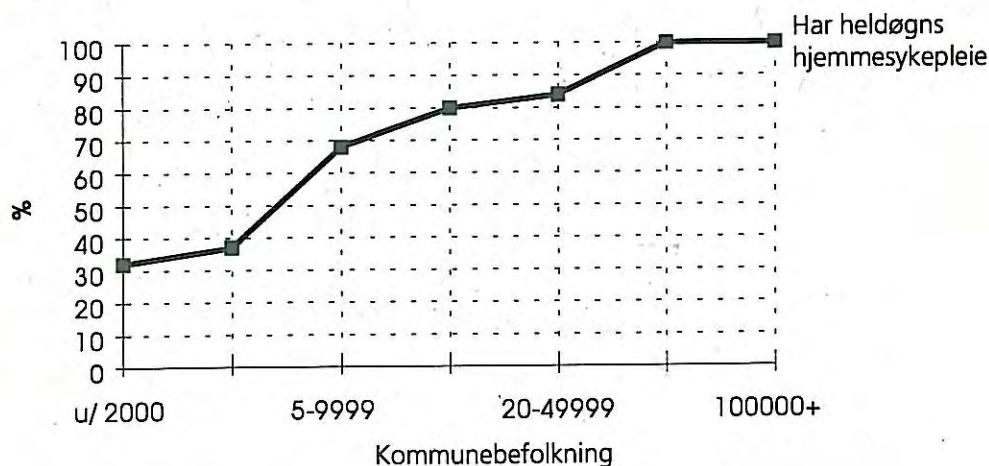


Ole Gulbrandsen

Bolig eller institusjon?

Ulikhet mellom kommunene i eldreomsorgen,
og nye omsorgsboliger i 1994



BYGGFORSK

Norges byggforskningsinstitutt

Ole Gulbrandsen

Bolig eller institusjon?

Ulikhet mellom kommunene i eldreomsorgen,
og nye omsorgsboliger i 1994

Prosjektrapport 170 – 1995

Prosjektrapport 170
Ole Gulbrandsen

Bolig eller institusjon?

Ulikhet mellom kommunene i eldreomsorgen, og
nye omsorgsboliger i 1994

ISSN 0801-6461

ISBN 82-536-0482-3

250 eks. trykt av
Lobo Grafisk as
Cyclus resirkulert papir
omslag 200 g, innmat 100 g

© Norges byggforskningsinstitutt 1995

Adr.: Forskningsveien 3B
Postboks 123 Blindern
0314 OSLO

Tlf.: 22 96 55 00

Faks: 22 69 94 38 (Salgsavd.: 22 96 55 08)

Emneord

Aldersboliger
Eldreomsorg
Hjemmehjelp
Hjemmesykepleie
Institusjoner
Omsorgsboliger
Omsorgsstatistikk

Forord

Dette er en rapport om evaluering av Husbankens lån og tilskudd til omsorgsboliger. Som første del i dette arbeidet gir vi et statistisk bilde av variasjonsbredde og utviklingstendenser i eldreomsorgen i norske kommuner målt med offentlig innsamlet statistikk som foreligger for årsskiftet 1993/1994, og vi ser på utviklingen fra 1989.

Hensikten er å gi et situasjonsbilde som bakgrunn for evalueringen ved å analysere den offentlige statistikken for å besvare problemstillingene som er reist i forbindelse med virkningen av innføring av de nye låne- og tilskuddsordningene.

Vi ønsker både å vise *helheten* og *variasjonsbredden* i eldreomsorgen i kommunene i dag. Dette gjøres ut fra et valg av fire kriterier som er sentrale for å karakterisere eldreomsorgen i kommunene. Disse er satt sammen i en firedimensjonal figur og viser en type "omsorgsprofil" for enkeltkommuner eller grupper av kommuner. Helhetsbildet vi gir i den nasjonale beskrivelsen er forholdsvis kortfattet. Utviklingen i landet som helhet danner rammen for og viser tendensene i eldreomsorgen. Likevel er det som skjer i den enkelte kommunen, ofte helt annerledes enn bildet en får fra gjennomsnittstall for landet eller fylkene. Velferden for mottakerne av omsorgen er i første rekke bestemt av de lokale forholdene.

Prosjektet er en del av et større hovedprosjekt med flere delprosjekter som pågår i perioden 1994–1996. Leder for hovedprosjektet ved Norges byggforskningsinstitutt (Byggforsk) er Grete Bull, og delprosjektledere er foruten Ole Gulbrandsen, Jon Christophersen og Siri Ytrehus. To øvrige delprosjekter dreier seg om utformingen av omsorgsboligene og omsorgsboliger i bruk. Prosjektene er finansiert via Husbanken fra bevilgningene over statsbudsjettet til tilskuddsordningen til omsorgsboliger. En referansegruppe med deltakere fra Husbanken, Sosial- og helsedepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet, og Gerontologisk institutt fungerer som kontaktledd til oppdragsgiverne. Dette delprosjektet skal videreføres i 1995 dels ved ytterligere analyser av statistiske opplysninger og dels av informasjon fra direkte kontakt med enkeltkommuner. Vi vil finne ut hva som skjer i kommunene når de bygger omsorgsboliger, blant annet om det blir flere boliger for eldre og hvordan institusjonsbruken påvirkes.

En takk rettes til kollegene ved Byggforsk og til personene i referansegruppa for til dels grundig og oppmuntrende tilbakemeldinger på rapportutkastene.

Oslo, april 1995

Kirsten Arge
Forskningsjef

Ole Gulbrandsen
Prosjektleder

Innhold

Forord	3
Definisjoner	5
Oppsummering	6
1. Bakgrunn	11
1.1 Hva er omsorgstiltakene og målsettingen med dem?	11
1.2 Hva er ønsket utvikling?	12
1.3 Diskusjon av målsettingen om boligjøringen	13
2. Problemstilling, metode og begreper	16
2.1 Problemstilling	16
2.2 Metode	17
2.3 Begrepsdiskusjon	17
2.4 Hva er omsorgsboliger?	21
3. Nasjonal beskrivelse	22
3.2 Omsorgsboligene – boligjøringen startet tidligere enn i 1994	23
3.3 Serviceboligene	24
3.4 Trygde- og aldersboligene	25
4. Variasjonsbredden i kommunene i 1993	28
4.1 Innledning	28
4.2 Gruppering av kommunene	30
4.3 Profiler etter kommunestørrelse	35
4.4 Kommuneprofiler, "rike" og "fattige" kommuner	38
4.5 Hjelpebehov og aldersfordelingen av de eldre	41
4.6 Kommuner med ulik aldersfordelingen av eldre	43
4.7 Steinkjer som eksempel	44
4.8 Kommuner med "full institusjonsdekning"	46
4.9 Oppsummering	49
5. Kommuneøkonomi og omsorgstjenester	51
5.1 Kommunenes totale inntekter	51
5.2 Hvilken betydning har kommunestørrelsen?	53
5.3 Prediksjon av dekning	56
5.4 Økonomi, aldersfordeling og kommunestørrelse i sammenheng	57
5.5 Kort oppsummering	59
6. Utviklingen 1989 – 1993	60
6.1 Innledning	60
6.2 Endringstall i hjemmetjenestene pga. HVPU-reformen	61
6.3 Korrigerede tall for økning av hjemmetjenestene for eldre	63
6.4 "Boliggjort" eller "institusjonstung"?	65
6.5 Samlet vekst i tjenestene og kommunestørrelse	70
6.6 Utjevning mellom 1989 og 1993?	71
6.7 Oppsummering	73

7. Kommuner med nye omsorgsboliger.....	75
7.1 Innledning.....	75
7.2 Antallet første året.....	75
7.3 Øking av serviceboliger.....	76
7.4 Heldøgns service.....	81
7.5 Nye sykehjemsplasser.....	83
7.6 Oppsummering.....	86
8. Litteratur.....	89
Vedlegg.....	91

Definisjoner

Aldersbolig, trygdebolig – kommunale boliger som leies ut til eldre. Det er ikke nødvendigvis tilknyttet egen service til beboerne av dem, men det kan være det.

Bofellesskap – Botilbud som ikke er fullstendig bolig, privatareal etter Husbankens normer på over 40 m².

Bokollektiv – Botilbud som ikke er fullstendig bolig, uten kjøkken, men kan ha kjøkkenkrok. Bokollektivene har fellesareal for flere boliger. Privatareal på 20 – 39 m².

Boliggjøring – Med "boliggjøring" menes her at omsorgen dreies fra tradisjonell institusjonsomsorg (heldøgns og varig opphold i alders- og sykehjem) til åpen omsorg hvor brukerne bor i egen bolig, og tjenestene er atskilt fra boforholdene.

Dekning – Forekomst av tjenester målt for eksempel i årsverk pr. 1 000 personer innen en aldersgruppe, eventuelt institusjonsplasser eller boliger målt på samme måte.

Omsorgsbolig – Bolig hvor en har mulighet for å tilkalle hjemmesykepleie på ethvert tidspunkt, heldøgns service. I Husbankens retningslinjer fra 1994 omfatter omsorgsboliger alt fra selvstendige boliger, bofellesskap, til enheter i bokollektiv og lignende. Boligene må være tilgjengelige for orienterings- og bevegelseshemmede og tilrettelagt slik at beboeren skal kunne gis heldøgns pleie og omsorg. - **Selvstendig bolig** som en betegnelse under omsorgsboliger, skal ha et areal på minst 55 kvm og tilfredsstillende Husbankens livsløpsstandard og minstestandard. Er boenheten under 55 kvm, må boligen ha fellesareal.

Servicebolig, 2 definisjoner – 1) serviceboliger er "kommunale boliger med heldøgns service". Statistisk sentralbyrå. – 2) boliger med mer omfattende service enn det som vanligvis gis til beboere av trygde- og aldersboliger (Lauvli 1991, Bull 1993)

Oppsummering

Rapporten handler om forskjeller i eldreomsorgen i kommunene i dag og utviklingen de siste årene. Dette er beskrevet for å ha en bakgrunn for å vurdere betydningen av bygging av omsorgsboliger og institusjonsplasser med lån og tilskudd fra Husbanken etter ny ordning fra 1994.

Både Omsorgsutvalget (1992) og regjeringens Langtidsprogram (1994–1997) setter opp mål om høyere grad av "boliggjøring". Samtidig pekes det på økningen av de eldste eldre og at deres behov må ivaretas. De nye omsorgsboligene og tilskudd og lån til nye sykehjemsplasser kan forstås som en nødvendig dobbeltsatsing for både høyere grad av boliggjøring og innsats til beste for de eldste.

Rapporten viser tre hovedsaker: For det første betyr de nye boligene en høyere grad av ønsket "boliggjøring" i eldreomsorgen. For det andre ser det ut som de siste årene er blitt større forskjeller mellom kommunene i innsatsen i hjemmetjenestene. For det trede må vi vente stor mangel på adekvat omsorgstilbud for de med tyngre omsorgsbehov de nærmeste fem årene i de kommunene som fra før har lav dekning, og hvor en ikke har tatt initiativ til å øke dekningen av omsorgsboliger eller institusjonsplasser.

Interessen for Husbankens nye låne- og tilskuddsordning var stor det første året 1994. Hver tredje kommune, 144 i alt, benyttet seg av den. Det forventes at aktiviteten i 1995 vil bli minst like stor.

