor i egen opprinnelig bolig kommer denne gruppen dårligere ut enn de øvrige som mottar hjemmetjenester. Med andre ord kommer denne gruppen dårligst ut på de fleste områder også i tilstrekkelighetshierarkiet. Mye tyder derfor på at selv med hjelp fra pårørende, får ikke disse menneskene dekket behovene sine i tilstrekkelig grad (jfr. Del II s. 70). Dette er et funn som uroer tilsynsmyndigheten.

4.2.3 Heldøgns pleie og omsorg – en tiltakskjede uten fleksibilitet?

I sykehjemmet og i omsorgsboligene med husbankstandard er gjennomsnittlig oppholdstid tre år. Tilsvarende i de andre kommunale boligene er ca. seks år. Kun 8 % av de tjenestemottakerne som oppholdt seg i sykehjem på undersøkelsestidspunktet, var der på korttidsopphold (jfr. tab.4.8 s.59 i del II). Sykehjemmene blir med andre ord i all hovedsak benyttet til langtidsopphold og er for de aller fleste en varig boform i livets slutfase.

De fleste som flytter inn i omsorgsboligene, er forholdsvis spreke og har et begrenset hjelpebehov. Over tid vil imidlertid dette endre seg: det er overveiende sannsynlig at hjelpebehovet vil øke betydelig med alderen.

At både sykehjemmene og omsorgsboligene i all hovedsak er et varig botilbud, og at sykehjemmene i begrenset utstrekning blir benyttet til korttidsopphold, har betydning for dynamikken i det kommunale tjenestetilbudet. Helsetilsynet stiller spørsmål ved om kommunene på kort og lang sikt har tilstrekkelig bufferkapasitet til å sikre tilbud om korttidsplasser i sykehjem og fleksibilitet i tiltakskjeden til å møte akutte situasjoner der tjenestemottakere får et økt hjelpebehov eller når det kommer til nye tjenestemottakere med omfattende hjelpebehov.

Helsetilsynet har i flere år fulgt systematisk med på utviklingen knyttet til overbelegg i sykehus. Resultatene tyder på at situasjonen når det gjelder korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter har forbedret seg i løpet av de siste tre årene. Overbelegg i sykehus er et fenomen som er påvirket av flere forskjellige forhold, blant annet andelen øyeblikkelig hjelp innleggelser, utskrivningspraksis, samarbeid mellom sykehusavdelinger og kommunene og forekomst av utskrivningsklare pasienter. Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, blant annet utvikling av gode rutiner og en god kultur for samhandling og dialog, er viktig for at pasienter som er utskrivningsklare får et kommunalt tilbud når de trenger det (Statens helsetilsyn, 2003c). Forskning har vist at et godt utbygget tilbud om korttidsopphold på kommunalt nivå er et viktig element når det gjelder å få til et godt samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten (Gautun og medarbeidere, 2001).

Disse to forholdene sett i sammenheng, at de som bor i sitt eget opprinnelige hjem ser ut til å ha dårligere tilgang til hjemmetjenesten, og at kommunene i liten grad benytter sykehjemmet til korttidsopphold, bekymrer tilsynsmyndighetene. Tilstrekkelig kapasitet på korttidsplasser er nødvendig også for å kunne gi pårørende med store omsorgsoppgaver tilbud om regelmessig avlastning slik sosialtjenesteloven forutsetter.

Sosial- og helsedepartementet la i 1999 fram rapporten "Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner", også kalt Kvaase-rapporten.

Rapportens anbefalinger la vekt på å reddykke sykehjemmet som en institusjon for medisinsk behandling og rehabilitering/opp trening for personer i alle aldre som i en kortere periode har behov for døgnkontinuerlige tjenester (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Resultatene i denne undersøkelsen viser at utviklingen foreløpig ikke har gått denne veien. I sin høringsuttalelse støttet Helsetilsynet i prinsippet Kvaase-rapportens anbefalinger (Statens helsetilsyn, 1999). Helsetilsynet mente imidlertid at mangel på fagpersonell, særlig leger og sykepleiere, behovet for å tilføre økonomi i takt med økende antall eldre, behovet for organisasjonsmessige og bygningsmessige endringer, gjorde det urealistisk å nå de skisserte målene. Resultatene fra denne undersøkelsen må sies å underbygge denne vurderingen.

Vi har tidligere henvist til St.meld.nr.31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen "Fra hus til hender" som viser at kommunene i svært stor grad har satset på utbygging av omsorgsboliger framfor å utvide kapasiteten i antall plasser i sykehjem. Helsetilsynet vil stille spørsmål ved om den lave andelen korttidsplasser er et uttrykk for at antallet plasser i sykehjem fortsatt er for lavt.

4.2.4 Tilstrekkelig medisinsk og helsefaglig tilsyn?

De skrøpeligste hjemmeboende får minst tilstrekkelig legetilsyn og annet faglig tilsyn (jfr. Del II s.70). Det samme mønsteret finner vi igjen i omsorgsboligene med husbankstandard der de skrøpeligste får mindre tilstrekkelig hjelp fra sykepleier og lege sammenlignet med beboere i andre kommunale boliger. Erfaringer fra tilsyn tilsier at det er en nær sammenheng mellom den generelle kapasiteten i legetjenesten og det tilbudet som blir gitt til tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten. (Statens helsetilsyn, 2003a). Både i landsomfattende tilsyn med helsetjenester for eldre i 1998 (Statens helsetilsyn, 1998) og i landsomfattende tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 ble det avdekket mangler i kommunenes rutiner når det gjelder samarbeid med legetjenesten både i sykehjem og i hjemmesykepleien (Statens helsetilsyn, 2001). Det har konsekvenser i forhold til å sikre at tjenestemottakerne får det de har behov for av medisinsk utredning, behandling og oppfølging.

I hjemmetjenesten er det en forutsetning at det blir etablert et tett samarbeid med den enkeltes fastlege. Kontinuitet og stabilitet i

legetjenesten er av stor betydning i en situasjon der en kan forvente økt sykkelighet og mer komplekse sykdomsbilder og hjelpebehov hos tjenestemottakerne. Kommunene er i forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste forpliktet til å ha ansatt sykepleiere både i sykehjem og hjemmesykepleie. Fusa-dommen fra 1990 fastslår dessuten at ved tildeling av hjemmesykepleie skal tjenesten selv på selvstendig grunnlag vurdere den enkeltes behov for faglig kvalifisert sykepleie (jfr. tidligere henvisning til Fusa-dommen s.16).

”Annet faglig tilsyn” dreier seg i denne undersøkelsen i de fleste tilfellene om fysioterapeut. Det kan se ut som om denne tjenesten retter sine tiltak mot tjenestemottakere i hjemmetjenesten i større grad enn mot beboere i sykehjem. Forskningsbaserte studier tyder på at rehabilitering av gamle kan være effektivt når det gjelder kortvarige og mindre alvorlige lidelser. Når det gjelder sykdom som fører til større funksjonstap, er bedringspotensialet trolig mer begrenset (Romøren, 2001). Slik sett har denne tjenesten en viktig rolle særlig når det gjelder å vedlikeholde funksjonsnivået hos de tjenestemottakerne som foreløpig kan klare seg selv på enkelte områder. Undersøkelsen viser at beboerne i sykehjemmet er svært skrøpelige. I forhold til disse kan fysioterapi være et tiltak med tanke på lindrende behandling.

Når det gjelder sykehjem og boform med heldøgns pleie- og omsorg, er det fra lovgivers side fastsatt i egen forskrift særlige **minstekrav** til fagkompetanse. Blant annet er det krav om at en lege skal ha ansvaret for den medisinske behandlingen, at en offentlig godkjent sykepleier skal ha ansvaret for sykepleien, og at det skal være det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboere den omsorg og hjelp de har behov for. Det er også krav om at det under oppholdet skal være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste (§ 2-1 første ledd).

I denne undersøkelsen har 20,9 % av tjenestemottakerne en eller annen form for demenssykdom. 42,4 % av disse bor i sykehjem, 33,8 % bor i aldershjem og 30,8 % bor i en eller annen boform som gjør at de mottar hjemmebaserte tjenester. En avgjørende forutsetning for å kunne gi riktige og forsvarlige tjenester til mennesker med aldersdemens er at det er gjort forsvarlig medisinsk utredning for å utelukke at vedkommende har annen somatisk eller psykisk sykdom.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2001 tilsyn i 62 kommuner med felles tema ”Helsetjenester til aldersdemente”. Tilsynet avdekket blant annet at i mange kommuner manglet fagkompetanse hos pleiepersonalet for å observere tegn på mental svikt, og at det manglet strukturert samarbeid mellom hjemmebaserte tjenester og primærlegene.

Helsetilsynet vil understreke betydningen av kontinuitet og stabilitet i legetjenester og sykepleietjenester i pleie- og omsorgstjenesten for å sikre at tjenestemottakerne både i hjemmetjenesten og sykehjemmet får nødvendig medisinsk utredning, behandling og oppfølging. Som undersøkelsen viser, er mange av tjenestemottakerne skrøpelige eldre med et sammensatt sykdomsbilde som krever kontinuerlig medisinsk og helsefaglig oppfølging.

4.2.5 For lite sosial kontakt og aktivitet

Gjennom sosialtjenesteloven har kommunene et generelt ansvar for å ”arbeide for at det blir satt i verk” velferds- og aktivitetstiltak blant annet for eldre og funksjonshemmede. I sin høringsuttalelse til den nye kvalitetsforskriften påpekte Helsetilsynet at forskriften ikke skiller mellom grunnleggende behov som kommunen skal dekke gjennom tjenesteutøvelsen, og andre ytelser som kan ha stor betydning for den enkeltes subjektive opplevelse av livskvalitet (Statens helsetilsyn 2002b). Dette må forstås slik at kommunene har et ”sørge for”- ansvar når det gjelder å legge til rette for at tjenestemottakerne får et tilbud om aktivitet og sosial kontakt, men dette er et område hvor et tett og godt samspill med frivillige organisasjoner kan gi gode løsninger.

Ca. 40 % av tjenestemottakerne i undersøkelsen får etter fagpersonenes vurdering tilstrekkelig tilbud om aktivitet og sosial kontakt (jfr. Del II s. 64). Hva det vil si at en så stor andel dermed ikke får ivarett disse områdene på en tilstrekkelig måte, er mindre entydig. I følge fagfolkene kan dette for noen dreie seg om muligheten for å komme ut og delta i andre sosiale sammenhenger, mens for andre handler dette mer om at noen har tid til å sette seg ned og slå av en prat i fortrolighet. Beboerne i sykehjem synes å være noe dårligere stilt, men det er en betydelig andel tjenestemottakere i alle boformene som får et utilstrekkelig tilbud på dette området.

Som ledd i tilsyn med sosiale tjenester gjennomførte Sosialstyrelsen i Sverige i 2002 en kartlegging av det ”sociala inne-

hållet i hemtjensten” i 23 kommuner. 2/3 av personalet i hjemmetjenesten anså at de hadde små muligheter for å gi brukerne et tilstrekkelig godt tilbud om sosial kontakt og aktiviteter. De brukerne som ble intervjuet, gav uttrykk for at muligheten for å samtale med et annet menneske som viktigere enn mange andre tiltak. Tiltak for å dekke grunnleggende behov som personlig hygiene og mat, blir prioritert. De ønsket også færre personer fra hjemmetjenesten å forholde seg til, og at personalet skulle ha det mindre travelt (Socialstyrelsen, 2003).

Dette er et funn det er all grunn til å reflektere over. Kanskje er det nettopp på dette området kommunene har særskilte utfordringer når det gjelder å finne individuelle løsninger. Like fullt er det et område hvor kommuner har lovfestede plikter og befolkningen har lovfestede rettigheter. Helsetilsynet vil understreke kommunens ansvar når det gjelder å legge til rette for tiltak som har stor betydning for den enkeltes subjektive livskvalitet.

4.2.6 Oppsummering

Noen grupper av tjenestemottakere synes å være særlig sårbare når det gjelder å få dekket sine behov for pleie- og omsorgstjenester. Det gjelder mennesker med psykiske lidelser og mennesker med store hjelpebehov som bor i eget opprinnelig hjem. Helsetilsynet ser det som svært uheldig at enkelte grupper av tjenestemottakere systematisk ikke får dekket sitt behov for tjenester. Spørsmålet er om de kommunale tildelingsprosessene godt nok sikrer at disse tjenestemottakernes behov blir tilstrekkelig utredet og tatt hensyn til.

At bare 8 % av de som var i sykehjemmet når undersøkelsen ble gjennomført var der på korttidsopphold, får Helsetilsynet til stille spørsmål ved om dette er et uttrykk for at antallet plasser i sykehjem fortsatt er for lavt. Forskning har vist at kommuner som har et godt utbygd tilbud om korttidsplasser, har gode forutsetninger for fleksibelt samarbeid med 2. linjetjenesten (Gautun og medarbeidere, 2001). Helsetilsynet vil også presisere betydningen av tilbud om korttidsopphold som avlastning for pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver.

Resultatene viser at det er grunn til å understreke betydningen av kontinuitet og stabilitet i legetjenester og sykepleietjenester i pleie- og omsorgstjenesten for å sikre at tjenestemottakerne både i hjemmetjenesten og sykehjemmet får nødvendig medisinsk utredning, behandling og oppfølging. Mange av

tjenestemottakerne er skrøpelige eldre med et sammensatt sykdomsbilde som krever kontinuerlig medisinsk og helsefaglig oppfølging. Av ”annet faglig tilsyn” blir fysioterapi nevnt av fagpersonene som har gjort registreringene. På grunnlag av resultatene fra undersøkelsen kan det se ut som om denne tjenesten retter sine tiltak i hovedsak mot hjemmeboende tjenestemottakere, men det er grunn til å presisere at også i sykehjemmet har denne tjenesten en funksjon særlig med tanke på lindrende behandling.

At bare 40 % av tjenestemottakerne i undersøkelsen har et tilstrekkelig tilbud om sosial kontakt og aktivitet, bør gi grunnlag for refleksjon. Helsetilsynet vil understreke at kommunene i henhold til sosialtjenestelovens bestemmelser, har ansvar for å legge til rette for tiltak som har stor betydning for den enkeltes subjektive livskvalitet.

4.3 Nok hender med nødvendig kompetanse?

Vi har tidligere vist til pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som må tolkes slik at de som har behov for nødvendig helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå, har lovfestet rett til å få oppfylt behovet for tjenester og at tjenestetilbudet må være av et slikt omfang og av en slik kvalitet at de ivaretar livsviktige behov uavhengig av kommunens økonomi. Også helsepersonelloven fastslår at virksomhetene, i denne sammenhengen vil det si kommunene, har plikt til å organisere virksomheten slik at det er mulig for helsepersonellet å overholde sine lovpålagte plikter.

Kommunens ansvar for pleie og omsorgstjenesten omfatter dessuten plikten til å sørge for tilstrekkelig kompetanse blant de ansatte gjennom undervisning og praktisk opplæring, herunder også videre- og etterutdanning. På samme måte fastslår kommunehelsetjenesteloven at kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Også internkontrollforskriften presiserer kommunens ansvar for å sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet, samt om virksomhetens internkontroll. For sykehjem og boform med heldøgns pleie- og omsorg er det dessuten nedfelt i lov og forskrift et minstekrav til fagkompetanse (se tidligere omtale under pkt. 4.2.4 i del I av rapporten).

4.3.1 Kort om kartleggingsmetoden

For å få en detaljert oversikt over bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgstjenesten gjennomførte Statens helsetilsyn en spesifikk kartlegging av tre vakter (dag, kveld og natt) i et vanlig døgn i januar 2003 i de samme 73 kommunene der tjenestemottakerne er kartlagt. Metoden er nærmere beskrevet i Del II s.39, samt i brev til kommunene og i kartleggingseskjemaene som er lagt ved i vedlegg A. Kartleggingen er utformet slik at det skal være mulig å gjenta den på et senere tidspunkt og dermed få et inntrykk av utvikling over tid.

Undersøkelsen er en registrering av forholdet mellom planlagt bemanning og faktisk bemanning på det fastsatte tidspunktet. Utgangspunktet for undersøkelsen er den turnusplanen kommunene har vedtatt som bemanningsplan i hjemmesykepleie og sykehjem. Undersøkelsen viser hvordan den faktiske bemanningen på de tre vaktene samsvarer med turnusplanen. Resultatene viser også prosentandelen av ubemannede stillinger i forhold til turnusplanen eller sagt med andre ord: andelen av stillinger som stod helt uten personer på de tre vaktene (d.v.s. total vakanse). Kommunene ble bedt om å fylle ut hvor mange sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleiere og ufaglærte som i følge den vedtatte turnusplanen skulle være på jobb dette døgnet på den enkelte sykehjemsavdeling og innen den enkelte sone i hjemmesykepleien. Ufaglærte er i denne sammenheng definert som personell uten helsefaglig eller sosialfaglig utdanning.

4.3.2 Vakanser – i hovedsak et problem på dagvakt

I dette kapitlet konsentrerer vi oss spesielt om situasjonen på dagvakt fordi det i denne undersøkelsen synes som om vakanser i hovedsak er et problem på dagtid.

Situasjonen på landsbasis

På landsbasis var den totale vakansen på tvers av fag- og yrkesgrupper 3,7 % i sykehjemmet og 9,2 % i hjemmesykepleien, d.v.s. at en så stor andel av stillingene stod helt uten personer på den aktuelle dagvakten. I sykehjem var 22,4 % av sykepleierstillingene uten sykepleier, og tilsvarende i hjemmesykepleien var 21 %. For hjelpepleierne var bildet et noe annet: 14,8 % av hjelpepleierstillingene i sykehjemmet var uten hjelpepleier, mens tilsvarende for hjemmesykepleien var 7,3 % (jfr. tab.6.1 s.72 og tab.6.3 s.74 i Del II). For å kompensere for fravær av personer med disse yrkesutdanningene ble ufaglærte be-

nyttet i stor utstrekning, særlig utbredt var dette i sykehjemmene der det var 114 % flere ufaglærte på dagvakt enn planlagt. I hjemmesykepleien var 3,5 % flere ufaglærte på arbeid denne dagvakten enn turnusplanen skulle tilsi.

Det er verdt å merke seg at kommunene allerede i utgangspunktet har planlagt med en forholdsvis stor andel av ufaglærte i turnusplanene sine, særlig i hjemmesykepleien.

Geografiske variasjoner

Det er store variasjoner mellom landsdelene på undersøkelsestidspunktet. Kun to av bydelene i Oslo er med i kartleggingen slik at tallene er små. I sykehjemmene i Oslo var 29,6 % av sykepleierstillingene uten sykepleier på den aktuelle dagvakten, mens tilsvarende tall for sykepleierstillingene i hjemmesykepleien i hovedstaden var 25,9 %. Tilsvarende var 40,8 % av hjelpepleierstillingene uten hjelpepleier i sykehjemmene på sammetid, og 19,1 % av hjelpepleierstillingene i hjemmesykepleien stod uten hjelpepleier, også dette i Oslo (jfr. tab.6.1 s.72 og tab.6.3 s.74 i del II).

I Nord-Norge var 31,3 % av de planlagte sykepleierstillingene i sykehjemmene uten sykepleier på den aktuelle dagvakten, mens i hjemmesykepleien var 28,3 % av sykepleierstillingene i turnusplanen uten sykepleier. Sykehjemmene i denne landsdelen kompenserte i størst utstrekning med ufaglærte sett i forhold til oppsatt turnusplan på denne dagvakten (jfr. tab.6.1 s.72 og tab.6.3 s.74 i del II)

I hjemmesykepleien på Østlandet fant vi de største skillene mellom den planlagte turnusplanen og den faktiske bemanningen på den dagvakten som er undersøkt. I sykepleiergruppen manglet 34 % av de som det var planlagt skulle være på den aktuelle dagvakten (jfr. tab.6.1 s.72 og tab.6.3 s.74 i del II).

4.3.3 Bemanningsnormer

Bemanningsnormer er et tiltak som blir diskutert for å bedre forholdene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Ordet norm kan defineres som mønster, regel, rettesnor og som et sett av forventninger over tid. Brukerorganisasjoner, fagforeninger, politiske og administrative myndigheter er opp-tatt av om det å skape en fastsatt norm for bemanningens omfang og innhold kan bidra til bedret kvalitet i tjenestetilbudet.

I Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene har Regjeringen gjort følgende vurdering av bemanningsnormer som virkemiddel:

”Regjeringa meiner at det er eit kommunalt ansvar å vurdere behovet for personell, og at kommunane må vurdere dette ut frå lokale forhold, mellom anna kva for organisatoriske løysingar som er vald, og ut frå det hjelpebehovet som finst i befolkninga.”

Videre heter det:

”Regjeringa meiner at samanheng mellom kvalitet og normering av bemanning ikkje er godt nok dokumentert til at det er mogleg å fastsetje ei statleg norm for bemanning i den samla pleie- og omsorgstjenesta. Regjeringa meiner at slike normer ikkje vil sikre fleksibel og effektiv ressursutnytting i kommunane, og ønskjer derfor ikkje å fastsetje slike normer. Slike normer vil heller ikkje sikre tilgang på nok og kvalifisert personell.”

De som ønsker bemanningsnormer i sykehjem, vil hevde at det skal sikre et visst omfang og innhold og dermed også et faglig nivå og kvalitet på det tjenestetilbudet brukerne mottar. Det blir hevdet at der grunnbemanningen er for lav, vil en slik bemanningsnorm sikre en minstestandard. Helsetilsynet har vanskelig for å se at man fra sentrale myndigheter kan sette en objektiv norm som vil passe inn på det enkelte tjenestested lokalt i den enkelte kommune. En bemanningsnorm vil i kommunenes budsjettdebatter kunne få effekt som en maksimumsnorm. Samtidig vil ikke en slik ordning bidra til å tydeliggjøre kommunenes ansvar for å vurdere bemanningsbehovene på det enkelte tjenestested ut fra den kunnskapen om lokale forhold som skal danne grunnlaget for å planlegge forsvarlige helsetjenester og yte nødvendig helsehjelp til kommunens innbyggere. Snarere tvert imot kan en bemanningsnorm redusere mulighetene for å styre virksomheten og benytte personalressursene på en fleksibel måte til beste for tjenestemottakerne. I denne undersøkelsen har vi vist at det er stor forskjell på planlagt og faktisk bemanning særlig på dagvakt. Bemanningsnormer vil neppe bidra til å redusere avstanden mellom den vedtatte turnusplanen og den faktiske bemanningen så lenge det grunnleggende problemet er for liten tilgang til fagpersonell med nødvendig kompetanse.

4.3.4 Oppsummering

Tallene viser med tydelighet at kommunene har vanskeligheter med å dekke opp sine egne turnusplaner som planlagt. Undersøkelsen forteller ikke om mangelen på personell med fagutdanning skyldes manglende ansettelse i stillinger eller om det er annet type fravær denne dagen.

På den aktuelle dagvakten var det på landsbasis bemanningssituasjonen i hjemmesykepleien som var mest bekymringsfull. Hjemmesykepleien hadde færre fagstillinger som ikke var bemannet med fagfolk enn sykehjemmene, men de hadde en langt større total vakanseprosent enn sykehjemmene. At 9,2 % av samtlige stillinger i hjemmesykepleien var helt uten personell på denne dagvakten tilsier nødvendigvis at det trolig var flere brukere som ikke fikk de tjenestene de var lovet. I sykehjemmene var det en forholdsvis liten andel av stillingene på denne dagvakten som var helt uten personell, men en langt større andel av stillingene enn planlagt i turnusplanen var bemannet med ufaglært personell. Det kan være et uttrykk for at grunnbemanningen er så vidt lav i sykehjem at det i mange tilfeller ikke er mulig å gjennomføre stell og pleie uten at de planlagte stillingene på dagvakt er bemannet med personer, uavhengig av deres yrkesbakgrunn. En annen forklaring kan være at det kan være enklere å kompensere med ufaglærte og/eller ukjente personer i et sykehjem der arbeidet blir utført i nær kontakt med andre kollegaer som kan gi nødvendig veiledning og opplæring. Ufaglært arbeidskraft utgjør en stor og viktig del av arbeidsstokken i pleie- og omsorgstjenesten. Dette kan også være erfarne ansatte som har vært under fortløpende veiledning og opplæring, og som yter forsvarlige tjenester av god kvalitet.

Statens helsetilsyn har gjennom tilsyn i perioden 1998–2002 avdekket mangler på enkelte områder innen sykehjemsvirksomhet og hjemmesykepleie. Eksempler på slike områder er kompliserte medisinske prosedyrer, legemiddelhåndtering, vurdering av demens og bruk av tvangslignende tiltak (Statens helsetilsyn, 2003a). På disse områdene er det nødvendig med mer spesifikk og omfattende kunnskap, representert ved personer med helse- og sosialfaglige utdanninger. I den generelle omsorgen for og pleien av brukerne og i opplæring og veiledning av ufaglærte, er det helt nødvendig at kommunene sikrer tilgang til personale med relevant utdanning for å sikre at brukerne får tjenester slik de har lovfestet rett til og behov for både i hjemmesykepleie og i sykehjemmene. Som nevnt

tidligere i rapporten viser kartleggingen av tjenestemottakerne at de skrøpeligste tjenestemottakerne i hovedsak bor i sykehjemmene, men at en ikke ubetydelig andel mennesker med store omsorgsbehov bor i ulike former for kommunale boliger og i sitt eget opprinnelige hjem. Dette er mennesker med omfattende og sammensatte sykdomstilstander som har behov for kontinuerlig oppfølging av medisinsk og helsefaglig personell for å sikre observasjon, behandling og pleie.

Arbeidstilsynet har gjennom kampanjen "Rett hjem" rettet oppmerksomheten mot den hjemmebaserte delen av pleie- og omsorgstjenesten. Gjennom et bredt spekter av tilsynsrettede aktiviteter dokumenteres at stort arbeidspress i hjemmetjenestene til tider gjør at de ansatte ikke synes de får gjort det de skal hos den enkelte tjenestemottaker. Arbeidstilsynet konkluderer også med at kommunene må sette i verk tiltak for å bedre forholdene for de ansatte i hjemmetjenesten (Arbeidstilsynet, op. cit.).

Helsetilsynet vil presisere at i kommunene er det ledelsens ansvar å planlegge og styre virksomheten slik at de knappe syke- og hjelpepleieressursene de har til rådighet blir benyttet hos de tjenestemottakerne som har størst behov for medisinsk og helsefaglig kompetanse.

Helsetilsynet kan vanskelig se at bemanningsnormer vil bidra til å løse det som ser ut til å være det grunnleggende problemet: for liten tilgang til fagpersonell med nødvendig kompetanse. En bemanningsnorm vil ikke bidra til å tydeliggjøre kommunenes ansvar for å vurdere bemanningsbehovene på det enkelte tjenestested ut fra lokalkunnskap. Snarere tvert imot kan en bemanningsnorm redusere ledelsens muligheter for å styre virksomheten og benytte personalressursene på en fleksibel måte til beste for tjenestemottakerne.

4.4 Oppgaveforskyving på flere nivåer

4.4.1 Generelt om samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten

I en rapport som Statens helsetilsyn nylig har offentliggjort, blir samhandlingen mellom 1.

og 2. linjetjenesten framhevet som et sårbart område (Statens helsetilsyn, 2003a). Det knytter seg utfordringer til godt samarbeid og flyt i tjenester mellom de ulike nivåene i et pasient- og tjenesteforløp. Forskning har vist at utvikling av gode rutiner og kultur for samhandling og dialog mellom kommune og sykehus er nødvendig. Viktige suksessfaktorer i en utskrivningssituasjon synes å være fokus på pasienten og faglige spørsmålene framfor økonomi, og at sykehuset gir god veiledning. I tillegg til å ha tilstrekkelig kapasitet lykkes kommuner som har gode systemer, gode ledere og kompetente og engasjerte fagpersoner (Gautun og medarbeidere, 2001). Erfaringene som blir formidlet i Helsetilsynets rapport (op. cit.) samsvarer godt med forskningsresultat (Gautun, op. cit.) når det gjelder betydningen av systematisk og kontinuerlig oppmerksomhet mot utskrivningssituasjonen.

I Medisinalmeldingen for 2002 minner Helsetilsynet i Sogn og Fjordane om at behovet for samhandling har utspring i helsepersonellens og helsetjenestens møte med enkeltmennesker i et pasient- og tjenesteforløp. De peker på behovet for tett samhandling og dialog for å redusere sårbarheten i en slik situasjon:

"Hovedoppgåva til helsetenesta er å løyse helseproblem for pasientane. Skal vi gjere det på ein god måte, må vi forstå pasientane sin veg gjennom eit komplisert behandlingssystem. Helsepersonell og leiarar må kjenne og forstå pasientforløpet i eigen organisasjon og mellom nivå. Eit pasientforløp kan definerast som summen av alle aktivitetar, kontaktar og hendingar som pasienten opplever i møtet med helsevesenet i samband med handtering av eit helseproblem (Den danske sunhedsstyrelsen, National strategi for kvalitetsutvikling i Sundhetskassen, 2002). Sjølv enkle og heilt vanlege pasientforløp har fleire aktivitetar og overgangar mellom aktivitetane enn vi som regel tenkjer over. Det er svært sjeldan at same helsepersonell fylgjer pasienten gjennom heile pasientforløpet. Ved mange sjukdommar er samarbeid mellom fleire fagpersonar og instansar nødvendig for å oppnå eit godt resultat. Til dagleg er helsepersonell opptekne av å gjere jobben sin og tenkjer ikkje over at dei er ein del av ein større arbeidsprosess eller ei brikke i eit langt pasientforløp. Pasientane møter oftast ulike helsepersonell og er innover i ulike deler av helsetenesta både i kommunen og i spesialisthelsetenesta. Det er berre pasienten som kjenner heile pasientvegen,

og som difor best kan vurdere om den er heilskapleg og kontinuerleg. (...) Gode system for samhandling føreset at ein har "orden i eige hus". Eitfungerandestyrings-system, gode interne samhandlingsrutinar og arbeidsmåtar og oversikt over oppgåver og krav som styrer samhandlinga må vere på plass i organisasjonane."

Oppgaveforskyvingen mellom 1. og 2. linjetjenesten dreier seg på den ene siden om generelt kortere liggetid og raskere utskriving fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I de fleste tilfellene dreier dette seg trolig om personer som først og fremst har behov for god pleiefaglig oppfølging og praktisk hjelp i kortere eller lengre tid. På den andre siden dreier den seg om overføring av spesialiserte oppgaver som stiller store krav til at kommunene må ha fagpersoner med høy kompetanse for å kunne sikre disse tjenestemottakerne den medisinske og behandlingmessige oppfølgingen de har behov for.

Det skjer ikke bare en oppgaveforskyving mellom 1. og 2. linjetjenesten, men en tilsvarende prosess vil internt i kommunene føre til at ufaglærte i mange situasjoner overtar enklere pleiefaglige oppgaver som hjelpepleiere og sykepleiere tradisjonelt har utført. Konsekvensen av en slik utvikling er krav til økt kompetanse både hos den ufaglærte og hos sykepleieren.

Også tilsynsmyndighetene i Sverige har interessert seg for samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten. I en kartlegging gjennomført av den regionale tilsynsenheten i Göteborg, fant de at en fjerdedel av pasientene som ble innlagt i sykehus i en gitt tidsperiode ikke hadde behov for sykehusets ressurser. Dette ble blant annet satt i sammenheng med kompetansesituasjonen i førstelinjetjenesten, særlig ble det lagt vekt på betydningen av tilstrekkelig tilgang til legetjenester i eldreomsorgen (Socialstyrelsen, 2003).

Disse generelle betraktningene viser at oppgaveforskyving og samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten er sammensatte prosesser som vi gjennom vår undersøkelse bare har maktet å belyse deler av.

4.4.2 Sammensatte sykdommer krever faglig spesialisert kompetanse

På undersøkelsestidspunktet mottok 1222 tjenestemottakere i kommunene, d.v.s. i underkant av 10 % av hele utvalget, omfattende og/eller spesialisert hjelp. 712 av

disse hadde sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse (jfr. tab.7.1 s.77 i Del II). Selv om dette er en forholdsvis liten andel av hele materialet som inngår i undersøkelsen, er dette et område som tilsynsmyndigheten i lengre tid har fulgt med på og som vi vil fortsette å følge med på.

På samme måte som i kap.4.2.4 vil Helse-tilsynet understreke at kontinuitet og stabilitet i legetjenester og sykepleietjenester både i hjemmesykepleien og sykehjemmet er nødvendig for å sikre at tjenestemottakerne får nødvendig medisinsk utredning, behandling og oppfølging.

4.4.3 Kontroll av atferdsavvik som spesialisert oppgave

Av de 1222 tjenestemottakerne som mottar spesialisert hjelp, har 37,6 % eller 482 personer tjenester knyttet til kategorien "Kontroll av atferdsavvik" (jfr. tab.7.1 s.77 i Del II). 38 % er mennesker med aldersdemens, 28 % har en eller annen form for psykisk lidelse og 21 % har psykisk utviklingshemming. Siden kategorien er beskrevet som "omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp", er det rimelig å tolke at tiltakene her går utover alminnelig bistand og veiledning. Hvilke tiltak det dreier seg om når fagfolkene krysset av i rubrikken for kontroll av atferdsavvik, vet vi ikke.

Det er ikke overraskende at det er de tre nevnte diagnosegruppene som hyppigst mottar tiltak for å kontrollere atferdsavvik. Blant personene med psykisk utviklingshemming kan det være flere som har vedtak i henhold til sosialtjenestelovens § 6A. Disse personene har oftest mange tjenesteutøvere rundt seg hele døgnet, og tjenestene er hjemlet i sosialtjenesteloven.

I forhold til personer med aldersdemens og personer med psykisk lidelse blir det også benyttet tiltak for å kontrollere atferdsavvik. Tilsynsmyndighetene vil i denne sammenheng presisere at de eneste tilfellene der tjenesteutøverne har lovhjemlet rett til å bruke tvang er overfor personer med psykisk utviklingshemming.