Selvstendige boliger utgjorde hovedtyngden av det som ble igangsatt. Dette betyr en høy grad av "boliggjøring" som effekt av denne nysatsingen. I den offisielle statistikken eksisterte det bare 1 600 serviceboliger i 1993. Det samlede antallet serviceboliger og omsorgsboliger vil ha steget til over 3 000 selvstendige boliger etter at de nye som er planlagt i 1994, er ferdigstillet. I tillegg kommer ca 490 boliger av typen fellesboliger og boliger i bokollektiv. Økningen av boliger med mulighet for heldøgns omsorg har dermed vært langt over 100 prosent fra 1993 til 1994. I tillegg til det økte antallet boliger, vil også andre eldre i kommunene kunne nyte godt av vedtaket i kommunene om tilbud om heldøgns pleie som er en betingelse for å få tilskudd.

Det er stor variasjon mellom kommunene i tiltakene i eldreomsorgen. Dette gjør virkningen av den nye låne- og tilskuddsordningen ulik i forskjellige kommuner. En stor del av rapporten dreier seg om å vise ulikhetene mellom kommunene og analysere fram vesentlige forskjeller i dekningen av tjenester i institusjoner og i hjemmetjenestene. Disse variablene måler innsats av forskjellig karakter og avspeiler forskjeller i nivå av tjenestene, og ulike prioriteringer i kommunene. Variablene korrelerer svakt med hverandre. For øvrig har vi brukt dekningen av trygde- og aldersboliger og av institusjonsplasser som mål på type omsorgstiltak i kommunene. I mange kommuner synes eldreomsorgen enten å være rettet inn mot høy grad av institusjonsbruk, eller rettet inn mot bruk av boliger utenom de tradisjonelle institusjonene. For nesten ti år siden omtalte Nygård og Hansvik (1986) eldreomsorgen i Nord-Trøndelag som bygd på et enten/eller-prinsipp. Enten var hjemmebasert omsorg satt inn til en rimelig kostnad, eller så ble brukeren tilbudt institusjonsplass med høye kostnader. En manglet tilbud på mellomnivået, dvs

hjemmebasert omsorg med et visst (større) omfang. Daatland har argumentert i samme retning og vist til at det er mulig med langt høyere grad av åpen omsorg, slik det gjøres i Danmark. Skulle vi satset like mye på "boformer for omsorg og pleie" som Danmark, burde vi hatt 6 500 flere omsorgsboliger. Men samtidig kunne vi ha redusert antall institusjonsplasser med ca 6 700, under visse forutsetninger slik Daatland har beregnet dette. Skulle vi holde oss til den danske omsorgsprofilen, måtte vi imidlertid øke hjemmetjenestene med en innsats tilsvarende over ti prosent av de samlede kostnadene til pleie og omsorg i Norge (med over 2 milliarder kroner) (Daatland, 1994). Romøren (1994) diskuterer utviklingen fra 1980 til 1992 og peker på betydlige kvalitative endringer i eldreomsorgen de senere årene. Han mener plassene i institusjonene og innsatsen i hjemmetjenestene utnyttes mer målrettet i dag. Likevel har en ikke, på nasjonalt nivå, tatt noe radikalt skritt i retning av "avinstitusjonalisering" slik som i omsorgen for psykisk utviklingshemmede. Norsk eldreomsorg er fortsatt "institusjonstung". – I dette argumenterer han på linje med Daatland.

Ulikhetene mellom kommunene

Vi har gruppert kommunene i 10 like store grupper etter dekningen av årsverk i institusjoner og i hjemmetjenestene i en matrise med ti ganger ti celler. Langs den ene dimensjonen har vi årsverk i institusjoner, og langs den andre tilsvarende i hjemmetjenestene.

Årsverk i institusjoner (pr 67+ år) →
 ↓
 Årsverk i hjemmetjenestene (pr 67+ år)

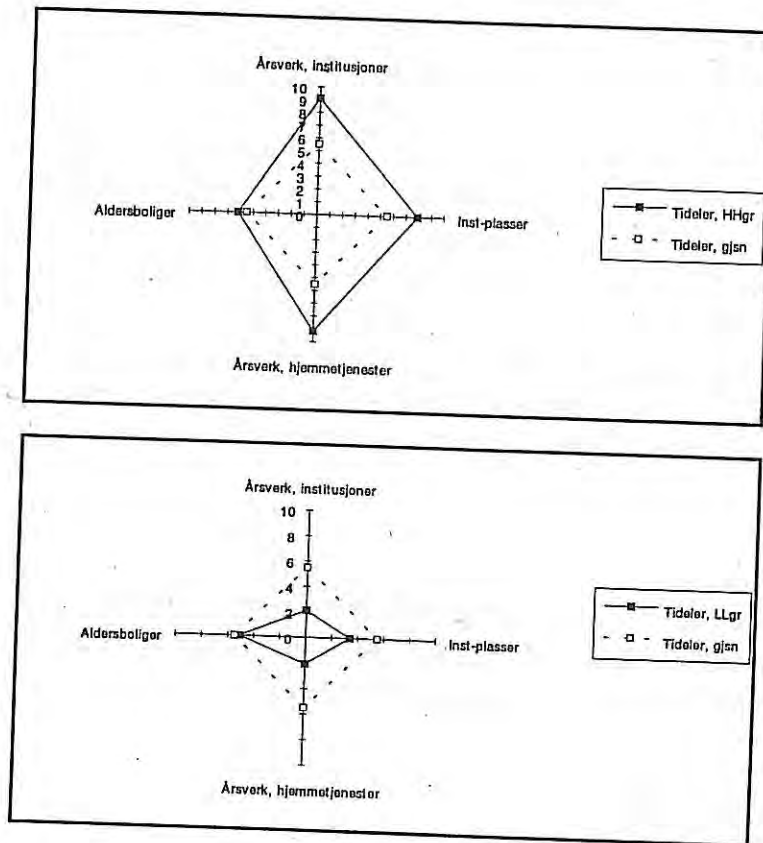
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Lav Lav							Lav Høy	
3		8%					9%		
4									
5									
6									
7									
8		8%					12%		
9	Høy Lav							Høy Høy	
10									

Figur I

Gruppering av kommuner i 1993 med hensyn til årsverk i institusjonsomsorg og hjemmetjenester pr 1 000 over 66 år.

Med en slik inndeling kan fire ekstreme grupper skilles ut. De er skravert i figuren med angitt prosentandel av alle kommunene. Gruppen "Høy/Høy" er de tre tideler av kommunene som har høyest dekning i begge tjenester, og utgjør 12 prosent.

Hver av yttergruppene er også vist med hensyn til de to andre målene som er brukt, nemlig dekningen av institusjonsplasser og av trygde- og aldersboliger. På den måten er angitt forskjellige "omsorgsprofiler" med en hoveddimensjon: institusjonsomsorg – åpen omsorg. De fire yttergruppene i matrisen viser forskjellige profiler.



Figur IIa og b

Profil av omsorgstiltak for kommunegruppe med Høy (b=Lav) 3/10-del av årsverk i hjemmetjenester og samtidig Høy (b=Lav) 3/10-deler av institusjonsårsverk.

Alle mål er dekning pr 1000 personer minst 67 år, for 1993. Verdiene er inndelt i percentiler, eller 10-deler. Grensene for hver gruppe er laget ved 10-deling av alle kommunene.

Også størrelsen på kommunene målt med folketallet varierer sammen med dekningsgraden. Det er først og fremst dekningsgraden av årsverk og plasser i institusjonene som er forskjellig. De små kommunene har stor innsats i institusjonene, de større langt mindre.

Dette skal imidlertid ikke tolkes som et utslag av kommunestørrelse først og fremst, men i sammenheng med kommuneøkonomien. Det er kommunenes inntekt og ikke deres størrelse som har størst betydning for innsatsen i eldreomsorgen. Utslagene varierer mye først og fremst i dekningsgraden av årsverk i institusjonene, men det er typisk for de "rike" kommunene at de satser på begge typer tjenester både institusjons- og hjemmetjenester, eventuelt mye bare på institusjonstjenestene. Fattigere kommuner har ofte liten innsats i begge tjenestene, og mest konsekvent lavt i institusjonstjenestene.

Fra 1989 til 1993 var det økning i dekningsgraden av årsverkene både i hjemmetjenestene og i institusjonstjenestene, selv når hjemmetjenestene er fratrukket et beregnet antall årsverk som går til psykisk utviklingshemmede. Det er også bedre dekning av trygde- og aldersboliger. Fire av ti kommuner hadde bedre dekning i 1993 av både trygdeboliger og hjemmetjenester, mens en av syv (14 prosent) hadde nedgang.

En kombinasjon av utviklingstendensen i kommunene med hensyn til økningen i hjemmetjenestene, og hvor god dekning de har i 1993, gir et mål på hvor langt de er kommet i "boliggjøring" av eldreomsorgen. En tredjedel av dem (34 prosent) var mer "boliggjort". På den andre siden var nesten fire av ti kommuner (38 prosent) i en situasjon hvor dekningen i hjemmetjenester siden 1989 hadde gått ned, og de lå lavt i 1993. Økningen av dekningen i institusjonstjenester og høyt nivå i 1993 er kombinert til å vise om kommunene er "institusjonstunge". En femtedel (21 prosent) var "institusjonstunge" i 1993. Tilsammen er 55 prosent kategorisert i den ene eller andre retningen.

I løpet av de siste årene har det sannsynligvis blitt *større forskjeller mellom kommunene i innsatsen for eldre i hjemmetjenestene*. Opplysningene om årsverk i hjemmetjenestene er korrigert for innsats for psykisk utviklingshemmede. Det kan likevel være noe usikkerhet omkring hva de oppgitte tallene for kommunene dekker av hjemmetjenester for eldre. Men selv med utelatelse av kommuner med ekstreme verdier, er spredningen i 1993 markert større enn i 1989. Samtidig som det skjer en økt grad av boliggjøring i endel kommuner, ser det ut som andre sakter akterut i innsatsen i hjemmetjenestene. Fire av ti hadde lavere dekning i 1993 enn i 1989, og de fleste av disse lå lavt i dekning i hjemmetjenester i 1993. Dette har, og kan etter hvert få, betydning for hvor godt eldreomsorgen fungerer i et stort antall kommuner, fordi økt bygging av omsorgsboliger for eldre krever mer hjemmetjenester.

Det er en sammenheng på den måten at kommunene med *flest serviceboliger fra før*, oftere har bygd nye. Tolkningen av dette er at når de først har organisert sin eldreomsorg og service i "boliggjort" retning, så er det lettere å fortsette med videre utbygging. Alt dette betyr at omsboligene innebærer et merkbart skritt i retningen av større boliggjøring, og bidratt til "oppfylling av midten av omsorgspyramiden", for å bruke Nygårds og Hansviks språkbruk (1986): Dvs. at eldre med stort omsorgsbehov kan bo i bolig framfor institusjon.

Også de kommunene med moderat lavt nivå i hjemmetjenestene, har i noe høyere grad enn andre satt i gang i 1994 med omsorgsboliger. Om dette skyldes en bevisst satsing for å snu en ikke-ønsket utvikling, er vanskelig å si. Kommunene med lavest nivå i hjemmetjenestene har i lavest grad igangsatt nye omsorgsboliger. Har de for lite personale til å yte service i nye boliger?

Tilskuddene og rimelige lån har sannsynligvis stimulert kommunene til bygging i 1994. Gjennomsnittet av kommunenes totale inntekter blant de som startet opp, lå oftest på kr 25 000 - 26 000 pr innbygger og med liten spredning i gruppen, mens gjennomsnittet blant de som ikke har startet i 1994 lå på kr 30 000.

Vedtaket om heldøgns hjemmesykepleie i kommunen er en betingelse for å få tilskudd til omsorgsboliger. Et flertall av de som startet opp i 1994, hadde allerede slik service, men hele 53 kommuner hadde det ikke. Vi må gå ut fra at de mer eller mindre er kommet i gang med dette etter igangsettingen av omsorgsboligene. Dermed har tilskuddsordningen bidratt til større utbredelse av slik service. Blant de små kommunene var det i utgangspunktet relativt få som hadde heldøgns hjemmesykepleie. I løpet av 1994 er det 36 nye små kommuner som skal ha fått det i forbindelse med omsorgsboligene. Antallet kan synes beskjedent i forhold til at småkommunene i alt er i et antall av 246. Men siden disse i lavest grad tidligere har hatt slik

service, er dette et stort framskritt med økning av andelen som har slik service: fra 36 prosent av småkommunene til 51 prosent på ett år.

Om heldøgns hjemmesykepleie i noen kommuner kompenserer for lav sykehjemsdekning, er vanskelig å si. Byggingen av nye sykehjemsplasser etter den nye ordningen er ikke så stor som økningen av sykehjemsplasser fra året i forveien før ordningen kom. I løpet av 1994 ble det igangsatt eller bygd 573 sykehjemsplasser. Noen av disse var ombygde aldershjemsplasser. I landsmålestokk er dette maksimalt (på grunn av ombyggingen) en økt dekning med bare en tredjedels plass (0,33 plasser) pr 100 personer over 79 år. Dette er lite i forhold til nedgangen i dette dekningsstallet de siste årene. Det kan i 1994 ha vært nedgang i andre kommuner som ikke har bygd nye plasser dette året, slik at en står igjen med nedgang i deknningen på landsbasis også fra 1993 til 1994.

Men ser vi igangsettingen av institusjonsplasser og omsorgsboliger under ett og med det forutsetter at tyngre omsorgsbehov kan ivaretas også i de selvstendige boligene, *har de nye omsorgsboligene og sykehjemsplassene på nasjonalt nivå ført til å opprettholde omtrent samme dekningsstall i 1994 for "institusjonsplasser", her inkludert serviceboliger og omsorgsboliger, som i 1993.*

De eldste eldre er særlig nevnt som en prioritert gruppe som skal ha god tilgang på omsorgstjenester *uavhengig av bosted* (Langtidsprogrammet, uthevet av oss). Fylkeslegenes rapport om mangel på sykehjemsplasser i de aller fleste fylkene i 1992 viser at dette målet ikke er nådd.

Når vi tar for oss kommunene som i 1993 hadde lavest dekning av institusjonsplasser, hadde en del av dem økt antallet institusjonsplasser eller omsorgsboliger i 1994. Likevel er deknningen for de over 79 år sannsynligvis fortsatt lav for mange, særlig lav for de som ikke igangsatte nye omsorgsboliger eller institusjonsplasser i 1994. Med den kraftige økningen av eldre over 79 år, må vi vente stor mangel på adekvat omsorgstilbud de nærmeste fem årene for de eldste i de kommunene som fra før har lav dekning, og hvor en ikke tar initiativ til å øke deknningen.

1. Bakgrunn

1.1 Hva er omsorgstiltakene og målsettingen med dem?

Tiltakene deles i to grupper: Hovedsaklig dreier det seg om plasser og tjenester ved sykehjem og aldershjem på institusjonssiden, og om serviceboliger, trygde- og aldersboliger på boligsiden, og hjemmesykepleie og hjemmehjelp som tjenester knyttet til boligtilbudene eller til beboere i private boliger. Den siste gruppen kalles "åpen omsorg" fordi den er utenfor institusjonene. Utviklingen mellom disse gruppene gir et bilde av hvorledes tjenestene utvikles i kommunene. Den viktigste endrings-dimensjonen dreier seg om boligkjøringen, som innebærer økt utbygging av den åpne omsorgen og større vekt på boligkvalitet. Dette er omtalt av flere faginstanser og politiske instanser.¹

Bruken av institusjonene endres. De senere årene har det vært flere beboere som er sykere, og det har vært nedgang i bruken av korttidsopphold. Dette sees i sammenheng med økningen av eldre over 80 år. En tolkning er at institusjonene ikke lenger har overskudd til å satse på rehabilitering og avlastning som en kunne ønske. Sammenligning av tall for 1989 og 1992 viser en klar økning i andelen av beboerne som trenger hjelp til slike grunnleggende gjøremål daglig personlig hygiene, av- og påkledning, toalettbesøk, o.a. (Sosial- og helsedepartementet og KS, 1994).

Langtidsprogrammet er eksplisitt i å uttrykke målsettingen for endringene (side 280 - 282):

- *Regjeringen finner den svake utviklingen de senere årene i tallet på ulike boliger med heldøgns omsorg og pleie, herunder sykehjem, bekymringsfull. Eldreomsorgen bør være et prioritert område innen helse- og omsorgspolitikken for at den samme reelle standard og dekningsgrad på disse tjenestene skal kunne opprettholdes.*
- *Det bør ... være mulig å vri ressursene noe mer målrettet mot de av de eldre som trenger omsorgstjenestene mest.*
- *Regjeringen vil ... vurdere forslaget om utbygging av boliger tilpasset for heldøgns omsorgstjenester. Begrunnelsen fra utvalget (Gjærevollutvalget) er dels å møte udekkede behov innenfor dagnes tilbud, dels å møte behov som følge av økningen i antall eldre over 80 år, og til sist at flersengsrommene ved dagens institusjoner etter utvalgets syn bør avskaffes.*
- *(Gjærevollutvalget mente) det er ønskelig å vri ressursbruk og ansvar mer over mot tjenesteyting ved at det blir et sterkere personlig ansvar for boligfinansieringen.*
- *Regjeringen vil utrede nærmere ulike ordninger hvor de enkelte kommunene og/eller krefter i lokalsamfunnene, kan tilrettelegge boliger og botilbud spesielt for eldre, og hvor de eldre selv ved å bidra til finansieringen kan gis eier- eller bruksrett. De midlene som de eldre plasserer vil igjen bli disponible for de eldre eller deres familier, når tilbudet ikke lenger benyttes.*

Boligkjøringen² vises først og fremst i de tre siste punktene: Regjeringen satte i gang Husbanktilbud om lån og tilskudd fra 1994 av, dels for å møte udekket behov, men også for å

¹ Ref. Romøren (1989, s.219), Lauvli (1991, s 34, 75), Daatland (1994, s.70), Bull (1993, s.10-12), Omsorgsutvalget (1992), Langtidsprogrammet (1993, s. 280-282, 286), Om forholdet mellom staten og kommunane, St. meld. nr. 23 (1992-93).

² Vi vil komme tilbake med nærmere drøfting av dette. Blant annet har Daatland en svært kritisk holdning til hvordan dette er fulgt opp, se Daatland, 1994, s.71.

øke standarden på institusjonene. Særlig i de to siste punktene viser de til det andre hovedpoenget i boliggyøringen, at eldre selv skal ha ansvaret for betalingen for boligen, eventuelt som eier.

1.2 Hva er ønsket utvikling?

Ut fra faglige og politiske uttalelser som dels de fra Langtidsprogrammet, og dels fra Omsorgsutvalget, samt fra stortingsmeldingen som behandlet forholdet mellom staten og kommunene (St.meld.nr. 23, 1992-93), kan flere mål settes opp: økt boliggyøring, større likhet mellom kommunene og like muligheter for individene til å kunne få dekket sine behov, større effektivitet i tjenestene. Av disse vil vi fremheve følgende:

- A - Høyere grad av boliggyøring.
- B - Større likhet mellom kommunene.

Det første punktet har i høy grad belegg i Langtidsprogrammet, slik vi har påpekt ovenfor. Vi kommer tilbake til en diskusjon av dette i slutten av dette avsnittet.

Det andre punktet er også berørt i Langtidsprogrammet (side 29 om "like muligheter for alle"). "En rettferdig fordeling av godene" er et av de nasjonale målene for tjenestene (Sosial og helsedepartementet, 1994b). Likhet imellom kommunene er imidlertid klarere poengtert i stortingsmeldingen "Om forholdet mellom staten og kommunane (1992-1993)". Det er ett av fem hensyn som ut fra regjeringens syn står sentralt ved statlig styring av kommuner og fylkeskommuner. Disse hensynene er:

- *Likhet* i form av likeverdig tilbud av tjenester for beboerne i forskjellige kommuner og fylker.
- *Nasjonaløkonomiske hensyn*. Omfanget og utviklingen av kommuneøkonomien er et viktig ledd i statens utforming og gjennomføring av den økonomiske politikken.
- *Rettstrygghet*. Staten har et overordnet ansvar for dette i kommunene og fylkene.
- *Samordnet og omstillingsorientert forvaltning*. I dette ligger blant annet et ansvar for at lovverket fungerer godt for kommunene og fylkene.
- *Bærekraftig utvikling*. Staten har et overordnet ansvar for ressurs- og miljøpolitikken slik den blir utøvd i kommuner og fylker.

Det første punktet om likhet dreier seg om flere ting. Hovedkomiteen for lokalforvaltning (St.meld.nr. 26, 1992-93, side 21) nevnte tre ting som like rettigheter for befolkningen, like retningslinjer for kommunene, og likeverdige tilbud av tjenester. Skal et likeverdig tilbud av tjenester kunne skje, må alle kommunene få nok ressurser til dette. Inntektsutjamningstilskuddet til kommunene er ment å fungere slik at tilbudet blir likeverdig.

Når vi skal vurdere betydningen av innføring av stimulansmidler til bygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser, kan det da også være et mål å vurdere utviklingen ut fra om det blir bedre dekning av omsorgstjenester i alt? Dette er noe en oftest kommer inn på når utviklingen av eldreomsorgen over tid er diskutert. Vi har valgt først og fremst legge vekt på dreiningen av tjenestene, det vil si boliggyøringen. Tidsperspektivet må i alle fall bli forholdsvis kort i første omgang slik at det kan bli vanskelig å påvise store endringer i den totale dekningen av omsorgstjenester.

Det uttalte målet med hensyn til institusjonene er å *oppretholde samme dekning i antall institusjonsplasser som en har i dag* (Langtidsprogrammet, side 280). Den store økningen av antall eldre over 80 år som vil fortsette til forbi år 2000, og behovet for standardøkning av institusjonene gjør det mindre mulig å satse på økt dekning. Samtidig har en dreid sykehjemsbruken, og fortsatt søker en slik dreining, rettet mot de som "trenger det mest", det vil si de mest pleietrengende.

Tabell 1. Antall eldre i årene 1985 – 2010, 1 000 personer
Kilde: Langtidsprogrammet, s. 331

	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Minst 67 år	571	612	620	603	579	587
Minst 80 år	142	159	178	196	205	198
Økning 80+ år		+17	+19	+18	+9	-7

Kommentar: De som i dag prioriteres i institusjonsomsorgen, øker betydelig, mens totalen over 66 år vil gå noe ned fra midten av 1990-åra.