I 2001 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene tilsyn i 62 kommuner med felles tema "Helsetjenester til aldersdemente". Tilsynet avdekket blant annet at i mange kommuner manglet fagkompetanse hos pleiepersonalet for å observere tegn på mental svikt, og at det manglet strukturert samarbeid mellom hjemmebaserte tjenester og primærlegene. Helsetilsynet på-

pekte følgende i oppsummeringsrapporten fra tilsynet (Statens helsetilsyn, 2002a):

”Tvangsbruk mot aldersdemente er et område der faren for ukultur og overgrep er stor, samtidig som området er utilstrekkelig lovregulert. I påvente av et nytt regelverk må kommunene likevel forholde seg på en forsvarlig måte til de etiske og faglige dilemmaene de står overfor.”

Tilsynet kartla om kommunene ivaretok brukernes rett til medbestemmelse og arbeidet med individuell tilrettelegging av tjenestene slik at bruk av tvang kunne unngås. Selv om mye tyder på at det er forholdsvis høy bevissthet rundt tiltak for å forebygge tvangsbruk, reiste dette tilsynet spørsmål om kommunene er systematisk nok på dette området. Videre forsøkte tilsynet å avklare kommunenes kontroll med bruk av forskjellige former for rettighetsbegrensninger og tvangstiltak. Det ble påvist avvik i 19 av 56 kommuner. Særlig var det uklart hvem som hadde ansvaret for å ta bestemmelser om tvangstiltak, manglende dokumentasjon og manglende oversikt over tvangstiltakene.

I oppsummeringsrapporten fra tilsynet (Statens helsetilsyn, op. cit.) påpekte Helse-tilsynet at arbeidet med bedre rettslig regulering av rettssikkerheten til aldersdemente må prioriteres, og at spørsmålet om hjemmel for bruk av tvang må sees i sammenheng med krav til kvalitet og styring i tjenesten. Resultatet av den foreliggende kartleggingen understreker ytterligere dette behovet.

4.4.4 Oppsummering

Oppgaveforskyvingen mellom 1. og 2. linjetjenesten dreier seg om to forhold: at kortere liggetid og raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten generelt sett gir flere pleiefaglige oppgaver i kommunene, og at i noen tilfeller fører utskrivingspraksisen til en overføring av spesialiserte oppgaver som stiller store krav, til at kommunene må ha fagpersoner med høy kompetanse for å sikre tjenestemottakerne den medisinske og behandlingsmessige oppfølgingen de har behov for. I denne undersøkelsen synes omfanget av spesialiserte oppgaver å være nokså begrenset, men Helsetilsynet merker seg at det særlig er mennesker med psykiske lidelser som etter fagfolkenes egen vurdering, gir de største faglige utfordringene.

I forhold til personer med aldersdemens og personer med psykisk lidelse blir det benyttet tiltak for å kontrollere atferdsavvik. Rett til

bruk av tvang er bare lovhjemlet overfor personer med psykisk utviklingshemming. Kommunene må like fullt forholde seg på en forsvarlig måte til de etiske og faglige dilemmaene de står overfor både i forhold til aldersdemente og personer med psykisk lidelse. Erfaringer fra tilsyn tyder på at det er forholdsvis høy bevissthet i kommunene rundt tiltak for å forebygge tvangsbruk, men tilsynsmyndigheten mener det er berettiget å reise spørsmål om kommunene er systematisk nok på dette området.

5 Konklusjon og videre oppfølging

Helsetilsynet mener at resultatene fra denne kartleggingen kan danne grunnlag for å si noe om hva kommunene bør prioritere framover i arbeidet med å utvikle pleie- og omsorgstjenestene slik at befolkningen får det de har lovfestet rett til og behov for. Den peker på klare forbedringsområder og kan være et redskap for målretting av innsatsen framover.

Helsetilsynet finner grunn til å understreke det brede spekter av faglige utfordringer og oppgaver det kommunale tjenesteapparatet skal imøtekomme som det anføres i del II s.79 i denne rapporten:

”Alle slags funksjonshemninger og medisinske tilstander er representert, alderspennet er stort, og stedene disse menneskene oppholder seg er mange: sykehjem, aldershjem, moderne omsorgsboliger, andre kommunale boliger og egne hjem. Man finner alle grader av hjelpebehov og de forskjelligste helsemessige problemene i alle disse kontekstene.”

Det beskrevne omfang og mangfold i oppgavene stiller etter Helsetilsynets vurdering store krav til ledelse og systematisk styring.

Helsetilsynet er tilfreds med at resultatene på nasjonalt nivå i all hovedsak forteller om en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud: at de som er skjøpeligst får mest hjelp, mens de sprekeste får minst. Det er også positivt at det i all hovedsak synes som om de fleste tjenestemottakerne får tilstrekkelig hjelp i forhold til det behovet de har. Disse to hovedfunnene bekrefter erfaringer fra flere tilsyn tidligere: at mange kommuner møter utfordringene og løser oppgavene på en slik måte at tjenestemottakerne får de tjenestene de har lovfestet rett

til og behov for. Organisasjoner som ledes og drives gjennom systematisk styring og åpenhet øker sine muligheter for å lykkes. Dette avhenger i stor grad av at ledelsen utøver lederskap og viser engasjement når det gjelder forbedring av organisasjonens prestasjoner. Helsetilsynet mener også at det er et uttrykk for at mange av de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten strekker seg langt for å imøtekomme den enkeltes behov og ønsker.

Helsetilsynet ser det som svært uheldig at enkelte grupper av tjenestemottakere systematisk ikke får dekket sitt behov for tjenester, og det er et spørsmål om de kommunale tildelingsprosessene godt nok sikrer at tjenestemottakernes behov blir grundig utredet og tjenestetilbudet tilstrekkelig tilpasset den enkeltes behov og ønsker. I dette ligger en særskilt utfordring til kommunene å se de som ikke blir sett, og å høre de gruppene som i mindre grad enn andre formidler sine behov, enten fordi det kan dreie seg vanskelige og følsomme forhold eller fordi de ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser og behov, og å vurdere konsekvensen av sine egne valg. I dette ligger faglige og etiske dilemmaer som kommunene må arbeide systematisk og kontinuerlig med for å forbedre den daglige praksisen.

Helsetilsynet mener det er berettiget å stille spørsmål ved om kommunene på kort og lang sikt har godt nok utbygd kapasitet i sykehjem til å sikre en fleksibilitet i tiltakskjeden når akutte situasjoner oppstår – det kan for eksempel være når tjenestemottakere får et økt hjelpebehov eller når det kommer nye tjenestemottakere med omfattende hjelpebehov. Et godt utbygd tilbud om korttids-plasser gir kommunene gode forutsetninger for fleksibelt samarbeid med 2. linjetjenesten om utskrivingsklare pasienter, samtidig som

tilbud om korttidsopphold er nødvendig som avlastning for pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver.

Bemanningskartleggingen viser med tydelighet at kommunene har store problemer med å dekke opp sine egne vedtatte turnusplaner som er uttrykk for den normen kommunene selv har satt for behov for kvalifisert personell. Helsetilsynet vil presisere at i kommunene er det ledelsens ansvar å planlegge og styre virksomheten slik at de knappe sykepleier- og hjelpepleierressursene de har til rådighet, blir benyttet hos de tjenestemottakerne som har størst behov for medisinsk og helsefaglig kompetanse.

60 % av tjenestemottakerne i undersøkelsen har ikke et tilstrekkelig tilbud om sosial kontakt og aktivitet. Dette er et resultat som bør danne grunnlag for refleksjon og dialog innenfor rammen av den samarbeidsavtalen KS og regjeringen har inngått om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Spørsmålet om hva det er rimelig å forvente at kommunen skal tilby av omfang og innhold på dette området, er ikke uten videre gitt. Helsetilsynet vil imidlertid understreke at kommunene i henhold til sosialtjenestelovens bestemmelser, har ansvar for å legge til rette for tiltak som har stor betydning for den enkeltes subjektive livskvalitet.

Denne undersøkelsen forteller ikke om personer som ikke får pleie- og omsorgstjenester, eller om de tersklene som fører inn i tjenesteparatet. Når IPLOS blir innført, vil det bli en kilde som kan gi kunnskap om slike forhold. IPLOS vil ta utgangspunkt i søkeren og i hele den saksbehandlingsprosessen som fører fram til at søknader om tjenester blir innvilget eller avslått.

Kartleggingsverktøyet som er benyttet i denne undersøkelsen, ligger nokså nært opp til det som vil bli standarden i IPLOS. Resultatene som er presentert her, kan derfor være et eksempel på den type styringsinformasjon som blir tilgjengelig for den enkelte tjenesteleder i kommunene, for tilsynsmyndigheten og for de sentrale helse- og sosialmyndighetene for øvrig når IPLOS blir landsdekkende fra 2006. Helsetilsynet håper resultatene i denne rapporten kan bidra til å inspirere kommunene til engasjement og innsats ved innføringen av IPLOS. Nøyaktige registreringer av informasjonen om den enkelte som søker og mottar pleie- og omsorgstjenester, vil gi styringsinformasjon av høy kvalitet både lokalt og sentralt.

Grunnlagsmaterialet fra denne undersøkelsen er omfattende og innholdsrikt. Helsetilsynet vurderer å gjøre flere analyser på det samme datamaterialet, men på mer avgrensete områder. Ett aktuelt tema kan for eksempel være knyttet til tjenestemottakere som er under 67 år. Samtidig vil tilsynsmyndigheten bruke resultatene fra undersøkelsen i vurderinger av hvilke områder vi særlig vil følge tilsynsmessig.

Litteraturliste

- Arbeidstilsynet (2003) Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: nullpunktundersøkelse i forbindelse med kampanjen Rett Hjem. Rapport fra Opinion AS på oppdrag for Direktoratet for Arbeidstilsynet. Mars 2003. Oslo.
- Daatland SO. og Solem, PE. (2000) Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi. Fagbokforlaget. Bergen.
- Gautun H., Kjerstad E. og Kristiansen F. (2001) ”Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet”. SNF-rapport 57/01. Bergen.
- Næss, S. (2003) I tøffeste laget? Dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Rapport 9-2003. Rokkansenteret. Bergen.
- Ot. prp. nr.105 (2001-2002) Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover. Helsedepartementet. Oslo.
- Romøren, TI. (2001) Den fjerde alderen. Forløp av funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.
- Romøren, TI (2003) Velferdsstat og velferdskommune. Iverksettingen av ”Handlingsplan for eldreomsorgen” i kommunene i Nord-Trøndelag. NOVA-rapport nr. 12/2003. Oslo.
- Slagsvold, B (1999) Hva med de hjemmeboende? Aldring & eldre nr. 4/1999. Oslo.
- Slagsvold, B. (2002) Sykehjem eller omsorgsbolig? Aldring og livsløp nr. 4/2002. Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet (1999) Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemfunksjoner. I-0971 B. Oslo.
- Socialstyrelsen (2003) Är det skäligt att bry sig om själen? Kartläggning av det ”sociala innehållet” i hemtjänsten i 23 kommuner 2002. Artikkelnr: 2003-109.15. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2003) ”Vården till människorna istället för tvärtom? – en granskning av vårdkedjan i Göteborg år 2002”. Artikkelnr: 2003-109-19. Stockholm.
- Statens helsetilsyn (1996) Kan kartleggingsundersøkelser og systemrevisjoner kombineres? Internt notat 2/96 fra Tilsynsprosjektet. Oslo.
- Statens helsetilsyn (1999) Høring – Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. 99/5107. Oslo.
- Statens helsetilsyn (1998) Fylkeslegenes felles tilsyn 1998 med helsetjenesten for eldre. Rapport. Oslo.
- Statens helsetilsyn (2002a) Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente. Oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsestilsynet 2/2002. Oslo.
- Statens helsetilsyn (2002b) Høring – forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Brev fra Helsetilsynet til Sosialdepartementet 17. januar 2003. Oslo.

Statens helsetilsyn (2003a) Kommunale helsetjenester innen pleie og omsorg - tilsynserfaringer 1998-2003. Rapport fra Helsetilsynet 9/2003. Oslo. Finnes på www.helsetilsynet.no.

Statens helsetilsyn (2003b) Veileder for landsomfattende tilsyn 2003. Helse-tjenesten til voksnemedpsykiske problemer. Oslo.

Statens helsetilsyn (2003c) På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002. Rapport fra Helsetilsynet 1/2003. Oslo. Finnes på www.helsetilsynet.no.

Statistisk sentralbyrå (2002) Helse- og omsorgstjenester. Sosialt utsyn. Statistiske analyser SA56. Oslo – Kongsvinger.

St.meld. nr. 31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen ”Fra hus til hender”. Sosialdepartementet. Oslo.

St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet. Oslo

DEL II – NOVAs rapport

Av Tor Inge Romøren, NOVA

Sammendrag

Rapporten redegjør for den første nasjonalt representative undersøkelsen av pleie- og omsorgstjenesten som noen gang er utført på grunnlag av informasjon om den enkelte tjenestemottaker. Undersøkelsen er initiert av Statens helsetilsyn. Målsettingen har vært å belyse forholdet mellom behov og tilbud, og arten og omfanget av oppgaveforskyvning mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Omfanget av ubemannede stillinger i sykehjem og hjemmesykepleie er også belyst.

Analysene baserer seg på et representativt utvalg på 73 ulike kommuner og omfatter til sammen 13 240 tjenestemottakere i sykehjem, i aldershjem, i omsorgsboliger med husbankstandard, i andre kommunale boliger og i egne hjem.

Tjenestemottakernes alder er fra 1 til 105 år. Gjennomsnittet er 78 år, og 70 % er kvinner. Tallene for funksjonsnivå viser klare og entydige trekk. Sykehjemspasientene er en svært skrøpelig gruppe; ”gjennomsnittspasienten” er ikke i stand til å gå, trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og til å spise, og er inkontinent. De som bor i aldershjem er en del sprekere, mens beboere i alle typer kommunale boliger – herunder de nye omsorgsboligene med husbankstandard bygget under Handlingsplan for eldreomsorgen - i gjennomsnitt har et begrenset funksjonstap. De hjemmeboende er enda noe sprekere. Blant de tre siste gruppene er en typisk tjenestemottaker en person som trenger litt hjelp til å gå eller til å kle seg eller til personlig hygiene. De er ellers vanligvis selvhjulpne i basal egenomsorg.

De viktigste helsemessige årsakene til tjenestemottakernes hjelpebehov er aldersdemens (21 %), hjerte- og lungelidelser (14 %), psykiske lidelser (13 %) og hjerneslag

(11 %). Eldre, kvinnelige tjenestemottakere med somatisk sykdom som hovedårsak til hjelpebehovet er i klart flertall i pleie- og omsorgstjenesten, mens psykisk utviklingshemmede utgjør den minste, yngste og minst kvinnedominerte gruppen. Funksjonsnivået når det gjelder basal egenomsorg (kle seg, toalettbesøk, personlig hygiene, fødeinntak osv.) er lavest hos aldersdemente, dernest kommer de med somatisk sykdom og psykisk utviklingshemmede, mens mennesker med psykiske lidelser har det høyeste funksjonsnivå på dette området. Når det gjelder mental svikt, er også den største blant aldersdemente, dernest hos utviklingshemmede og mennesker med psykiske lidelser. Vurdert ut fra sykdomsårsaken er altså mennesker med aldersdemens den største gruppen i pleie- og omsorgstjenesten, og den har også den største funksjonssvikten.

I gjennomsnitt får tjenestemottakere med hjemmetjenester 4,5 timer praktisk bistand (hjemmehjelp) og 10 besøk av hjemmesykepleien per uke. De fleste av disse besøkene er på under 15 minutter. Alder, kjønn eller funksjonsnivå har i seg selv mindre betydning for hvor mye hjemmetjenester en får, mens både tjenestemottakerens helseproblem og oppholdssted har betydning – alt annet likt. Mennesker med psykisk utviklingshemming får mest praktisk bistand, de med psykiske lidelser minst. Aldersdemente får noe mer hjemmesykepleie enn tjenestemottakere med andre helseproblemer. Og under ellers like forhold får personer som bor i omsorgsbolig mest hjemmesykepleie, de som bor i egne hjem minst.

8 % av sykehjemspasientene hadde et midlertidig opphold. 74 % oppholdt seg der permanent i vanlige avdelinger, 18 % permanent i skjermede enheter. De to siste gruppene

hadde ved undersøkelsestidspunktet vært i sykehjemmet ca. 3 år. Kommunene prioriterer å bruke sykehjemmene til permanent omsorg for de aller skrøpeligste gamle.

En har bedt den personen som har registrert opplysningene om den enkelte tjenestemottaker bedømme om de tjenestene som gis er *tilstrekkelige*. Vurdert på denne måten får 1-2 % alt for lite hjelp til praktisk tilsyn og pleie, 8-12 % noe for lite. 2 % får alt for lite sykepleie- eller legetilsyn og 9 % noe for lite. Tallene for aktivitet og sosiale tiltak er høyere, henholdsvis 17 % alt for lite og 43 % noe for lite. Hjelpen inngår i et ”tilstrekkelighetshierarki”. Alt i alt får 85-90 % av tjenestemottakerne tilstrekkelig hjelp med mat og måltider, tilstrekkelig tilsyn om kvelden og natten og tilstrekkelig tilsyn av sykepleier og lege. 80-85 % får tilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og praktisk hjelp i huset, 75-80% får tilstrekkelig annet faglig tilsyn enn av sykepleier og lege (fysioterapi, ergoterapi, logoped og lignende) og ca. 40 % får tilstrekkelig hjelp til aktivisering og sosiale tiltak. Den basale omsorgen, og sykepleie- og legehjelpen prioriteres i dagens pleie- og omsorgstjenester i Norge.

Tjenestene ansees som tilstrekkelige eller utilstrekkelige praktisk talt uavhengig av tjenestemottakerens alder, kjønn og funksjonsnivå. Men hva slags helseproblem en har, og hvor en oppholder seg, betyr mye. Mennesker med *psykiske lidelser* fås sjeldnere tilstrekkelige tjenester enn andre tjenestemottakere på alle områder, mens mennesker med somatiske lidelser eller psykisk utviklingshemning oftest får tilstrekkelig hjelp – alt annet likt. Det er også et gjennomgående trekk at mennesker som bor i *egne hjem* får mindre tilstrekkelige tjenester enn alle andre på de fleste områder under ellers like forhold. Syke- og aldershjem gir oftere tilstrekkelig praktisk hjelp og tilsyn enn hva hjemmetjenesten gjør. Aldershjem og omsorgsboliger gir noe oftere tilstrekkelige aktiviseringstilbud, mens den mest tilstrekkelige *faglige* hjelpen gis i sykehjem og i kommunale boliger – alt annet likt.

Beboere i omsorgsboliger med husbankstandard er undersøkt spesielt, med tanke på om de skrøpeligste av dem får tilstrekkelig hjelp. Resultatene viser at dette i noe mindre grad er tilfelle enn for de sprekere omsorgsboligbeboerne – på fire områder: aktivisering, sosial kontakt, tilsyn av sykepleier og tilsyn av lege. Dette gir en viss støtte til de som har hevdet at de nye omsorgsboligene kan være mindre egnet for de skrøpeligste tjenestemot-

takerne enn for andre.

Informasjon om bemanningssituasjonen i sykehjem og i hjemmesykepleie viser at andelen helt ubemannede stillinger på undersøkelsestidspunktet var 3,7 % i sykehjem og 9,2 % i hjemmesykepleien - på dagtid. Det er størst vakanse i sykepleierstillingene (rundt 20 % i begge sektorer), dernest blant hjelpepleierne (15 % i sykehjem og 7 % i hjemmesykepleien). Sykehjemmene kompenseres for dette ved å benytte flere ufaglærte enn det er hjemler for. I hjemmesykepleien finner man i utgangspunktet en langt større andel ufaglærte ansatte. Her fyller en i begrenset grad opp med enda flere, og derfor er andelen vakante stillinger større her. Vakanseproblemet er størst i Oslo og minst i Agder-fylkene. På kvelds- og nattestid er problemet mindre både på sykehjem og i hjemmesykepleien i alle landsdeler.

Avslutningsvis analyseres omfanget av omfattende og faglig spesialisert hjelp som ytes i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Resultatene viser at 9,6 % av de undersøkte tjenestemottakerne får omfattende og faglig spesialisert hjelp. Behandling og pleie av flere aktive, sammensatte sykdommer (56 %) og kontroll av atferdsavvik (38 %) er de vanligste utfordringene av dette slaget. Den kommunale helse- eller omsorgstjenesten har svært sjelden ansvar for å gi mer avanserte medisinske tilbud som cellegiftbehandling, respiratorbehandling eller smertebehandling med intravenøs teknikk. Slik kommunalt fagpersonale ser det, er det først og fremst en del av pasientene med psykiske lidelser, psykisk utviklingshemning eller aldersdemens som representerer de største utfordringene på dette området.

1 Innledning

Høsten 2002 bestemte Helsedirektøren at Statens helsetilsyn skulle gjennomføre en kartlegging av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Bakgrunnen var bl.a. den store utbyggingen av omsorgsboliger under "Handlingsplan for eldreomsorgen", og bekymringen blant flere framtrepende fagpersoner om hvor egnet dette tilbudet er som alternativ til sykehjemsomsorg for de mest hjelpetrengende eldre. Et annet motiv var å få bedre oversikt over noen sider ved de oppgaveforskyvningene fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste som kan ha funnet sted de senere årene.

På dette tidspunktet hadde Helsetilsynet også planlagt en undersøkelse av bemannings-situasjonen i sykehjem og hjemmesykepleie: Hvor stort er avviket mellom antallet ansatte som er satt opp i vaktplanene og det antallet som faktisk er i arbeid? Er det mye frafall på grunn av ubesatte stillinger og sykefravær?

Helsedirektøren ønsket å se disse to undersøkelsene i sammenheng og nedsatte en arbeidsgruppe med to representanter fra Helsetilsynet, en fylkessykepleier og en fylkeslege pluss forsker Tor Inge Romøren, NOVA - som ble engasjert som faglig ansvarlig. Gruppen vurderte problemstillinger og framgangsmåte nærmere. I samråd med Helsedirektøren foreslo den å belyse følgende problemstillinger i "behov og tilbud"-undersøkelsen:

1. Hvem er tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenesten - alder, kjønn og funksjonsnivå sett i forhold til oppholdssted (institusjoner, omsorgsboliger, egne hjem) og i forhold til den helsemessige hovedårsaken til hjelpebehovet.

2. Hva slags offentlig hjelp får de ulike tjenestemottakerne?

3. I hvilken grad blir hjelpebehovet dekket hos tjenestemottakere med ulike oppholdssteder, helseproblemer og funksjonsnivå?

4. Oppgaveforskyvninger fra spesialist- til primærhelsetjeneste: Hvilke tendenser finnes, og hva krever dette av de kommunale personalressursene?

Arbeidsgruppen foreslo å belyse disse problemstillingene gjennom innsamling av individbaserte originaldata i et landsrepresentativt utvalg av kommuner. Videre foreslo en at undersøkelsen skulle omfatte tjenestemottakere i

- Sykehjem
- Aldershjem
- Omsorgsboliger med husbankstandard
- Andre boliger med kommunal disposisjonsrett
- Hjemmeboende med hjemmesykepleie og hjemmehjelp

For undersøkelsen som skulle kartlegge bemanningssituasjonen i sykehjem og hjemmesykepleie foreslo en å samle inn data om godkjent turnusplan samt faktisk bemanning på dagvakt, kveldsvakt og nattevakt på en tilfeldig valgt ukedag i det samme landsrepresentative kommuneutvalget. Informasjonene skulle omfatte sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og pleiepersonale uten formell kompetanse. Hovedproblemstillingen skulle være hva slags avvik det er mellom planlagt turnus og faktisk bemanning

for disse yrkesgruppene.

Dette er den første nasjonalt representative undersøkelsen av pleie- og omsorgstjenesten som noen gang er utført med utgangspunkt i data om den enkelte tjenestemottaker. Statistisk sentralbyrås pleie- og omsorgsstatistikk baserer seg på summarisk informasjon på gruppenivå. Informasjonssystemet "Gerix" har i en periode vært et supplement, og når det landsdekkende statistikkssystemet IPLOS kommer i bruk, vil en kunne hente ut informasjon derifra og gjøre mange analyser av det slaget som legges fram her. Men det vil ta minimum tre år inntil IPLOS er i drift (St. meld. nr. 45 (2002-2003)), og i tillegg må en regne enda en tid før datakvaliteten blir god nok til mer analytiske formål.

2 Utvalg og datainnsamling

Til datainnsamlingen ble det trukket et utvalg på 76 kommuner. Utvalget er stratifisert, det vil si at kommuner med bestemte egenskaper er trukket ut etter visse regler. Først ble fylker fra de fem *landsdelene* plukket ut skjønnsmessig. Østlandet ble representert ved Oslo, Akershus, Østfold og Hedmark fylker; Sørlandet ved Aust-Agder og Vest-Agder; Vestlandet ved Hordaland og Sogn og Fjordane; Midt-Norge ved Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag og Nord-Norge ved Troms og Finnmark. Så ble det trukket et tilfeldig og like stort antall kommuner etter størrelse fra hvert av de utvalgte fylkene ("stratumlotterisk utvelging"). Basert på inndelingen til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Fimreite 2000) er kommune delt i tre grupper: små (under 3 000 innbyggere), mellomstore (3-9 000) og store (over 9 000). Denne inndelingen baserer seg på variasjoner i kostnader ved kommunal tjenesteproduksjon. En oversikt over kommuneutvalget er gjengitt i tabell VB 1 i Vedlegg B.

I de fire storbyene som ble trukket ut, er kun enkelte bydeler med – to i Tromsø, to i Trondheim, én i Kristiansand og to i Oslo. Pleie- og omsorgstjenesten i disse kommunene ble bedt om å ta med bydeler med alminnelige, typiske trekk for vedkommende by. Levanger og Asker kommuner fikk etter avtale anledning til å begrense utvalget sitt etter de samme prinsippene. Tre kommuner (4 % av utvalget) så seg ikke i stand til å delta i datainnsamlingen om tjenestemottakerne; dette var Bergen og Jondal i Hordaland og Harstad i Troms. Alle kommunene var imidlertid med på personalregistreringen. De netto 73 kommunene som er representert i undersøkelsen av tjenestemottakerne utgjør 17 % av landets kommuner. Tabell 2.1 viser at det er en rimelig god overensstemmelse mellom fordelingen av kommunetyper i utvalget og på landsbasis.

I januar/februar i år ble det foretatt en datainnsamling i to ledd. Først fikk kommunene et orienteringsbrev fra Statens helsetilsyn, og en uke deretter en telefaks fra Helsetilsynet i fylkene der kommunene skulle gi informasjon om

1. turnusplan morgen/kveld/natt for stillinger på sykehjem og i hjemmesykepleien den dagen faksen kom og
2. den faktiske bemanningen på disse vaktene denne dagen

Disse opplysningene utgjør datasettet til "bemanningsundersøkelsen".

Tabell 2.1
Fordelingen av kommuner etter størrelse i utvalget sammenlignet med fordelingen på landsbasis

	<i>Antall i utvalget (netto)</i>	<i>Antall på landsbasis</i>
Små kommuner (under 3 000 innb.)	26 (36 %)	156 (36 %)
Mellomstore kommuner (3-9 000)	25 (34 %)	170 (39 %)
Store kommuner (over 9 000)	22 (30 %)	109 (25 %)

Noen dager senere fikk de samme kommunene brev fra Statens helsetilsyn og ble bedt om å registrere alle sykehjemspasienter, alle beboere i aldershjem og alle beboere i andre boliger kommunen disponerer til pleie- og

omsorgsformål (omsorgsboliger, serviceboliger, trygdeboliger o.l.) samt alle tjenestemottakere som bodde i egne, private hjem og som mottok *både* hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp). Skjemaene ble returnert via Helsetilsynet i fylkene som på denne måten koordinerte også denne delen av datainnsamlingen. Datasettet om tjenestemottakerne bygger på disse opplysningene. Brevtilkommunene og registrerings skjemaer er gjengitt i Vedlegg A til denne rapporten.

Skjemaet som ble oversendt for å kartlegge tjenestemottakerne omfatter opplysninger om

- Hvem tjenestemottakerne er (kjønn, alder, hvor de bor, hvor lenge de har bodd i kommunal bolig/institusjon), hvor de flyttet inn fra, hva som er den viktigste helsemessige årsaken til hjelpebehovet deres, og om de mottar nærmere spesifisert omfattende/faglig spesialisert hjelp
- Hvor mye praktisk bistand og hjemmesykepleie personer som bor i ulike kommunale boliger eller i egne hjem får
- Om hjelpen tjenestemottakeren får er tilstrekkelig på tre ulike områder (1. praktisk hjelp og tilsyn, 2. aktivisering og sosiale tiltak og 3. faglig hjelp) – basert på den umiddelbare og subjektive oppfatningen til fagpersonen som utførte registreringen
- Det fysiske funksjonsnivået til tjenestemottakeren målt ved "Barthels ADL-indeks" og det mentale funksjonsnivået målt ved undersøkelsesmetoden "Klinisk demensvurdering"

Å basere spørsmålet om tilstrekkelig hjelp på den registrerende fagpersonenes subjektive vurdering kan virke problematisk. En vet ikke sikkert hva den som registrerer legger i de kategoriene hun eller han har å velge mellom, i dette tilfellet: "Alt for lite", "Noe for lite", "Tilstrekkelig", "For mye". Det kan også ligge et troverdighetsproblem innebygd i framgangsmåten. Er vedkommende for eksempel redd for å gi et dårlig inntrykk av tjenestene til statens tilsynsmyndigheter? Disse spørsmålene vil bli nærmere drøftet til i kapittel 5 - "Er hjelpen tilstrekkelig?"

Det er en begrensning ved materialet at bare hjemmeboende som *både* har hjemmesykepleie og praktisk bistand er inkludert, mens hjemmeboende tjenestemottakere med bare hjemmesykepleie eller *bare* praktisk bistand er utelukket (merk altså at dette bare gjelder

hjemmeboende; *alle* beboere i alle typer kommunale boliger er registrert – uansett hva slags hjemmetjenester de får). Å registrere alle hjemmeboende som får pleie- og omsorgstjenester ville blitt en formidabel jobb for kommunene. Alt i alt var det i 2002 ca. 160 000 slike tjenestemottakere i landet, fire ganger så mange som i de kommunale institusjonene (www.ssb.no/emner/03/03/20/pleie). Derfor måtte denne delen av datainnsamlingen avgrensnes. Avgrensingen ble gjort ut fra tanken om at tjenestemottakere med både praktisk bistand og hjemmesykepleie antakelig har de største behovene og er de som får mest hjelp blant de hjemmeboende. Dessuten gav denne avgrensingsformen et klart inklusjonskriterium.

Av alle mottakere av hjemmetjenester (både de som bor i egne hjem og de som bor i kommunale boliger – offentlig statistikk skiller ikke mellom dem) utgjorde gruppen med både hjemmesykepleie og hjemmehjelp 36 % i 2002. Gruppen har vært økende de siste 10 årene (www.ssb.no/emner/03/03/20/pleie). 36 % mottar bare hjemmehjelp (en minkende gruppe) og 27 % bare hjemmesykepleie (denne gruppen øker mest av alle som får hjemmetjenester (www.ssb.no/emner/03/03/20/pleie)). I løpet av datainnsamlingen opplyste enkelte kommuner at det i den siste gruppen bl.a. befinner seg en del tjenestemottakere som tidligere fikk behandling og pleie i spesialisttjenesten, eller som denne tjenesten nå overlater til kommunehelsetjenesten på et tidligere tidspunkt enn før. Dette gjelder for eksempel enkelte barn, unge og yngre voksne med omfattende medisinske problemer der tilgangen på uformell omsorg (foreldre) gjør praktisk bistand fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten mindre aktuell. Dette betyr at utvalget kan ha svakheter når det gjelder å få belyst omfanget og arten av oppgaveforskyvninger mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Spørsmålet skal tas opp igjen kapittel 7.

Hvis en legger til grunn at bruken av hjemmesykepleie og hjemmehjelp er noenlunde likt fordelt blant tjenestemottakere med ulike oppholdssteder, omfatter analysen av hjemmesykepleie ca. 60 % av de *hjemmeboende* pasientene, nemlig de som har hjemmesykepleie i kombinasjon med hjemmehjelp. Tilsvarende er ca. 50 % av hjemmeboende hjemmehjelpsmottakere representert. (For beboere i omsorgsboliger eller andre typer kommunale boliger gjelder altså ikke disse begrensningene.) Det er rimelig å anta at eldre hjemmesykepleiepasienter blir noe

overrepresentert på denne måten, og tilsvarende blir grupper som er nevnt i forrige avsnitt underrepresentert. Hjemmehjelpsmottakere uten behov for løpende sykepleieassistanse blir også underrepresentert. Hvor store skjevheter dette fører til er det umulig å si, men det er vanskelig å tenke seg at resultatene ville blitt vesensforskjellige om alle mottakere av hjemmetjenester var blitt inkludert.

Det er også en begrensning ved datasettet at det ikke inneholder opplysninger om tjenestemottakernes sivilstand og tilgang på uformell omsorg. En lot være å spørre om dette for ikke å pålegge kommunen for mye arbeid. Selv om slike opplysninger kunne vært ønskelige, ble annen informasjon – spesielt om funksjonsnivå og helsemessige årsaker til hjelpebehovene - prioritert.