1.3 Diskusjon av målsettingen om boligjøringen

For nesten ti år siden ble det utført grundige undersøkelser i kommunene i Nord-Trøndelag om offentlig hjelp og omsorg i forhold til brukernes særlige behov (Nygård og Hansvik, 1986). Ett av hovedresultatene fra denne store undersøkelsen er oppsummert i uttrykket "den manglende omsorgspyramiden". Med dette vil en få fram at et stort antall brukere har små behov, mens et mindre antall har store og omfattende behov. Den teoretiske omsorgspyramiden har en gradvis avtagende mengde brukere med økende behov, mens den faktiske omsorgspyramiden en fant i Nord-Trøndelag, hadde mange brukere med små behov, og mange med omfattende behov, men *svært få brukere på midten av pyramiden med nest mest omfattende forbruk*. En konkluderte med at omsorgstjenestene var bygd ut etter et enten/eller-prinsipp. Enten satte en inn hjemmebasert omsorg som kostet svært lite, eller en ble tilbudt institusjonsplass som kostet forholdsvis mye. Dette har den konsekvensen at kommunene *ikke* hadde "lagt forholdene til rette for at eldre skal kunne klare seg hjemme lengst mulig". Dette målet var ikke blitt oppfylt fordi en hadde så lite tilbud til de som hadde et forholdsvis stort behov, men likevel kunne greid seg hjemme med tilstrekkelig innsats av omsorg.

Dette er en tungtveiende kritikk. Vi har forstått det slik at dette poenget har vært et viktig punkt i Omsorgsutvalgets innstilling i 1992, og ligger bak som et grunnlag for hele ideen med boligjøring av tjenestene. Kritikken ble tatt opp igjen åtte år senere i en like tungtveiende argumentasjon hos Daatland (1994). I diskusjonen av tjenestenes innretning og omfang heter det som følgende:

– Norge har i nordisk sammenheng hatt et "høyt volum av (medisinske) sykehjem" (i forhold til Sverige og Danmark). Norge bruker betydelig mindre til hjemmehjelp. Norge sammenlignes spesielt med Danmark som mest aktivt har lagt om sin omsorgspolitik. En har (etter 1987) satset på boligløsninger med integrerte tjenester.

- I Norge blir det lite rom for omprioriteringer når ressursene er bundet i sjukehjemmene.
- Skulle vi satset like mye på "boformer for omsorg og pleie" som Danmark, burde vi hatt 6 500 flere omsorgsboliger. Men samtidig kunne vi ha redusert antall institusjonsplasser med ca 6 700, under visse forutsetninger slik Daatland har beregnet dette. Skulle vi holde oss til den danske omsorgsprofilen, måtte vi imidlertid øke hjemmetjenestene med en innsats tilsvarende over ti prosent av de samlede kostnadene til pleie og omsorg i Norge (med over 2 milliarder kroner).

Romøren (1994) diskuterer utviklingen fra 1980 til 1992 og peker på betydlige kvalitative endringer i eldreomsorgen de senere årene. Han mener plassene i institusjonene og innsatsen i hjemmetjenestene utnyttes mer målrettet. Mens det midt på 1980-tallet var mer planløst og tilfeldig (Nygård og Hansvik, 1986), er en på 1990-tallet mer bevisst i innsatsen. Likevel har en ikke, på nasjonalt nivå, tatt noe radikalt skritt i retning av "avinstitusjonalisering" slik som i omsorgen for psykisk utviklingshemmede. Norsk eldreomsorg er fortsatt "institusjonstung". - I dette argumenterer han på linje med Daatland.

Denne diskusjonen og disse argumentene går rett inn i betydningen av tiltaket med tilskudd og lån til omsorgsboliger. Selv om tiltaket er rettet både inn mot flere selvstendige boliger (eventuelt bokollektiver og bofellesskap), og institusjonsplasser, er det i høy grad *boligene* som er mest i skuddet. En kan være fristet av å si at den ideologiske "stemning" kan synes å ha festet seg slik at det først og fremst er boliger som er bygd det første året (ca 1800 boliger, og 500 institusjonsplasser) (Ribe, 1994). Vil dette føre til endringer som i høyere grad fyller "midten av omsorgspyramiden"? Eller vil det vise seg vanskelig å følge opp med tilstrekkelig tjenestevolum til de nye omsorgsboligene?

En undersøkelse som Statens helsetilsyn har gjort i 1994 har vist at 91 prosent av sykehjems-pasientene er plassert på riktig omsorgsnivå (SHD og KS, 1994. Statens helsetilsyn, 1994). Undersøkelsen er ikke ferdig bearbeidet, men de generelle konklusjonene fra den kan tolkes slik at det er "bare" 9 prosent som burde vært på lavere nivå, og som dermed ville representere et behov for annet tilbud av bolig/tjenester. Er disse 9 prosent av personene i sykehjem de som burde vært tilbudt tjenester "på midten av omsorgspyramiden"? Er dette i så fall et mindre behov enn det som Nygård og Hansvik eller Daatland har argumentert for, slik at det forholdsvis lave tallet kan tyde på at utviklingen av omsorgstiltak og tjenester i Norge har bedret seg i retning av større bredde? Det er tenkelig at kriteriene for vurderingen av å være "på riktig omsorgsnivå" kan vurderes på forskjellige måter, slik at det er vanskelig å diskutere dette nærmere før undersøkelsen er offentlig tilgjengelig.

Nygård og Hansvik uttalte seg i 1986 ut fra hva de fant i *kommunene*, mens Daatland og Romøren først og fremst viser til nasjonale tall og den nasjonale utviklingen. Daatland pekte også på at endel kommuner i Norge i høyere grad enn andre følger den "danske modellen", og for så vidt endel danske ligner de typiske norske. Det er viktig å skille mellom det nasjonale og kommunale nivået. Flertallet av kommunene er små, hele 250 har under 4 000 innbyggere. De har ulike forutsetninger, både geografiske, økonomiske, og sosiale, og vi må vente at de også har forskjellig utgangspunkt og ulikhet i tendens i retningen de velger i utviklingen av eldreomsorgen under 1990-årene. Det statistikken forteller oss om forskjellene, gjør at vi stiller spørsmål om til hvilken grad det er mulig å snakke om tendensen i eldreomsorgen som noe enhetlig. Alternativt

er det kanskje nærmere virkeligheten å peke på flere mønstre og kanskje motsatte retninger i utviklingen. Om vi i første omgang greier å avgrense slike typiske forskjeller, er usikkert. I alle tilfeller er variasjonen mellom kommunene et hovedpoeng ved denne rapporten.

En dobbelt målsetting

Flere steder er det påpekt at innsatsen i dag må legge stor vekt på de eldste eldre. Sosial- og helsedepartementet peker på dette som en av hovedprioriteringene, og sier det er viktig *"Å møte de økte utfordringene som følge av flere i de eldste aldersgruppene, tidligere utskrivninger fra somatiske sykehus, og oppfølging av personer med psykiske lidelser"* (Sitat, Sosial- og helsedepartementet, 1994b).

På den andre siden har en ønsket om høyere grad av boligging. Dette motiverer dels bygging av flere omsorgsboliger, og dels at andre boliger og botilbud blir tilrettelagt spesielt for eldre. Et viktig element i dette er at del eldre selv skal bidra til finansieringen og får bruks- eller eier-rett til boligen, mens kommunen vrir innsatsen over mot tjenstene.

En satsing til beste for de eldste og samtidig satsing på økt grad av boligging, reiser spørsmålet om dette ikke er *to motstridende* ting som er vanskelig å gjøre samtidig. De eldste eldre vil i mange kommuner trenge flere sykehjemsplasser og økte årsverk i institusjonstjenesten. Mens de som kan bo i selvstendig bolig, trenger flere tilrettelagte boliger og stor innsats i hjemmetjenestene for flere av dem. Vi går ut fra at kommunene har personer i alle behovskategorier. Prioriteringen mellom større innsats i sykehjemmene eller flere boliger med service, er neppe lett når en både skal tilgodese de eldste og øke boliggingen. Kan dette løses ved at kommunene i høyere grad stiller spørsmål om det er nødvendig at alle som har plass på sykehjem, er der, eller om noen heller kunne bo i en bolig med tilknyttet service? Det er vanskelig å tro at det er mye å hente ved å stille slike spørsmål i dag: Utviklingen de senere årene med færre i korttidsopphold (Sosial- og helsedepartementet, 1994b), og flere av de eldste eldre i sykehjemmene, kan bety at mange kommuner har blitt tvunget til å prioritere de eldste, på bekostning av "boliggingen". De nærmeste 5 – 10 årene fortsetter økningen av de eldste i stort antall, og kan som sagt gjøre "boliggingen" vanskelig å gjennomføre på kort sikt.

2. Problemstilling, metode og begreper

2.1 Problemstilling

Fra og med 1994 har Husbanken fått en ny rolle å spille i eldreomsorgen. Tidligere har banken i mange år gitt lån til bygging av aldersboliger, og Kommunalbanken til sykehjem. Nå gis lån og tilskudd til omsorgsboliger, og til sykehjem. Hvilken virkning har de nye tilskudds- og lånetilbudene fra Husbanken på omsorgstjenestene for eldre i kommunene?

Virkningene vil sannsynligvis være forskjellig alt etter hvilke tjenester som fra før av er lagt mest vekt på i kommunene. Hensikten med denne rapporten er i første rekke å se på forskjellene mellom kommunene. Det er vanskelig å vurdere hvilken betydning de nye omsorgsboligene har uten å vurdere dette ut fra hvordan kommunene hver især står i det generelle bildet. Er det først og fremst de kommunene som i forveien har godt utbygde tjenester som går inn for omsorgsboligene? Eller er det kommuner som særlig savner tilbud av typen serviceboliger, dvs. boliger som er selvstendige og har mer omfattende service tilknyttet boligen? Eller er det mer tilfeldige sammenhenger, som at endel kommuner har hatt prosjekter liggende lenge i skuffen og ser den nye ordningen som en god anledning til å få disse realisert? Er det eventuelt initiativrike enkeltpersoner noen steder som har satt i gang, uten at dette har så meget å gjøre med omsorgsprofilen til kommunen?

Låne- og tilskottsordningen kan sees på som et stimulansmiddel fra statens side rettet mot kommunene, det vil si som et styringsmiddel for å oppnå endel mål. Disse målene inneholder flere elementer, og ett av de viktigste er å øke tilbudet av heldøgns omsorg samtidig som en legger stor vekt på "boliggjøring" av tjenestene. Med "boliggjøring" menes her at omsorgen dreies fra tradisjonell institusjonsomsorg (heldøgns og varig opphold i alders- og sykehjem) til åpen omsorg hvor brukerne bor i egen bolig, og tjenestene er atskilt fra boforholdene.

Generelt er det også et mål at det i forskjellige kommuner skal være mest mulig like muligheter i tjenestetilbudet. Likheten kan også sees på individnivå ved at alle skal ha samme mulighet til å få dekket sine behov.

Låne- og tilskottsordningen startet i januar 1994 og har derfor ikke virket så pass lenge at det er mulig å si så mye generelt om virkningen. Hittil har vi i første omgang arbeidet med å skaffe fram en beskrivelse av dagens situasjon og utviklingen de senere årene. Utviklingen av omsorgstjenestene har tidligere stort sett vært beskrevet på nasjonalt nivå. Dette har først og fremst Daatland (1990 og 1994) stått for. Sammenlignende beskrivelser på kommunenivå er sjeldnere, slik som Hammervold (1988) og Holmøy (1993). Hva angår ulikhet mellom kommunene vil vi peke på en sammenlignende undersøkelse av driftsutgiftene i kommunene over perioden 1965 til 1989 (Sørensen, 1992). Her er også vist sektorvis utvikling, og helse- og sosialsektoren har ikke vist noen økning av ulikheten mellom kommunene i ressursinnsatsen i løpet av 1980-tallet.

2.2 Metode

Den metodiske tilnærmingen er en hovedsak i denne rapporten. Vi skal beskrive virkningen av et begrenset tiltak innenfor en forholdsvis omfattende virksomhet. Som nevnt er vi "for tidlig ute" fordi tiltakene ikke kan ha rukket å få så mange konsekvenser siden de startet i 1994.

Vi har til hensikt å gi en så god som mulig situasjonsbeskrivelse av variasjonene i omsorgstjenestene i ulike kommuner. Her må vi velge hvilke kriterier som dette skal gjøres etter. Vi vil også vise utviklingen fra 1989 til 1993. I 1989 la SSB om sine statistikkrutiner, og året er derfor et lempelig starttidspunkt. Data fra 1993 er fra utgangen av året og dermed også det ferskeste som foreligger i 1994.

Vi skal gjøre sammenligninger ut fra to tilnæringsmåter:

- A. Analysere kommunal statistikk over omsorgstiltak.
- B. Direkte kontakt med enkelte utvalgte kommuner.

Denne rapporten er i hovedsak basert på den statistiske fremgangsmåten. Vi vil gå videre med sammenlignede kommuneundersøkelser som gjør det mulig på en mer omfattende måte å vurdere kommunal atferd.

Sosialdepartementets informasjonssystem "Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene" gir i dag informasjon til alle kommuner om eldreomsorg og andre sosiale tjenester. Det gir rådata kommunevis og sammenlignbare gjennomsnittstall for grupper av kommuner. Dette startet som en forsøksordning med informasjon i to fylker i 1992, og dekker i 1994 alle kommuner med informasjon, blant annet om eldreomsorgen som samles av Statistisk sentralbyrå. Hjulet har som mål å være praktisk anvendelig for kommunene.³ Analysene vi gjør her, skiller seg først og fremst fra Hjulet ved at vi legger mer arbeid i å skille ut grupper av kommuner etter ulike karakteristika som beliggenhet, "tjenesteprofil", økonomi og annet.

2.3 Begrepsdiskusjon

Dekningsgrad, behov og kvalitet er viktige begreper i eldreomsorgen. Dette er diskutert i endel sammenhenger, og vi skal her gå noe nærmere inn på dem.

Dekningsgraden

Dekningsgraden er mengden av en tjenestetype pr 1000 (eller 100) personer av en gruppe av befolkningen. Dette kan regnes for hele landet, eller det kan regnes for hver kommune som vi stort sett har gjort her. Et eksempel er antallet institusjonsplasser pr 1000 personer over 66 år i en kommune.

Et alternativt mål er dekningen for de som er over 79 år. Det er betydelig større andeler blant disse eldste som har behov for tyngre tjenester, enten institusjonsomsorg eller heldøgns omsorg i

³Hvilken virkning har denne informasjonen i kommunene? Er det undersøkt?

annen sammenheng. Siden hensikten med sammenligningene vi gjør, er å få overblikk av variasjonsbredden i kommunene, kan det være relevant å se innsatsen i hver kommune i forhold til aldersfordelingen 67-79 år og minst 80 år. Dette er særlig relevant i forbindelse med institusjonsomsorgen fordi tre fjerdedel av beboerne i institusjonene var minst 80 år (i 1992, se Daatland, 1994, s. 120). Men også når det gjelder den hjemmebaserte omsorgen, såvel som beboerne i trygde- og aldersboligene, er litt flere av brukerne minst 80 år enn gruppen 67 – 79 år. (Se vedleggstabell v7).

Dekningsgraden for brukere av alle omsorgstjenester - institusjonsplasser, hjemmesykepleie, hjemmehjelp og trygde- og aldersboliger samlet – for gruppen over 79 år er omtrent 59 prosent. Dekningsgraden for gruppen 67 – 79 år er på bare 13 prosent. (Se vedleggstabell v7). Enkelte brukere har flere tjenester, men er ikke dobbelttallet.

Vi har gjort beregninger av forholdet mellom 67–79 åringene og de som er minst 80 år, og viser senere i rapporten forskjellen mellom kommunene i dette.

Behovet

Behovet for tjenester er ulikt fordelt i befolkningen. Når vi foran har pekt på den ulike dekningsgraden for forskjellige aldersgrupper av eldre, avspeiler dette at de eldste har større behov enn de nest-eldste.

Det er dokumentert at eldre som bor alene, har oftere behov for tjenester enn de som bor sammen med andre. Lingsom (1991) viser at hjemmeboende eldre som bor alene, oftere enn andre har vansker med av og påkledning, gå i trapper ol. Evnen til å fungere i dagliglivet er ikke bare påvirket av dårligere helse ved økt alder, men også av det sosiale miljø, f. eks. om en bor alene eller ikke. Behovet kan være større både fordi de er svakere, eller det kan være et større behov for tjenester *fra det offentlige* fordi de som bor alene, ikke får hjelp fra andre i samme husholdning.

Omgivelsene, eller det fysiske miljøet som boforholdene, virker inn på behovet for tjenester. En som har mangler ved boforholdene, vil kunne ha større behov for tjenester enn andre med bedre boforhold. Dersom en bor avsides og har vanskelig for å komme i kontakt med hjelpeinstanser, vil også behovet kunne vurderes som større.

Hjelpebehovet er forskjellig for ulike aktiviteter. Behov for hjelp til rengjøring er forholdsvis mest utbredt, mens færre har vansker med av- og påkledning. Det første er et eksempel på en aktivitet som er påvirket både av helsetilstanden, det fysiske miljøet og det sosiale miljøet. Mens evnen til å gå trapper eller klare påkledning selv først og fremst er et spørsmål om helsetilstanden (Lingsom, 1991). Men selv om vi skiller mellom behov som er eller ikke er påvirkbart av forhold i miljøet, vil behovet for tjenester fra det offentlige variere med miljøforholdene. Dersom boligen har trappefri atkomst, spiller det mindre rolle at en har problemer med å gå trapper. Eller en får hjelp av ektefellen til påkledning og har ikke behov for offentlig hjelp til dette.

Behovet til de eldre som trenger mest omsorg og pleie, dreier seg om et vidt spektrum fra grunnleggende fysiologiske behov til sosiale behov. Både ernæring og spisesituasjon, et selvstendig dagligliv og privatliv er relevante behov for brukere i institusjon (SHD og KS, 1994).

Avgrensingen og presiseringen av behovene er vanskelig. Gerix⁴-systemet har prøvd å måle behov, og stiller opp visse kriterier for vurderingen av den enkelte persons behov. I løpet av 1995 er det i gang arbeidsgrupper som går nærmere inn på måling av behov, både blant eldre som er registrert som brukere av omsorgstjenester, og blant ikke-brukere. En ønsker å komme fram til både best mulig målemetoder for behov på individnivå, og dessuten å få summert opp behovene på kommunenivå.

Behovet for eldreomsorg i en kommune angitt ut fra tilgjengelig statistikk i dag, blir langt grovere mål enn de som er basert på grundigere opplysninger om hver enkelt person. Enklest uttrykt kan behovet angis med andelen eldre av totalbefolkningen, og noe nærmere ved å ta med andelen som er over 80 år. I tillegg er ofte andelen eldre som bor alene med i angivelsen av behovet. Hjulets måte å gi informasjon som indikerer behovet på kommunenivå, er ved å gi slike data. Oftest er det vanskelig å vise behovet totalt (blant både brukere og ikke-brukere) mer presist enn dette. Når vi senere i rapporten ser nøyere på fordelingen av behov mellom de eldste og nest-eldste, skal vi også beregne anslag av aldersgruppene med tyngre behov som kan være nyttig å benytte i vurderingen av betydningen av de nye omsorgsboligene.

Vi må gå ut fra at behovet i praksis observeres eller registreres av de som har kontakt med brukerne, og vel ofte bygger på en diagnostisk situasjon mellom en eller annen faginstans og klienten.

Vi kan stille spørsmål om det er behov for en nærmere beskrivelse og kunnskap om hvorledes potensielle klienter kommer i kontakt med de fagpersoner som på en eller annen måte fanger opp behovet? Hvordan meldes behovet? Dette er tidligere undersøkt blant annet av Daatland (1988). De eldre selv gir uttrykk for behovet, men ofte har barn eller andre nære pårørende tatt initiativet. Måten kontakten med hjelpeapparatet er oppnådd på, varierer. Det er sannsynlig at et stort hjelpebehov eksisterer også blant de som ikke har hjelp. Ikke alle presenterer sitt hjelpebehov, og det kan også være snakk om høye eller lave terskler for å få fram behovet som varierer både ut fra personlige holdinger og forskjeller mellom "omsorgskulturer" (Lingsom, 1991).

Merk at Gerix utelukkende tar for seg de som det allerede er truffet "offentlige vedtak" om omsorgstjeneste om. Det vil si at de som ikke har kommet i kontakt med relevante fagpersoner, heller ikke har fått sitt eventuelle behov registrert.

Kvalitet

Kvalitet i eldreomsorgen er vanskelig å måle. Det er også et klart subjektivt element i dette, den er avhengig hvor godt den enkelte synes vedkommende "har det". Når det gjelder kvaliteten av omsorgen i institusjoner har en satt opp en rekke kriterier. Det å ha enerom er ett kriterium. Dekningen av personell i forhold til klienter er et annet. Mulighetene for selvbestemmelse er et tredje. Endel undersøkelser er gjort for å vise kvaliteten.

⁴ Gerix er et prosjekt om informasjon om brukere og behov, og data som er viktig for styring av pleie- og omsorgssektoren for eldre og funksjonshemmede i kommunene. Det har hatt en testperiode fram til 1993, og er i et start-program fra 1993 til 1995. I 1994 er omtrent 80 (?) kommuner med i prosjektet. Det vil bli vurdert om alle kommuner skal være med senere.

Slagsvold (1995) har gjennomgått endel kvalitetsundersøkelser og validitetsundersøkelser av kvalitetsmål. Resultatet av hennes arbeid viser at det ikke alltid er sammenheng mellom det som undersøkelser har ment å måle, og det som er målt. Resultatene av forskjellige undersøkelser spriker i motsatte retninger.