I alt er 13 240 personer registrert, 30 % menn og 70 % kvinner i en alder fra 1 til 105 år - gjennomsnittlig 78 år. Tabell 2.2 viser hvor mange som er med, sett i forhold til hvor de oppholdt seg ved datainnsamlingen:

Tabell 2.2

Antall personer i utvalget fordelt på oppholdssted

<i>Oppholdssted</i>	<i>Antall (prosent)</i>
Sykehjem	3866 (29,2)
Aldershjem	388 (2,9)
Omsorgsbolig med husbankstandard	1368 (10,3)
Annen kommunal bolig	2151 (16,2)
Eget hjem	4883 (36,9)
Uoppgitt	584 (4,4)
SUM	13240 (100,0)

Fordelingen av de aktuelle tjenestemottakerne på landsbasis lar seg ikke fastslå nøyaktig fordi offisiell statistikk ikke inneholder tilsvarende informasjon. Men det er mulig å gjøre et anslag. De sist publiserte tallene for Statistisk sentralbyrås pleie- og omsorgsstatistikk gjelder året 2002 (www.ssb.no/emner/03/03/20/pleie). De viser at på dette tidspunktet var det 37 600 plasser i sykehjem og 4 400 i aldershjem. Det var 46 400 beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (den refererte statistikken skiller ikke mellom boligtype, men ved ut-

gangen av år 2000 ble registrerte SSB ca. 13 000 omsorgsboliger og 33 000 andre boliger i kommunene (Statistisk sentralbyrå 2001)). Videre mottok som tidligere nevnt 162 000 hjemmetjenester, herav 59 000 (36 %) både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, 59 000 (36 %) bare hjemmehjelp og 44 000 (27 %) bare hjemmesykepleie. Hvis en forutsetter at 95 % av alle som bodde i kommunale boliger hadde hjemmetjenester av ett eller annet slag (i det foreliggende utvalget er andelen 96 %), er dette 44 100 personer. Det betyr at anslagsvis 117 900 av de 162 000 med hjemmetjenester i 2002 var hjemmeboende (162 000 – 44 100 = 117 900) dette året. Hvis en videre forutsetter at andelen av tjenestemottakere med både hjemmehjelp og hjemmesykepleie er noenlunde lik blant de som bor i kommunale boliger og de som bor hjemme (36 %), hadde anslagsvis 42 400 hjemmeboende både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Ut fra en slik beregningsmåte ville den aktuelle målgruppen for undersøkelsen fordelt seg slik på landsbasis: 29 % i sykehjem, 3 % i aldershjem, 36 % i omsorgsbolig og annen kommunal bolig og 32 % i eget hjem. Dette er i rimelig samsvar med fordelingen i undersøkelsesutvalget, selv om andelen tjenestemottakere i ulike kommunale boliger her ikke er fullt så høy.

Fordelingen av kommuner (tabell 2.1) og fordelingen av tjenestemottakere i utvalget (tabell 2.2) sammenlignet med landet som helhet gir grunnlag for å si at undersøkelsesutvalget er tilfredsstillende gitt de stratifiserings- og inklusjonskriteriene som er benyttet.

I framstillingen i det følgende er det i alle relevante sammenhenger benyttet statistiske tester som beregner sannsynligheten for om resultatene kan skyldes tilfeldige feil i utvalget eller representerer reelle forskjeller (såkalte "signifikans-tester"). Disse testene er ikke gjengitt i tabellene i den løpende teksten, men der det hefter slik usikkerhet ved funnene, er dette bemerket spesielt. I og med at datasettet er stort, forekommer dette svært sjelden. Dersom intet er sagt, er funnene "signifikante på 0,001-nivå" - det vil si: sannsynligheten for at tilfeldigheter kan ha påvirket resultatene er under én prosent. Enkelte analyser som forutsetter en del kunnskap om statistikk (såkalte multivariate metoder) er bare gjengitt i en svært forenklet form. Utfyllende beregninger finnes i Vedlegg B.

3 Hvem er tjenestemottakerne?

3.1 Kjønn, alder og funksjonsnivå

Førstsklnoenhovedkjennetegnvedtjenestemottakerne presenteres. Hva slags tjenester personer i ulike *oppholdssteder* (boformer) mottar er en viktig problemstilling i denne rapporten. Derfor grupperes beskrivelsene primært etter denne dimensjonen.

Tjenestemottakernes *funksjonsnivå* er imidlertid også et viktig trekk. Det er nevnt tidligere at denne undersøkelsen benytter to mål for å karakterisere funksjonsnivået: "Barthels ADL-indeks" og "Klinisk demensvurdering" (se Kjellsberg 1996 for en orientering om disse målemetodene).

Barthels ADL-indeks (ADL="Activities of Daily Living") er en mye benyttet metode til å måle omfanget av funksjonssvikt i ti basale egenomsorgsfunksjoner, så som personlig hygiene, å kle på seg, kontinens, mobilitet osv. (se registreringskjemaet i Vedlegg A, spørsmål 26-35). Det er først og fremst *omfattende* funksjonssvikt som måles på denne måten. Mer begrenset funksjonssvikt som ofte karakteriseres ved de såkalte IADL-funksjonene ("Instrumental Activities of Daily Living") - husholdsoppgaver som å betale regninger, håndtere telefonen, handle, lage mat osv. - er ikke målt. Barthels ADL-indeks uttrykker funksjonsnivået (eller hjelpebehovet; i denne sammenheng regnes dette som synonyme begreper) i form av et tall mellom 0 og 20. Et høyt tall angir stor grad av selvhjulpenhet, et lavt tall lavt funksjonsnivå - eller store hjelpebehov.

For å gi leseren et bilde av hva tallene på denne skalaen betyr, skal det gis to eksempler på hvordan funksjonsnivået er hos mennesker med ulike skårer. En Barthel-skåre mellom 5 og 9 poeng betyr for eksempel at personen

ikke er i stand til å gå og trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og til å spise. Hun eller han er vanligvis inkontinent for både urin og avføring. Gjennomsnittet for sykehjemspasienter ligger i dette området (Romøren og Svorken 2003). En person med en Barthel-skåre mellom 15 og 19 er derimot vanligvis kontinent, men trenger litt hjelp til å gå og til å kle seg, eller til personlig hygiene. Dette funksjonsnivået er ganske vanlig hos hjemmeboende tjenestemottakere (Romøren og Svorken 2003).

"Klinisk demensvurdering" (KDV - se registreringskjemaet i Vedlegg A, spørsmål 36-40) er en metode til å vurdere mental svikt, og den blir vanligvis benyttet for å karakterisere graden av demens. Den KDV-varianten som er benyttet her, måler fem forskjellige funksjoner: hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, og mentale evner som er en forutsetning for å delta i samfunnsaktiviteter, og for å utføre huslige gjøremål. Målet er altså sammensatt; det beskriver funksjonsnivået primært langs dimensjoner som har med kognisjon å gjøre, men inkluderer funksjoner som er avhengig av generell psykisk kapasitet. I analysene i det følgende benyttes kun sumskårer for denne femleddede KDV-skalaen, og den er benyttet for alle typer av hjemmottakere. Både personer med demens, psykisk utviklingshemmede, mennesker med psykiske lidelser og personer med somatisk sykdom kan ha mental svikt som fanges opp av KDV.

KDV-skalaen går fra 0 til 15, men her betyr en økning i verdiene det motsatte av hva de gjør i Barthel-skalen. Et høyt tall i KDV er tegn på sviktende mental/kognitiv funksjon, mens det altså er omvendt for de funksjonene Barthel måler. En person med alvorlig mental svikt vil ha en gjennomsnittsskåre på mer enn

12 på denne skalaen, en med moderat svikt 9-10 og en med lett 5-6. Lett kognitiv/mental svikt betyr for eksempel lett hukommelsestap som virker inn på dagliglivets aktiviteter og/eller vansker med å orientere seg og å løse problemer; personen trenger vanligvis også hjelp til å fungere sosialt, har svekket interesse for hobbyer og trenger oppfordring til å stille seg. Alvorlig mental/kognitiv svikt betyr vanligvis stort hukommelsestap og/eller manglende evne til å orientere seg; personen er også uten evne til å fungere i sitt eget hjemlige miljø, og trenger omfattende hjelp til eget stell.

Tabell 3.1 viser kjønnsfordelingen, gjennomsnittsalderen og gjennomsnittsskårer for Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering hos alle tjenestemottakere i undersøkelsesutvalget etter hvor de oppholdt seg ved undersøkelsestidspunktet. Oppholdsti-

den – dvs. hvor lenge tjenestemottakeren har bodd i henholdsvis sykehjem, aldershjem og kommunal boliger er også angitt.

Tabellen viser – ikke overraskende – at det store flertallet av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenesten er eldre, og de er kvinner. Jo eldre tjenestemottakerne er, dess større er kvinneandelen. De som bor i kommunale boliger uten husbankstandard er den yngste gruppen, aldershjemsbeboerne de eldste. Dette er også som forventet. Flere av de nevnte boligene er bygget i forbindelse med HVPU-reformen, og de fleste utviklingshemmede er yngre mennesker. Aldershjemsbeboerne representerer på sin side selekterte individer med en viss helsesvikt som likevel kan oppnå meget høy alder før de dør (Romøren 2001).

Tabell 3.1

Tjenestemottakerne i ulike oppholdssteder etter kjønn, alder, funksjonsnivå og oppholdstid. N=13240.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Andel kvinner (prosent)</i>	<i>Alder (gjennomsnitt for alle)</i>	<i>Barthels ADL-indeks (gjennomsnitt for alle)</i>	<i>KDV sumskåre (gjennomsnitt for alle)</i>	<i>Oppholdstid i år (gjennomsnitt for alle)</i>
Sykehjem	73,0	84,0	8,1	10,2	2,9
Aldershjem	70,2	84,2	12,8	7,3	3,2
Omsorgsbolig med husbankstandard	68,2	74,8	14,8	4,5	3,2
Annen kommunal bolig	63,6	71,1	15,5	4,1	5,9
Eget hjem	69,8	77,6	16,6	2,9	..
SUM	69,5	78,4	13,5	5,6	3,7*)

*) Hjemmeboende ikke medregnet

Tallene for funksjonsnivå viser klare og entydige trekk. Vurdert etter Barthels ADL-indeks er

sykehjemspasientene en svært skrøpelig gruppe; ”gjennomsnittspasienten” svarer til den beskrivelsen som tidligere er gitt av personer med sumskåre 5-9 (ikke i stand til å gå, trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg, til å spise og er inkontinent). De som bor i aldershjem er en del sprekere, mens beboere i begge typer kommunale boliger i gjennomsnitt har et begrenset funksjonstap målt på denne måten. De hjemmeboende er enda noe sprekere. For de tre siste gruppene er funksjonsnivået i gjennomsnitt som for personer med Barthels-skåre 15-19 (vanligvis kontinent, trenger litt hjelp til å gå og til å kle seg,

eller til personlig hygiene). Men i alle grupper er det både en viss spredning og en viss overlapp. Det finnes for eksempel sykehjemspasienter som er nesten like sprekke som hjemmeboende, og det finnes beboere i omsorgsboliger som har et funksjonsnivå på linje med sykehjemspasienter.

Resultatene fra KDV-målingene viser det samme mønsteret som for Barthels ADL-indeks.

Oppholdstiden ved undersøkelsestidspunktet er rundt tre år i gjennomsnitt for alle som bor

i institusjon eller omsorgsbolig med husbankstandard. For tjenestemottakere som bor i andre kommunale boliger er den rundt seks år. Disse likhetene og forskjellen har varierende årsaker, fra tilbudets byggeår (for omsorgsboliger med husbankstandard er fra 1994 og framover, mens andre kommunale boliger kan være helt fra 1960- eller 1970-årene), kommunens omsorgspolitik (for eksempel om sykehjemspasienter bør ha et kortest mulig opphold eller ikke, om de som bor i de nye omsorgsboligene skal – eller ikke skal - bo der livet ut) osv.

Funnene i tabell 3.1 stemmer overens med resultatene fra en tilsvarende undersøkelse som ble gjort i alle kommunene i Nord-Trøndelag i 2002 (Romøren og Svorken 2003). I Nord-Trøndelag ble hjemmeboende tjenestemottakere ikke registrert, men gjennomsnittlig Barthel-skåre for sykehjemspasientene var 7,6 - for aldershjembeboerne 10,0. For beboerne i de nye omsorgsboligene bygget med husbankstandard etter 1993 var den 14,9. Gjennomsnittlig (justert, femleddet) KDV-skåre var henholdsvis 9,3 i sykehjem, 7,8 i aldershjem og 4,0 i de nye omsorgsboligene.

Sett i lys av utbyggingen under Handlingsplan for eldreomsorgen kan en slå fast at første generasjons beboere i de nye omsorgsboligene ut fra en gjennomsnittsbetraktning er mennesker med et begrenset hjelpebehov sammenlignet med sykehjemspasientene. Funksjonsnivået til de som bor i de nye omsorgsboligene er bare noe lavere enn gjennomsnittet for tjenestemottakerne i vanlige

hjem (med både praktisk bistand og hjemmesykepleie; denne presiseringen skal ikke til stadighet gjentas i det følgende, men leseren bør hele tiden ha den i mente når de ulike gruppene sammenlignes). Men det må nok en gang understrekes at det her er snakk om gjennomsnittsverdier. Undersøkelsen fra Nord-Trøndelag viste at enkelte kommuner bruker noen av de nye omsorgsboligene sine som alternativ til sykehjemsoversorg og utformer og bemanner dem tilsvarende. Disse boligene betegnes ofte som ”omsorgsboliger med sykehjemsstandard”, og det er en sterk sammenheng mellom funksjonsnivået og omfanget av hjemmetjenester som ytes der (Romøren 2003). Kvaliteten av og fornøydeligheten med disse tjenestene ble imidlertid ikke undersøkt i Nord-Trøndelagsundersøkelsen. Dette vil en imidlertid kunne få indikasjoner på i kapittel 5 i nærværende studie.

3.2 Den viktigste helsemessige årsaken til hjelpebehovene

De hjelpebehovene som er beskrevet over, skyldes mange ulike helsemessige årsaker. Pleie- og omsorgstjenesten forholder seg til mennesker med et meget bredt spektrum av sykdomstilstander og funksjonshemninger. Tabell 3.2 gir en oversikt over hva som er det viktigste helseproblemet eller den viktigste funksjonshemningen som ligger til grunn for hjelpebehovet.

Tabell 3.2

Viktigste helsemessige årsak til hjelpebehovet hos personer i ulike oppholdsste-

der. Prosent. N=12118.

Viktigste årsak	Syke- hjem	Alders- hjem	Omsorgs- bolig med husbank- standard	Annen kommun- nal bolig	Eget hjem	Alle
Psykisk utviklingshemning	0,9	1,6	12,2	17,1	2,2	5,3
Annen medfødt funksjonshemning	0,3	1,1	1,7	1,8	1,2	1,1
Følgetilstand etter omfattende skade						
Under 60 år	0,3	0,3	1,2	1,5	0,8	0,8
Over 60 år	3,8	2,4	1,3	1,7	3,3	2,9
Psykisk lidelse	8,9	12,4	14,3	18,3	12,9	12,7
Aldersdemens	42,4	33,8	12,9	7,4	10,5	20,9
Hjerte- eller lungelidelse	7,7	13,2	15,2	15,0	19,4	14,4
Hjerneslag	14,9	8,4	9,5	8,2	10,7	11,4
”Aldersdomssvekkelse”	2,8	5,9	7,8	5,7	6,6	5,4
Kreftsykdom	2,3	1,1	2,1	2,1	4,1	2,9
Diabetes	0,7	0,8	1,4	1,8	2,8	1,8
Parkinsons sykdom	2,3	0,5	1,8	1,1	1,3	1,6
Reumatisk sykdom	0,5	1,9	1,2	0,8	2,2	1,3
Synssvekkelse	0,7	1,9	1,5	1,4	1,3	1,2
Artroser	0,7	0,8	1,1	1,1	1,6	1,2
Osteoporose	0,7	0,5	0,8	0,9	1,6	1,2
Multippel sklerose	0,5	0,3	1,3	1,2	1,3	1,1
Lårhalsbrudd	0,9	0,8	0,2	0,5	0,8	1,0
Sår/sårstell	0,1	0,0	0,4	0,3	1,6	0,7
Rygglidelse	0,3	0,5	1,0	0,6	1,1	0,7
Rusmiddelmisbruk	0,4	0,5	0,8	0,8	0,9	0,7
Alle andre sykdommer*)	3,2	1,4	3,2	4,1	5,3	4,1
Uspesifisert diagnose	4,5	9,7	7,2	6,9	6,4	6,1
SUM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	(3793)	(370)	(1305)	(1981)	(4669)	(12118)

*) for eksempel epilepsi, poliomyelitt, amputasjon av legg eller ben på grunn av sirkulasjonsvikt, og andre bruddskader enn lårhalsbrudd.

Tabellen viser at noen helseproblemer går igjen hos mange, mens andre bare finnes i mindre

grupper. De helseproblemene/funksjonshemningene som oftest går igjen er

1. Aldersdemens (20,9 %)
2. Hjerte- og lungelidelser (14,4 %)
3. Psykiske lidelser (12,7 %)
4. Hjerneslag (11,4 %)
5. "Alderdomssvekkelse" (5,4 %)
6. Psykisk utviklingshemning (5,4 %)

Mange tjenestemottakere kan ha flere sykdommer på én gang. Eldre med en hjerte- eller en lungelidelse kan for eksempel ha tegn på demens, og omvendt. Den fordelingen som er vist her, baserer seg på at den som registrerer ble bedt om å velge ut den sykdommen som en mener er den viktigste årsaken til hjelpebehovet. Andelen med lårhalsbrudd som viktigste årsak er lavere enn det en kunne vente, sammenlignet med andre tilsvarende undersøkelser (se for eksempel Romøren 2001). Trolig er en del slike brudd, spesielt blant de eldre tjenestemottakerne, registrert under "følgetilstand etter omfattende skade".

Selvom en finner tjenestemottakere med alle typer helseproblemer i alle de fem registrerte oppholdsstedene, er det likevel en viss sammenheng mellom helseproblem og oppholdssted. Aldersdemens er vanligst hos de som oppholder seg i sykehjem og i aldershjem; hjerte- og lungelidelser, psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning er vanligst hos mennesker som bor i kommunale boliger. Blant tjenestemottakere i eget hjem er hjerte- og lungelidelser og psykiske lidelser hyppig. Helseproblemene til mennesker i institusjon har altså felles trekk, og det samme kan man si om helseproblemene til de som bor utenom institusjon. Unntaket er psykisk utviklingshemning, som forekommer hyppigere blant de som bor i en av de kommunale boligtypene – hvorav mange ble reist under HVPU-reformen på 1990-tallet.

Fellesnevneren for fordelingen av helseproblemene i og utenom kommunale institusjoner er selvsagt funksjonsnivået. Demenssykdommene fører uten unntak til betydelig funksjonssvikt og derfor før eller siden ofte til institusjonalisering. Hjerte- eller lungelidelser eller psykiske lidelser svekker vanligvis ikke den som er rammet i samme grad. Disse tjenestemottakerne kan derfor lettere tas hånd om i kommunale boliger eller egne

hjem.

Tjenestemottakere med ulike helsemessige hovedårsaker til hjelpebehovet er også ulike når det gjelder kjønn og alder. Tabell VB 2 i Vedlegg B gir en oversikt. Tabellen viser at kvinner er i flertall unntatt i to grupper - blant psykisk utviklingshemmede og blant tjenestemottakere med rusmiddelmissbruk. I denne siste gruppen er manddominansen stor. Den yngste gruppen er – ikke uventet – psykisk utviklingshemmede, men også tjenestemottakere med multippel sklerose og medfødt fysisk funksjonshemning har en lavere gjennomsnittsalder enn andre. Målt med Barthel-indeksen er de skrøpeligste tjenestemottakerne uten tvil de med *multippel sklerose*. Svært skrøpelige, men likevel på et høyere funksjonsnivå enn MS-pasientene er tjenestemottakere med hjerneslag, Parkinsons sykdom, aldersdemens, og de med følgetilstander etter omfattende skader. Den *mentale* svikten (KDV) er – naturlig nok – særlig stor blant aldersdemente og dernest psykisk utviklingshemmede, men også mennesker med hjerneslag, Parkinsons sykdom, følgetilstander etter skader og tjenestemottakere med psykiske lidelser har svikt på funksjonsområder som KDV-skalaen dekker.

3.3 Fire hovedgrupper av helseproblemer/funksjonshemninger

I de videre analysene i denne rapporten er tjenestemottakerne delt inn i fire grupper etter den viktigste helsemessige årsaken til hjelpebehovet:

1. Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning
2. Tjenestemottakere med psykiske lidelser
3. Tjenestemottakere med aldersdemens
4. Tjenestemottakere med primært somatiske lidelser

Tabell 3.3 gir en oversikt over hvor store disse fire gruppene er, deres kjønns- og aldersfordeling, og deres gjennomsnittlige sumskåre for Barthel og KDV. Den viser at eldre, kvinnelige tjenestemottakere med somatisk sykdom som hovedårsak til hjelpebehovet er i klart flertall i pleie- og omsorgstjenesten, mens psykisk utviklingshemmede utgjør den minste, minst kvinne-dominerte og yngste gruppen. Funksjonsnivået når det gjelder basal egenomsorg (Barthel-indeksen)

er lavest hos aldersdemente, dernest kommer de med somatisk sykdom og psykisk utviklingshemmede, mens mennesker med psykiske lidelser har det høyeste funksjonsnivå på dette området. Når det gjelder mental svikt, er den – som allerede nevnt – størst blant aldersdemente, dernest hos utviklings-

hemmede og mennesker med psykiske lidelser, mens personer med somatisk sykdom – som forventet – har best funksjonsnivå på dette området.

Tabell 3.3

Fire hovedgrupper av helseproblemer/

funksjonshemninger: Fordeling, andel kvinner, gjennomsnittlig alder, funksjonsnivå. N=13240.

<i>Viktigste grunn til hjelpebehovet</i>	<i>Andel av hele utvalget (prosent)</i>	<i>Andel kvinner (prosent)</i>	<i>Alder (gjennomsnitt for alle)</i>	<i>Barthels ADL-indeks (gjennomsnitt av sumskåre)</i>	<i>KDV (gjennomsnitt av sumskåre)</i>
Psykisk utviklingshemning	5,4	49,6	46,8	14,4	6,8
Psykisk lidelse	12,8	67,4	69,7	15,9	5,0
Aldersdemens	21,3	78,3	84,8	10,8	11,2
Somatisk sykdom	60,6	68,7	80,9	13,8	3,8
Alle	100,0	100,0	78,5	13,4	5,7

Hovedhelseproblem, funksjonsnivå og oppholdssted (jf. tabell 3.3).

Det er tidligere vist hvordan tjenestemottakere med ulike helseproblemer rekrutteres til ulike oppholdssteder (tabell 3.2). Det er for eksempel en større andel mennesker med aldersdemens i sykehjemmene enn i kommunale boliger eller egne hjem, og en større andel mennesker med utviklingshemning eller psykiske lidelse i kommunale boliger enn andre steder. Men det er også slik at grupper av tjenestemottakere med ulike helseproblemer har systematisk ulikt funksjonsnivå, og dermed også forskjellige hjelpebehov

Videre er det også en sterk sammenheng mellom oppholdssted og funksjonsnivå (jf. tabell 3.1). De som er i sykehjem er svært skrøpelige, de som bor i kommunale boliger eller egne hjem i gjennomsnitt langt sprekere. Men kan en også gjenfinne dette hierarkiet av funksjonsnivå mellom ulike oppholdssteder på tvers av de helseproblemene tjenestemottakerne har? Er for eksempel aldersdemente som bor hjemme mindre kognitivt svekket enn aldersdemente som er i sykehjem? Tabell 3.6 og 3.7 viser dette.

Tabell 3.4

Gjennomsnittlig Barthel-skåre hos tjenestemottakere med ulike hovedhelseproblemer etter oppholdssted. N=11409.

	<i>Sykehjem</i>	<i>Aldershjem</i>	<i>Omsorgsbolig med husbankstandard</i>	<i>Annen kommunal bolig</i>	<i>Eget hjem</i>
Psykisk utviklingshemning	9,5	12,0	14,4	14,1	17,2
Psykisk lidelse	10,1	15,3	17,2	17,7	18,0
Aldersdemens	8,4	11,8	14,0	14,8	16,3
Somatisk lidelse	7,5	13,2	14,7	15,3	16,5

Tabell 3.4

Gjennomsnittlig KDV-skåre hos tjenestemottakere med ulike hovedhelseproblemer etter oppholdssted. N=11409.

	<i>Sykehjem</i>	<i>Aldershjem</i>	<i>Omsorgs- bolig med husbank- standard</i>	<i>Annen kommunal bolig</i>	<i>Eget hjem</i>
Psykisk utviklings- hemning	9,8	8,2	7,0	6,9	4,9
Psykisk lidelse	8,8	6,0	4,0	4,2	3,6
Aldersdemens	12,8	11,3	9,4	8,4	7,5
Somatisk lidelse	8,2	5,0	3,1	2,9	2,1

Tabellene viser et helt regelmessig mønster. Både når det gjelder basal egenomsorg (Barthel) og kognitiv funksjon (KDV) har mennesker med samme hovedhelseproblem i institusjon et lavere funksjonsnivå enn de som bor i kommunale boliger eller hjemme. Og for alle grupper er hierarkiet det samme

som vist i tabell 3.1: sykehjemspasientene er de skrøpeligste, dernest kommer aldershjembeboerne, så de som bor i omsorgsboliger med husbankstandard, så tjenestemottakere i andre kommunale boliger, mens de hjemmeboende i gjennomsnitt er de sprekeste av alle.

4 Hvilke tjenester har tjenestemottakerne?

De tjenestemottakerne som er beskrevet i foregående kapittel oppholder seg tre ulike steder: i institusjoner, i kommunale boliger og i privat hjem. De to siste gruppene mottar hjemmetjenester. I tillegg vil de vanligvis ha kontakt med en allmennpraktiserende lege ("fastlege") og annet fagpersonale som fysio- og ergoterapeut, logoped osv. De som bor i institusjon vil ha hjelp av personalet der, innbefattet tilsynslege og evt. fysio- og ergoterapeut og annet fagutdannet personale.

4.1 Mottakere av hjemmetjenester

Omfanget av hjemmetjenester er målt ved antall timer praktisk bistand per uke og antall besøk av hjemmesykepleien per uke. Det er også gitt informasjon om besøkene fra hjemmesykepleien er av kortere (under 15 minutter) eller lengre varighet (over 60 minutter).

Tabell 4.1 på neste side viser omfanget av praktisk bistand og av hjemmesykepleie som personer med hjemmetjenester mottok på undersøkelsestidspunktet. Gjennomsnittet for alle var 4,5 timer praktisk bistand per uke og 10 besøk fra hjemmesykepleien per uke. De som bor hjemme får minst av begge deler. De som bor i omsorgsbolig med husbankstandard får flest hjemmesykepleiebesøk, mens de som bor i andre kommunale boliger

får mest praktisk bistand. Denne ulikheten i tjenestebruk mellom gruppene kan skyldes at de har forskjellige behov. Tabellene 3.1. og 3.2 i forrige kapittel antyder jo at selv om de tre gruppene med hjemmetjenester har mange felles trekk, er det også ulikheter mellom dem. Om disse kan bidra til å forklare de forskjellene i tildelte tjenester som tabell 4.1. viser, eller om det dreier seg om en reell forfordeling, er et spørsmål som skal tas opp senere i dette kapitlet.

Tabell 4.1 gir også opplysninger om varigheten av hjemmesykepleiebesøkene og om omfanget av tilsyn på kvelden og om natten. 51 % av de besøkene hjemmesykepleien foretar varer mindre enn 15 minutter og 18 % varer mer enn en time; det betyr at 32 % varer fra 15 til 60 minutter. Besøkene til tjenestemottakere i begge typer kommunale boliger har omtrent samme profil: 50-60 % er på under 15 minutter, rundt 20 % er på 15-60 minutter og rundt 20 % på over en time. De som bor hjemme får relativt sett færre korte besøk, men også færre lengre. Det vanligste for de som bor hjemme er å få besøk av hjemmesykepleien som varer mellom 15 og 60 minutter (45 %). Tilsyn om kvelden og natten skjer hyppigst i de nye omsorgsboligene, noe sjeldnere i andre kommunale boliger og svært sjeldent for hjemmeboende tjenestemottakere.

Tabell 4.1

Hjemmesykepleie og praktisk bistand til personer i omsorgsbolig med husbankstandard, i annen bolig med kommunal disposisjonsrett og i hjemmet (ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett). N=7430.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Antall timer praktisk bistand per uke (gjennomsnitt)</i>	<i>Antall besøk av hjemmesykepleien per uke (gjennomsnitt)</i>	<i>Andel besøk som varer under 15 minutter (prosent)</i>	<i>Andel besøk som varer mer enn 60 minutter (prosent)</i>	<i>Andel som har regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien om kvelden (prosent)</i>	<i>Andel som har regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien om natten (prosent)</i>
Omsorgsbolig med Husbankstandard	6,6	17	62	20	55	26
Annen bolig med kommunal disposisjonsrett	8,4	11	53	23	41	15
Hjemmet	2,3	8	41	14	30	5
SUM	4,5	10	51	18	36	11

De kommunale boligene

Omsorgsboliger og andre kommunale boliger kan være lokalisert og betjent på ulike måter. Undersøkelsen fra Nord-Trøndelag i 2002 viste at mange av de nye omsorgsboligene ("omsorgsboliger med husbankstandard", alle bygd etter 1993 og svært mange under "Handlingsplan for eldreomsorgen") er lokalisert i umiddelbar nærhet av sykehjem (31 %). En fant også at en høy andel av omsorgsboliganleggene (80 %) er organisert som bo-

fellesskap, og at mange også har stasjonær bemanning (60 %) (Romøren og Svorken 2003). I det landsrepresentative utvalget som er analysert her er andelen bofellesskap lavere. 52 % av de nye omsorgsboligene er bygget som bofellesskap. For andre kommunale boliger er andelen

42 %. Tabell 4.2 viser omfanget av stasjonær bemanning og hvor langt unna – målt i tid – hjelpen befinner seg for tjenestemottakere som befinner seg i ulike oppholdssteder.

Tabell 4.2

Boligform og nærhet til hjemmetjenesten. Prosent av registrerte tjenestemottakere. N=3394.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Boligen har stasjonær bemanning</i>	<i>Hjelperne kommer utenfra i.l.a. 3-5 minutter</i>	<i>Hjelperne kommer utenfra i.l.a. 5-10 minutter</i>	<i>Hjelperne kommer utenfra etter mer enn 10 minutter</i>	<i>Sum</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	56	22	11	11	100
Annen bolig med kommunal disposisjonsrett	60	13	14	13	100
Eget hjem	4	8	32	56	100

I begge typer kommunale boliger får tre av fem tjenestemottakere hjelp fra stasjonær bemanning. For de som får hjelp utenfra er avstanden til hjelpen målt i tid også relativt lik. Hovedinntrykket er altså at forskjellen er liten på omsorgsboliger og andre kommunale boliger, og at det for begge i nær halvparten av tilfellene dreier seg om kollektivt organiserte boformer med fast bemanning, - en kan godt si "mini-" eller "kvasi-institusjoner" (se også Ytrehus 1999).

Noen ganske få hjemmeboende har døgnbemanning; de fleste av disse er yngre mennesker med psykisk utviklingshemning. Flertallet av de hjemmeboende har – naturlig nok - hjelpen mer enn ti minutter unna.

Hvor mye hjemmetjenester får mennesker med omfattende hjelpebehov i de ulike boligene?

I debatten om de nye omsorgsboligene har mange reist tvil om den hjelpen som gis der er tilstrekkelig, spesielt for svært skrøpelige beboere. Data fra Nord-Trøndelag i 2002 viste at det var en meget sterk sammenheng mellom omfanget av hjelpen og hjelpebehovet til de som bodde i omsorgsboliger med husbankstandard. Men likevel: var den god nok? Dette spørsmålet hadde ikke Nord-Trøndelagsundersøkelsen data til å kunne svare på. I det følgende skal vi først se om sammenhengen mellom behov og tilbud i hjemmetjenesten også gjelder nasjonalt. I neste kapittel presenteres informasjon om hjelpen både i omsorgsboligene og andre steder ansees som tilstrekkelig.

For å studere sammenhengen mellom hjelpebehov og tilbud er (som i Nord-Trøndelagsundersøkelsen) tjenestemottakerne inndelt i fem grupper etter deres funksjonsnivå målt med Barthels-ADL-indeks: "Totalt hjelpeavhengige", "Sterkt hjelpeavhengige", "Trenger en del hjelp", "Trenger litt hjelp" og "Selvhjulpen". Gruppene er definert slik:

- *"Totalt hjelpeavhengig"* (Barthel 0-4 poeng): Personen er overhodet ikke i stand til å gå eller forflytte seg, trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og til å spise, og er helt inkontinent.
- *"Sterkt hjelpeavhengig"* (Barthel 5-9 poeng): Personen er oftest ikke i stand til å gå, trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og ofte også til å spise, og er delvis eller helt inkontinent.
- *"Trenger en del hjelp"* (Barthel 10-14 poeng): Personen trenger hjelp til å gå og til å kle seg, og mye hjelp til personlig hygiene. Ofte inkontinent for urin.
- *"Trenger litt hjelp"* (Barthel 15-19 poeng): Trenger litt hjelp til å gå, og til å kle seg eller til personlig hygiene. Kontinent.
- *"Selvhjulpen"* (Barthel 20 poeng): Går uten hjelp, også i trapper. Kontinent, trenger ingen hjelp til personlig hygiene, påkledning eller til å spise.

Tabell 4.3 viser hvor mye hjelp tjenestemottakere med ulikt funksjonsnivå får etter hvor de oppholder seg.

Tabell 4.3

Antall timer praktisk bistand per uke og antall besøk fra hjemmesykepleien per uke hos tjenestemottakere med ulikt funksjonsnivå etter oppholdssted.