Men dette behøver ikke å bety at alle målinger av hva som foregår er uviktige. Forutsetninger for å oppnå dekning av behov i eldreomsorgen, har flere nivåer:

- a) For det første må tjenesten finnes, være til stede.
- b) For det andre må den være tilgjengelig for de som har bruk for den.
- c) For det tredje må den gi best mulig hjelp i forhold til behovet

De statistiske målene som er brukt her, dreier seg bare om punkt a, og i hvilket omfang tjenestene er tilstede. De to neste punktene henger sammen, men kan ikke i særlig grad belyses ved den statistikken som er tilgjengelig. Den offentlige statistikken gir bare et grovt bilde av eldreomsorgen når en er ute etter kvalitative sider. Det er vanskelig å si om omsorgen har blitt bedre eller dårligere bare ut fra tall for omfang av tjenester og tiltak. Det har skjedd viktige endringer i omsorgssystemet i løpet av de siste årene, og disse endringene har ikke blitt tallfestet godt nok i den offentlige statistikken. En peker også på mangel på systematisk informasjon om tjenestenes kvalitet (Romøren, 1994. Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund, 1994). Nå skal imidlertid betydningen av dekningen av tjenester likevel ikke undervurderes. Dette er den første betingelsen for at offentlig omsorg kan fås, og viten om variasjonene av dette er grunnleggende informasjon.

Et vesentlig aspekt ved kvaliteten, som kan være vanskelig å få gitt uttrykk for, er at omsorgstiltakene innen kommunen bør være varierende og fleksible. En trenger både institusjonsplasser for tung pleie, serviceboliger, og hjemmetjenester. Dette virker rimelig fordi behovene nødvendigvis har stor spredning, og det også må prioriteres mellom forskjellige tilbud og ytelser.

Sammenligningen av ulike tjenester

Dekningsgraden av ulike tjenester har nødvendigvis forskjellig betydning og kan ikke direkte sidestilles. Vi kan ikke si at ett årsverk i institusjonsomsorg utgjør like stor innsats i forhold til de behov som tilfredsstilles, som ett årsverk i hjemmetjenester. Heller kan vi ikke si at en institusjonsplass (pr 1000 over 66 år) utgjør det samme som en plass i en aldersbolig. Måten vi "løser" denne vanskeligheten på, er ved å ta utgangspunkt i hele fordelingen av den enkelte tjenesten eller tiltaket, og bruke hele spredningen fra de minste tallene til de maksimale som en totalskala. Alle kommunene er så inndelt i ti grupper med like mange i hver gruppe. Vi angir plasseringen av en kommune ved å vise hvilket gruppe-tall den har for hver tjeneste/tiltak. For flere kommuner blir tallet deres gjennomsnittlige gruppetall. Hver tjeneste/tiltak får altså en målestokk som er basert på variasjonen mellom kommunene. Dette gjør sammenligning mellom forskjellige tjenester/tiltak mulig, selv om hver tjeneste/tiltak har sin særlige verdi i forhold til behovene den skal dekke.

Et alternativt mål er såkalte z-skårer. Dette er basert på samme prinsipp som ti-delene ved at det tas utgangspunkt i et spredningsmål, dvs. standardavviket i fordelingen av tjenesten i kommunene. Standardavviket blir brukt som enhet, og har eksempelvis en kommune verdien 1,5 på institusjonsplasser pr 1 000 over 66 år, så er verdien ett og et halvt standardavvik på plussiden

over gjennomsnittet. Vi har imidlertid blitt stående ved ti-delingen av kommunene fordi dette har en intuitivt lettere tolkning: Er en blant de 20 beste kommunene i ett henseende, er dette umiddelbart forståelig.

2.4 Hva er omsorgsboliger?

Omsorgsboliger er et begrep som er først brukt av Sosialdepartementet, og konkret innført i forbindelse med Husbankens låne- og tilskuddsordning i februar 1994. Innholdet i begrepet er svært likt det en vanligvis har ment med serviceboliger, men Husbanken har stilt bestemte krav som gjør at begrepet har fått en mer presist innhold. I Omsorgsutvalgets innstilling i 1992 pekte en på at de senere årene var bygget ut boliger med service (som også kan være heldøgns service) som en mellomform mellom institusjonene og de vanlige boligene. I Husbankens retningslinjer fra 1994 (Husbanken, 1994) omfatter omsorgsboliger alt fra selvstendige boliger, bofelleskap, til enheter i bokollektiv og lignende. Boligene må være tilgjengelige for orienterings- og bevegelseshemmede og tilrettelagt slik at beboeren skal kunne gis heldøgns pleie og omsorg. Beboeren betaler vanlig husleie.

Selvstendige boliger skal ha et areal på minst 55 kvm og tilfredsstillende Husbankens livsløpsstandard og minstestandard. Er boenheten under 55 kvm, må boligen ha fellesareal.

For å få oppstartingsstilskudd fra Husbanken må kommunen ha gjort et vedtak som bekrefter at kommunen har en heldøgns pleie og omsorgstjeneste på en slik måte at beboeren av en omsorgsbolig har en rimelig trygghet for å kunne få hjelp hvis behovet oppstår. Dette innebærer heldøgnsvakt alle dager i uken, og i rimelig geografisk nærhet. Personalet i vakttjenesten skal ha den faglige kompetansen som er nødvendig for å gi beboerne trygg pleie og tilsyn (Husbanken 1994).

Disse presiseringer gjør at omsorgsboliger kan skille seg ut i forhold til serviceboliger. Riktig nok opererer Statistisk sentralbyrå med en definisjon av serviceboliger som er "kommunale boliger med heldøgns service". Men i andre sammenhenger har en brukt en videre definisjon, nemlig at boligen skal ha mer omfattende service enn det som vanligvis gis til beboere av trygde- og aldersboliger (Lauvli 1991, Bull 1993). I praksis kan det likevel tenkes at de to boligformene er svært like. At det er truffet kommunalt vedtak om service, vil neppe si at den i alle tilfelle er like lett tilgjengelig.

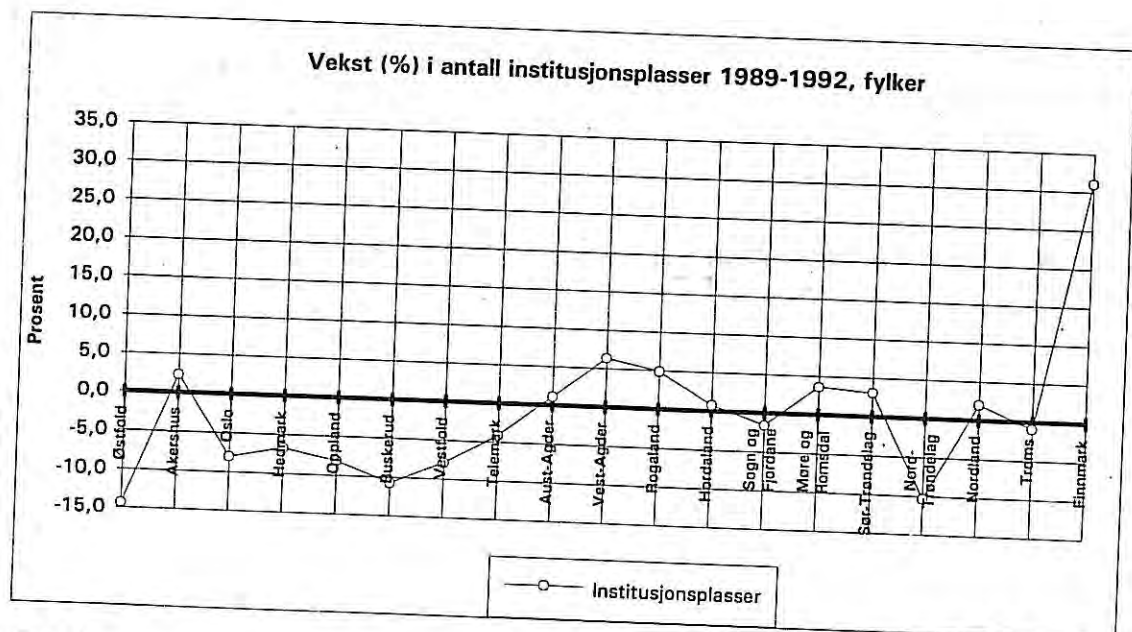
3. Nasjonal beskrivelse

Institusjonsdekningen i Norge steg fram mot midten av 1980-tallet, for deretter å gå ned (Daatland 1994, s.32). I 1992 var en kommet ned på nivået fra midten av 1970-tallet. Betydningen av nedgangen kan ha blitt forsterket ved at det samtidig har vært en vekst i andelen eldre som bor alene, og som en antar har større behov for plass på institusjon. Det har først og fremst vært nedgang i plasser i aldershjemmene, og ikke i sykehjemmene. De siste har holdt seg omtrent stabilt i løpet av 1980-årene.

Daatland viser videre at det har vært dreining av aldersfordeling blant beboerne. Dekningsgraden blant de eldste har økt, men den har sunket for de noe yngre. Med andre ord har de med de tyngste behovene blitt prioritert. Nedgangen i aldershjems plasser kan ha blitt kompensert med utbygging av flere serviceboliger, ettersom de enkelte kommunene har bygget serviceboliger i tilknytning til avvikling av aldershjemmene.

Dersom en gjør en beregning av behovet for institusjonsplasser for 1992 ut fra visse forutsetninger, kan det anslås til å ligge betydelig høyere enn antall plasser en har i dag (Daatland, 1994, basert på innstillingen fra Eldreomsorgskomiteen i 1969). Forutsetningene dreier seg om aldersfordelingen av eldre og med utgangspunkt i den kjente situasjonen for 1966. Vi kommer tilbake til dette i avsnitt 2.9.

Figuren viser utviklingen i tallet på institusjonsplasser for perioden 1989-1992 for fylkene.



Figur 3.1

Endring i antall plasser i sykehjem og aldershjem fra 1989 til 1992 i prosent av 1989 for fylkene.
Kilde SSB.

Nedgangen av institusjonsplasser har skjedd i de fleste fylkene. Unntakene finner vi i Sør-Norge, deler av Vestlandet og Sør-Trøndelag, og i Finnmark (figur 1) Dette må sees i lys av et økt behov i og med økningen av personer minst 80 år. Denne økningen har vært sterk rundt 1990, og kan innebære en nedgang i deknningen for de aller eldste. Dette er imidlertid for alders- og sykehjem under ett, og det er som sagt først og fremst aldershjemmene som har nedgang.

Utviklingen på kommunenivå

Perioden vi ser på for utviklingen i kommunene, er fra 1989 til 1992/1993. I løpet av disse årene har tallet på heldøgnsbeboere i institusjoner for eldre gått svakt opp fra 44 300 til 44 900 (SSB, 1994). I og med at antallet eldre minst 67 år har samme svake stigning i perioden, kan en med en viss rett si at institusjonsdekningen har flatet ut. Men tallet på personer over 80 år vokser med over 10 prosent hvert femte år i den perioden vi er inne i nå, så utflatingen av antall plasser innebærer en nedgang i forhold til at behovet vokser.

Årsverkene i institusjon og i åpen omsorg

De totale årsverkene i institusjonene har økt noe fra 1989 til 1993. (SSB, US nr. 43/94). Også ifølge Daatland (1994, s. 132) har deknningen av årsverk i institusjonen for befolkningen over 66 år økt og var i 1992 den høyeste den noen gang har vært.

Årsverkene i den åpne omsorgen har også økt noe fra 1989. Daatland karakteriserer økningen av hjemmesykepleien som sterk fram til 1990 (i forhold til hjemmehjelpen), men med en moderat økning i forhold til antall eldre de siste årene. For hjemmehjelptjenestene er det imidlertid en liten nedgang (Daatland 1994, s. 36).