	<i>Andel av de som bor i de respektive oppholdsstedene (prosent)</i>	<i>Antall timer praktisk bistand per uke (gjennomsnitt)</i>	<i>Antall besøk av hjemmesykepleien per uke (gjennomsnitt)</i>
<i>Totalt hjelpeavhengig</i>			
Omsorgsbolig (n=93)	7	19,5	38
Annen komm. bolig (n=110)	5	33,5	32
Eget hjem (n=89)	2	10,0	22
Alle (n=292)	3	22,1	30
<i>Sterkt hjelpeavhengig</i>			
Omsorgsbolig (n=118)	9	5,0	38
Annen komm. bolig (n=128)	6	15,6	24
Eget hjem (n=227)	5	3,5	18
Alle (n=473)	6	7,2	24
<i>Trenger en del hjelp</i>			
Omsorgsbolig (n=228)	18	11,5	25
Annen komm. bolig (296)	15	11,5	16
Eget hjem (n=695)	15	2,5	13
Alle (n=1219)	16	6,3	16
<i>Trenger litt hjelp</i>			
Omsorgsbolig (n=598)	48	4,3	12
Annen komm. bolig (n=967)	52	6,2	9
Eget hjem (n=2334)	52	2,2	6
Alle (n=3899)	51	3,5	8
<i>”Selvhjulpen”</i>			
Omsorgsbolig (n=241)	18	3,4	6
Annen komm. bolig (n=405)	21	3,5	4
Eget hjem (n=1301)	27	1,8	5
Alle (n=1947)	24	2,3	5
<i>Totalt</i>			
Omsorgsbolig (n=1278)	100	6,5	17
Annen komm. bol. (n=1906)	100	8,5	11
Eget hjem (n=4646)	100	2,3	8
Alle (N=7830)	100	4,5	10

Av tabellen framgår det at det er en større andel svært skrøpelige og en mindre andel selv-

hjulplne i omsorgsboligene, sammenlignet med de som bor hjemme. Beboere i de øvrige kommunale boligene utgjør en mellomgruppe. Av de tre oppholdsstedene huser omsorgsboligene med andre ord tjenestemottakerne med de største hjelpebehovene, jf. også tabell 3.1 i forrige kapittel. De største gruppene er likevel de som er ”selvhjulplne” eller bare trenger ”litt” hjelp – m.a.o. mennesker med moderate hjelpebehov. Dette gjelder uansett oppholdssted.

Sammenligner en på denne måten tjenestemottakere med samme funksjonsnivå, må en

foreløpig trekke den konklusjon at det er den lille andelen svært skrøpelige *hjemmeboende* som ser ut til å få minst hjemmetjenester sammenlignet med tilsvarende tjenestemottakere i omsorgsboliger eller i andre kommunale boliger. ”Totalt” eller ”sterkt” hjelpeavhengige i omsorgsboliger får mest hjemmesykepleie, de i andre kommunale boliger mest praktisk bistand. Dette *kan* skyldes ulike behov, bl.a. er det jo en større andel psykisk utviklingshemmede i kommunale boliger utenom omsorgsboliger (jf. tabell 3.2), og det miljøarbeidet som ytes der, regnes vanligvis som praktisk bistand. Dette bidrar til å trekke

gjennomsnittstallet for denne tjenesten opp. I omsorgsboligene er det på den annen side en større andel aldersdemente (jf. også tabell 3.2), og det er ikke uvanlig at mennesker med aldersdemens oftere mottar besøk av hjemmesykepleien enn andre. Disse spørsmålene skal drøftes nærmere i neste avsnitt.

I tabell 4.3 er det et unntak i det ellers regelmessige mønsteret som er vanskelig å forklare. Dette gjelder den praktiske bistanden i omsorgsboligene. Den nest skrøpeligste gruppen, de sterkt hjelpeavhengige, får langt mindre praktisk bistand enn gruppen som trenger en del hjelp, ja de får nesten det samme timetallet som de som bare trenger litt hjelp. På den annen side får de svært mange besøk fra hjemmesykepleien. Kanskje trenger de dette mer enn praktisk bistand?

Foreløpig kan en konkludere med at det også i dette datasettet en ganske klar sammenheng mellom behov og tilbud, om enn ikke så entydig og sterk som i Nord-Trøndelag. Men om fem til seks besøk av hjemmesykepleien og noen timer praktisk hjelp per dag er tilstrekkelig for en som er ”totalt” eller ”sterkt” hjelpeavhengig, er ikke uten videre gitt. Svar på dette spørsmålet gis i neste kapittel.

4.2 Hva bidrar til å forklare variasjoner i tilbudet av hjemmetjenester?

Fordelingen av de to ressursene praktisk bistand og hjemmehjelp skal i det følgende analyseres nærmere i en såkalt multivariat regresjonsmodell. Dette er en metode som gjør det mulig å studere den separate og relative effekten av flere forklaringsfaktorer på én gang. Metoden gir både mer detaljerte og nyanserte svar enn de en kan trekke ut av krysstabeller som tabell 4.3. Det skal undersøkes om følgende forhold – hver for seg og uavhengig av hverandre – har betydning for henholdsvis antall timer praktisk bistand per uke og antall besøk fra hjemmesykepleien per uke som tjenestemottakerne får:

- Kjønn
- Alder
- Funksjonsnivå målt ved Barthels ADL-indeks
- Hovedårsaken til hjelpebehovet: psykisk utviklingshemning, psykisk lidelse, aldersdemens eller somatisk lidelse
- Oppholdssted: omsorgsbolig med hus-

bankstandard, annen kommunal bolig, eller hjemmet

- Antall innbyggere i kommunen tjenestemottakeren bor (kommunestørrelse)

Hensikten med en slik undersøkelse er å finne ut av i hvilken grad noen av de nevnte faktorene isolert sett bidrar til å forklare variasjoner i omfanget av hjemmetjenester. Får for eksempel menn mer hjelp enn kvinner – uavhengig av andre forhold? Øker hjelpen med alderen eller funksjonsnivået, alt annet likt? Får tjenestemottakere med utviklingshemning, psykisk lidelse, eller aldersdemens mer, like mye eller mindre tjenester enn de med somatiske lidelser? Ytter små kommuner den samme, mer eller mindre hjelp til ellers like grupper, sammenlignet med større kommuner? Det er jo kjent at det er en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og ressursnivå i pleie- og omsorgstjenesten (se for eksempel Romøren og Svorken 2003). Analysene er gjort ved hjelp av en såkalt lineær regresjonsmodell, og de statistiske resultatene gjengitt i detalj i tabell VB 3 og VB 4 i Vedlegg B.

Praktisk bistand

Resultatene fra analysen kan oppsummeres slik: Kjønn har ingen effekt på hvor mange timer hjelp tjenestemottakeren får per uke, og størrelsen på kommunen en bor i spiller heller ingen rolle. Det er en svak effekt av alder; det gis ubetydelig *mindre* hjelp med alderen. Det er en sterkere effekt av funksjonsnivå. Som forventet – og som det framgår av tabell 4.2 – minker hjelpen jo mer selvhjulpen tjenestemottakeren er.

Sammenlignet med de som bor hjemme – og korrigert for alle de øvrige faktorene i analysemodellen – får de som bor i omsorgsboliger omtrent like mye hjelp, mens de som bor i andre kommunale boliger får noe mer – ca 1,7 timer per uke. Dette er den samme tendensen som tabell 4.2 viste, men her nyanseres og spesifiseres resultatet. Da viser det seg at det ikke lenger er noen signifikant forskjell på omfanget av hjemmehjelp gitt til hjemmeboende og de som bor i omsorgsbolig. Den forskjellen en ser i tabell 4.2 skyldes altså andre systematiske ulikheter mellom de to gruppene som regresjonsanalysen korregerer for.

Sammenlignet med tjenestemottakere med en somatisk lidelse som hovedgrunn til hjelpebehovet får de med aldersdemens like mye,

de med psykiske lidelser noe mindre (1,4 timer per uke), og de med psykisk utviklingshemning svært mye mer praktisk bistand – i området 24 timer per uke eller 3-4 timer per dag, alt annet likt.

Hjemmesykepleie

Antall besøk fra hjemmesykepleien er også uavhengig av tjenestemottakerens kjønn. Alder har en svak positiv effekt. Effekten av funksjonsnivået går i samme retning som for praktisk bistand: færre besøk med økende funksjonsnivå – 1,4 for hver enhet på Barthel-skalaen. Omregnet betyr det for eksempel at en person i kategorien ”Trenger litt hjelp” i gjennomsnitt får to færre besøk per dag sammenlignet med en i kategorien ”Sterkt hjelpetrengende”. De som bor i omsorgsboliger med husbankstandard får nesten åtte flere besøk per uke, og de i andre kommunale boliger to til tre flere besøk per uke enn tjenestemottakere i egne hjem – alt annet likt. Mennesker med aldersdemens får under ellers like forhold også noen flere besøk enn de andre kategoriene, for eksempel tre flere per uke enn de med somatisk lidelse. Det er også en svak tendens til at de aller minste kommunene yter noe mindre hjemmesykepleiehjelp enn andre.

Vurdering

Hjemmetjenesten har mange og varierte oppgaver. Den betjener om lag 50 000 mennesker i ulike kommunale boliger, og den hjelper mer enn dobbelt så mange i egne hjem. Personer som får hjemmetjenester har mange felles trekk. Men de er også ulike seg i mellom, avhengig av hvor de oppholder seg. En finner bl.a. en større andel svært skrøpelige i de nye omsorgsboligene enn de to andre oppholdsstedene (jf. tabell 4.2). Spesielt er det få svært skrøpelige blant de hjemmeboende. I omsorgsboligene er det også en større andel mennesker med aldersdemens enn andre steder (tabell 3.4), og de har et lavere kognitivt funksjonsnivå enn demente i andre kommunale boliger og demente som bor hjemme (tabell 3.7). Som nevnt er dette et mønster som gjelder for alle typer av hovedhelseproblemer (tabell 3.6 og 3.7).

I den siste typen boliger finner en flere mennesker med utviklingshemning og flere med psykiske lidelser enn i omsorgsboligene eller i hjemmene. Men alle de andre viktige helseproblemene som mottakere av hjemmetjenester har, fordeler seg nokså likt, uansett

hvor de bor (tabell 3.3).

Sett i et større perspektiv er det en forbausende liten forskjell på omsorgsboliger med husbankstandard og andre kommunale boliger når det gjelder den rollen de ser ut til å spille i omsorgskjeden. I dag er omsorgsboligene fortsatt i mindretall, men når Handlingsplan for eldreomsorgen er gjennomført fullt ut, vil de to boligtypene være omtrent jevnstore. Anslagsvis 40-50 % vil i begge tilfelle være bygget og organisert som bokollektiver, og en tilsvarende andel vil trolig ha stasjonær bemanning.

De vanlige kommunale boligene som brukes til pleie- og omsorgsformål har fram til nå ligget i et slags statistisk mørke, men de representerer i realiteten en betydelig og viktig sektor (se også Toresen 2003). Den er altså like stor, og har funksjonelt sett sterke felles trekk med den nye omsorgsboligsektoren, som på sin side har vært gjenstand for mye omtale de senere årene. Fra nå av en man si at den kommunale boligsektoren består av to omtrent jevnstore deler, de bør betraktes som funksjonelt likeverdige og ofres like mye oppmerksomhet, for de tjener i hovedsak samme formål. Den viktigste forskjellen er at de er bygget i ulike perioder med ulike krav til bygningsmessig standard.

Hjemmetjenestene har en karakteristisk profil som avspeiler hjelpebehovet til tjenestemottakerne: det gis litt hjelp til mange og mye til noen få. I gjennomsnitt dreier det seg om -1 time praktisk bistand/hjemmehjelp per dag og 1-2 ganske korte besøk fra hjemmesykepleien. Som nevnt, og som forventet, følger fordelingen funksjonsnivået til tjenestemottakeren nokså tett.

Hjemmetjenester fordeles uavhengig av kjønn. Med alderen gis det noe mindre hjemmehjelp og noe mer hjemmesykepleie. Dette kan tyde på at disse tjenestene til en viss grad fungerer kompensatorisk, eller at hjelp med helseproblemer over tid prioriteres framfor hjelp med husholdsoppgaver.

Det ytes like mye hjemmehjelp i kommuner av ulik størrelse. Bortsett fra i de aller minste kommunene, gjelder det samme for hjemmesykepleien. At småkommunene yter mindre hjemmesykepleie enn andre under ellers like forhold kan skyldes at småkommunene vanligvis er mer institusjonsorienterte i sin omsorgspolitik (Romøren og Svorken 2003). De har mer institusjonsressurser tilgjengelige, og de satser i mindre grad på å holde skrøpelige tjenestemottakere i eget hjem eller kom-

munale boliger. At det fins mer institusjonsressurser i småkommunene skyldes at de har bedre økonomi, delvis topografiske forhold (reiseavstander, klima) og delvis omsorgs-ideologi (Romøren og Svorken 2003).

fordelingsmekanismene for praktisk bistand og hjemmesykepleie skiller lag på to viktige punkter. Under ellers like forhold ytes det mer praktisk bistand overfor personer som bor i de vanlige kommunale boligene enn andre oppholdssteder, og det ytes langt mer til mennesker med psykisk utviklingshemning og mindre til mennesker med psykiske lidelser sammenlignet med tjenestemottakere med andre helseproblemer. Og tilsvarende ytes det mer hjemmesykepleie i de nye omsorgsboligene enn andre steder, og mer hjemmesykepleie til mennesker med aldersdemens – alt annet likt. Hvordan skal dette forklares?

Når det gjelder fordelingen av praktisk bistand og hjemmesykepleie mellom de to kommunale boligtypene, kan en spekulere på om disse to oppholdsstedene er preget av ulike omsorgskulturer, en "pleiekultur" (omsorgsboligene) og en "bistandskultur" (andre kommunale boliger), omtrent som tilfellet er med sykehjem og aldershjem. Hvorfor skulle det ellers være slik at når en korrigerer for funksjonsnivå, helseproblem, kjønn og alder blant beboerne så er omfanget av hjemmesykepleie høyere det ene stedet og praktisk bistand/hjemmehjelp det andre? At enkelte kommuner forsøker å erstatte sykehjemsplasser med omsorgsboliger (Romøren og Svorken 2003), er et fenomen som peker i samme retning: omsorgsboligene skal ha en pleiefunksjon.

At mennesker med psykisk utviklingshemning får mer praktisk bistand enn mennesker med andre helseproblemer er ikke så vanskelig å forklare. Omsorgen for utviklingshemmede bygger i mange tilfeller på døgnkontinuerlig miljøarbeid, og som nevnt tidligere regnes denne virksomheten på linje med all annen praktisk bistand, for eksempel hjemmehjelp. Målt i antall timer per døgn eller uke blir miljøarbeid samlet sett omfattende. Dette må være hovedforklaringen på at utviklingshemmede får så mye mer slik hjelp enn andre.

At på den annen side mennesker med psykiske lidelser får mindre av det samme – alt annet likt – er vanskeligere å forklare. Det kan skyldes at de er mer tjent med andre typer tiltak, for eksempel aktivisering i dagsenter, men det kan også skyldes at de prioriteres lavere. I hvilken grad det siste er tilfellet, vil

analysene i neste kapittel kunne gi indikasjon om.

Når mennesker med aldersdemens får hyppigere besøk av hjemmesykepleien enn andre, er forklaringen trolig at lidelsen i seg selv skaper mer utrygghet enn de fleste andre helseproblemer. Skal det være mulig å gi omsorg for demente utenfor institusjon, er hyppig kontakt en viktig forutsetning for at dette skal lykkes. Og omvendt: for at pleie- og omsorgstjenesten selv skal føle trygghet for at det ikke skjer noe galt med disse pasientene, må tilsynet med dem være hyppigere enn for andre.

4.3 Mer om de skrøpeligste i hjemmetjenesten

Helsetilsynet har bedt om en nærmere beskrivelse av de tjenestemottakerne som bor utenom institusjon og som er svært skrøpelige. Hvem er de, og hva slags tjenester får de? Til gruppen "svært skrøpelig" regnes i det følgende personer som skårer under ti poeng på Barthel-skalaen, dvs. personer som tidligere er kalt "Totalt hjelpeavhengig" og "Sterkt hjelpeavhengig" (se beskrivelsen tidligere i dette kapitlet). Som gruppe har disse en gjennomsnittlig Barthel-skåre på 5,4 og en KDV-skåre på 7,9. De skrøpeligste ikke-institusjonaliserte er med andre ord ekstremt fysisk svekket, mens svikten i deres mentale funksjon er mindre dramatisk.

Til sammen er det 765 totalt eller sterkt hjelpe-trengende hjemmetjenestemottakere i utvalget, 211 i omsorgsboliger med husbankstandard (16 % av tjenestemottakerne med denne boformen), 238 i andre kommunale boliger (11 % av gruppen) og 316 hjemmeboende (7 % av gruppen) – jf. også tabell 4.3. Disse skrøpeligste hjemmetjenestebrukerne er noe yngre enn andre med de samme tjenestene (72 vs. 76 år i gjennomsnitt), og en større andel av dem er menn (41 % vs. 32 %). Det er også flere utviklingshemmede blant dem (14 % vs. 8 %) og færre med psykiske lidelser (5 % vs. 15 %). Innslaget av mennesker med psykisk utviklingshemning er en viktig forklaring på kjønns- og alderssammensetningen i gruppen.

Tabell 4.4 viser disse skrøpeligste hjemmetjenestemottakerne etter oppholdssted og hovedhelseproblem.

Tabell 4.4
Totalt hjelpeavhengige og sterkt hjelpeav-

hengige personer med hjemmetjenester etter oppholdssted og hovedårsak til hjelpebehovet. Prosent. N=765.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Psykisk utviklingshemning</i>	<i>Psykisk lidelse</i>	<i>Aldersdemens</i>	<i>Somatisk lidelse</i>	<i>Alle</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	13	5	15	67	100
Annen kommunal bolig	29	4	8	59	100
Hjemmet	2	6	10	82	100
Alle	14	5	11	70	100

Andelen med psykiske lidelser er omtrent den samme i alle oppholdssteder, men det er relativt sett flere utviklingshemmede i kommunale boliger, flere aldersdemente i omsorgsboliger og flere med somatisk sykdom i egne hjem. Dette er det samme mønsteret som for de

øvrige mottakerne av hjemmetjenester, og det samme som er vist i tabell 3.2.

Tabell 4.5 viser alder og funksjonsnivå etter den helsemessige hovedårsaken til hjelpebehovet.

Tabell 4.5

“Totalt hjelpeavhengige” og “Sterkt hjelpeavhengige” i hjemmetjenestene. Alder og funksjonsnivå etter den helsemessige hovedårsaken til hjelpebehovet. N=765.

	<i>Alder (gjennomsnitt)</i>	<i>Barthel sumskåre (gjennomsnitt)</i>	<i>KDV sumskåre (gjennomsnitt)</i>
Psykisk utviklingshemning	42 år	3,4	11,7
Psykisk lidelse	77 år	6,6	8,5
Aldersdemens	86 år	5,9	12,5
Somatisk lidelse	75 år	5,6	6,3
Alle	72 år	5,4	7,9

Samlet sett må en si at blant de skrøpeligste hjemmetjenestemottakerne har mennesker med psykisk utviklingshemning det dårligste funksjonsnivået, dernest kommer personer med aldersdemens, så de med psykiske lidelser. Tjenestemottakere med primært somatiske lidelser som årsak til hjelpebehovet kommer noe bedre ut; de har et hjelpebehov i basal egensomsorg på linje med de to sist nevnte gruppene, men har bedre mental funksjon.

Vurdert i forhold til oppholdssted, fordeler de samme egenskapene seg som vist i tabell 4.6 på neste side. Ettersom det er en klar assosiasjon

mellom oppholdssted og hovedhelseproblem, blir tabell 4.5 delvis en refleks av tabell 4.4. Fordi de utviklingshemmede er de skrøpeligste og oftere bor i kommunal bolig uten husbankstandard, er det i denne boligtypen en finner de yngste og dårligste. Det relativt større innslaget av aldersdemente i omsorgsboligene med husbankstandard bidrar til at funksjonsnivået blant beboerne der også har et lavt gjennomsnitt. En større andel mennesker med somatiske lidelser kombinert med et generelt bedre funksjonsnivå uansett helseproblem (jf. tabellene 3.6 og 3.7) forklarer funksjonsnivået blant de skrøpeligste hjemmeboende.

Tabell 4.6

”Totalt hjelpeavhengige” og ”Sterkt hjelpeavhengige” i hjemmetjenestene. Alder og funksjonsnivå etter oppholdssted. N=765.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Alder (gjennomsnitt)</i>	<i>Barthel sumskåre (gjennomsnitt)</i>	<i>KDV sumskåre (gjennomsnitt)</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	72 år	5,0	8,0
Annen kommunal bolig	66 år	4,8	8,6
Hjemmet	74 år	5,9	6,4
Alle	72 år	5,4	7,9

Tjenestebruk blant de skrøpeligste utenom institusjon

Tabell 4.7a-c indikerer på hva slags tjenester de skrøpeligste som bor utenfor institusjon mottar - etter hvor de oppholder seg.

Tabell 4.7a

”Totalt hjelpeavhengige” og ”Sterkt hjelpeavhengige” i hjemmetjenestene. Indikatorer på tjenestebruk etter oppholdssted. N=765.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Antall timer praktisk bistand per uke</i>	<i>Antall besøk fra hjemmesykepleien per uke</i>	<i>Antall besøk fra hjemmesykepleien på under 15 min. per uke</i>	<i>Antall besøk fra hjemmesykepleien på over 60 min. per uke</i>	<i>Hvor lenge de har hatt tjenester av dette omfanget</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	11,3	38	18	8	2,9 år
Annen kommunal bolig	23,7	28	10	8	4,4 år
Hjemmet	5,2	19	4	4	3,4 år
Alle	12,7	26	10	6	3,6 år

Også her ser en det samme mønsteret som er vist tidligere for alle ikke-institusjonaliserte uansett funksjonsnivå (jf. tabell 4.1. og 4.3). Det ytes mest praktisk bistand til de aller skrøpeligste som bor i vanlige kommunale boliger og flest hjemmesykepleiebesøk i omsorgsboligene. Mange av besøkene korte, men de som bor i egne hjem får flere ”halv-lange” besøk (15-60 minutter) enn andre. De skrøpeligste hjemmeboende har – som forventet - færre besøk alt i alt og også betydelig mindre praktisk bistand enn de andre gruppene.

Tabell 4.7a viser også at uansett oppholdssted, handler dette om tjenestemottakere som har hatt samme hjelpeomfang lenge – i gjennomsnitt tre til fire år. Neste tabell viser tiden hjemmetjenesten bruker for å nå disse tjenestemottakerne om dagen.

Tabell 4.7b

”Totalt hjelpeavhengige” og ”Sterkt hjelpeavhengige” i hjemmetjenestene. Tiden hjemmetjenesten bruker får å nå disse tjenestemottakerne om dagen. N=765.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Andel som har stasjonær bemanning (prosent)</i>	<i>Andel der hjelpen kommer etter 3-5 minutter (prosent)</i>	<i>Andel der hjelpen kommer etter 5-10 minutter (prosent)</i>	<i>Andel der hjelpen kommer etter mer enn 10 minutter (prosent)</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	56	22	11	11
Annen kommunal bolig	60	13	14	13
Hjemmet	4	8	32	56
Alle	55	17	13	15

Også her er mønsteret det samme som vist tidligere for alle ikke-institusjonaliserte (tabell 4.2), men som forventet har flere av de skrøpeligste stasjonær bemanning i boligen sin. En håndfull hjemmeboende har også fast døgnbemanning, mens flertallet må vente lenger på hjelp enn de som bor i ulike kom-

munale boliger. Tiden det tar å nå fram om *natten* viser det samme mønsteret som tabellen over, men en større andel i alle grupper må vente mer enn 10 minutter (18 % i omsorgsbolig, 28 % i andre boliger og 67 % i hjemmene).

Tabell 4.7c

”Totalt hjelpeavhengige” og ”Sterkt hjelpeavhengige” i hjemmetjenestene. Indikatorer på tjenestebruk etter oppholdssted. N=765.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Andel som har tilsyn av hjemmesykepleien om kvelden (prosent)</i>	<i>Andel som har tilsyn av hjemmesykepleien om natten (prosent)</i>	<i>Andel som har trygghetsalarm (prosent)</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	86	63	68
Annen kommunal bolig	70	52	53
Hjemmet	72	24	63

Sammenlignet med tallene for alle hjemmetjenestemottakere (tabell 4.1) har en betydelig større andel av de skrøpeligste tilsyn av hjemmesykepleien om kvelden og natten. Tilsynet om natten er imidlertid sterkt skjevfordelt, bare en fjerdedel av de skrøpeligste hjemmeboende har slik assistanse, mens over halvparten i kommunale boliger har det. En ser forøvrig av tabellen at flertallet i alle grupper har trygghetsalarm.

Oppsummering

Sammenlignet med de mange andre mottakerne av hjemmetjenester kan en si at de svært skrøpelige menneskene som er beskrevet i det forgående er en liten gruppe, Relativt

sett bor få av de skrøpeligste hjemmetjenestemottakere i egne hjem og flere i omsorgsboliger med husbankstandard. Vel to tredjedeler er mennesker med en somatisk lidelse som hovedgrunn til hjelpebehovet. Det er likevel grunn til å fremheve *psykisk utviklingshemmede*. Andelenerikkeubetydelig (14%), og funksjonelt sett er disse ekstremt dårlige.

Når det gjelder tjenestebruk, gjentarmønsteret seg fra tidligere analyser. Også for de aller skrøpeligste gjelder det at tjenestene som gis i omsorgsboliger er ”hjemmesykepleieorientert”, mens tjenestene i andre kommunale boliger er mer ”bistandsorientert”. De eller skrøpeligste som bor i egne hjem får minst av alle typer hjelp som er beskrevet her, hva

enten det gjelder praktisk bistand, hjemme-sykepleie eller ekstra tilsyn om kvelden eller natten. Også tiden det tar for hjemmetjenesten å nå dem om noe skulle komme på er atskillig lengre enn for andre. Det er rimelig å tenke seg at flere svært skrøpelige hjemmeboende bor sammen med noen og derfor også har større tilgang på uformell hjelp. Om, og i hvilken grad dette fører til at de tjenestene de får fra det offentlige likevel er tilstrekkelige eller ikke, skal vi komme tilbake til i neste kapittel.

4.4 Tjenestemottakere i sykehjem

En kan ikke analysere tjenester i sykehjem på samme måte som hjemmetjenestene. I institusjon oppholder pasientene seg i avdelinger eller grupper med fast ansatt personale. Hvor mye hjelp av ulik art den enkelte får kan bare kartlegges ved direkte observasjon. Det er ikke gjort i denne undersøkelsen. Sykehjemspasientene skal isteden beskrives etter hensikten med oppholdet. Formålet med en slik beskrivelse er å tegne et bilde av hvordan dagens sykehjem drives. Akkurat som for hjemmetjenestene har det tidligere ikke eksisterte noe landrepresentativt materiale om sykehjemspasienter. To ganger – i 1996 og i 2002 - har sykehjemspasienter i ett fylke - Nord-Trøndelag - vært kartlagt. Til nå har dette vært det mest omfattende materialet (Romøren 1998; Romøren og Svorken 2003).

Sosial- og helsedepartementet framla i 1999 en utredning om sykehjemmenes framtidige rolle og funksjon i pleie- og omsorgstjenesten. Utredningen konkluderte med å anbefale at sykehjemmenes funksjon ble endret fra

hovedsakelig å være et bo-, pleie- og behandlingstilbud for de aller skrøpeligste eldre til å bli en medisinsk institusjon for korttidsopphold. Betegnelsen ”kommunehospital” har senere vært brukt. Samtidig foreslo rapporten å gi de skrøpeligste tilbud i omsorgsboliger. Siden har det bredt seg den oppfatning at en slik utvikling allerede er i gang. Dette synspunktet finner en for eksempel i innstillingen Stortingets sosialkomité avgav om stortingsmeldingen ved avslutningen av Handlingsplan for eldreomsorgen (se Innst. S. nr. 263 (2001-2002), s. 2).

Basert på data fra Nord-Trøndelag må en si at dette er en feilaktig oppfatning. I tidsrommet 1996-2002 utviklet sykehjemmene i dette fylket seg i motsatt retning av å bli ”kommunehospitaler”. Andelen midlertidige opphold gikk ned. Sykehjemmene ble i økende grad brukt til permanente opphold for svært skrøpelige. Bare noen få sykehjemspasienter flyttet til omsorgsboliger (Romøren og Svorken 2003).

Med utgangspunkt i formålet for sykehjemsopphold, kan pasientene inndeles i tre grupper:

1. Pasienter med permanent opphold i vanlig avdeling
2. Pasienter med permanent opphold i skjermet enhet for aldersdemente
3. Pasienter med midlertidige opphold

Disse tre gruppene er ulike. Tabell 4.8 gir en oversikt basert på det foreliggende landsrepresentative materialet.

Tabell 4.8

De tre hovedgruppene av sykehjemspasienter: kjønn, alder og funksjonsnivå. N=3866.

	<i>Andel av sykehjemspasientene (prosent)</i>	<i>Andel kvinner (prosent)</i>	<i>Alder (gjennomsnitt for alle)</i>	<i>Sumskåre Barthels ADL-indeks (gjennomsnitt for alle)</i>	<i>Sumskåre KDV (gjennomsnitt for alle)</i>
Pasienter med permanent opphold i vanlige avdelinger	74,2	72	84,3 år	7,2	10,0
Pasienter med permanent opphold i skjermet enhet	18,0	77	84,1 år	10,2	12,5
Pasienter med midlertidig opphold	7,8	67	81,6 år	11,2	6,3
Alle	100,0	73	84,0 år	8,1	10,2

Tabellen viser at tre av fire sykehjemspasienter har tilbud om permanent plass i vanlige avdelinger. Disse pasientene hadde i gjennomsnitt en oppholdstid ved undersøkelsestidspunktet på 3,1 år. Nesten én av fem sykehjemspasienter får tilbud om opphold i en skjermet enhet; oppholdstiden for disse var ved undersøkelsestidspunktet 2,7 år. Dette er en side ved sykehjemstilbudet som har utviklet seg gradvis i løpet av de siste 20 årene i takt med forståelsen for omsorgsbehovene til aldersdemente. Knappt åtte prosent av sykehjemspasientene var ved undersøkelsestidspunktet inne til et midlertidig opphold for avlastning eller rehabilitering. Dette er også en oppgave sykehjemmene i økende grad har tatt opp de siste tiårene, men omfanget er altså begrenset.

Tallene her bekrefter mønsteret en tidligere har funnet i Nord-Trøndelag. Sykehjem brukes fortsatt i vesentlig grad til permanente opphold for svært skrøpelige.

Tabellen viser også at pasienter med permanent opphold i vanlige avdelinger er skrøpeligst. De har en lav Barthel-skåre; samtidig viser KDV-skårene at deres mentale svikt også er stor. I denne gruppen finner en mange med en somatisk lidelse som hovedårsak til oppholdet, men som i tillegg også har en kognitiv svikt. Kanskje er det også en del al-

dersdemente i terminalstadiet i denne gruppen.

I de skjermede enhetene finner en for det meste alvorlig demente med moderat fysisk funksjonssvikt, antakelig mange som vandrer og er urolige. Pasienter som er inne til

midlertidige opphold er yngre og sprekere enn de andre og skiller seg spesielt ut ved at den mentale svikten er liten. Halvparten av disse pasientene er kommet inn fra hjemmet og halvparten fra somatisk sykehus, mens bare 12 % av de øvrige kommer direkte fra sykehus. Dette betyr at de midlertidige oppholdene har ganske sammensatte målsetninger. De som kommer fra sykehus trenger etterbehandling og opptrening; noen av de som kommer fra hjemmene kan ha det samme behovet, men de fleste av dem kommer nok inn til et midlertidig sykehjemsopphold for å avlaste pårørende, eller til utredning eller behandling for akutte eller kroniske sykdommer.

En kunne tenke seg at det bildet som framkommer i tabell 4.8 varierer mellom kommuner av ulik størrelse, bl.a. fordi mindre kommuner har mest institusjonsressurser. Det kan derfor være av interesse å se om ulike tendenser gjør seg gjeldende på landsbasis. Tabell 4.9 viser dette.

Tabell 4.9

Omfanget av de tre gruppene sykehjemspasienter etter kommunestørrelse. Prosent. N=3866.

	<i>Pasienter med permanent opphold i vanlige avdelinger</i>	<i>Pasienter med permanent opphold i skjermet enhet</i>	<i>Pasienter med midlertidig opphold</i>
Under 2 000 innbyggere	74	18	7
2 000 - 10 000 innbyggere	71	20	8
10 000 - 20 000 innbyggere	80	12	8
Over 20 000 innbyggere	72	21	7
SUM	74	18	8

Tabellen viser at forskjellen kommunene i mellom er minimal. En kan trygt trekke den konklusjon at kommuner av ulike størrelse bruker sykehjemmene sine på omtrent samme måte. Det finnes ett unntak: kommuner med 10-20 000 innbyggere har mindre ressurser i form av skjermede enheter. Her oppholder trolig flere aldersdemente seg i vanlige avdelinger enn i andre kommuner.

Vurdering

Den store nye omsorgsboligsektoren som er bygget opp under Handlingsplan for eldreomsorgen brukes ikke til sykehjemspasienter. I dette materialet er bare 6 % av de som bor i omsorgsboliger flyttet inn fra et sykehjem, og bare en mindre del av dagens omsorgsboligbeboere har et funksjonsnivå som kan sammenlignes med sykehjemspasientenes. Hva som vil skje på sikt er det vanskelig å vite.

Mange av de som nå bor i omsorgsboliger vil få lange perioder med omfattende funksjonstap før de dør. Vil de bli boende? Vil de ønske seg til sykehjem? Vil det være plass for dem der? Vil personalet forsøke å motivere dem til å bli i omsorgsboligen? Dersom andelen svært skrøpelige omsorgsboligbeboere øker i framtiden, vil dette avlaste sykehjemmene. Kanskje kan dette medføre at "kommunehospitalfunksjonen" kan økes. Men at sykehjem utelukkende skulle kunne få en slik funksjon, virker urealistisk - og ville dessuten kreve betydelig investeringer, både i flere omsorgsboliger og/eller ombygging av sykehjem.

Forklaringen på at sykehjem brukes som de gjør er selvsagt at pasientene der til enhver tid avspeiler de behovene som finnes, og som pleie- og omsorgstjenesten må finne praktiske løsninger på. Erfaringene fra Nord-Trøndelag er at sykehjemmene er høyt verdsatte som varige oppholdssteder for mange av de aller skrøpeligste gamle. Ledere i pleie- og omsorgstjenesten uttrykker at denne institusjonstypen både har miljømessige og driftøkonomiske kvaliteter som gjør den velegnet til det hovedformålet den har hatt og fortsatt har (Romøren og Svorken 2003).

5 Er hjelpen tilstrekkelig?

Etter å ha vurdert hvordan hjelpen er fordelt mellom ulike grupper tjenestemottakere, og faktorer som bidrar til ulikheter i fordelingen av hjemmetjenester, redegjør dette kapitlet for om den hjelpen som gis er tilstrekkelig sett i forhold til tjenestemottakernes behov. Problemstillingen gjelder alle tjenestebrukere, uansett oppholdssted, også de som er i sykehjem og i aldershjem. Om – og i tilfelle hvor sterkt – graden av tilstrekkelighet er assosiert med de samme faktorene som ble brukt til å undersøke fordelingen av hjemmetjenester, skal også analyseres.

Tre hovedtyper av hjelpebehov er undersøkt:

1. Behov for praktisk hjelp og tilsyn
2. Behov for aktivisering og kontakt
3. Behov for faglig tilsyn

For å belyse forholdet mellom behov og tilbud, ble det – som nevnt i kapittel 2 – bedt om en vurdering av om hjelpen tjenestemottakerne fikk var tilstrekkelig (se registrerings-skjemaet i vedlegget, spørsmål 11). Det er ikke nærmere kjent hvem som foretok denne vurderingen. I veiledningen til registrerings-skjemaet heter det at ”den som fyller ut skjemaet må selv kjenne den som registreres, eller få informasjon fra en annen fagperson som gjør det”. I forbindelse med registreringen av funksjonsnivå og mental svikt er det i tillegg presisert at den som registrerer, bør ha kjent personen i minst fire uker. Det er rimelig å anta at den samme personen i de fleste tilfeller også har vurdert om tjenestene er tilstrekkelige, og at dette er en syke- eller hjelpepleier som arbeider nær tjenestemottakeren.

Det ble stilt fire spørsmål om ulike former for praktisk hjelp og tilsyn, to om aktivisering/kontakt og tre om faglig tilsyn. En ba om ”den umiddelbare, faglige vurderingen til den som registrerer om hva som er ”tilstrekkelig”, og tilføyde: ”Vi er klar over at dette kan variere noe fra person til person; vi har likevel valgt å spørre på denne måten. Ulike syn vil jevne seg ut når det er mange som registrerer og mange som registreres”.

Nedenfor er svarene gjengitt ett for ett, sett i forhold til hvor tjenestemottakerne oppholder seg, og ordnet etter de tre hovedområdene som er nevnt over. Antallet svar varierer. I spørreskjemaet presiseres det at dersom personen verker trenger eller får et tiltak, skal det ikke settes noe kryss. Dette er hovedforklaringen på variasjonen. Færrest svar er gitt om ”annet faglig tilsyn” (3035 svar; det dekker 23 % av utvalget), flest om ”sykepleiefaglig tilsyn” (9858; 75 % av utvalget). Noen av de som registrerte har hoppet over alle disse spørsmålene. Dette har skjedd i 1042 tilfeller; det utgjør 7,9% av de registrerte tjenestemottakerne.

5.1 Praktisk hjelp og tilsyn

Tabell 5.1.a

Har personen i dag tilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og stell?

Prosent. N=9667.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Altfor lite</i>	<i>Noe for lite</i>	<i>Tilstrekkelig</i>	<i>For mye</i>
Sykehjem	0,8	6,7	92,0	0,5
Aldershjem	0,0	9,6	90,4	0,0
Omsorgsbolig	1,3	11,1	87,5	0,1
Annen komm. bolig	2,3	14,3	83,2	0,1
Eget hjem	4,1	20,2	75,6	0,1
ALLE	2,1	12,8	84,9	0,2

Tabell 5.1.b

Har personen i dag tilstrekkelig tilsyn om kvelden/natten? Prosent. N=8429.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Altfor lite</i>	<i>Noe for lite</i>	<i>Tilstrekkelig</i>	<i>For mye</i>
Sykehjem	0,8	7,1	91,8	0,3
Aldershjem	0,0	4,7	95,3	0,0
Omsorgsbolig	1,4	6,5	92,0	0,2
Annen komm. bolig	1,7	8,1	90,0	0,2
Eget hjem	3,3	11,7	84,7	0,2
ALLE	1,6	8,2	89,9	0,3

Tabell 5.1.c

Har personen i dag tilstrekkelig hjelp til mat og måltider? Prosent. N=8431.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Altfor lite</i>	<i>Noe for lite</i>	<i>Tilstrekkelig</i>	<i>For mye</i>
Sykehjem	0,9	5,0	93,5	0,6
Aldershjem	0,0	2,2	97,5	0,3
Omsorgsbolig	1,0	8,9	90,0	0,2
Annen komm. bolig	1,7	10,3	87,7	0,4
Eget hjem	1,6	16,3	81,7	0,4
ALLE	1,2	9,0	89,3	0,4

Tabell 5.1.d

Har personen i dag tilstrekkelig praktisk hjelp i huset? Prosent. N=7732.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Altfor lite</i>	<i>Noe for lite</i>	<i>Tilstrekkelig</i>	<i>For mye</i>
Sykehjem	1,6	6,8	91,0	0,6
Aldershjem	1,3	5,8	92,9	0,0
Omsorgsbolig	1,2	11,3	87,5	0,0
Annen komm. bolig	2,9	13,5	83,5	0,2
Eget hjem	3,4	17,6	78,6	0,4
ALLE	2,7	14,0	83,0	0,3

På dette området ansees hjelpen for tilstrekkelig i 80-90 % av tilfellene. De høyeste andelenene finner en i aldershjem og sykehjem, de laveste gjelder – helt systematisk – tjenestemottakere som bor hjemme. Tallene for ”noe for lite” og ”altfor lite” er tilsvarende, men speilvendte: høyest i hjemmene og lavest i

institusjonene. En ser av tabellene at den som registrerer mener at det i noen tilfeller gis for mye hjelp, men tallene er svært små; de omfatter bare to til fire promille av utvalget. Det er en tendens til at for mye hjelp oftere gis i sykehjem enn andre steder.

5.2 Aktivisering og kontakt

Tabell 5.2.a

Har personen i dag tilstrekkelige aktivitetstiltak? Prosent. N=8147.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Altfor lite</i>	<i>Noe for lite</i>	<i>Tilstrekkelig</i>	<i>For mye</i>
Sykehjem	20,0	44,2	35,7	0,1
Aldershjem	9,9	49,9	40,2	0,0
Omsorgsbolig	12,5	37,7	49,7	0,1
Annen komm. bolig	15,4	42,9	41,7	0,0
Eget hjem	16,4	40,4	43,1	0,0
ALLE	17,1	42,5	40,3	0,1

Tabell 5.2.b

Har personen i dag tilstrekkelige sosiale tiltak? Prosent. N=8150.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Altfor lite</i>	<i>Noe for lite</i>	<i>Tilstrekkelig</i>	<i>For mye</i>
Sykehjem	19,8	44,6	35,4	0,1
Aldershjem	8,9	46,4	44,7	0,0
Omsorgsbolig	10,9	37,7	51,3	0,1
Annen komm. bolig	16,0	43,1	40,9	0,0
Eget hjem	16,1	42,9	40,9	0,1
ALLE	16,8	43,2	39,9	0,1

På dette området finner en helt andre tall. Andelen som får tilstrekkelig hjelp er bare halvparten av det som var tilfellet med praktisk hjelp og tilsyn. For denne typen

assistanse er det sykehjemmene som skårer lavest, omsorgsboligene høyest.

5.3 Faglig tilsyn

Tabell 5.3.a

Har personen i dag tilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn? Prosent. N=9858.

<i>Oppholdssted</i>	<i>Altfor lite</i>	<i>Noe for lite</i>	<i>Tilstrekkelig</i>	<i>For mye</i>
Sykehjem	1,2	9,8	88,8	0,2
Aldershjem	0,3	18,4	81,3	0,0
Omsorgsbolig	1,5	6,7	91,8	0,0
Annen komm. bolig	2,8	6,2	91,1	0,0
Eget hjem	1,9	9,4	88,5	0,2
ALLE	1,7	9,1	89,1	0,1

Tabell 5.3.b

Har personen i dag tilstrekkelig legetilsyn? Prosent. N=8363.

Oppholdssted	Altfor lite	Noe for lite	Tilstrekkelig	For mye
Sykehjem	1,1	8,7	90,1	0,1
Aldershjem	3,6	13,6	82,8	0,0
Omsorgsbolig	3,2	9,7	87,1	0,0
Annen komm. bolig	1,9	6,7	91,3	0,2
Eget hjem	1,9	10,9	86,9	0,2
ALLE	1,8	9,3	88,8	0,1

Tabell 5.3.c

Har personen i dag tilstrekkelig annet faglig tilsyn? Prosent. N=3035.

Oppholdssted	Altfor lite	Noe for lite	Tilstrekkelig	For mye
Sykehjem	12,6	13,3	73,9	0,2
Aldershjem	7,1	19,8	73,0	0,0
Omsorgsbolig	3,2	13,3	83,5	0,0
Annen komm. bolig	8,1	15,4	76,3	0,2
Eget hjem	7,4	13,2	79,3	0,1
ALLE	8,9	13,9	77,1	0,1

Andelen som anses å få tilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn og tilstrekkelig legetilsyn er jevntoversværdig. Enserataldershjemmene kommer noe dårligere ut enn andre oppholdssteder. For det som kalles "annet faglig tilsyn" er andelen "tilstrekkelig" lavere. De som bor i omsorgsboliger kommer best ut. Annet faglig tilsyn vil som oftest si hjelp av fysioterapeut, men også aktivtør, ergoterapeut, vernepleier og psykiatrisk fagpersonale (legespesialist, psykiatrisk sykepleier eller psykolog) er nevnt av den som registrerer (jf. utformingen av spørsmål 11, der "annet faglig tilsyn" er en åpen svarkategori).

"Tilstrekkelighetshierarkiet"

Sett under ett kan en si at de ulike formene for hjelp det er spurt om i denne undersøkelsen utgjør et slags hierarki når det gjelder graden av tilstrekkelighet. Rekkefølgen er slik:

85-90 % tilfredsstillende

Tilsyn om kvelden og natten
Mat og måltider
Sykepleiefaglig tilsyn
Legetilsyn

80-85 % tilfredsstillende

Personlig hygiene
Praktisk hjelp i huset

75-80 % tilfredsstillende

Annet faglig tilsyn

40 % tilfredsstillende

Aktivitetstiltak
Sosiale tiltak

Mellom de tre øverste trinnene og det nederste er det et sprang. *Trygghet, ernæring, sykepleie- og legetjenester* prioriteres svært høyt, mens *aktivisering og sosial kontakt* prioriteres lavere.

Tabell 5.1-3 tar ikke hensyn til at tjenestemottakerne i de forskjellige oppholdsstedene ikke har de samme hjelpebehovene. De som oppholder seg i sykehjem, kommunale boliger eller egne hjem er jo ulike både når det gjelder helseproblem, funksjonsnivå og alder. For å få et realistisk bilde av hvor det gis utilstrekkelig hjelp, og på hvilke områder hjelpen er mest mangelfull, må en korrigere for dette. Er funksjonsnivået lavt og hjelpebehovene store, som i sykehjem, vil det trekke i retning av at flere får utilstrekkelig hjelp der enn for eksempel i omsorgsboliger. Men også det underliggende helseproblemet har betydning: Mennesker med psykiske lidelser kan ha behov for andre *typer* hjelp enn mennesker med somatisk sykdom. Den typen hjelp en gruppe har mest behov for, vil kanskje også oftere blir bedømt som utilstrekkelig. Analyser som tar hensyn til at tjenestemottakerne

i de ulike oppholdsstedene er forskjellige skal gjennomføres i neste avsnitt. Men først skal *validiteten* av disse dataene drøftes. Validitet handler om hva det er vi egentlig måler når vi spør på denne måten. Hva legger den som registrerer for eksempel i uttrykkene ”hjelp til personlig hygiene og stell”, ”aktivitetstiltak” eller ”sykepleiefaglig tilsyn”? Og hva betyr det at noe er ”altfor lite”, ”noe for lite”, ”tilstrekkelig”, ”for mye”?

Validitet

For å finne nærmere ut av dette ble pleiere fra 13 ulike kommuner av ulik størrelse beliggende i forskjellige regioner kontaktet. Disse pleierne arbeidet både i vanlige sykehjemsavdelinger, i skjermede enheter og i hjemmetjenesten. Under samtalene var data fra den aktuelle institusjonen eller hjemmetjenesten tilgjengelige på skjerm foran intervjueren, slik at en konkret kunne spørre om de tilstrekkelighetsvurderingene som var gjort.

Av samtalene framgikk det tydelig at hva tilstrekkelig eller utilstrekkelig hjelp betyr, er avhengig av hvor tjenestemottakerne oppholder seg – i eller utenom institusjon. Og når det gjelder situasjonen i sykehjem, må man skille mellom i vanlige avdelinger og skjermede enheter. Helseproblemene, funksjonsnivået, personalsammensetningen, arbeidsrutinene og den fysiske strukturen rundt den som trenger hjelp er svært ulik i disse tre kontekstene. Dette får konsekvenser for hva en mener blir håndtert tilfredsstillende eller ikke, og hva ved hjelpen som evt. er mangelfullt. I det følgende skal det gis eksempler på hva ”alt for lite” hjelp kan bety. Eksempelene er hentet både fra sykehjem og fra hjemmetjenesten.

”Alt for lite personlig hygiene og stell”

I vanlige sykehjemsavdelinger betyr dette oftest at pasientene ikke kan legge seg eller stå opp til ønsket tid. I skjermede enheter er problemet ofte at pasienten ikke vil ha hjelp, for eksempel til å vaske seg, og at personalet av den grunn mener det blir gitt for lite. I omsorgsboligene og hjemmene pekes det for eksempel på at ”en rekker bare det grøvste, noen trenger mer pleie enn bare ett bad per uke”.

”Alt for lite tilsyn om kvelden/natten”

I vanlige sykehjemsavdelinger betyr alt for lite tilsyn på denne tiden av døgnet vanligvis at nattevakt(e) blir opptatt med å hjelpe akutt syke, slik at en i for liten grad kan føre

kontroll med hva som skjer med de andre pasientene. I skjermede enheter handler det ommangelfullhåndtering avuro: ”Pasientene er raske til beins, ofte er flere personer på vandring samtidig og forstyrrer andre beboere”. Pleierne forteller også at for hjemmeboende er det ikke uvanlig at tjenestemottakere ikke ønsker tilsyn på denne tiden av døgnet, selv om hjemmesykepleien mener at dette kan være påkrevet. Noen tilfeller av ”alt for lite tilsyn om kvelden/natten” har dette som bakgrunn.

”Alt for lite hjelp til mat og måltider”

Uavhengig av oppholdssted betyr dette at tjenestemottakeren ikke får spist tilstrekkelig. ”Det blir for kort tid til hver”; ”Må ofte hjelpe to samtidig”; ”Problem at noen spiser alene på rommet, mens andre spiser felles, tar tid å følge opp alle”. I omsorgsboliger og private hjem sørges det for at varmmat blir overlevert, men en påser ikke at tjenestemottakeren får maten i seg: ”Middag fra storkjøkken kjøres ut, men mange kan trenge at en person setter seg ned og ser til at de får i seg nok mat og drikke”.

”Alt for lite praktisk hjelp i huset”

Både i sykehjem og omsorgsboliger handler dette som oftest om tjenestemottakere som søler uten at personalet har kapasitet til å holde rommene tilstrekkelig rene: ”Hos noen er det behov for at de vasker ”hele tiden”, enkelte i rullestol smuler og søler mye, noen tisser mye utenom doen”. I hjemmene betyr for lite hjelp på dette området det mange vil kalle slurv: ”Rekker bare enkel fredagsvask og det grøvste, skulle hatt mer tid til rydding”.

”Alt for lite aktivitetstiltak og sosiale tiltak”

På dette området gis det sprikende beskrivelser av hva ”for lite” egentlig betyr. I de fleste tilfeller pekes det på at tjenestemottakerne ikke kommer seg ut av institusjonen eller boligen – ut i frisk luft eller for å delta i eksterne arrangementer. Andre pleiere mener denne ”fartingen” ikke er så viktig: ”Pasientene ønsker mer tid med personale eller pårørende på rommet; det er ikke like stort behov blant alle for å ”dra ut og gjøre noe” – mest behov for å ha noen rundt seg”. Noen mener at noen tjenestemottakere ”ofte mangler motivasjon til å delta, personalet må overtale”; ”mange vegrer seg for å reise ut, foretrekker at det skjer i heimen”. For aldersdemente kan uro og desorientering bli et hinder: ”Beboere trenger alltid følge, stikker ellers av; kun ”de rolige” får bli med ut”. Dette fører igjen til at en del aldersdemente får for lite aktivisering og sosiale tiltak.

”Alt for lite sykepleiefaglig tilsyn”

I sykehjem betyr dette for lite observasjon, kontroll og oppfølging av dårlige pasienter, ”til tider er beboerne for dårlige, har større behov enn de får dekket”, - i hjemmetjenesten ofte at hjelpepleiere delegeres oppgaver som burde vært utført av sykepleier.

”Alt for lite legetilsyn”

Dette betyr vanligvis at sykehjemslegen har for liten tid: ”For legen er sykehjemmet ”på-tvungen bijobb”, de kommer en dag i uka etter arbeidstid”; ”Rekker bare det høyst nødvendige”; ”De ukentlige visittene er korte og overfladiske”. For tjenestemottakere i boligene og i hjemmene er det ofte ikke legetilsynet i seg selv som er utilstrekkelig, men at personalet ikke har tid til å være med for å bli informert: ”Før var det lettere for personalet å få pratet med legen, nå har de ofte ikke tid til å bli med”.

”Alt for lite annet faglig tilsyn”

Som nevnt tidligere gjelder denne problemstillingen i de fleste tilfeller mangel på fysioterapitilbud. Fenomenet gjør seg særlig gjeldende i sykehjemmene, og beskrives slik: ”Kommunene prioriterer helt bort fysioterapi for de eldre”; ”Få fysioterapeuter, dårlig kapasitet, prioriterer yngre hjemmeværende brukere, kommer kun ved krise, og kan kun instruere personalet og ta en sjekk, ingen oppfølging over tid”.

Vurdering

Som tabell 5.1-3 viser, forekommer det at det gis *alt for lite* hjelp både til tjenestebrukere i og utenom institusjon - på alle områder som det er spurt om. Noen får ikke stå opp og legge seg når de vil, hjelpetrengende med akutte problemer kan bli liggende uobservert om natten, noen får ikke i seg nok mat og drikke, enkelte har det unødig sølete rundt seg, noen får aldri være med på aktiviseringsstilbud, blir for dårlig observert av sykepleier eller overfladisk undersøkt av lege, eller får ikke behandling de burde ha hatt. Dette er eksempler på hva det i praksis kan bety at tjenestemottakere får alt for lite hjelp.

Hovedinntrykket er likevel at dette skjer i et *begrenset* omfang, og at den hjelpen som gis i det store og hele er tilstrekkelig, eller ”noe” utilstrekkelig. Dette er stort sett i overensstemmelse med undersøkelser av kvalitet i eldreomsorgen som er publisert tidligere (Slagsvold 1999a; Slagsvold 2000; Hofseth og Norvoll 2003): Selv om forsømmelser stadig skjer, er omfanget av svikt som har mer

alvorlig karakter likevel begrenset; den grunnleggende pleien og behandlingen er gjennomgående godt ivaretatt. Spørsmålene om tilstrekkelige tjenester som er stilt her er hentet fra Slagsvolds arbeid. Selv om utvalgene er ulike, er svarene vel forenlige - både når det gjelder hvor stor andel tjenestemottakere som får for liten hjelp, og tendensen til at hjemmeboende kommer dårligst ut (se også Slagsvold 1999b).

Det kan oppstå troverdighetsproblemer når en statlig tilsynemyndighet spør personalet om tjenestene de yter. Er pleierne redde for å gi et dårlig inntrykk? Pyntes det på virkeligheten? Eller benytter en tvert i mot anledningen til ”å si ifra”; tar personalet ekstra hardt i? Disse spørsmålene kan ikke besvares uten egne undersøkelser, og det er ikke gjort her. Det er tatt for gitt at pleierne ikke svarer ”strategisk”, men etter beste skjønn og overbevisning.

Det en kan være rimelig trygg på, er at fagpersonalet vanligvis opererer med *strengere* normer enn tjenestemottakerne. I en undersøkelse fra fem sykehjem i Vestfold i 1999 ble tjenestemottakerne, deres nærmeste pårørende og ansatte ble bedt om å gradere kvaliteten av ulike sider ved behandling og pleie, aktiviteter og sosialt liv, selvbestemmelse og fysiske omgivelser ved institusjonen (Romøren 1999). Både pasientene og deres pårørende gav på alle områder en mer positiv vurdering enn de ansatte. Nærmere analyser viste også at høyere alder ga en tendens til mer positive vurderinger, både hos de ansatte og hos pasientene. Den ansattes fagbakgrunn (sykepleier, hjelpepleier, omsorgsarbeider eller annen helse-/sosialfaglig utdanning) hadde ingen betydning. Slagsvold (2000) finner det samme når hun spør om hjelp og omsorg som gis og mottas ”alt i alt” er tilstrekkelig: Pleiere gir en strengere vurdering enn tjenestemottakere, både i institusjoner og i hjemmetjenesten.

Under samtalene som ble gjennomført med pleierne ble det – som forventet – klart at det fins variasjoner i normene for god praksis. Tidligere arbeidsrutiner kan for eksempel brukes som standard for hva som er godt og dårlig, tilstrekkelig og utilstrekkelig. En sykepleier i hjemmetjenesten uttrykker det slik: ”Det har blitt mindre og mindre ressurser de siste årene. For mange år siden rakk personalet å sette seg ned og prate, sy knapper, følge dem i butikken”. Men det er også slik at det oppstår nye normer med strengere krav: ”Personalet ønsker at de fikk tid til å ta beboerne mer med ut, men de har ikke ressurser,

i alle fall ikke til å følge opp én-til-én – de må dra i grupper, det er ikke rom for individuelle ønsker”. Mer individorienterte normer for støtte og hjelp er blitt utbredt de senere årene, men de har selvsagt sin pris. Normene for godt og dårlig, tilstrekkelig og utilstrekkelig, er hele tiden i bevegelse, i tillegg til at de varierer blant dem som blir spurt.

5.4 Hva bidrar til å forklare variasjoner i behovsdekning?

For å kunne analysere dette spørsmålet nærmere, er de fire svaralternativene angående tilstrekkelige tjenester slått sammen til to:

1. Tilstrekkelig (Tilstrekkelig + Alt for mye)
2. Ikke tilstrekkelig (Noe for lite + Alt for lite)

De samme faktorene som ble benyttet i forrige kapittel til å studere *fordelingen* av hjelp blir i det følgende benyttet til å undersøke hva som kan forklare om hjelpen er *tilstrekkelig*. Disse faktorene er:

- Kjønn
- Alder
- Funksjonsnivå målt ved Barthels ADL-indeks
- Hovedårsaken til hjelpebehovet: psykisk utviklingshemning, psykisk lidelse, aldersdemens eller somatisk lidelse
- Oppholdssted: omsorgsbolig med husbankstandard, annen kommunal bolig,

eller hjemmet

- Antall innbyggere i kommunen tjenestemottakeren bor (kommunestørrelse)

Sannsynligheten for om hjelpen er tilstrekkelig er studert i en såkalt logistisk regresjonsmodell der disse seks forklaringsfaktorene er benyttet. På denne måten får en også her anledning til å korrigere for ulikheter ved tjenestemottakerne (funksjonsnivå, helseproblem, alder, kjønn) i de ulike oppholdsstedene, og derigjennom et mer nyansert grunnlag til å vurdere materialet som er framlagt i tabellene 5.1-3. Alle de ni hjelpe-typene er undersøkt hver for seg.

Resultatene er gjengitt i detalj i Tabell VB 5-13 i Vedlegg B. I tabell 5.4 er de oppsummert på en forenklet måte. Symbolene som benyttes betyr følgende: 0 betyr ingen forskjell. ”R” betyr at dette er sammenligningsgrunnlaget - eller ”referansekategorien” i statistisk språkbruk (i disse analysene fungerer ”somatisk” grunn til hjelpebehovet, eget hjem som oppholdssted og kommuner med over 20 000 innbyggere som referansekategorier, altså den enheten innen en gruppe som de andre sammenlignes med). Plusstegn betyr *større* sannsynlighet for *tilstrekkelig* hjelp og minustegn betyr det omvendte. Antallet pluss- og minustegn angir styrken av effekten (ett plusstegn svarer til en endring i odds ratio fra ca. 1 til 1,5, to plusstegn fra 1 til 2 osv.; ett minustegn fra 1 til ca. 0,7 og to minustegn fra 1 til ca. 0,5 osv.).

Tabell 5.4

Sannsynligheten for at hjelpen er tilstrekkelig, vurdert i forhold til tjenestemottakerens kjønn, alder, funksjonsnivå, helsemessig hovedårsak til hjelpebehovet, oppholdssted og størrelsen av kommunen en bor i. Basert på logistiske regresjonsmodeller.

Hjelpebehov	Kjønn	Alder	Funksjonsnivå	Hovedgrunn til hjelpebehovet	Oppholdssted	Kommunestørrelse
Personlig hygiene og stell	Kvinner +	0	0	PU 0 Psykisk -- Demens - Somatisk: R	Sykehj. +++++ Aldershj. +++++ Oms.bol. ++ Annen bol. ++ Eget hjem R	<2000: 0 2-10000: 0 10-20000: -- >20000: R
Tilsyn om kvelden/natten	0	0	(+)	PU 0 Psykisk -- Demens -- Somatisk R	Sykehj. +++ Aldershj. +++++ Oms.bol. ++ Annen bol. ++ Eget hjem R	<2000: 0 2-10000: 0 10-20000: - >20000: R
Mat og måltider	0	0	(+)	PU - Psykisk -- Demens -- Somatisk R	Sykehj. ++++++ Aldershj. ++++++ Oms.bol. ++ Annen bol. ++ Eget hjem R	<2000: + 2-10000: + 10-20000: 0 >20000: R
Praktisk hjelp i huset/boligen	0	(+)	(+)	PU 0 Psykisk - Demens - Somatisk R	Sykehj. +++++ Aldershj. +++++ Oms.bol. ++ Annen bol. + Eget hjem R	<2000: ++ 2-10000: + 10-20000: 0 >20000: R
Aktivitetstiltak	Kvinner +	0	(+)	PU - Psykisk - Demens - Somatisk R	Sykehj. 0 Aldershj. + Oms.bol. + Annen bol. 0 Eget hjem R	<2000: - 2-10000: 0 10-20000: - >20000: R
Sosiale tiltak	0	0	(+)	PU - Psykisk - Demens 0 Somatisk R	Sykehj. 0 Aldershj. + Oms.bol. + Annen bol. 0 Eget hjem R	<2000: - 2-10000: 0 10-20000: - >20000: R
Sykepleiehjelp	0	0	(+)	PU + Psykisk - Demens 0 Somatisk R	Sykehj. + Aldershj. - Oms.bol. + Annen bol. + Eget hjem R	<2000: - 2-10000: 0 10-20000: - >20000: R
Legehjelp	0	0	(+)	PU ++ Psykisk - Demens - Somatisk R	Sykehj. ++ Aldershj. - Oms.bol. 0 Annen bol. + Eget hjem R	<2000: + 2-10000: + 10-20000: - >20000: R
Annen faglig hjelp	0	0	(+)	PU 0 Psykisk -- Demens + Somatisk R	Sykehj. 0 Aldershj. 0 Oms.bol. + Annen bol. 0 Eget hjem R	<2000: 0 2-10000: -- 10-20000: --- >20000: R

Tabellen viser et viktig mønster. Tjenestene ansees som tilstrekkelige temmelig uavhengig av

tjenestemottakerens alder, kjønn og funksjonsnivå. Men hva slags helseproblem en har, og hvor en oppholder seg, betyr mye. Mennesker med psykiske lidelser får sjeldnere tilstrekkelige tjenester enn andre på alle områder, mens mennesker med somatiske lidelser eller psykisk utviklingshemning oftest får tilstrekkelige tjenester – alt annet likt. Det er også et gjennomgående trekk at mennesker som bor i egne hjem sjeldnere får tilstrekkelige tjenester på de fleste områder under ellers like forhold. Når en korrigerer for egenskaper ved tjenestemottakerne, består altså dette trekket ved de hjemmeboendes situasjon. Syke- og aldershjem gir oftere tilstrekkelig pleie enn hjemmetjenesten gir i omsorgsboliger og i andre kommunale boliger – alt annet likt. På samme måte er aldershjem og omsorgsboliger ”best” når det gjelder aktivisering, mens den mest tilstrekkelige *faglige* hjelpen gjennomgående gis i sykehjem og i kommunale boliger. Når det gjelder kommunestørrelse, har kommuner med 10-20 000 innbyggere de minst tilstrekkelige tjenestene på nesten alle områder. Disse kommunene har den laveste inntekten per innbygger av alle kommunetyper i Norge (Romøren og Svorken 2003). Det er rimelig å tenke seg at dette kan være en medvirkende årsak til mønsteret en ser på dette området i tabell 5.4.

De skrøpeligste i omsorgsboligene

I forrige kapittel ble *fordelingen* av hjemmetjenester til mennesker med ulikt funksjonsnivå i ulike oppholdssteder vurdert. Siden debatten om omsorgsboligene stod sentralt under gjennomføringen av Handlingsplan for eldreomsorgen, er samme analyse som i tabell 4.2 gjentatt, men nå med spørsmålet om tjenesten til ”totalt”, ”sterkt” hjelpeavhengige osv. er *tilstrekkelig*. Resultatet er gjengitt i tabell VB 14 i vedlegget. Den viser at de skrøpeligste beboerne i omsorgsboliger med husbankstandard får noe *mindre* tilstrekkelig hjelp enn andre omsorgsboligbeboere på fire områder: *aktivisering, sosial kontakt, sykepleiefaglig hjelp og legehjelp*. Fortsatt er det slik at det store flertallet av de (ganske få) skrøpeligste i omsorgsboliger får tilstrekkelig hjelp, og fortsatt er det slik at de som bor i egne hjem er verre stilt, men resultatet gir en viss støtte til de som har vært skeptiske til omsorgsbolig som oppholdssted for de skrøpeligste.

Sammenligner en de skrøpeligste som bor i sykehjem (tabell VB 15 i vedlegget) med de som bor i omsorgsbolig viser det seg at i syke-

hjem er hjelpen jevnere fordelt mellom grupper med ulikt funksjonsnivå. Sykehjemmene makte altså – relativt sett – å ta bedre vare på de dårligste, og – som vist tidligere i dette kapitlet – sykehjemmene gir også et generelt bedre tilbud når det gjelder praktisk hjelp og tilsyn og legehjelp enn det beboerne i omsorgsboligene får (tabell 5.4 over). Men omsorgsboligene gir på sin side et bedre tilbud når det gjelder aktivisering, og når det gjelder ”annen faglig hjelp” – i første rekke fysioterapi.

De skrøpeligste hjemmeboende

Tilsvarende analyser er også gjort for de hjemmeboende (tabell VB 16 i vedlegget). Tallene er små. For å få stabile anslag er de to gruppene ”Totalt” og ”Sterkthjelpeavhengig” slått sammen og – som i kapittel 4 – kalt ”de skrøpeligste”. Resultatene viser at de skrøpeligste *ikke* er dårligst stilt blant de hjemmeboende, med to unntak: legetilsynet (78, 6 % tilstrekkelig mot 87,3 % for alle hjemmeboende), og ”annet faglig tilsyn” (67,0 % vs. 79,1 %). Det er imidlertid en systematisk og signifikant tendens til at ”selvhjulpne” som bor i egne hjem oftere får tilstrekkelig hjelp enn de andre gruppene.

Sammenligner en med alle de *andre* skrøpeligste i hjemmetjenesten – altså også personer i alle typer kommunale boliger - (jf. også analysene i forrige kapittel) kommer imidlertid de skrøpeligste *hjemmeboende* dårligere ut. Med unntak av aktivitetstiltak, sosiale tiltak og legetilsyn får de skrøpeligste hjemmeboende mindre tilstrekkelige tjenester enn både de som bor i omsorgsboliger eller andre kommunale boliger (tabell VB 17.1-9 i vedlegget). Dette betyr at når de hjemmeboende mottar mindre tjenester enn andre (jf. kapittel 4), oppveies ikke dette av at de kan ha tilgang på mer uformell hjelp.

6 Planlagt og faktisk bemanning

Samtalene med pleierne viste at etter deres oppfatning er knapphet på personale den viktigste grunnen til at de ikke alltid yter det de mener er tilstrekkelig hjelp. Ett aspekt ved personalspørsmålet er grunnbemanningen: hvor mange og hva slags stillinger er opprettet? Et annet er rekrutteringen: i hvilken grad lykkes man i å få ansatt folk? Et tredje er sykefraværet: hvor høyt er det, og får man tak i egnede vikarer? Rekrutteringsproblemer og sykefravær kan resultere i vakanser, dvs. at opprettede stillinger står ubesatte. Dette antas å være et utbredt fenomen i pleie- og omsorgstjenestene, men omfanget har ikke vært undersøkt systematisk før.