Kostnadene i eldreomsorgen

Når vi ser på kostnadene i eldreomsorgen, økte de fra mot 1986 (kilde: Daatland, 1994, s. 152) målt i faste kroner. Deretter sank de noe, for så igjen å øke først på 1990-tallet kostnadene i 1992 har aldri vært så høye tidligere. I 1989 var utgiftene til eldreomsorg i 1992-kroner på kr 17 279 000. De økte til kr 19 922 000 i 1992 (Daatland, 1994, s. 152).

Alt i alt er det altså en situasjon preget av utflating av omsorgstjenestene når vi ser på disse på nasjonalt nivå. Dette kan innebære at en fortsatt har markert underdekning av tjenester for mange kommuner lokalt, mens andre kan ha nærmest full dekning av behovet. Ut fra beregningen fra 1969 nevnt ovenfor, var det 70-80 kommuner som hadde "full dekning" av institusjonsplasser i 1993. Dette er lite studert.

3.2 Omsorgsboligene – boligjøringen startet tidligere enn i 1994

Omsorgsboliger må sees i lys av at en ønsker større andeler av de eldre i egne boliger med en forsvarlig og mer rasjonell service. Denne tendensen er ikke av ny dato. Som vi var inne på foran, var det allerede tidlig på 1980-tallet vist en nedgang i alderhjemsdekningen, som etter nærmere vurderinger sannsynligvis er kompensert ved utbygging av serviceboliger. Også ombygging av trygdeboliger til serviceboliger har blitt gjort i en viss utstrekning (Lauvli, 1991. Bull, 1993. Daatland, 1994, s.33). Den løpende statistikken over serviceboliger er imidlertid ikke så god, så dette er vanskelig å dokumentere. Utbyggingen av aldersboliger og trygdeboliger, og eventuelt serviceboliger, har medført økende antall av disse totalt. Det er rimelig å snakke om en

"boliggjøring" ut fra de to motsatte tendensene: færre institusjonsplasser og flere alder- eller trygdeboliger og større vekt på service og fellesskap i de nye boformene.

3.3 Serviceboligene

I dette avsnittet skal vi diskutere hva den offisielle statistikken viser om serviceboliger. Disse er som boligtype omtrent det samme som de nye omsorgsboligene. Etter hvert som det blir bygd omsorgsboliger, vil dette øke bestanden av "serviceboliger".

Statistisk sentralbyrå definerer servicebolig som "kommunale boliger med heldøgns service". Dette er en strengere definisjon enn den som er brukt av andre, hvor en har tatt med "omsorg og hjelp utover det som vanligvis gis til eldre i vanlige boliger og trygdeboliger" (Lauvli 1991). Slik service behøver ikke nødvendigvis være tilgjengelig hele døgnet etter den mildere definisjonen. Det er mulig at en del av disse boligene senere er tatt med i SSBs statistikk over trygde- og aldersboliger, men altså ikke med som serviceboliger etter den strenge definisjonen.

I statistikken fra SSB er det for årene 1991 til 1993 oppgitt en vekst i antall serviceboliger fra 1139 i 1991 til 1598 i 1993. Dette er i og for seg en betydelig vekst på hele 459 boliger på bare to år. Den største økningen er fra 1992 til 1993 med hele 312 boliger (SSB, Ukens statistikk nr. 34/1994). Vi må forutsette at dette er boliger med heldøgns service, og de er tatt med i oversikten over institusjonsplasser totalt i SSBs statistikk.⁵ Lauvli pekte på at skillet mellom institusjon og servicebolig går på grunnlaget for tildeling av service. I institusjonene er servicen lagt opp etter samme arbeidsrutiner for alle, mens i serviceboligene er den lagt opp etter det individuelle behovet. Det som skiller serviceboligene fra vanlige boliger, er at beboerne i serviceboligene har lettere tilgang til service enn andre.

Det er mulig at kommunene har hatt endel vansker med å bestemme hva som faller inn under definisjonen av serviceboliger, og at tallene som er oppgitt for enkelte år derfor ikke er reelle uttrykk for hva som finnes. Siden det nye begrepet omsorgsboliger er innført og konkretisert i mange kommuner fra og med 1994, vil kanskje dette kunne erstatte SSBs begrep servicebolig. Det er mulig dette vil gi endel begrepsforvirring til å begynne med.

Med dette forbeholdet vil vi kort oppsummere hva statistikken fra 1992 og 1993 viser.

Bare 51 kommuner hadde serviceboliger i 1993 etter SSBs definisjon, de fleste mellom 10 og 50 boliger. Ytterligere 17 kommuner sto oppført i statistikken med serviceboliger i 1992, men hadde ingen i 1993. Dersom dette medfører riktighet, har det vært en stor bevegelse i om kommunene har serviceboliger med heldøgns service, eller ikke. Det var nemlig også mange kommuner som ikke hadde serviceboliger i 1992, men fikk det i 1993.

Gjennomsnittlig antall serviceboliger i de 51 kommunene som hadde det i 1993, var bare 31 boliger med minste antall 5 og største 135. De kommunene som hadde minst 50 boliger var bare 10 kommuner. De er alle middels store eller litt større kommuner og har en "omsorgsprofil" som

⁵SSB oppgir ikke tall for årene 1989 og 1990 (US nr. 34/94), og vi har tilgjengelig tall for kommunene bare fra 1992 og 1993.

er svært lik kommuner for deres størrelse, se figur 4.6 på side 38. At de har forholdsvis mange serviceboliger ser ikke ut til å gi dem noen særskilt profil hva angår sammensetningen av omsorgstjenester.

Tabell 3.1

Kommuner med serviceboliger i 1992 og 1993. Kilde: SSB

	Antall	Prosent
Hadde ikke serviceboliger i 1992, eller i 1993	371	84
Hadde serviceboliger i 1992, men ikke i 1993	17	4
Hadde ikke serviceboliger i 1992, hadde i 1993	17	4
Hadde serviceboliger både i 1992 og i 1993	34	8
Sum	439	100

Kan de store endringene i forekomsten av serviceboliger skyldes at det har vært skiftninger i beboerne og om de derfor har heldøgns service eller ikke? Dersom det har flyttet inn beboere som *ikke* har heldøgns service, er det mulig at boligen ikke lenger er oppfattet som servicebolig, men som trygdebolig. Og motsatt kan det tenkes at trygde- eller aldersboliger er blitt forbedret og gjort egnet til å være servicebolig for eldre med behov for heldøgns service.

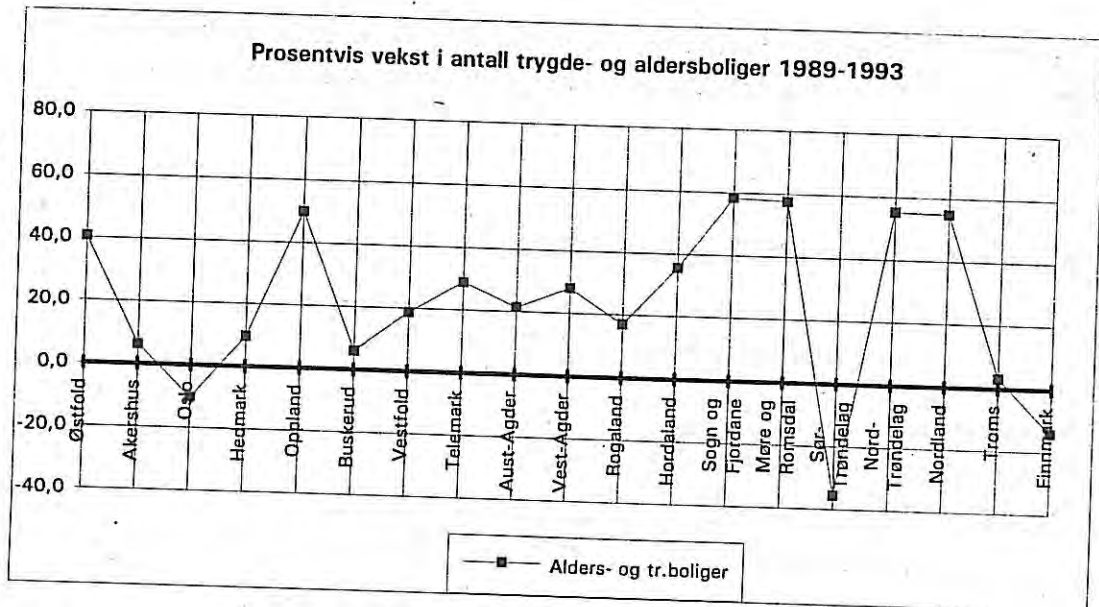
Eller kan endringen skyldes at det råder usikkerhet om hvilke boliger som skal medregnes som serviceboliger slik at det rett og slett er usikre tall i statistikken?

For å få klarlagt hva endringene skyldes, må en nesten ta kontakt med de 17 kommunene som hadde serviceboliger i 1992, men ingen i 1993. Se vedleggstabell v1. Serviceboligene er en viktig del av statistikken over tilbudet i kommunene, og blir viktigere etter hvert som omsorgsboligene blir utbygd. Hvis det er usikkerhet i innsamlingen av denne statistikken, er dette uheldig for å få vite hvilken betydning omsorgsboligene får i eldreomsorgen.

3.4 Trygde- og aldersboligene

Hittil har vi ikke sagt så meget om trygde- og aldersboligene. Mange kommuner bygde slike ganske tidlig, med det er også kommet til endel nye de senere årene. Som sagt foran, har også flere blitt ombygd til serviceboliger og dermed gitt en viss avgang, samtidig som nye har vært bygd (Bull, 1993). Vi kan se en meget sterk økning i et flertall av fylker så sent som i perioden fra 1989 til 1993. Veksten de siste fire årene har vært opptil 50-60 prosent på Vestlandet og i Nord-Trøndelag og Nordland. Oppland og Østfold har også hatt sterk vekst.

Vi er imidlertid i tvil om hvor entydig betydningen er av antallet eller dekningsgraden av trygde- og aldersboligene. Vi har grunn til å tro at de brukes på forskjellige måter i ulike kommuner. For noen kan de være et viktig alternativ i et bredere spektrum av tjenester og tiltak som kommunen kan velge mellom alt etter de behov som skal dekkes. Mens for andre har de kanskje *bare* betydning som en *boform* for eldre som mangler bolig, uten at behovet for service er noe vesentlig element i behovsvurderingen.