Som nevnt innledningsvis i denne rapporten la Statens helsetilsyn i fjor planer for en kartlegging av vakanseproblemene i pleie- og omsorgstjenesten. Det ble senere besluttet å se dette prosjektet i sammenheng med undersøkelsen om tjenestemottakerne. For å skaffe tilveie informasjon som kunne belyse vakansespørsmålene, fikk kommunene i undersøkelsesutvalget en telefaks med anmodning om å gi opplysninger om planlagt og faktisk bemanning i løpet av et gitt døgn. Tilbakemeldingen skulle omfatte stillinger i sykehjem og hjemmesykepleie. Dette skjedde på en torsdag i slutten av januar inneværende år (2003). Følgerevet og skjemaet som opplysningene skulle føres på et gjengitt i Vedlegg A.

Resultatene presenteres i det følgende. Først beskrives situasjonen på sykehjem, dernest i hjemmesykepleien. Med "turnusplan" menes godkjent turnusplan, dvs. bemanningsplan vedtatt av kommunenes administrasjon og tillitsvalgte. "Vakanse" er i tabellen uttrykt som prosentandel ubesatte stillinger i forhold til turnusplanen, dvs. differansen mellom antall stillinger iflg. turnusplan og antall

stillinger på vakt dividert med antall stillinger iflg. turnusplan x 100. Er tallet negativt, betyr det at det er et overskudd av personale på vakt i forhold til turnusplanen, dvs. at en benyttet seg av ekstrabemanning på én eller flere vakter i løpet av det aktuelle døgnet.

6.1 Sykehjem

Tabell 6.1 viser planlagt og faktisk bemanning på dagtid for ulike yrkesgrupper i sykehjem i de fem landsdelene som er representert i utvalget, og for Oslo. Tallene for Oslo gjengis for seg fordi det er kjent at rekrutterings- og vakanseproblemene i eldreomsorgen har et relativt stort omfang i hovedstaden. To bydeler er representert, begge ligger sentralt øst og vest i byen.

Tabell 6.1

Antall stillinger iflg. turnusplan og antall ansatte som faktisk var på dagvakt undersøkelsesdagen – sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i sykehjem i ulike landsdeler. Basert på tall fra 76 kommuner.

	Oslo	Østlandet forøvrig	Sør- landet	Vest- landet	Midt- Norge	Nord- Norge	Hele landet
Sykepleiere iflg. turnusplan	28,7	142	79	105	92	128	574,7
Sykepleiere på vakt	20,2	121	63	78	76	88	446,2
Vakanse sykepleiere	29,6 %	14,8 %	20,2 %	25,7 %	17,3 %	31,3 %	22,4 %
Vernepleiere iflg. turnusplan	2,0	2,0	1,0	1,0	5,0	3,0	14,0
Vernepleiere på vakt	1,0	3,0	0,0	1,0	5,0	4,0	14,0
Vakanse vernepleiere	50,0 %	- 50,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	-33,3 %	0,0 %
Hjelpepleiere iflg. turnusplan	76	278	156	175	187,5	197	1069,5
Hjelpepleiere på vakt	45	234	144	165	167,5	156	911,5
Vakanse hjelpepleiere	40,8 %	15,8 %	7,7 %	5,7 %	10,7 %	20,8 %	14,8 %
Ufaglærte iflg. turnusplan	31	48,5	19	36	25	31	190,5
Ufaglærte på vakt	62	106	43	54	46	96,5	407,5
Vakanse ufaglærte	- 100,0 %	- 118,6 %	- 126,3 %	- 50,0 %	- 84,0 %	- 211,3 %	- 113,9 %
Antall vakter som er ubemannet	8,5	7,5	2	19	15	15,5	67,5
Antall stillinger iflg. turnusplan	135,7	468,5	254	316	304,5	356	1834,7
Total vakanse	6,2 %	1,6 %	0,8 %	6,0 %	4,9 %	4,3 %	3,7 %

Tabellen viser at vakansen er forholdsvis høy i sykepleierstillingene, varierende fra 20 til

31 %, med et gjennomsnitt på 22,4 % for hele landet. Nivået er lavere for hjelpepleiere – samlet sett 14,8 % - men variasjonen er større for denne yrkesgruppen; den spenner fra 6 % til 41 %. En ser også at sykehjemmene i alle landsdeler i vesentlig grad kompenserer for

ubesatte syke- og hjelpepleierstillinger ved å benytte ufaglært arbeidskraft. Dette fører til at den samlede vakanseandelen på dagtid i sykehjemmene på undersøkelsesdagen bare er 3,7 %. Den høyeste vakansen blant sykepleierne finner en i Nord-Norge og i Oslo, blant hjelpepleierne i Oslo, mens Nord-Norge setter inn flest ufaglærte for å fylle hullene.

Den samlede vakansen er lavest på Sørlandet. Alt i alt har Oslo den høyeste vakansen, fulgt av Vestlandet. Disse to landsdelene har omtrent samme vakanse blant sykepleierne, Oslo har en svært høy vakanse av hjelpepleiere, men kompenserer for dette i høyere grad enn kommunene på Vestlandet ved å ta inn flere ufaglærte.

Mønsteret er annerledes for kvelds- og nattevaktene (de fullstendige tabellene er gjengitt i vedlegget, tabell VB 18 og VB 19). Det samlede vakansenivået er lavere. Turnusplanene omfatter dessuten langt færre stillinger på denne tiden av døgnet. Nattestid er

vakansenivået faktisk negativt, landet sett under ett. Det betyr at det på undersøkelsestidspunktet var ekstra nattevakter i arbeid i mange kommuner, spesielt på Vestlandet og i Nord-Norge. Oslo har det høyeste vakansenivået også på kvelds- og nattevakter. Det ser ut til at mangelen på hjelpepleiere er det største problemet i de to bydelene i hovedstaden som er undersøkt.

Tabell 6.2 gir en samlet oversikt over vakansenivået gjennom døgnet på sykehjemmene.

Tabell 6.2

Total vakanse i sykehjem under, dag-, kvelds- og nattevakter i ulike landsdeler. Andel av alle vaktene i turnusplanen som ikke er bemannet. Tall for alle faggrupper samlet. Prosent. Basert på tall fra 76 kommuner.

	<i>Oslo</i>	<i>Østlandet ellers</i>	<i>Sør- landet</i>	<i>Vest- landet</i>	<i>Midt- Norge</i>	<i>Nord- Norge</i>	<i>Hele landet</i>
Dagvakt	6,2	1,6	0,8	6,0	4,9	4,3	3,7
Kveldsvakt	7,7	2,1	2,2	0,0	-5,5	2,9	1,1
Nattevakt	3,8	1,8	0,0	-4,9	0,0	-6,9	-1,6

6.2 Hjemmesykepleie

Tabell 6.3 viser planlagt og faktisk bemanning på dagtid for ulike yrkesgrupper i hjemmesykepleien i alle landsdeler.

Tabell 6.3

Antall stillinger iflg. turnusplan og antall ansatte som faktisk var på dagvakt under søkelsesdagen – sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i hjemmesykepleien i ulike landsdeler. Basert på tall fra 76 kommuner.

	Oslo	Østlandet forøvrig	Sør- landet	Vest- landet	Midt- Norge	Nord- Norge	Hele landet
Sykepleiere iflg. turnusplan	27	88	67	74	116	106	477
Sykepleiere pPå vakt	20	58	60	65	98	76	377
Vakanse sykepleiere	25,9 %	34,0 %	11,7 %	12,2 %	15,5 %	28,3 %	21,0 %
Vernepleiere iflg. turnusplan	3,0	1,0	0,0	7,0	22,0	14,0	47,0
Vernepleiere på vakt	5,0	1,0	0,0	6,0	20,0	8,0	40,0
Vakanse vernepleiere	- 0,7 %	0,0 %	..	14,3 %	10,0 %	42,9 %	14,9 %
Hjelpepleiere iflg. turnusplan	34	146	81	116	174	113	664
Hjelpepleiere på vakt	27,5	138	78	103	160	109	615,5
Vakanse hjelpepleiere	19,1 %	5,5 %	3,7 %	11,2 %	8,0	3,5 %	7,3 %
Ufaglærte iflg. Turnusplan	44	43	37	122	71	58	375
Ufaglærte på vakt	28	61	43	98	92	66	388
Vakanse ufaglærte	36,4 %	- 41,9 %	- 16,2 %	19,6 %	- 29,6 %	- 13,7 %	- 3,5 %
Antall vakter som er ubemantnet	26,5	20	4	47	13	34	144,5
Antall stillinger iflg. turnusplan	108	278	185	318	383	291	1563
Total vakanse	24,5 %	7,2 %	2,2 %	14,5 %	3,4 %	11,7 %	9,2 %

Tabellen viser at vakanseproblemet i hjemmesykepleien er klart større enn i sykehjemmene. Dette skyldes først og fremst at hjemmesykepleien benytter færre ufaglærte i de ubesatte stillingene. Dette henger nok sammen med at turnusplanene i hjemmesykepleien omfatter ganske mange ufaglærte allerede (24 % av alle stillinger, i sykehjem er andelen

10 %; på vaktene var imidlertid henholdsvis 27 % og 23 % ufaglærte). Dessuten er arbeid i hjemmesykepleien såpass selvstendig at det er vanskeligere å komme inn i tjenesten som ukjent. På en institusjon er dette enklere, fordi mulighetene er større for veiledning og støtte.

En finner det samme mønsteret som for sykehjem når det gjelder forskjeller mellom

landsdelene: problemene er størst i Oslo, mens Sørlandet hadde den laveste vakanseandelen på dagtid på undersøkelsestidspunktet. Vakanseproblemene er også her mindre på kvelds- og nattevakter (Tabell VB 20 og VB 21 i vedlegget). Det er færre ubesatte stillinger i alle fagkategorier om kvelden og natten, men på denne tiden blir også en

høyere andel stillinger fylt opp av ufaglært arbeidskraft. Tallene er små, og det gir lite stabile beregninger. Mønsteret landsdelene i mellom er derfor mindre tydelig.

Tabell 6.4 gir en samlet oversikt over vakansenivået gjennom døgnet i hjemmesykepleien.

Tabell 6.4

Total vakanse i hjemmesykepleien under, dag-, kvelds- og nattevakter i ulike landsdeler. Andel av alle vaktene i turnusplanen som ikke er bemannet. Tall for alle faggrupper samlet. Prosent. Basert på tall fra 76 kommuner.

	Oslo	Østlandet ellers	Sør- landet	Vest- landet	Midt- Norge	Nord- Norge	Hele landet
Dagvakt	24,5	7,2	2,2	14,5	3,4	11,7	9,2
Kveldsvakt	-4,2	2,5	1,5	6,1	-2,7	-3,7	-1,1
Nattevakt	0,0	5,7	0,0	0,0	9,0	-26,7	0,0

Vurdering

De frekvensfordelingene som er gjengitt her, tyder på at vakanseproblemene først og fremst er et "dagfenomen". Dette henger antakelig sammen med at antallet personer i arbeid i sykehjemmene og i hjemmesykepleien er størst på dagvaktene. I sykehjem utgjør personalet på kveldsvakt iflg. turnusplanene 63 % av bemanningen på dagtid og på nattevakt 24 %. I hjemmesykepleien er forskjellen enda større, i forhold til dagvaktpersonalet utgjør bemanningen om kvelden 35 % og om natten bare 12 %. Om kvelden og natten er vakansen negativ flere steder. Det betyr altså at det er satt inn ekstra bemanning, trolig for å håndtere "topper" av arbeidskrevende pasienter. På denne tiden av døgnet er grunnbemanningen lav, spesielt i hjemmesykepleien. Men en har altså folk i bakhånd som tas inn når tjeneren står overfor spesielle utfordringer.

Vakanseproblemene er gjennomgående større

i hjemmesykepleien enn på sykehjemmene. Det tyder på at hjemmesykepleien har et større rekrutteringsproblem og/eller at sykefraværet er høyere her. Én av grunnene til at Oslo ser ut til å ha de største vakanseproblemene både i sykehjem og hjemmesykepleie kan være at eldreomsorgen i byen må konkurrere om arbeidskraft med en svært omfattende sykehussektor.

Det er ellers interessant å merke seg at kommuner i alle landsdeler benytter seg av vernepleiere både i sykehjem og i hjemmesykepleien. Antallet er ikke stort, men indikerer en mulig utvikling der vernepleiernes kompetanse kan komme inn som et supplement – kanskje spesielt i demensomsorgen.

7 Oppgaveforskyvning mellom spesialist- og primærhelsetjeneste

Uttrykket ”oppgaveforskyvning” brukes gjerne når et forvaltningsnivå helt eller delvis overtar ansvar for et velferdstilbud fra et annet. Dette kan skje etter formelle beslutninger, ved endring av faglige rutiner, eller begge deler. I helse- eller omsorgstjenestene er det mange eksempler på formelle oppgaveforskyvninger forankret i lovendringer eller statlige planer: kommunehelseloven (1984) overførte oppgaver og personell fra stat og fylker til kommuner, HVPU-reformen (1991-95) tjenestemottakere fra fylker til kommuner, psykiatireformen fra de senere årene overfører tilsvarende fra fylker – og senere stat (helseforetakene) - til kommuner.

Nedgangen i liggetid i sykehusene (jf. Norsk institutt for sykehusforskning 2001) er et aktuelt og slående eksempel på endringer av behandlings- og omsorgsrutiner. Sykehusene har lenge vært utsatt for et rasjonaliseringspress, og én av mange løsninger er å innsnevre området for eget ansvar og overlate flere oppgaver til kommunehelsetjenesten. Gjennom betalingsforskriften har denne endringen også fått en formalisert overbygning, selv om det ikke dreier seg om en oppgaveoverføring som også omfatter personell eller bevilgninger.

At pasienter skrives raskere ut fra sykehus enn før, kan utløse etterspørsel etter kommunale tjenester. Det er rimelig å tenke seg at dette primært dreier seg om pleieoppgaver eller medisinsk oppfølging som ligger innenfor kommunehelsetjenestens alminnelige kompetanseområde. Omfanget av slik etterspørsel er ikke kjent, men det antas at det er stort og økende. Ulike aspekter av hvordan utskrivning av sykehuspasienter foregår har imidlertid vært belyst (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001). Problemer rundt slik overføring ser ut til å være størst i de store

byene, men både kommuneøkonomi og samarbeidsmetoder har ellers betydning for hvor fort sykehuspasienter kan skrives ut til kommunehelsetjenesten, og hvor enkelt det er for kommunehelsetjenesten å ta imot dem.

Et viktig spørsmål i denne forbindelse er om primærhelsetjenestene også overtar behandling som tidligere ble betraktet som spesialistoppgaver i mer snever forstand. Fra den kliniske hverdagen kan en fra tid til annen høre at kommunehelsetjenesten påtar seg til dels avanserte medisinske oppgaver som de får fra helseforetakene. Og i den siste stortingsmeldingen om pleie- og omsorgstjenestene heter det bl.a.:

”Sosialdepartementet får signal om at utskrivningspraksisen i spesialisthelsetjenesta og meir omfattande bruk av poliklinisk behandling skaper problem for mange kommunar. Omsynet til effektiv drift av sjukehusa gjer at kommunane i stadig større grad må ta ansvar for menneske med behov for omfattande og til dels spesialiserte helsetenester.” (St.meld. nr. 45 (2002-2003), s. 47.)

Hva slags behandlingsrutiner er det i så fall snakk om, og hvor ofte forekommer det? Dette har heller aldri vært undersøkt, noe den samme stortingsmeldingen også fastslår. En av målsetningene ved den foreliggende studien er å få et bilde av hvor utbredt slik virksomhet er. Følgende spørsmål ble derfor stilt ved registreringen av tjenestebrukerne i og utenom institusjon (jf. registreringskjemaet (Vedlegg A), spørsmål 10):

”Mottar personen omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp, så som (her kan du sette mer enn ett kryss)

- 1 Respiratorbehandling
- 2 Smertebehandling med intravenøs teknikk
- 3 Kontroll av adferdsavvik
- 4 Cellegiftbehandling
- 5 Terminalpleie
- 6 Behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse
- 7 Andre spesialiserte prosedyrer, nemlig.....(skriv hva slags)”

Den ”omfattende og/eller faglig spesialiserte hjelpen” som de 1222 tjenestemottakerne fikk, fordeler seg som vist i tabell 7.1. Her er det to store grupper: pasienter med *sammensatte sykdommer* som krever høy faglig kompetanse og de med *atferdsavvik* som trenger oppfølging og kontroll. De andre gruppene er forbausende små.

Gruppen med sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse utgjøres hovedsakelig av mennesker med aldersdemens (25 %), hjerte- eller lungesykdom (15 %), slag (15 %), psykisk lidelse (11 %), følger av større skader (8 %) og pasienter med reumatiske lidelser (de dominerer i ”andre”-gruppen (jf. svaralternativ 7 over) som i sin helhet dekker ca. 5 % svarene). Gruppen som får spesialisert hjelp fordi atferdsavvik må kontrolleres består i hovedsak av personer med aldersdemens (38 %), psykisk lidelse (28 %) og psykisk utviklingshemning (21 %). Samlet sett betyr dette at tjenestemottakere med *psykisk lidelse* (16 % av alle i denne gruppen), *psykisk utviklingshemning* (15 % av alle i denne gruppen) og *aldersdemens* (i alt 13 % av alle i denne diagnosegruppen) hyppigst blir ansett som de faglig mest krevende.

7.1 Noen hovedresultater

Svarene viser at det ble krysset av for én eller flere av disse behandlingsformene for i alt 1222 tjenestemottakere, det er 9,6 % av hele utvalget. Svært få skjemaer hadde mer enn ett kryss. Disse er behandlet slik at bare aktiviteten ved det krysset som opptrer først i listen er med i beregningene i det følgende.

Tabell 7.1

Omfattende og faglig spesialisert hjelp – forekomsten av ulike typer hjelp. N=13240.

<i>Omfattende og faglig spesialisert hjelp</i>	<i>Antall</i>	<i>Andel av hele utvalget (prosent)</i>	<i>Andel av pasienter som har slik assistanse (prosent)</i>
Sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse	712	5,4	55,6
Kontroll av atferdsavvik	482	3,6	37,6
Terminalpleie	49	0,4	3,8
Cellegiftbehandling	31	0,2	2,4
Respiratorbehandling	4	0,0	0,3
Smertebehandling med intravenøs teknikk	3	0,0	0,2
Alle	1222	9,6	100,0

De som får spesialisert hjelp i hjemmetjenesten får i gjennomsnitt 9,2 timer praktisk bistand og 11 hjemmesykepleiebesøk per uke. Andre tjenestemottakere får 5,0 timer praktisk bistand og 16 hjemmesykepleiebesøk per uke per uke. De med spesialisert hjelp får færre lange hjemmesykepleiebesøk (2,2 vs. 3,3 per uke). Som gruppe betraktet får de altså mer praktisk bistand enn andre, men mindre hjemmesykepleie.

Resultatene er overraskende. En ville forventet at også andre faglige problemstillinger og aktiviteter var framtreddende. En ville også forventet at tilbudet av hjemmesykepleie var mer omfattende blant de faglig mest krevende pasientene.

Det er grunn til igjen å minne om den utvalgs-skjevhetensomernevntidligere. De hjemmeboendesomerinkludert i denne undersøkelsen

er selekterte: de har både praktisk bistand og hjemmesykepleie. I gruppen hjemmeboende som bare har hjemmesykepleie, og som altså ikke inkludert i undersøkelsesutvalget her, kan det være flere med spesialisert hjelp av mer medisinsk teknisk art som svarer til alternativene 1-5 i spørsmålet som er referert i det foregående. Denne utvalgsskjevheten er likevel ikke så stor at den kan endre hovedtrekkene i bildet som tabell 7.1 tegner.

7.2 Egenskaper ved de som mottar spesialisert hjelp

Hva kjennetegner de som har spesialisert hjelp? En egen analyse er gjennomført for å klarlegge om alder, kjønn, oppholdssted, hovedgrunn til hjelpebehovet og funksjonsnivå (Barthel) er assosiert med det å være tjenestemottakere med omfattende og spesialisert hjelp. En såkalt "logistisk regresjonsmodell" er benyttet. Resultatene er gjengitt i tabell VB 22 i Vedlegg B.

Resultatene viser at sammenlignet med de som har en somatisk lidelse som hovedgrunn til hjelpebehovet, er sannsynligheten for å motta omfattende, spesialisert hjelp omtrent dobbelt så høy blant tjenestemottakere med psykiske lidelser. Sannsynligheten er også klart høyere blant utviklingshemmede, og i noen grad også for personer med aldersdemens – alt annet likt. Tjenestemottakere som mottar faglig spesialisert hjelp oppholder seg langt oftere i sykehjem enn andre steder, men de er også noe overrepresentert i vanlig kommunale boliger. Sannsynligheten for å motta spesialisert hjelp er ikke assosiert med kjønn, og bare ubetydelig grad med alder (den er en tanke høyere blant yngre) eller funksjonsnivå (en tanke høyere når funksjonsnivået synker).

Vurdering

Forestillingen om at den kommunale helse- og omsorgstjenesten bruker mye ressurser på avanserte medisinsk tekniske prosedyrer for å hjelpe mennesker som tidligere ble tatt hånd om i somatiske sykehus bekreftes ikke i denne undersøkelsen. Snarere er det personer som ellers ville ha befunnet seg i *psykiatrisk* spesialisthelsetjeneste eller i det tidligere HVPU som representerer de største utfordringene. Disse tjenestemottakerne tas oftere hånd om i sykehjem enn i kommunale boliger eller egne hjem. Det betyr selvsagt ikke at avansert somatisk medisin ikke også kan være en faglig og ressursmessig ut-

fordring i kommunehelsetjenesten mange steder, men foreløpig ser dette fenomenet ut til å ha begrenset omfang. En større undersøkelse av pleie- og omsorgstjenestene i Sverige (The Swedish National Study on Ageing and Care – "SNAC") finner også at omfanget av spesialiserte teknisk-medisinske prosedyrer i det kommunale "vårdsystemet" er meget begrenset (Lagergren og medarbeidere 2002; Wimo og medarbeidere 2002).

Det er grunn til å presisere at omfanget av spesialiserte somatiske prosedyrer kan være undervurdert i denne undersøkelsen. Dels skyldes dette utvalgsskjevheten det er redegjort for tidligere, men også at en del spesialisert somatisk behandling er av kort varighet. Av den grunn blir den dårligere representert i en tverrsnittundersøkelse - sammenlignet med tilstander som er langvarige eller kroniske – for eksempel alvorlige psykiske lidelser eller atferdsproblemer hos utviklingshemmede. En kommune kan for eksempel ha hatt flere respiratorpasienter i året før denne undersøkelsen ble foretatt, og kanskje også fått én eller flere nye siden. Men i det tidsrommet datainnsamlingen foregikk, hadde man ingen. For å få bedre oversikt, bør en ved senere anledninger sikre seg data om disse fenomenene som dekker et lengre tidsrom, og dessuten ha med *alle* pasienter som har hjemmesykepleie, ikke bare de som har slik hjelp i kombinasjon med praktisk bistand.

Overføring av *spesialisert* behandling og hjelp er bare ett aspekt ved oppgaveforskjvninger som kan finne sted når behandlingsrutinene i sykehusene endres. Om akkurat dette fenomenet foreløpig ser ut til å være begrenset, kan det likevel godt hende at hjemmetjenestene og sykehjemmene bruker mye ressurser for å følge opp sykehuspasienter som krever mer *ordinær* behandling og pleie. Men å dokumentere omfanget av denne virksomheten krever andre tilnærminger enn de som er benyttet her.

8 Oppsummering

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å gi Statens helsetilsyn et bredere vurderingsgrunnlag for arbeidet med pleie- og omsorgstjenestenevedåanalyseretjenestemottakernes behov og kommunenes tilbud, vakanseproblemer, og sider ved oppgaveforskyvningen mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet. Det er viktig å understreke at det bildet som er tegnet bare gjelder de menneskene som er *innenfor* systemet, de som har et tilbud. De som står utenfor, eller de som venter, kjenner vi ikke. Kanskje er de ikke så mange, men ingen vet. Slik sett er undersøkelsen ufullstendig, selv om den datamessig er den mest omfattende som noen gang er gjort av disse tjenestemottakerne.

Det er også grunn til å minne om at bildet som er tegnet, er et øyeblikksbilde fra en tjeneste i forandring. Den største investeringsperioden i pleie- og omsorgstjenestens historie er nylig avsluttet. Bygningsmessig er sektoren betydelig forandret i løpet av få år. Omsorgsideologier er i endring, oppgavene like så. Resultatene som er framlagt kan fort komme til å trenge oppdateringer.

Undersøkelsen har vist at pleie- og omsorgstjenesten i Norge dekker et meget stort spekter av oppgaver og tjenestemottakere. Daglig hjelpes om lag 200 000 personer, og antallet er økende (Statistisk sentralbyrå 2001). Hvis en antar at de som får hjemmetjenester har ett besøk av hjemmehjelpen og to fra hjemmesykepleien i døgnet i gjennomsnitt, og at de som bor i institusjon får hjelp minst seks ganger hver, kan en si at antallet ”hjelpesituasjoner” gjennom døgnet er omkring 3/4 million. Omfanget av aktiviteten i pleie- og omsorgstjenesten blir slående når en illustrerer det på denne måten. Alle slags funksjonshemninger og medisinske tilstander

er representert, aldersspennet er stort, og stedene disse menneskene oppholder seg er mange: sykehjem, aldershjem, moderne omsorgsboliger, andre kommunale boliger og egne hjem.

Man finner mennesker med alle grader av hjelpebehov og de forskjelligste helsemessige problemer i alle disse kontekstene. Likevel er det slik at de ulike stedene inngår i et slags behovshierarki: sykehjemmene tar hånd om de aller skrøpeligste, de sprekeste bor hjemme, mens hjelpebehovene til mennesker i aldershjem og ulike kommunale boliger befinner seg på litt ulike, men ganske forutsigbare trinn mellom disse to ytterpunktene. Også blant tjenestemottakere med det samme grunnleggende helseproblemet er det slik at de sprekeste bor hjemme eller i kommunale boliger, de skrøpeligste i institusjoner.

Den store skrøpeligheten til tjenestemottakere i *sykehjem* omfatter både kroppslig og mental svikt. Innslaget av mennesker med aldersdemens er særlig stort her. Og mer enn noe annet er sykehjemmene et permanent oppholdssted; det brukes i dag bare i begrenset grad til rehabiliterings-, behandlings- eller avlastningsformål.

Aldershjemmene utgjør nå bare en liten del av pleie- og omsorgstjenestens kapasitet. Men de har mange felles trekk med sykehjemmene. Gjennomsnittsalderen blant beboerneersværthøy, funksjonsnivået – spesielt det mentale – er dårlig, noe som i vesentlig grad skyldes at andelen aldersdemente er ganske stor også her. Mennesker med demenssykdommer graviterer i retning av institusjonene, så å si.

I løpet av få år har en helt ny boligform vokst fram og endret infrastrukturen i norsk pleie-

og omsorgstjeneste: *omsorgboliger* bygget med statlige tilskudd og standardkrav fra Husbanken. I disse ca. 20 000 enhetene bor det i dag i hovedsak litt ”yngre” eldre, i gjennomsnitt ti år yngre enn de som oppholder seg i sykehjem eller aldershjem. Omsorgsboligbeboerne har også langt mindre funksjonssvikt, både kroppslig og mentalt. På samme måte som tjenestemottakerne i sykehjem og aldershjem har mange felles trekk, er likheten stor mellom de som bor i moderne omsorgsboliger og de som bor i *andre kommunale boliger*, boliger som for det meste ble bygget før midten av 1990-årene. Disse to tilbudenes rolle og plass i omsorgskjeden er omtrent den samme. Den største forskjellen ligger i bygningenes alder og standard. Eldre kommunale boligtilbud og nyere omsorgsboliger har også et omfang som er ganske likt. Det er derfor all grunn til å se dem i sammenheng, ja egentlig under ett.

I gjennomsnitt sprekest, men likevel dårligst stilt, er de menneskene som får hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten, men bor i sine *egne hjem*. Dette er et viktig funn, all den stund dette strider mot en hovedmålsetting for politikken på dette området. I Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003) slås det innledningsvis fast at:

”Regjeringa sitt mål for pleie- og omsorgstjenestene i kommunane er at den einskilde skal sikrast tenester av god kvalitet...Alle som ønskjer det, skal få høve til å bu heime så lenge som råd og ta i mot nødvendige tenester der.”

Sett i forhold til de behov og de helseproblemer de har, får de som bor hjemme i dag mindre offentlig hjelp enn andre mottakere av hjemmetjenester. Og selv om en må anta at hjemmeboende som gruppe har mer tilgang på uformell hjelp, er den offentlige hjelpen de får sjeldnere *tilstrekkelig* enn det som er tilfellet for alle andre mottakere av pleie- og omsorgstjenester. De hjemmeboende får i gjennomsnitt en halv time hjemmehjelp og ett til to besøk av hjemmesykepleien per dag. Når tjenestene har denne profilen, er det kanskje ikke så rart at svært få av de skrøpeligste blir boende hjemme.

Om en tar utgangspunkt hva slags helseproblem tjenestemottakeren har, kan en si at tilstrekkeligheten ved den offentlige hjelpen følger et nokså forutsigbart mønster. Den er lavest for mennesker med psykiske lidelser – alt annet likt. Mennesker med somatiske lidelser eller psykisk utviklingshemning kommer alt i alt best ut. Når mennesker med

psykiske lidelser under ellers like forhold sjeldnere mottar tilstrekkelig hjelp på alle områder som er undersøkt her, er det et tydelig tegn på at kommunene har vansker med å håndtere deres problemer og behov. Og på bakgrunn av hva som ble dokumentert i forrige kapittel kan en si at én av grunnene til dette er at disse pasientene er særskilt kompetansekrevene.

Vurdert etter oppholdssted, er det sykehjemmene og aldershjemmene som skårer høyest. De nye omsorgsboligene med husbankstandard utmerker seg ikke i denne henseende. Og selv om det for tiden ikke bor mange svært skrøpelige i disse boligene, er konklusjonen så langt at de på enkelte områder får mindre tilstrekkelige tjenester enn andre i samme type bolig. Dette på tross av at hjemmesykepleie tilbudet alt i alt er relativt omfattende i omsorgsboligene. Dette indikerer at kommunene foreløpig har problemer med å fordele hjelpen i omsorgsboligene godt nok etter tjenestemottakerens funksjonsnivå og behov. Eller sagt på en annen måte: de sprekere har det antakelig bedre der enn de skrøpeligste.

Målt på den måten det er gjort her, må en likevel si at alt i alt får langt de fleste tilstrekkelige tjenester. En ser det samme bildet som i andre studier av kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten: forsømmelser skjer stadig, men kvalitetssvikt av mer alvorlig karakter er sjelden. Vi har benyttet strenge målestokker: de som brukes av pleierne selv. Basert på erfaringer fra annen forskning kan en gå ut fra at tjenestemottakerne – antakelig også deres pårørende – er mindre kritiske og mer fornøyde enn resultatene fra den profesjonsbaserte vurderingen av tilstrekkelighet tilsier.

Grunnen til at den hjelpen som ytes i pleie- og omsorgstjenesten vurderes utilstrekkelig oppgis mange steder å være mangel på tid. Dette kan igjen henge sammen med bemanningen. Undersøkelsen har vurdert omfanget av ubesatte stillinger og sykefravær (vakanse) i sykehjem og hjemmesykepleie. Vakansen i sykehjemmene er alt i alt relativt lav, selv om det er variasjoner mellom kommuner og landsdeler. I hjemmesykepleien er problemet større, antakelig så stort at det kan gå ut over hjelpen som gis. Vakanse er i vesentlig grad et ”dagfenomen”, det er på denne tiden av døgnet den er størst. Og hadde det ikke vært for tilgangen på ufaglært arbeidskraft, ville vakanseproblemet vært enda større, særlig i sykehjemmene.

Svaret på en annen sentral problemstilling i denne undersøkelsen – forskyvning av spesialistoppgaver til primærhelsetjenesten – er overraskende. Én av ti tjenestemottakere får omfattende og spesialisert hjelp av den kommunale helse- eller omsorgstjenesten. Men i motsetning til hva en vanligvis antar, har de medisinsk-tekniske prosedyrene en lite framtreddende plass i dette bildet. Håndtering av komplekse tilstander hos mennesker med psykiske lidelser, utviklingshemning eller aldersdemens dominerer. Dette betyr i klartekst at det er psykiatrireformene og HVPU-reformen som har gitt kommunene de faglig mest utfordrende oppgavene de har i dag. Somatiske sykehus overfører også mange krevende oppgaver til kommunehelsetjenesten, men disse ser foreløpig ut til å ligge innefor et kompetanseområde personalet er vant til, og som de behersker.

Litteratur

- Fimreite, A.L.(red) (2000). *Kommunal monitor 2000. Søkelys på tjenesteproduksjon, ressursbruk og prioriteringer i norske primærkommuner*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
- Gautun, H., Kjerstad, E. og Kristiansen, F. (2001). *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Oslo: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, SNF-rapport 57/01.
- Inst. S. nr. 263 (2001-2002). *Innstilling fra sosialkomiteén om avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen*.
- Kjellsberg, A.-B. (1996). *Håndbok for skalaer i klinisk alderspsykiatri*. Sem: INFO-banken, Psykiatrisk klinikk – avd. Granli.
- Lagergren, M., Hedberg, R.-M., Lundberg, L. og Meinow, B. (2002). *Äldre med långvariga vårdbehov på Kungsholmen – Essingen*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, SNAC-rapport Nr. 1.
- Norsk institutt for sykehusforskning (2001). *Samdata sykehus*. Trondheim: NIS Samdata 3/01.
- Romøren, T.I. (1998). *Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag*. Oslo: NOVA.
- Romøren, T.I. (1999). *Kvalitet i sykehjem – sett fra tre kanter*. Innlegg ved den tredje norske kongress i aldersforskning. Sundvolden 1999.
- Romøren, T.I. (2001). *Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T.I. og Svorken, B. (2003). *Velferdsstat og velferdskommune. Iverksettingen av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i kommunene i Nord-Trøndelag*. Rapport nr.12/03, Oslo: NOVA.
- Slagsvold, B. (1999a). "Norsk eldreomsorg: Hvor dårlig er dårlig?" *Aldring & Eldre*, 3, 12-16.
- Slagsvold, B. (1999b). "Hva med de hjemmeboende?" *Aldring & Eldre*, 4, 16-20.
- Slagsvold, B. (2000). *Velferd og tjenestebruk for sterkt avhengige brukere. En datadokumentasjon med kommentarer*. Oslo: NOVA.
- Statistisk sentralbyrå (2001). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1994-2000 (C 696)*. Oslo/Kongsvinger. Statistisk sentralbyrå.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester*. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 45 (2002-2003). *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Toresen, J. (2003). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Virkninger kapasitet, dekning og årsverkførbruk*. NIBR-rapport 2003:11, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Ytrehus, S. (1999). "Utforming av nye omsorgsboliger og sykehjem". *Aldring & Eldre*, 4, 10-14.
- Wimo, A., Persson, G., Sjölund, B.-M. og Lagergren, M. (2002). *Äldre med långvariga vårdbehov i Nordanstig*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, SNAC-rapport Nr. 4.
- www.ssb.no/emner/03/03/20/pleie. *Kommunal helse- og omsorgsstatistikk 2002, førebelse tal*

**HELSETILSYNET**
tilsyn med sosial og helse

Rådmannen

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2002/1237 II BKS/-

16. januar 2003

Kartleggingsundersøkelse i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

Helsetilsynet vet at det blir gjort mye godt arbeid i pleie- og omsorgstjenesten, men kommunene har oppgaver og ansvar i sektoren som det er krevende å følge opp. Behovet for spesialisert medisinsk kompetanse er økende for alle aldersgrupper, også på kommunalt nivå. Samtidig blir pasienter med sammensatte helsemessige og sosiale problemer skrevet raskere ut fra spesialisthelsetjenesten til egen hjemkommune enn tidligere.

Gjennom vår tilsynsvirksomhet har vi tidligere sett på noen forhold i enkelte deler av kommunens tjenestetilbud. For å få et bredere vurderingsgrunnlag ønsker vi nå å gjøre en nasjonal kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten. Kartleggingen skal gi oversikt over brukernes behov og kommunenes ressursbruk, samt belyse sider ved oppgaveforskyvningen mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet. Den blir gjennomført i et tilfeldig representativt utvalg av kommuner/bydeler i Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Aust-Agder, Vest-Agder, Hordaland, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Troms og Finnmark. Deres kommune er én av 76 kommuner som er trukket ut.

Helsetilsynet gjennomfører kartleggingen med hjemmel i Lov 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene § 6.3 annet ledd, der det heter: *"Uten hinder av taushetsplikt kan Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet kreve opplysning om helsetjenesten i kommunen og dens pasienter som er påkrevet for oversikt, kontroll og tilsyn."*

Resultatene fra undersøkelsen vil danne grunnlag for Helsetilsynets vurderinger av behovsdekning og tilbudsutforming. Vi tror at kartleggingen også kan gi den enkelte

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of
Health

Pb 8128 Dep,
NO-0032 OSLO
Norway

Tel.: (+47) 22 24 88 88
Faks: (+47) 22 24 95 90
E-post/e-mail:
postmottak@helsetilsynet.dep.no
www.helsetilsynet.no

Besøksadresse/Street address:
Calmeyersgate 1

Org. nr.: 974 761 394

kommune verdifull kunnskap om brukernes behov og ressursbruk i egen pleie- og omsorgstjeneste.

I forbindelse med den praktiske gjennomføringen av kartleggingen synes det mest hensiktsmessig at Helsetilsynet i de respektive fylkene etablerer direkte kontakt med pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Kopi av all korrespondanse blir sendt til Rådmannen. Helsetilsynet gjennomfører kartleggingen i samarbeid med forskningsinstituttet NOVA. I den offentlige rapporten fra studien vil det ikke bli mulig å gjenkjenne enkeltkommuner. De kommunene som deltar, blir gjort kjent med de bearbejdede opplysningene fra egen kommune via Helsetilsynet i de respektive fylkene.

Med hilsen

Lars E. Hanssen
helsedirektør

Bente Kr. Smedbråten
seniorrådgiver

Saksbehandler: Bente Smedbråten, tlf.: 22 24 88 31



Pleie- og omsorgstjenesten
i kommunen/bydelen

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
2002/1237 II BKS/-

DATO: / DATE:
22. januar 2003

Kartlegging i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

Helsetilsynet vet at det blir gjort mye godt arbeid i pleie- og omsorgstjenesten, men kommunene har oppgaver og ansvar i sektoren som det er krevende å følge opp. Behovet for spesialisert medisinsk kompetanse er økende for alle aldersgrupper, også på kommunalt nivå. Samtidig blir pasienter med sammensatte helsemessige og sosiale problemer skrevet raskere ut fra spesialisthelsetjenesten til egen hjemkommune enn tidligere.

Gjennom vår tilsynsvirksomhet har vi tidligere sett på noen forhold i enkelte deler av kommunens tjenestetilbud. For å få et bredere vurderingsgrunnlag ønsker vi nå å gjøre en nasjonal kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten. Kartleggingen skal gi oversikt over tjenestemottakernes behov og kommunenes ressursbruk, samt belyse sider ved oppgaveforskyvningen mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet. Den blir gjennomført i et tilfeldig representativt utvalg av kommuner/bydeler i Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Aust-Agder, Vest-Agder, Hordaland, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Troms og Finnmark. Deres kommune er én av 76 kommuner som er trukket ut.

Kartleggingen består av to deler:

Del 1 - Kartlegging av personellsituasjonen i sykehjem, aldershjem og hjemmesykepleien en vanlig hverdag

Tidspunktet for den første delen av undersøkelsen er *23. januar 2003*. Helsetilsynet i fylket (tidligere fylkeslegen) henvendte seg for noen dager siden til pleie- og omsorgstjenesten for å etablere kontakt med en person, fortrinnsvis pleie- og omsorgssjef eller assisterende pleie- og omsorgssjef. Denne kontaktpersonen skal ta i mot denne faksen og har ansvar for å sørge for at spørsmålene i det vedlagte skjemaet blir besvart. De utfylte skjemaene skal returneres Helsetilsynet i fylket på faks *innen kl. 15.30 samme dag*. For mer veiledning når det gjelder utfylling av skjemaet, se

Vedlegget

Del 2 - Kartlegging av tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten

I løpet av et par dager vil dere motta et kartleggingskjema i posten. Der ber vi om en faglig vurdering av den enkelte tjenestemottakers funksjonsnivå, samt noen sider ved den hjelpen vedkommende mottar. Svarfrist for denne delen av undersøkelsen er 14 dager fra mottatt skjema. Nærmere veiledning blir gitt i forbindelse med utsendingen.

Helsetilsynet gjennomfører kartleggingen med hjemmel i Lov 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene § 6.3 annet ledd, der det heter: *"Uten hinder av taushetsplikt kan Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet kreve opplysning om helsetjenesten i kommunen og dens pasienter som er påkrevet for oversikt, kontroll og tilsyn."*

Oppsummering

Resultatene fra undersøkelsen vil gi kunnskap som har betydning for Helsetilsynets vurderinger av behovsdekning og tilbudsutforming i pleie- og omsorgstjenesten. Vi tror at kartleggingen også kan gi den enkelte kommune verdifull kunnskap om tjenestemottakernes behov og ressursbruk i egen pleie- og omsorgstjeneste.

Helsetilsynet gjør undersøkelsen i samarbeid med forskningsinstituttet NOVA. For å innhente de dataene vi trenger, er vi helt avhengig av at de deltagende kommuner og enheter følger opp kartleggingen.

I den offentlige rapporten fra studien som skal være ferdig i juni 2003, vil det ikke bli mulig å gjenkjenne enkeltkommuner. Kommunene som deltar, blir gjort kjent med de bearbejdede opplysningene fra egen virksomhet via Helsetilsynet i de respektive fylkene.

Vi imøteser med stor spenning resultatet av undersøkelsen og tror at med bidrag fra kommunene vil den bringe kunnskap som har nytte for den videre utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten.

Med hilsen

Lars E. Hanssen
helsedirektør

Bente Kr. Smedbråten
seniorrådgiver

Kopi til: Rådmannen

Saksbehandler: Bente Smedbråten, tlf.: 22 24 88 31

Kartlegging av personell og kompetanse i sykehjem, aldershjem og hjemmesykepleie

Kommunens navn:

Kommunens id-nummer (fylles ut av Helsetilsynet):

Skjema er fylt ut av (navn og tittel):

Skjema fylles ut 23.01.03.

Vi vil vite bemanning/kompetanse på

- siste nattevakt (natten mellom 22. januar og 23. januar),
- dagvakten 23. januar
- kveldsvakten 23. januar (slik den er planlagt)

Det skal fylles ut ett skjema for

- Hver avdeling i sykehjemmet
- Hver avdeling i aldershjemmet
- Hvert distrikt/soner i hjemmesykepleien

Når du fyller ut tabellen på neste side, skal du ta med

- Alle syke- og vernepleierstillinger – unntatt pleie- og omsorgssjef, ass. pleie- og omsorgssjef og andre stillinger som i sin helhet har administrative oppgaver. Vi vil kun ha informasjon om stillinger med direkte pleierettede oppgaver.
- Alle stillinger for hjelpepleier/omsorgsarbeider.
- Alle øvrige stillinger – unntatt merkantilt personale, vaktmester/vedlikeholdspersonell og stillinger for personell som i sin helhet har renholdsoppgaver.

Med *godkjent turnusplan* mener vi vedtatt bemanningsplan som er godkjent av kommunens administrasjon og tillitsvalgte.

Skjemaet er for (sett ring rundt tallet):

1. Hjemmesykepleie
2. Vanlig sykehjemsavdeling. Hvor mange plasser er det på avdelingen?
.....
3. Skjermet enhet for aldersdemente. Hvor mange plasser er det i enheten?
.....
4. Aldershjemsavdeling. Hvor mange plasser er det på avdelingen?
.....

Institusjonens navn:
Distriktets navn:
Institusjonens id-nummer (fylles ut av Helsetilsynet):

	Siste nattevakt		Dagvakten		Kveldsvakten	
	Sykehjem	Hjemmesykepleie	Sykehjem	Hjemmesykepleie	Sykehjem	Hjemmesykepleie
Antall sykepleiere som skal være på vakt i henhold til godkjent turnusplan						
Antall sykepleiere som er på vakt						
Antall vernepleiere som skal være på vakt i henhold til godkjent turnusplan						
Antall vernepleiere som er på vakt						
Antall hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere som skal være på vakt i henhold til godkjent turnusplan						
Antall hjelpepleiere/Omsorgsarbeidere som er på vakt						
Antall medarbeidere uten formell kompetanse som skal være på vakt i henhold til godkjent turnusplan						
Antall medarbeidere uten formell kompetanse som er på vakt						
Antall vakter som er ubemannet						



Pleie- og omsorgstjenesten
i kommunen

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
2002/1237 II BKS/-

DATO: / DATE:
22. januar 2003

Kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten – hvem er tjenestemottakerne?

Vi viser til tidligere kontakt om Helsetilsynets nasjonale kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten. Som vi nevnte i vår henvendelse 23. januar d.å., er dette en to-delt kartlegging i et representativt tilfeldig utvalg norske kommuner. Første del var personellkartleggingen som ble gjennomført 23. januar d.å.. Den andre delen av undersøkelsen som vi setter i gang nå, er en kartlegging av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenester.

Formål

Formålet med denne registreringen er å få oversikt over de ulike oppgavene som pleie- og omsorgstjenesten i kommunene nå har: hvilke grupper av tjenestemottakere finnes, hva slags hjelpebehov har de, og hvordan er forholdet mellom behov og tilbud i de ulike gruppene? Videre ønsker Helsetilsynet å få oversikt over oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten, men som i dag er skjøvet over i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten - med de krav til ressurser og faglig kompetanse dette stiller.

Hvilke tjenestemottakere skal være med i registreringen?

Det skal fylles ut ett registreringsskjema for hver av de følgende tjenestemottakerne i kommunen:

- Alle personer som bor i sykehjem/sykehjemsavdelinger
- Alle personer som bor i aldershjem/aldershjemsavdelinger
- Alle personer som bor i andre boliger kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål (omsorgsboliger, serviceboliger, trygdeboliger og lignende)
- Tjenestemottakere som bor hjemme (dvs. ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett), og som mottar både hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Fagpersoner som kjenner den enkelte tjenestemottaker godt, skal fylle ut registreringsskjemaet og gi sin faglige vurdering av vedkommendes hjelpebehov, samt noen sider ved den hjelpen vedkommende får. Vedlagt finner dere ”./?”. registreringsskjemaet som skal benyttes, samt veiledning for utfylling av skjemaet. Vi ber om at kommunen selv kopierer opp det antallet skjemaer/veiledninger dere trenger.

Svarfrist er 14 dager fra mottatt skjema. De utfylte skjemaene sendes til Helsetilsynet i fylket.

Kommuner som er med i registreringen

For å holde omfanget av registreringen på et minimum, har Helsetilsynet trukket et utvalg på 76 av landets 435 kommuner. Utvalget omfatter kommuner av varierende størrelse i ulike regioner, og de er trukket ut slik at de til sammen gir et representativt bilde av pleie- og omsorgstjenesten i hele landet.

Som belønning for innsatsen vil kommunene få en grundig tilbakemelding om hvor de står, sammenlignet med andre kommuner av samme størrelse og med landsgjennomsnittet.

Oppsummering

Resultatene fra undersøkelsen vil gi kunnskap som har betydning for Helsetilsynets vurderinger av behovsdekning og tilbudsutforming i sektoren. Vi tror at kartleggingen også kan gi kommunene som deltar, verdifull kunnskap om forholdet mellom tjenestemottakernes behov og ressursbruk i egen pleie- og omsorgstjeneste.

Helsetilsynet gjør undersøkelsen i samarbeid med forskningsinstituttet NOVA der forsker Tor Inge Romøren er vår faglige rådgiver. For å innhente de dataene vi trenger, er vi helt avhengig av at de deltagende kommuner og enheter følger opp kartleggingen.

Helsetilsynet gjennomfører kartleggingen med hjemmel i Lov 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene § 6.3 annet ledd, der det heter: *”Uten hinder av taushetsplikt kan Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet kreve opplysning om helsetjenesten i kommunen og dens pasienter som er påkrevet for oversikt, kontroll og tilsyn.”*

Spørsmål knyttet til utfylling av registreringsskjemaet kan rettes til:

- Kontaktperson i Helsetilsynet i respektive fylker
- Seniorrådgiver Bente Kr. Smedbråten, tlf. 22 24 88 31/90 31
- Rådgiver Runa Madsen, tlf. 22 24 89 69/89 01

Som nevnt tidligere, er svarfristen **14 dager fra skjemaet ble mottatt i posten.**
Utfylte skjemaer sendes til Helsetilsynet i fylket.

I den offentlige rapporten fra studien som skal være ferdig i juni 2003, vil det ikke være mulig å gjenkjenne enkeltkommuner. Kommunene som deltar, blir gjort kjent med de bearbejdede opplysningene fra egen virksomhet via Helsetilsynet i de respektive fylkene.

Vi imøteser med stor spenning resultatet av undersøkelsen og tror at med bidrag fra kommunene vil den bringe kunnskap som har nytte for den videre utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten.

Med hilsen

Lars Hanssen
helsedirektør

Bente Kr. Smedbråten
seniorrådgiver

Kopi: Rådmannen
Helsetilsynet i respektive fylke

Saksbehandler: Bente Smedbråten, tlf.: 22 24 88 31

REGISTRERINGSSKJEMA FOR TJENESTEMOTTAKER

VEILEDNING TIL DEG SOM SKAL REGISTRERE

Den som fyller ut skjemaet må selv kjenne den som registreres, eller få informasjon fra en annen fagperson som gjør det. Dette gir riktigere informasjon, men letter også registreringen, og gjør at den går raskere.

Bortsett fra rubrikkene for kommunenummer, dato, alder og årstall, skal det bare settes kryss i rutene – og med unntak av spørsmål 10: bare ett kryss per spørsmål eller spørsmålsledd.

Rutene som er angitt til høyre ved spørsmål nr. 12 kan en se bort fra. Disse skal fylles ut under bearbeidingen av skjemaet senere.

De aller fleste spørsmålene skulle være entydige og enkle og forstå. Noen steder er det satt noen utfyllende forklaringer for å presisere hva som menes.

Når det gjelder spørsmål 11, vil vi kun ha den umiddelbare, faglige vurderingen til den som registrerer om hva som er ”tilstrekkelig”. Vi er klar over at dette kan variere noe fra person til person; vi har likevel valgt å spørre på denne måten. Ulike syn vil jevne seg ut når det er mange som registrerer og mange som registreres.

Har du spørsmål, eller er du i tvil om hvordan registreringen skal gjennomføres, ta kontakt med

- Kontaktperson i Helsetilsynet i respektive fylker
- Seniorrådgiver Bente Kr. Smedbråten, tlf. 22 24 88 31/90 31
- Rådgiver Runa Madsen, tlf. 22 24 89 69/89 01

Lykke til!

1. *Kommunens navn*.....

2. *Kommunennummer*

3. *Dato for utfylling*

4. *Personens kjønn* 1 Kvinne 2 Mann

5. *Personens alder* år

6. Personen bor i

- 1 Sykehjem/sykehjemsavdeling
- 2 Aldershjem/aldershjemsavdeling
- 3 Omsorgsbolig med Husbank-standard (bygget med tilskudd fra Husbanken etter 1993)
- 4 Annen bolig med kommunal disposisjonsrett (annen type omsorgsbolig, servicebolig, trygdebolig eller lignende)
- 5 Hjemmet (dvs. ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)

7. *Årstallet personen flyttet inn* (uaktuelt hvis personen bor i ordinær bolig)

8. *Personen kom inn fra* (uaktuelt hvis personen bor i ordinær bolig)

- 1 Hjemmet
- 3 Omsorgsbolig med Husbankstandard
- 4 Annen bolig med kommunal disposisjonsrett
- 5 Aldershjem/aldershjemsavdeling
- 6 Sykehjem/sykehjemsavdeling
- 7 Somatisk sykehus
- 8 Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (psykiatrisk avdeling/sykehus/sykehjem, DPS e.l.l.)
- 9 Annet, nemlig..... (skriv hva slags tilbud det var)

9. *Hva er den viktigste årsaken til personens hjelpebehov?* (Sett bare ett kryss - ved det du mener er den aller viktigste årsaken, selv om det kan være flere årsaker.)

- 1 Psykisk utviklingshemning
- 2 Annen
- 9 Annen sykdom/funksjonshemning, nemlig.....(skriv hva slags)

10. Mottar personen omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp, så som (her kan du sette mer enn ett kryss)

- 1 Respiratorbehandling
- 2 Smertebehandling med intravenøs teknikk
- 3 Kontroll av adferdsavvik
- 4 Cellegiftbehandling
- 5 Terminalpleie
- 6 Behandling for flere aktive, sammensatte sykdommer som krever høy faglig kompetanse
- 7 Andre spesialiserte prosedyrer, nemlig.....(skriv hva slags)

11. Har personen i dag tilstrekkelig

	1	2	3	4
Hjelp til pers. hygiene og stell	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye
Tilsyn om kvelden/natten	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye
Hjelp til mat og måltider	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye
Praktisk hjelp i huset o.a.	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye
Aktivitetstiltak	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye
Sosiale tiltak	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye
Sykepleiefaglig tilsyn	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye
Legetilsyn	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye
Annet faglig tilsyn.....	<input type="checkbox"/> Altfor lite	<input type="checkbox"/> Noe for lite	<input type="checkbox"/> Tilstrekkelig	<input type="checkbox"/> For mye

(skriv hva slags)

Dersom problemstillingen er uaktuell, dvs. at personen verken trenger eller får et tiltak, settes det ikke noe kryss.

Hvis personen bor i sykehjem:

12. Institusjonens navn.....

13. Er han/hun i en skjermet enhet for demente? 1 Ja 2 Nei

14. Har han/hun korttidsopphold/avlastningsopphold? 1 Ja 2 Nei

Hvis personen bor i

- *Hjemmet* (ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)
- *Omsorgsbolig* (bygget med tilskudd fra Husbanken) eller
- *Annen bolig med kommunal disposisjonsrett* (annen type omsorgsbolig, servicebolig, bofellesskap, trygdebolig eller lignende)

Personen får nå for tiden

15. Hjemmehjelp/praktisk bistand (opplæring, miljøarbeid el.l.)..... timer per uke

16. Hjemmesykepleie..... ganger per uke

17. Antall ganger per uke der besøket fra hjemmesykepleien varer mindre enn 15 minutter.....ca. ganger per uke

19. Antall ganger per uke der besøket fra hjemmesykepleien varer mer enn 60 minutter.....ca. ganger per uke

19. Har personen regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien om kvelden?

1 Ja 2 Nei

20. Har personen regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien om natten?

1 Ja 2 Nei

21. Har personen trygghetsalarm?

1 Ja 2 Nei

22. Hvor lenge har personen mottatt hjelp av det omfang han/hun får nå? måneder

Hvis personen bor i omsorgsbolig med Husbankstandard eller annen bolig med kommunal disposisjonsrett:

23. Hvor nær er hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten om dagen?

- 1 Boligen har fast/stasjonær bemanning
- 2 Hjelper(e) må tilkalles utenfra, men kommer i løpet av 3-5 minutter
- 3 Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter 5-10 minutter
- 4 Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter mer enn 10 minutter

24. Hvor nær er hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten om natten?

- 1 Boligen har fast/stasjonær bemanning
- 2 Hjelper(e) må tilkalles utenfra, men kommer i løpet av 3-5 minutter
- 3 Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter 5-10 minutter
- 4 Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter mer enn 10 minutter

25. Inngår boligen i et bofellesskap eller bokollektiv?

1 Ja 2 Nei

EVNE TIL Å UTFØRE DAGLIGLIVETS AKTIVITETER (BARTHEL ADL-INDEKS)

Under følger ti spørsmål som gjelder tjenestemottakerens evne til å utføre dagliglivets aktiviteter. Kryss av i den ruten som best angir funksjonsnivået for hver enkelt ferdighet. Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker.

26. Fødeinntak

- Selvhjulpen 1
Noe hjelp 2
Helt avhengig 3

27. Personlig hygiene

- Selvhjulpen 1
Trenger hjelp 2

28. Avføring

- Helt kontinent..... 1
Av og til inkontinent..... 2
Inkontinent 3

29. Vannlating

- Helt kontinent..... 1
Av og til inkontinent..... 2
Inkontinent 3

30. Påkledning

- Selvhjulpen 1
Noe hjelp 2
Hjelp til det meste 3

31. Forflytning mellom stol og seng

- Selvhjulpen 1
Noe tilsyn..... 2
Kan sitte, mye hjelp..... 3
Kan ikke sitte, hjelp av to..... 4

32. Hjelpebehov på toalettet

- Uavhengig 1
Noe hjelp med klær og/el. forflytning. 2
Mye hjelp 3

33. Mobilitet generelt

- Går uten stativ 1
Gåstativ 2
Klarer seg i rullestol..... 3
Kan ikke forflytte seg alene 4

34. Trappegang

- Går uten hjelp..... 1
Støtte eller hjelp 2
Kan ikke gå trapp..... 3

35. Bading

- Uten hjelp..... 1
Trenger hjelp..... 2

ANDRE FUNKSJONSOMRÅDER

- Hukommelse
- Orienteringsevne
- Vurderingsevne
- Samfunnsaktiviteter
- Huslige gjøremål

For hvert område er det gitt fire beskrivelser som angir økende problemer. Alle beskrivelsene i den første kolonnen gir 1 poeng, de i den andre kolonnen 2 poeng, de i den tredje 3 poeng og beskrivelsene i den siste kolonnen 4 poeng.

Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker. Ved vurderingen skal det bare tas hensyn til personens mentale evner. Det vil si at dersom somatisk funksjonssvikt er årsak til at personen ikke fungerer tilfredsstillende på ett eller flere områder, skal man prøve å korrigere for dette ved utfylling av skjemaet.

Bestem hvilken beskrivelse innenfor hvert av de seks områdene som passer best for den du registrerer. Den behøver ikke passe helt.

Sett poengtallet for den riktige beskrivelsen for hvert område ytterst til høyre.

	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	Poeng
36. HUKOMMELSE	Normal hukommelse, evt. lett vekslende glemsomhet.	Lett hukommelsestap markert for nylig inntrufne hendelser. Hukommelsestapet virker inn på dagliglivets aktiviteter.	Moderat hukommelsestap. Viktige hendelser huskes, men nylig inntrufne hendelser glemmes helt.	Svært hukommelsestap. Bare fragmenter av tidligere hendelser kan huskes	
37. ORIENTERINGS- EVNE	Orientert for tid, sted og egen person, samt situasjon	Vansker med tidsorientering, orientering for sted og egen person. Kan være geografisk uorientert.	Desorientert for tid og vanligvis også for sted.	Totalt desorientert for tid, sted, situasjon og egen person.	
38. VURDERINGS- EVNE	God vurderingsevne og klarer seg godt i dagliglivet.	Har vansker med å løse problemer av sammensatt natur. Sosial vurderingsevne intakt.	Klart svekket evne til å løse problem. Sosial vurderingsevne svekket.	Klarer ikke å løse problem. Sosial vurderingsevne er klart svekket.	
39. SAMFUNNS- AKTIVITETER	Fungerer godt i arbeid, forening og selskapsliv. Kan ta vare på penger og gjøre adekvate innkjøp.	Trenger hjelp til å fungere i aktiviteter som nevnt. Kan imidlertid delta i slike aktiviteter og bevare god fasade.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem, men er i stand til å bli tatt med på slike aktiviteter av andre.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem. Virker for svekket til å fungere utenfor hjemmet.	
40. HUSLIGE GJØREMÅL	Fungerer godt i eget hjem, har hobbyer og/eller intellektuelle interesser.	Svekket interesse for huslige gjøremål, hobbyer og/eller intellektuelle sysler.	Helt enkle huslige sysler kan utføres. Hobbyer og/eller intellektuelle sysler er oppgitt.	Fungerer ikke i sitt eget hjemlige miljø.	

Kommuneutvalg og tabeller

Tabell VB 1

Kommuneutvalg og antall innbyggere

ØSTLANDET

Oslo 508726

Østfold

0111 Hvaler 3504
0118 Aremark 1419
0121 Rømskog 681
0122 Trøgstad 4900
0124 Askim 13622
0128 Rakkestad 7158
0136 Rygge 13465
0137 Våler 4113

Akershus

0220 Asker 49661
0231 Skedsmo 39155
0237 Eidsvoll 17721

Hedmark

0417 Stange 18113
0420 Eidskog 6419
0427 Elverum 18271
0429 Åmot 4396
0434 Engerdal 1546
0436 Tolga 1823
0439 Folldal 1812

SØRLANDET

Aust-Agder

0901 Risør 7041
0904 Grimstad 18052
0919 Froland 4546
0935 Iveland 1134
0938 Bygland 1341
0940 Valle 1456

Vest-Agder

1001 Kristiansand 73087
1017 Songdalen 5528
1026 Åseral 867
1027 Audnedal 1571
1029 Lindesnes 4439
1037 Kvinesdal 5547

VESTLANDET

Hordaland

1201 Bergen 230948
1211 Etne 3945
1216 Sveio 4669
1227 Jondal 1141
1233 Ulvik 1210
1235 Voss 13796
1244 Austevoll 4446

Sogn og Fjordane

1401 Flora 11298
1413 Hyllestad 1558
1418 Balestrand 1530
1421 Aurland 1827
1424 Årdal 5760
1432 Førde 10647
1445 Gloppen 5694

MIDT-NORGE

Sør-Trøndelag

1601 Trondheim 150166
1620 Frøya 4113
1622 Agdenes 1809
1633 Osen 1176
1636 Meldal 4028
1640 Røros 5594
1663 Malvik 11304

Nord-Trøndelag

1702 Steinkjer 20551
1703 Namsos 12394
1719 Levanger 17457
1724 Verran 2711
1729 Inderøy 5797
1740 Namsskogan 955
1742 Grong 2572

NORD-NORGE

Troms

1901 Harstad 23038
1902 Tromsø 60086
1924 Målselv 7011
1926 Dyrøy 1318
1928 Torsken 1130
1931 Lenvik 11139
1939 Storfjord 1856
1942 Nordreisa 4816

Finnmark

2004 Hammerfest 9166
2014 Loppa 1421
2018 Måsøy 1469
2019 Nordkapp 3505
2020 Porsanger 4358
2022 Lebesby 1524
2030 Sør-Varanger 9498

Tabell VB 2

Kjønn, alder og funksjonsnivå hos tjenestemottakere med ulike helsemessige årsaken til hjelpebehovet. N = 12118.

<i>Viktigste årsak</i>	<i>Andel kvinner (prosent)</i>	<i>Alder (gjennomsnitt)</i>	<i>Barthels ADL-indeks (gjennomsnitt)</i>	<i>KDV sumskåre (gjennomsnitt)</i>
Psykisk utviklingshemning	49	46,8	14,4	6,8
Annen medfødt funksjonshemning	63	60,3	13,3	3,4
Følgetilstand etter omfattende skade	58	72,9	11,6	5,2
Psykisk lidelse	67	69,7	15,9	5,0
Aldersdemens	78	84,8	10,8	11,2
Hjerte- eller lungelidelse	72	83,5	15,7	2,9
Hjerneslag		79,7	10,1	5,8
”Aldersdomssvekkelse”	74	88,0	15,0	3,5
Kreftsykdom	61	78,3	14,2	3,8
Diabetes	70	80,6	16,0	3,0
Parkinsons sykdom	55	70,5	10,6	5,6
Reumatisk sykdom	91	80,7	13,7	2,5
Synssvekkelse	73	84,0	16,1	2,8
Artroser	81	84,0	14,7	2,9
Osteoporose	99	84,0	14,3	2,9
Multippel sklerose	72	59,0	7,6	4,2
Lårhalsbrudd	86	88,1	13,8	4,1
Sår/sårstell	71	77,4	18,0	0,6
Ryggglidelse	77	82,9	16,1	2,2
Rusmiddelmisbruk	21	66,8	16,0	5,4
Alle andre sykdommer*)	67	75,9	14,1	3,3
Uspesifisert diagnose	75	83,9	14,8	3,4
SUM	70	78,3	13,4	5,7

Tabell VB 3

Antall timer hjemmehjelp per uke analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommunestørrelse som uavhengige variabler. N = 6381.

	<i>Koeffesient</i>	<i>Standardfeil</i>	<i>p-verdi</i>
kvinne	-.074	.361	0.838
alder	-.194	.023	0.000
barthsum	-.657	.104	0.000
bor1	.105	.685	0.879
bor2	1.673	.519	0.002
årsak1	24.068	3.036	0.000
årsak2	-1.387	.413	0.001
årsak3	.189	.270	0.485
stor2	.326	.898	0.717
stor3	-.808	.888	0.366
stor4	-1.283	.774	0.102
konstant	28.546	3.148	0.000

$R^2 = 0,37$

Kvinne=1, mann=2;

Barthsum =sumskåre for Barthels ADL-indeks;

bor1= omsorgsbolig med husbankstandard,
bor2= annen kommunal bolig,
bor hjemme er her referansekategori;

årsak1= psykisk utviklingshemning,
årsak2= psykisk lidelse,
årsak3= aldersdemens,
somatisk lidelse er referansekategori;

stor2= kommune med 2-10 000 innbyggere,
stor3= kommune med 10-20 000 innbyggere,
stor4= kommune med >20 000 innbyggere,
kommuner med under 2000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 4

Antall besøk fra hjemmesykepleien per uke analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommune-størrelse som uavhengige variable. N = 6434.

	<i>Koeffesient</i>	<i>Standardfeil</i>	<i>p-verdi</i>
kvinne	-.122	.293	0.678
alder	.048	.013	0.000
barthsum	-1.409	.100	0.000
bor1	7.736	1.621	0.000
bor2	2.274	.502	0.000
årsak1	-2.609	1.815	0.155
årsak2	.881	.497	0.081
årsak3	3.149	.833	0.000
stor2	1.526	.893	0.092
stor3	2.017	.876	0.024
stor4	2.112	.812	0.011
konstant	25.230	2.040	0.000

$R^2 = 0,25$

Kvinne=1, mann=2;

Barthsum =sumskåre for Barthels ADL-indeks;

bor1= omsorgsbolig med husbankstandard,
bor2= annen kommunal bolig,
bor hjemme er her referansekategori;

årsak1= psykisk utviklingshemning,
årsak2= psykisk lidelse,
årsak3= aldersdemens,
somatisk lidelse er referansekategori;

stor2= kommune med 2-10 000 innbyggere,
stor3= kommune med 10-20 000 innbyggere,
stor4= kommune med >20 000 innbyggere,
kommuner med under 2000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 5

Hvorvidt *hjelp til personlig hygiene* er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommunestørrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,395	,067	,000	1,484
	ALDER	,000	,003	,943	1,000
	BOR	1,623	,098	,000	5,069
	BOR(1)	1,537	,214	,000	4,649
	BOR(2)	,904	,110	,000	2,469
	BOR(3)	,582	,094	,000	1,789
	BOR(4)	-,050	,158	,000	,952
	ÅRSAK4	-,409	,100	,000	,664
	ÅRSAK4(1)	-,621	,081	,753	,537
	ÅRSAK4(2)	,010	,007	,000	1,010
	ÅRSAK4(3)	-,070	,117	,000	,932
	BARTHSUM	,098	,084	,135	1,103
	STØRRELS	-,388	,080	,000	,678
	STØRRELS(1)	,935	,233	,549	2,548
	STØRRELS(2)			,243	
	STØRRELS(3)			,000	
	Constant			,000	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 6

Hvorvidt *tilsyn om natten* er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommune-størrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,097	,085	,255	1,102
	ALDER	,002	,003	,537	1,002
	BOR	1,076	,112	,000	2,934
	BOR(1)	1,448	,269	,000	4,255
	BOR(2)	,860	,146	,000	2,363
	BOR(3)	,657	,128	,000	1,929
	BOR(4)	-,267	,196	,000	,766
	ÅRSAK4	-,556	,124	,000	,573
	ÅRSAK4(1)	-,650	,095	,174	,522
	ÅRSAK4(2)	,033	,008	,000	1,033
	ÅRSAK4(3)	-,129	,141	,000	,879
	BARTHSUM	,133	,106	,000	1,143
	STØRRELS	-,277	,099	,000	,758
	STØRRELS(1)	1,278	,286	,358	3,591
	STØRRELS(2)			,208	
	STØRRELS(3)			,005	
	Constant			,000	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 7

Hvorvidt hjelp til *mat og måltider* er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommune-størrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,042	,086	,626	1,043
	ALDER	,003	,003	,392	1,003
	BOR	1,761	,119	,000	5,817
	BOR(1)	2,512	,391	,000	12,327
	BOR(2)	,815	,133	,000	2,258
	BOR(3)	,613	,119	,000	1,846
	BOR(4)	-,114	,190	,000	,892
	ÅRSAK4	-,395	,126	,000	,673
	ÅRSAK4(1)	-,615	,098	,549	,540
	ÅRSAK4(2)	,049	,008	,002	1,051
	ÅRSAK4(3)	,353	,150	,000	1,423
	BARTHSUM	,448	,104	,000	1,565
	STØRRELS	-,015	,096	,000	,985
	STØRRELS(1)	,564	,275	,019	1,758
	STØRRELS(2)			,000	
	STØRRELS(3)			,877	
	Constant			,040	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 8

Hvorvidt *praktisk hjelp i huset* er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommune-størrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,070	,073	,336	1,073
	ALDER	,006	,003	,023	1,006
	BOR	1,361	,140	,000	3,901
	BOR(1)	1,613	,370	,000	5,020
	BOR(2)	,639	,107	,000	1,895
	BOR(3)	,396	,090	,000	1,487
	BOR(4)	,186	,160	,000	1,204
	ÅRSAK4	-,253	,101	,001	,776
	ÅRSAK4(1)	-,297	,097	,247	,743
	ÅRSAK4(2)	,022	,007	,013	1,022
	ÅRSAK4(3)	,608	,134	,002	1,837
	BARTHSUM	,397	,087	,003	1,487
	STØRRELS	-,071	,082	,000	,932
	STØRRELS(1)	,401	,236	,000	1,494
	STØRRELS(2)			,000	
	STØRRELS(3)			,388	
	Constant			,089	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 9

Hvorvidt *aktivitetstiltak* er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommune-størrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,127	,054	,017	1,136
	ALDER	,000	,002	,841	1,000
	BOR	-,095	,071	,000	,910
	BOR(1)	,041	,126	,184	1,041
	BOR(2)	,306	,085	,747	1,358
	BOR(3)	-,031	,081	,000	,970
	BOR(4)	-,011	,119	,704	,989
	ÅRSAK4	-,200	,078	,000	,819
	ÅRSAK4(1)	-,282	,060	,927	,755
	ÅRSAK4(2)	,024	,005	,010	1,024
	ÅRSAK4(3)	-,246	,086	,000	,782
	BARTHSUM	,009	,062	,000	1,009
	STØRRELS	-,301	,064	,000	,740
	STØRRELS(1)	-,505	,182	,004	,604
	STØRRELS(2)			,886	
	STØRRELS(3)			,000	
	Constant			,006	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 10

Hvorvidt *sosiale tiltak* er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommunestørrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,094	,054	,081	1,099
	ALDER	-,001	,002	,611	,999
	BOR	-,078	,072	,000	,925
	BOR(1)	,346	,124	,282	1,413
	BOR(2)	,500	,086	,005	1,648
	BOR(3)	,072	,082	,000	1,075
	BOR(4)	-,265	,121	,378	,767
	ÅRSAK4	-,329	,080	,000	,719
	ÅRSAK4(1)	-,118	,060	,028	,889
	ÅRSAK4(2)	,024	,005	,000	1,024
	ÅRSAK4(3)	-,273	,087	,049	,761
	BARTHSUM	-,029	,063	,000	,972
	STØRRELS	-,337	,064	,000	,714
	STØRRELS(1)	-,515	,185	,002	,598
	STØRRELS(2)			,645	
	STØRRELS(3)			,000	
	Constant			,005	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 11

Hvorvidt sykepleiefaglig tilsyn er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommune-størrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,110	,076	,147	1,116
	ALDER	,003	,003	,242	1,003
	BOR	,297	,104	,000	1,346
	BOR(1)	-,422	,160	,004	,656
	BOR(2)	,487	,136	,008	1,628
	BOR(3)	,343	,119	,000	1,409
	BOR(4)	,260	,204	,004	1,297
	ÅRSAK4	-,356	,106	,001	,701
	ÅRSAK4(1)	-,143	,087	,202	,866
	ÅRSAK4(2)	,039	,007	,001	1,040
	ÅRSAK4(3)	-,388	,118	,098	,679
	BARTHSUM	-,097	,093	,000	,907
	STØRRELS	-,308	,092	,000	,735
	STØRRELS(1)	1,350	,260	,001	3,859
	STØRRELS(2)			,297	
	STØRRELS(3)			,001	
	Constant			,000	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 12

Hvorvidt *legetilsyn* er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommune-størrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,125	,082	,129	1,133
	ALDER	,003	,003	,326	1,003
	BOR	,682	,112	,000	1,978
	BOR(1)	-,296	,166	,000	,744
	BOR(2)	,017	,129	,075	1,017
	BOR(3)	,460	,137	,894	1,584
	BOR(4)	,875	,237	,001	2,398
	ÅRSAK4	-,277	,117	,000	,758
	ÅRSAK4(1)	-,196	,091	,000	,822
	ÅRSAK4(2)	,048	,007	,017	1,050
	ÅRSAK4(3)	,342	,144	,031	1,407
	BARTHSUM	,275	,102	,000	1,316
	STØRRELS	-,313	,093	,000	,731
	STØRRELS(1)	,925	,274	,018	2,521
	STØRRELS(2)			,007	
	STØRRELS(3)			,001	
	Constant			,001	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 13

Hvorvidt *annet faglig tilsyn* er tilstrekkelig eller ikke, analysert med kjønn, alder, funksjonsnivå, oppholdssted, hovedårsak til hjelpebehovet og kommune-størrelse som uavhengige variable.

	<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>E.</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Step 1	KJØNN(1)	,141	,104	,174	1,151
	ALDER	,005	,004	,154	1,005
	BOR	,014	,146	,005	1,014
	BOR(1)	-,285	,241	,923	,752
	BOR(2)	,536	,177	,238	1,709
	BOR(3)	,342	,172	,003	1,408
	BOR(4)	-,077	,221	,046	,926
	ÅRSAK4	-,704	,139	,000	,495
	ÅRSAK4(1)	,316	,132	,727	1,371
	ÅRSAK4(2)	,069	,009	,000	1,071
	ÅRSAK4(3)	-,016	,182	,017	,984
	BARTHSUM	-,580	,128	,000	,560
	STØRRELS	-1,016	,126	,000	,362
	STØRRELS(1)	,362	,329	,930	1,436
	STØRRELS(2)			,000	
	STØRRELS(3)			,000	
	Constant			,271	

kjønn(1)= kvinne;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Bor(1)= sykehjem

Bor(2)= aldershjem

Bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

Bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori;

Størrels(1)= kommuner med under 2000 innbyggere

Størrels(2)= kommune med 2-10 000 innbyggere,

Størrels(3)= kommune med 10-20 000 innbyggere,

kommuner med over 20 000 innbyggere er referansekategori.

Tabell VB 14

Hvorvidt hjelp og tilsyn er tilstrekkelig blant beboer i omsorgsboliger etter funksjonsnivå og oppgitt i prosent. Antall personer i parentes.

	<i>Totalt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Sterkt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv- hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Personlig hygiene	(91)	(114)	(220)	(487)	(99)	(1011)	
Tilstrekkelig	92	85	91	86	92	88	p >
Ikke tilstrekkelig	8	15	9	14	8	12	0.05
Tilsyn kvelden/ natten	(90)	(108)	(206)	(412)	(100)	(916)	
Tilstrekkelig	91	88	92	94	91	92	p >
Ikke tilstrekkelig	9	12	8	6	9	8	0.05
Hjelp til mat/målti- der	(89)	(107)	(212)	(429)	(99)	(936)	
Tilstrekkelig	90	94	89	91	91	91	p >
Ikke tilstrekkelig	10	6	11	9	9	9	0.05
Praktisk hjelp i huset	(87)	(107)	(215)	(511)	(161)	(1081)	
Tilstrekkelig	87	85	87	89	85	87	p >
Ikke tilstrekkelig	13	15	13	11	15	13	0.05
Aktivitetstiltak	(83)	(100)	(196)	(384)	(110)	(873)	
Tilstrekkelig	46	43	43	54	59	50	p <
Ikke tilstrekkelig	54	57	57	46	41	50	0.05
Sosiale tiltak	(82)	(99)	(195)	(384)	(111)	(871)	
Tilstrekkelig	49	46	47	53	63	52	p <
Ikke tilstrekkelig	51	54	53	47	37	48	0.05
Sykepleiefaglig tilsyn	(87)	(112)	(212)	(475)	(131)	(1017)	
Tilstrekkelig	90	86	93	93	95	92	p <
Ikke tilstrekkelig	10	14	7	7	5	8	0.05
Legetilsyn	(82)	(101)	(190)	(381)	(101)	(855)	
Tilstrekkelig	78	78	84	92	95	87	p <
Ikke tilstrekkelig	22	22	16	8	5	13	0.001
Annet faglig tilsyn	(41)	(46)	(89)	(159)	(53)	(388)	
Tilstrekkelig	78	83	85	82	93	84	p >
Ikke tilstrekkelig	22	17	15	18	7	16	0.05

Tabell VB 15

Hvorvidt hjelp og tilsyn er tilstrekkelig blant beboer på sykehjem etter funksjonsnivå og oppgitt i prosent. Antall personer i parentes

	<i>Totalt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Sterkt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv- hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Personlig hygiene	(1174)	(889)	(844)	(593)	(25)	(3525)	
Tilstrekkelig	92	93	92	93	92	92	p >
Ikke tilstrekkelig	8	7	8	7	8	8	0.05
Tilsyn kvelden/ natten	(1168)	(888)	(838)	(592)	(26)	(3512)	
Tilstrekkelig	93	90	92	94	100	92	p <
Ikke tilstrekkelig	7	10	8	6	0	8	0.05
Hjelp til mat/målti- der	(1172)	(881)	(832)	(578)	(23)	(3486)	
Tilstrekkelig	90	94	97	98	100	94	p <
Ikke tilstrekkelig	10	6	3	2	0	6	0.001
Praktisk hjelp i huset	(357)	(277)	(275)	(193)	(12)	(1114)	
Tilstrekkelig	94	92	90	91	100	92	p >
Ikke tilstrekkelig	6	8	10	9	0	8	0.05
Aktivitetstiltak	(1093)	(856)	(812)	(570)	(26)	(3357)	
Tilstrekkelig	37	35	35	38	31	36	p >
Ikke tilstrekkelig	63	65	65	62	69	64	0.05
Sosiale tiltak	(1109)	(860)	(805)	(569)	(25)	(3368)	
Tilstrekkelig	36	33	34	39	28	35	p >
Ikke tilstrekkelig	64	67	66	61	72	65	0.05
Sykepleiefaglig tilsyn	(1149)	(873)	(822)	(584)	(26)	(3454)	
Tilstrekkelig	87	90	90	89	89	89	p >
Ikke tilstrekkelig	13	10	10	11	11	11	0.05
Legetilsyn	(1160)	(877)	(828)	(582)	(27)	(3474)	
Tilstrekkelig	89	90	92	90	93	90	p >
Ikke tilstrekkelig	11	10	8	10	7	10	0.05
Annet faglig tilsyn	(398)	(279)	(276)	(156)	(9)	(1118)	
Tilstrekkelig	66	73	81	82	89	74	p <
Ikke tilstrekkelig	34	27	19	18	11	26	0.001

Tabell VB 16

Hvorvidt hjelp og tilsyn er tilstrekkelig blant personer som bor hjemme etter funksjonsnivå og oppgitt i prosent. Antall personer i parentes.

	<i>Totalt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Sterkt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv- hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Personlig hygiene	(83)	(214)	(656)	(1654)	(393)	(3000)	
Tilstrekkelig	82	75	71	75	88	76	p <
Ikke tilstrekkelig	18	25	29	25	12	24	0.001
Tilsyn kvelden/ natten	(78)	(185)	(503)	(975)	(354)	(2095)	
Tilstrekkelig	89	78	81	85	92	85	p <
Ikke tilstrekkelig	11	22	19	15	8	15	0.001
Hjelp til mat/målti- der	(72)	(170)	(497)	(1042)	(343)	(2124)	
Tilstrekkelig	82	79	79	81	92	82	p <
Ikke tilstrekkelig	18	21	21	19	8	18	0.001
Praktisk hjelp i huset	(68)	(173)	(573)	(1889)	(850)	(3553)	
Tilstrekkelig	78	72	70	79	86	79	p <
Ikke tilstrekkelig	22	28	30	21	14	21	0.001
Aktivitetstiltak	(64)	(157)	(431)	(1030)	(400)	(2082)	
Tilstrekkelig	50	34	32	43	60	44	p <
Ikke tilstrekkelig	50	66	68	57	40	56	0.001
Sosiale tiltak	(56)	(144)	(414)	(1036)	(413)	(2063)	
Tilstrekkelig	48	31	32	39	55	41	p <
Ikke tilstrekkelig	52	69	68	61	45	59	0.001
Sykepleiefaglig tilsyn	(72)	(190)	(569)	(1629)	(776)	(3236)	
Tilstrekkelig	81	86	85	89	93	89	p <
Ikke tilstrekkelig	19	14	15	11	7	11	0.001
Legetilsyn	(57)	(149)	(434)	(1129)	(454)	(2223)	
Tilstrekkelig	70	82	83	88	95	87	p <
Ikke tilstrekkelig	30	18	17	12	5	13	0.001
Annet faglig tilsyn	(27)	(76)	(152)	(384)	(197)	(836)	
Tilstrekkelig	67	67	76	79	89	79	p <
Ikke tilstrekkelig	33	33	24	21	11	21	0.001

Tabell VB 17.1

Hvorvidt hjelp til personlig hygiene er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent. Antall personer i parentes.

	<i>Totalt hjelpe-avhengig</i>	<i>Sterkt hjelpe-avhengig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv-hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(91)	(114)	(220)	(487)	(99)	(1011)	
Tilstrekkelig	92	85	91	86	92	88	p >
Ikke tilstrekkelig	8	15	9	14	8	12	0.05
Annen bolig med komm. disp. rett	(107)	(127)	(286)	(700)	(133)	(1353)	
Tilstrekkelig	94	85	84	82	84	84	p >
Ikke tilstrekkelig	6	15	16	18	16	16	0.05
Eget hjem	(83)	(214)	(656)	(1654)	(393)	(3000)	
Tilstrekkelig	82	75	71	75	88	76	p <
Ikke tilstrekkelig	18	25	29	25	12	24	0.001

Tabell VB 17.2

Hvorvidt tilsyn om kvelden/ natten er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent. Antall personer i parentes.

	<i>Totalt hjelpe-avhengig</i>	<i>Sterkt hjelpe-avhengig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv-hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(90)	(108)	(206)	(412)	(100)	(916)	
Tilstrekkelig	91	88	92	94	91	92	p >
Ikke tilstrekkelig	9	12	8	6	9	8	0.05
Annen bolig med komm. disp. rett	(107)	(125)	(258)	(586)	(125)	(1201)	
Tilstrekkelig	90	91	91	90	92	91	p >
Ikke tilstrekkelig	10	9	9	10	8	9	0.05
Eget hjem	(78)	(185)	(503)	(975)	(354)	(2095)	
Tilstrekkelig	89	78	81	85	92	85	p >
Ikke tilstrekkelig	11	22	19	15	8	15	0.001

Tabell VB 17.3

Hvorvidt hjelp til mat/måltider er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent. Antall personer i parentes.

	<i>Totalt hjelpe-avhengig</i>	<i>Sterkt hjelpe-avhengig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv-hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(89)	(107)	(212)	(429)	(99)	(936)	
Tilstrekkelig	90	94	89	91	91	91	p >
Ikke tilstrekkelig	10	6	11	9	9	9	0.05
Annen bolig med komm. disp. rett	(107)	(114)	(258)	(578)	(124)	(1181)	
Tilstrekkelig	93	90	86	89	87	89	p >
Ikke tilstrekkelig	7	10	14	11	13	11	0.05
Eget hjem	(72)	(170)	(497)	(1042)	(343)	(2124)	
Tilstrekkelig	82	79	79	81	92	82	p <
Ikke tilstrekkelig	18	21	21	19	8	18	0.001

Tabell VB 17.4

Hvorvidt praktisk hjelp i huset er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent. Antall personer i parentes.

	<i>Totalt hjelpe-avhengig</i>	<i>Sterkt hjelpe-avhengig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv-hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(87)	(107)	(215)	(511)	(161)	(1081)	
Tilstrekkelig	87	85	87	89	85	87	p >
Ikke tilstrekkelig	13	15	13	11	15	13	0.05
Annen bolig med komm. disp. rett	(101)	(112)	(258)	(799)	(238)	(1508)	
Tilstrekkelig	93	87	80	84	84	84	p <
Ikke tilstrekkelig	7	13	20	16	16	16	0.05
Eget hjem	(68)	(173)	(573)	(1889)	(850)	(3553)	
Tilstrekkelig	78	72	70	79	86	79	p <
Ikke tilstrekkelig	22	28	30	21	14	21	0.001

Tabell VB 17.5

**Hvorvidt aktivitetstiltak er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent.
Antall personer i parentes.**

	<i>Totalt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Sterkt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv- hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(83)	(100)	(196)	(384)	(110)	(873)	
Tilstrekkelig	46	43	43	54	59	50	p <
Ikke tilstrekkelig	54	57	57	46	41	50	0.05
Annen bolig med komm. disp. rett	(93)	(103)	(226)	(558)	(153)	(1133)	
Tilstrekkelig	27	33	39	42	56	41	p <
Ikke tilstrekkelig	73	67	61	58	44	59	0.001
Eget hjem	(64)	(157)	(431)	(1030)	(400)	(2082)	
Tilstrekkelig	50	34	32	43	60	44	p <
Ikke tilstrekkelig	50	66	68	57	40	56	0.001

Tabell VB 17.6

**Hvorvidt sosiale tiltak er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent.
Antall personer i parentes**

	<i>Totalt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Sterkt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv- hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(82)	(99)	(195)	(384)	(111)	(871)	
Tilstrekkelig	49	46	47	53	63	52	p <
Ikke tilstrekkelig	51	54	53	47	37	48	0.05
Annen bolig med komm. disp. rett	(93)	(101)	(219)	(552)	(159)	(1124)	
Tilstrekkelig	32	34	38	39	54	40	p <
Ikke tilstrekkelig	68	66	62	61	46	60	0.01
Eget hjem	(56)	(144)	(414)	(1036)	(413)	(2063)	
Tilstrekkelig	48	31	32	39	55	41	p <
Ikke tilstrekkelig	52	69	68	61	45	59	0.001

Tabell VB 17.7

**Hvorvidt sykepleiefaglig tilsyn er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent.
Antall personer i parentes.**

	<i>Totalt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Sterkt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv- hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(87)	(112)	(212)	(475)	(131)	(1017)	
Tilstrekkelig	90	86	93	93	95	92	p <
Ikke tilstrekkelig	10	14	7	7	5	8	0.05
Annen bolig med komm. disp. rett	(97)	(119)	(255)	(675)	(220)	(1366)	
Tilstrekkelig	89	91	89	93	91	91	p >
Ikke tilstrekkelig	11	9	11	7	9	9	0.05
Eget hjem	(72)	(190)	(569)	(1629)	(776)	(3236)	
Tilstrekkelig	81	86	85	89	93	89	p <
Ikke tilstrekkelig	19	14	15	11	7	11	0.001

Tabell VB 17.8

**Hvorvidt legetilsyn er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent.
Antall personer i parentes.**

	<i>Totalt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Sterkt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv- hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(82)	(101)	(190)	(381)	(101)	(855)	
Tilstrekkelig	78	78	84	92	95	87	p <
Ikke tilstrekkelig	22	22	16	8	5	13	0.001
Annen bolig med komm. disp. rett	(100)	(106)	(218)	(537)	(144)	(1105)	
Tilstrekkelig	85	92	91	93	94	92	p >
Ikke tilstrekkelig	15	8	9	7	6	8	0.05
Eget hjem	(57)	(149)	(434)	(1129)	(454)	(2223)	
Tilstrekkelig	70	92	83	88	95	87	p <
Ikke tilstrekkelig	30	18	17	12	5	13	0.001

Tabell VB 17.9

**Hvorvidt annet faglig tilsyn er tilstrekkelig etter funksjonsnivå blant personer bosatt i kommunale boliger eller egne hjem, oppgitt i prosent.
Antall personer i parentes.**

	<i>Totalt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Sterkt hjelp- avhen- gig</i>	<i>Trenger en del hjelp</i>	<i>Trenger litt hjelp</i>	<i>Selv- hjulpen</i>	<i>Alle</i>	<i>p-verdi</i>
Omsorgsbolig med husbankstandard	(41)	(46)	(89)	(159)	(53)	(388)	
Tilstrekkelig	78	83	85	82	93	84	p >
Ikke tilstrekkelig	22	17	15	18	7	16	0.05
Annen bolig med komm. disp. rett	(37)	(39)	(75)	(211)	(75)	(437)	
Tilstrekkelig	70	64	76	78	89	78	p <
Ikke tilstrekkelig	30	36	24	22	11	22	0.05
Eget hjem	(27)	(76)	(152)	(384)	(197)	(836)	
Tilstrekkelig	67	67	76	79	89	79	p <
Ikke tilstrekkelig	33	33	24	21	11	21	0.001

Tabell VB 18

Antall stillinger iflg. turnusplan og antall ansatte som faktisk var på kveldsvakt undersøkelsesdagen – sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i sykehjem i ulike landsdeler. Basert på tall fra 76 kommuner.

	<i>Oslo</i>	<i>Østlandet forøvrig</i>	<i>Sør- landet</i>	<i>Vest- landet</i>	<i>Midt- Norge</i>	<i>Nord- Norge</i>	<i>Hele landet</i>
Sykepleiere iflg. turnusplan	8,5	47,0	43,0	40,0	44,0	74,0	256,5
Sykepleiere på vakt	9,0	38,0	32,0	27,0	38,0	43,0	187,0
Vakanse sykepleiere	- 5,9 %	23,4 %	25,6 %	32,5 %	13,6 %	41,9 %	27,1 %
Vernepleiere iflg. turnusplan	1,0	3,0	3,0	2,0	1,0	5,0	15,0
Vernepleiere på vakt	0,0	3,0	5,0	2,0	2,0	5,0	17,0
Vakanse vernepleiere	100,0 %	0,0 %	- 67,7 %	0,0 %	- 50,0 %	0,0 %	- 13,3 %
Hjelpepleiere iflg. turnusplan	44,0	189,0	122,5	136,0	116,5	138,0	746,0
Hjelpepleiere på vakt	21,0	161,0	112,5	113,0	121,5	120,0	649,0
Vakanse hjelpepleiere	52,3 %	14,8 %	8,16 %	16,9 %	- 4,3 %	13,0 %	12,6 %
Ufaglærte iflg. turnusplan	18,0	52,0	15,0	18,0	19,0	22,0	144,0
Ufaglærte på vakt	35,0	83,0	34,0	54,0	29,0	64,0	299,0
Vakanse ufaglærte	- 94,4 %	- 59,6 %	- 125,7 %	- 200,0 %	- 52,6 %	- 190,9	- 107,6
Antall vakter som er ubemannet	5,5	6,0	4,0	0,0	- 10,0	7,0	12,5
Antall stillinger iflg. turnusplan	71,5	291,0	183,5	196,0	180,5	239,0	1161,5
Total vakanse	7,7 %	2,1 %	2,2 %	0,0 %	- 5,5 %	2,9 %	1,1 %

Tabell VB 19

Antall stillinger iflg. turnusplan og antall ansatte som faktisk var på nattevakt undersøkelsesdagen – sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i sykehjem i ulike landsdeler. Basert på tall fra 76 kommuner.

	<i>Oslo</i>	<i>Østlandet forøvrig</i>	<i>Sør- landet</i>	<i>Vest- landet</i>	<i>Midt- Norge</i>	<i>Nord- Norge</i>	<i>Hele landet</i>
Sykepleiere iflg. turnusplan	7,5	28,5	21,0	17,0	23,0	31,0	128,0
Sykepleiere på vakt	7,4	25,0	18,0	15,0	20,0	30,0	115,4
Vakanse sykepleiere	1,4 %	12,5 %	14,3 %	13,3 %	15,0 %	3,3 %	9,8 %
Vernepleiere iflg. turnusplan	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0
Vernepleiere på vakt	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0
Vakanse vernepleiere	..	..	..	..	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Hjelpepleiere iflg. turnusplan	19,5	71,0	35,0	43,0	46,0	66,0	280,5
Hjelpepleiere på vakt	10,5	65,5	33,0	40,0	43,0	62,0	254,0
Vakanse hjelpepleiere	48,7 %	7,7 %	5,7 %	7,0 %	6,5 %	6,0 %	9,4 %
Ufaglærte iflg. turnusplan	4,3	10,0	3,0	1,0	2,0	4,0	24,3
Ufaglærte på vakt	13,0	17,0	8,0	9,0	8,0	16,0	71,0
Vakanse ufaglærte	-302 %	-170 %	-266 %	-900 %	-400 %	-400 %	-192,2
Antall vakter som er ubemannet	1,2	2,0	0,0	-3,0	0,0	-7,0	-6,8
Antall stillinger iflg. turnusplan	31,3	109,5	59,0	61,0	72,0	102,0	434,8
Total vakanse	3,8 %	1,8 %	0,0 %	-4,9 %	0,0 %	-6,9 %	-1,6 %

Tabell VB 20

Antall stillinger iflg. turnusplan og antall ansatte som faktisk var på kveldsvakt undersøkelsesdagen – sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i hjemme-sykepleien i ulike landsdeler. Basert på tall fra 76 kommuner.

	Oslo	Østlandet forøvrig	Sør- landet	Vest- landet	Midt- Norge	Nord- Norge	Hele landet
Sykepleiere iflg. turnusplan	4,0	23,0	18,0	18,0	29,0	38,0	130,0
Sykepleiere på vakt	5,0	18,0	17,0	13,0	28,0	27,0	108,0
Vakanse sykepleiere	25,0 %	21,7 %	5,6 %	27,8 %	3,4 %	28,9 %	16,9 %
Vernepleiere iflg. turnusplan	1,0	0,0	0,0	3,0	11,0	4,0	19,0
Vernepleiere på vakt	1,0	0,0	0,0	2,0	11,0	4,0	18,0
Vakanse vernepleiere	0,0 %	..	..	33,3 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %
Hjelpepleiere iflg. turnusplan	9,0	80,0	40,0	35,0	116,0	49,0	329,0
Hjelpepleiere på vakt	13,0	64,0	38,0	33,0	89,0	56,0	293,0
Vakanse hjelpepleiere	-44,4 %	30,0 %	5,0 %	5,7 %	23,3 %	-14,3 %	10,9 %
Ufaglærte iflg. turnusplan	10,0	15,0	7,0	23,0	32,5	16,0	103,5
Ufaglærte på vakt	6,0	33,0	9,0	28,0	65,5	24,0	165,5
Vakanse ufaglærte	40,0 %	-120,0 %	-28,6 %	-21,7 %	-101,5 %	-50 %	-59,9 %
Antall vakter som er ubemannet	-1	3	1	3	-5	-4	-6
Antall stillinger iflg. turnusplan	24,0	118,0	65,0	49,0	188,5	107,0	551,5
Total vakanse	-4,2 %	2,5 %	1,5 %	6,1 %	-2,7 %	-3,7 %	-1,1 %

Tabell VB 21

Antall stillinger iflg. turnusplan og antall ansatte som faktisk var på nattevakt undersøkelsesdagen – sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i hjemme-sykepleien i ulike landsdeler. Basert på tall fra 76 kommuner.

	Oslo	Østlandet forøvrig	Sør- landet	Vest- landet	Midt- Norge	Nord- Norge	Hele landet
Sykepleiere iflg. turnusplan	2,0	12,0	10,0	11,0	8,0	10,0	53,0
Sykepleiere på vakt	1,0	9,0	8,0	8,0	10,0	7,0	43,0
Vakanse sykepleiere	50,0 %	25,0 %	20,0 %	27,0 %	20,0 %	30,0 %	24,5 %
Vernepleiere iflg. turnusplan	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0
Vernepleiere på vakt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vakanse vernepleiere	..	..	..	..	100,0	..	100,0 %
Hjelpepleiere iflg. turnusplan	2,0	20,0	7,0	16,0	51,0	19,0	115,0
Hjelpepleiere på vakt	2,0	19,0	8,0	18,0	42,0	15,0	104,0
Vakanse hjelpepleiere	0,0 %	5,0 %	14,3 %	12,5 %	17,6 %	21,1 %	9,6 %
Ufaglærte iflg. turnusplan	2,0	3,0	3,0	6,0	6,0	1,0	21,0
Ufaglærte på vakt	3,0	5,0	4,0	7,0	12,0	16,0	47,0
Vakanse ufaglærte	- 33,0 %	- 67,0 %	- 25,0 %	- 17,0 %	- 100,0 %	-1500,0 %	- 123,8 %
Antall vakter som er ubemannet	0,0	2,0	0,0	0,0	6,0	- 8,0	0,0
Antall stillinger iflg. turnusplan	6,0	35,0	20,0	33,0	66,0	30,0	190,0
Total vakanse	0,0 %	5,7 %	0,0 %	0,0 %	9,0 %	-26,7 %	0,0 %

Tabell VB 22

Hvorvidt personen får faglig spesialisert hjelp eller ikke, analysert med kjønn, alder, oppholdssted, funksjonsnivå og hovedårsak til hjelpebehovet som uavhengige variabler.

<i>B</i>	<i>S.</i>	<i>S.E.</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
KJØNN(1)	-,118	,071	2,753	1	,097	,888
ALDER	-,024	,003	91,232	1	,000	,976
BOR	1,428	,107	209,948	4	,000	4,171
BOR(1)	,271	,246	178,142	1	,000	1,311
BOR(2)	,175	,141	1,210	1	,271	1,191
BOR(3)	,356	,119	1,543	1	,214	1,427
BOR(4)	-,045	,006	8,991	1	,003	,956
BARTHSUM	,478	,151	55,199	1	,000	1,612
ÅRSAK4	,644	,098	44,956	3	,000	1,903
ÅRSAK4(1)	,182	,082	9,999	1	,002	1,199
ÅRSAK4(2)	-,590	,219	43,180	1	,000	,554
ÅRSAK4(3)			4,897	1	,027	
Constant			7,241	1	,007	

kjønn1= kvinne;

bor(1)= sykehjem

bor(2)= aldershjem

bor(3)= omsorgsbolig med husbankstandard,

bor(4)= annen kommunal bolig,

bor hjemme er referansekategori;

Barthsum= sumskåre for Barthels ADL-indeks;

Årsak4(1)= psykisk utviklingshemning,

Årsak4(2)= psykisk lidelse,

Årsak4(3)= aldersdemens,

somatisk lidelse er referansekategori.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2002

- 1/2002** Utredning om drift og organisering av morsmelkbanker (januar 2002)
- 2/2002** Fylkeslegenes felles tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 3/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 4/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 5/2002** Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)
- 6/2002** Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)
- 7/2002** For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)
- 8/2002** Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)
- 9/2002** Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)
- 10/2002** Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)
- 11/2002** Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

Utgivelser 2003

- 1/2003** På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger – kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)
- 2/2003** Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)
- 3/2003** Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)
- 4/2003** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)
- 5/2003** Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)
- 6/2003** Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)
- 7/2003** Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)
- 8/2003** Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)
- 9/2003** Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)
- 10/2003** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no.

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no. og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding 2002
Tilsynsmelding 2001
Tilsynsmelding 2000
Tilsynsmelding 1999

Tilsynsmeldingene finnes på www.helsetilsynet.no.
De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud

I rapporten presenteres resultatene fra den første nasjonale kartleggingen som er gjort i pleie- og omsorgstjenesten og Helsetilsynets vurdering av resultatene. Mer enn 13 000 tjenestemottakere i 73 kommuner omfattes av kartleggingen. Resultatene har gitt viktig kunnskap om hvilke grupper som er tjenestemottakere, hva slags hjelpebehov de har og i hvilken grad tjenestetilbudet dekker behovet.

På nasjonalt nivå ser det ut til å være en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud. De skrøpeligste får mest hjelp, mens de sprekeste får minst. Resultatene tyder på at de fleste tjenestemottakerne får den hjelpen de har rett til og behov for, men at det er enkelte grupper som systematisk ikke får dekket sitt behov for hjelp. Det gjelder tjenestemottakere som bor i egen opprinnelig bolig og mennesker med psykiske lidelser. Helsetilsynet uttrykker bekymring for at disse gruppene ikke får tilfredsstillende tilbud om hjelp.

Rapporten er delt i to deler. I del I presenteres Helsetilsynets vurdering av resultatene og i del II finnes et sammendrag av kartleggingen og funnene. Forskningsinstituttet NOVA har bistått Helsetilsynet i metodisk utforming, gjennomføring og analyse av resultatene.