Figur 3.2

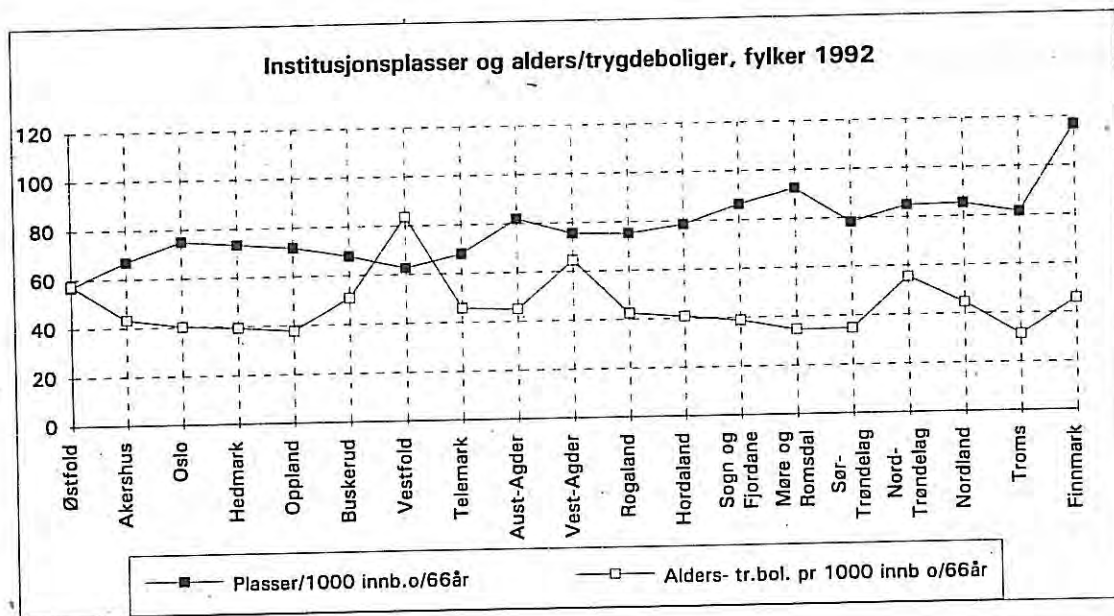
Endring i antall trygde- og aldersboliger fra 1989 til 1993 i prosent av 1989 for fylkene
Kilde SSB.

Til sammen eksisterte det 24 056 trygde- og aldersboliger i 1989, og antallet steg til 26 345 i 1993. Økningen er på 10 prosent, men som vi ser av figuren, er den svært ulikt fordelt. Hvorfor mange kommuner i noen fylker har satset sterkt på slike boliger, slik som i Oppland, mens andre har redusert sitt antall mye, som i Sør-Trøndelag, er påfallende. Er dette et uttrykk for en bevisst eldrepolitikk i retning av sterkere boliggingjøring der hvor de øker? Og motsatt: er det et uttrykk for at en heller vil satse på institusjoner der hvor de minker? Tar noen kommuner mindre ansvar for boligene, som for en del må forutsettes å være gamle og kanskje utrangerte? Vi antar at årsakene neppe er så entydige som spørsmålene antyder, men vil likevel tro at tendensene avspeiler ulike strategier i måten en dekker behovet for eldretjenester.

Vestfold har ikke hatt særlig sterk vekst i det siste, men har likevel i dag en *dekning* og et forholdstall til antall sykehjemsplasser som er den "beste" av alle fylkene, vel å merke ut fra et boliggingjøringssynspunkt. I Vestfold har utbyggingen av boligalternativer pågått lenge, ut fra de erfaringene en har ved kontakt med endel kommuner der (for eksempel Larvik og Sandefjord, ref. Bull, 1994 (pers. medd.)). Se figur 3.

Forholdet mellom plasser og boliger på fylkesplan

Et genrelt inntrykk er at ulike kommuner (her vist for fylkene) benytter trygde- og aldersboligene på forskjellig vis. Noen satser mye på dem, andre mindre.



Figur 3.3

Dekningen av institusjonsplasser og trygde- og aldersboliger i fylkene 1992. Kilde: SSB

Ut fra denne fylkesoversikten vil vi forvente store variasjoner mellom ulike kommuner, og kommuner i ulike deler av landet. Vestfold og Finnmark har motsatte profiler i institusjonsomsorg og trygde- og aldersboliger. Finner vi den samme forskjellen i mengden av hjemmetjenester i de to fylkene?

Finnmark 1992: 825 inst.årsverk, 569 hjemmetj.årsverk. Forholdstall $100 \cdot H/I = 69 \%$
 Vestfold 1992: 1497 inst.årsverk, 1480 hjemmetj.årsverk. Forholdstall $100 \cdot H/I = 99 \%$
 Østfold 1992: 1726 inst.årsverk, 1564 hjemmetj.årsverk. Forholdstall $100 \cdot H/I = 88 \%$

Forholdstallet kan være et mål på boliggyøring. Vi ser at de to fylkene har svært ulike forholdstall med bare 69 % årsverk i hjemmetjenestene i forhold til i institusjoner i Finnmark, og 99 % i Vestfold. Østfold har 88 %. Bildet som disse tre forholdstallene viser, står i forhold til hverandre på samme måte som de tre fylkene fremstår i figur 3. Nå har det vist seg at mange kommuner har økt sin innsats i hjemmetjenester mye på grunn av HVPU-reformen fra 1991. Da ble en stor del av innsatsen i hjemmetjenestene ført over fra fylkene til kommunene. Dermed er det ikke tall for eldreomsorg som vises i 1992 og 1993, men samlet for flere typer omsorg. Dette gjør at vi må ta endel forbehold, i det minste når vi kommer ned på kommunenivå. Vi forfølger derfor ikke dette målet foreløpig.

4. Variasjonsbredden i kommunene i 1993

4.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi vise variasjonen mellom kommunene i tiltakene i eldreomsorgen. Vi vil gjøre dette ved å lage "omsorgsprofiler" for grupper av kommuner eller enkeltksempler. Dimensjonene i profilene tar sikte på å illustrere "boliggjøringen" ved at tjenester i institusjoner og i hjemmetjenestene settes som motpoler, og på samme måten settes institusjonsplasser og trygdeboliger som motpoler.

Bruk av øremerket tilskudd og lån som de til omsorgsboligene er, er et indirekte styringsmiddel overfor kommunene. Effekten av dette må forventes mest direkte å slå ut i mengden av boliger med heldøgns service. Dette tilbudet er allerede forskjellig mellom kommunene, og kan på kort sikt endres mye for den enkelte kommune. Det vil likevel ta tid å endre dette meget i landsmålestokk. Heldøgns service vil måtte kreve større innsats i hjemmetjenestene. Det er samtidig mulig det vil medføre økning av antall trygde- og aldersboliger.

To av de fire variablene vi har trukket ut, viser innsatsen i institusjonsomsorgen, og to viser innsatsen i den hjemmebaserte omsorgen. De er:

- Årsverk totalt i institusjoner pr 1 000 innbyggere minst 67 år.
- Institusjonsplasser pr 1 000 innbyggere minst 67 år.
- Årsverk totalt i hjemmesykepleie og hjemmehjelp pr 1 000 innbyggere minst 67 år.
- Antall trygde- og aldersboliger pr 1 000 innbyggere minst 67 år.

Disse målene er for hver kommune i 1989 og i 1993.

Alle målene er gjort relative i forhold til antallet eldre. Det er først og fremst de eldre, her over 66 år, som gjør bruk av omsorgstjenester. I og med at både antall og andelen eldre varierer mye mellom kommunene, er dette en måte å gjøre tallene sammenlignbare på. Bruken av slike dekningsstall må gjøres med en viss forsiktighet. På langt nær alle over 66 år er brukere av omsorgstjenester. Både mellom kommuner, og over tid, kan aldersfordelingen mellom for eksempel gruppene 67 - 79 år og minst 80 år endres, og med det behovet for omsorgstjenester. (Vi vil se nærmere på denne fordelingen i forskjellige kommuner senere). Dette er altså grove mål, både fordi aldersfordelingen innen gruppen over 66 år ikke er tatt hensyn, men også fordi tjenestene er gruppert i grove kategorier. Den viktigste søkkegruppen er alle institusjoner som er sett under ett. Den generelle utviklingen de senere årene, er en økning i antallet sykehjemsplasser og samtidig nedgang i antallet aldershjemsplasser. Er deknningen av institusjonsplasser er omtrent det samme på to tidspunkter, kan det likevel ha skjedd store bevegelser i fordelingen mellom sykehjemsplasser og plasser i aldershjem.

Videre er det svært få serviceboliger i SSBs statistikk, og disse er inkludert blant institusjonsplassene. Dette er "feil", fordi serviceboligene langt på vei representerer en boliggjort eldreom-

sorg. Men spiller mindre rolle for det å vise de store utviklingstrekkene fordi serviceboligene er så få.

Hensikten er altså å vise kommuneprofiler etter dimensjonen boliggygging. Bruken av tilskudd og lån til omsorgsboliger kan så sees i lys av dette.

Hvorfor akkurat disse fire variablene?

Vi vil ha mål som både er egnet til å vise den totale mengden innsats i eldreomsorgen i hver kommune, og mål som er egnet til å skille mellom det som er institusjonsomsorg, og det som er åpen omsorg. Det totale antallet årsverk for hver av typene omsorg burde være et godt mål. Samtidig er det fysiske antallet plasser i institusjonene et nyttig supplement. Korrelasjonen mellom årsverkene pr 1000 personer minst 67 år i institusjonsomsorgen og tallet på institusjonsplasser er rimelig høy: 0,78. Har en kommune mange årsverk i institusjonsomsorgen, er sannsynligheten stor for at den også har mange institusjonsplasser. Det er likevel en viss spredning i plasser i forhold til årsverkene, så det er nyttig å ha med begge.

Tabell 4.1

Korrelasjon mellom fire mål på eldreomsorgstiltak målt som årsverk eller plasser pr 1000 personer minst 67 år i hver kommune.

	Årsverk institusjoner	Årsverk hjemmetjenester	Institusjonsplasser	Trygde- og aldersboliger
Årsverk institusjoner	1,00	0,21 (0,23)*	0,78	0,07
Årsverk hjemmetjenester		1,00	0,15 (0,14)*	0,15 (0,15)*
Institusjonsplasser			1,00	- 0,02
Trygde- og aldersboliger				1,00

*) Tallene i parentes er beregnet på basis av korrigererte tall for hjemmetjenestene, se kap. 6.3

Som mål på den åpne omsorgen skulle årsverkene i hjemmetjenestene være et dekkende mål. Det er svært liten korrelasjon mellom årsverk i institusjonsomsorg og i hjemmetjenestene, noe som indikerer at de to formene for tjenester viser ulike satsingmåter i kommunene. Noen satser først og fremst på institusjonene, mens andre først og fremst på hjemmetjenestene. Antallet trygde- og aldersboliger (pr 1000 eldre) korrelerer ikke med noen av de andre tre målene. Dette tolker vi som at de er en egen type innsats som kanskje først og fremst er et supplement til de andre tjenestene. Det er i generell forstand en typisk boliginnsetning. Tidligere undersøkelser indikerer at bare en viss andel av de som bor i disse boligene har eller trenger hjemmetjenester. (Nygård og Hansvik, 1986, referert i Hammervold 1988, s. 11). Av de undersøkte beboerne i Nord-Trøndelag som bodde i trygdeboliger, greide 50 prosent seg selv. 20 prosent var "litt hjelpetrengende", 15 prosent "funksjonssvekket", og 15 prosent "omsorgstrengende". Det er altså bare en del av disse beboerne som brukte hjemmetjenester. Hvor representativt dette er for landet, vet vi ikke.

Likevel fins det enkelte kommuner som nesten bare har trygde- og aldersboliger og lite omsorgstjenester ellers. I 1993 fant vi fem kommuner som lå blant den laveste femtedelen av alle kommuner med hensyn til både årsverk i institusjonsomsorgen, og årsverk i hjemmetjenestene. De lå samtidig lavt i dekningsgraden av institusjonsplasser, - alle med det vanlig dekningsmålet som vi bruker. Mens de lå blant den øvre halvparten av kommunene med hensyn til dekningsgraden av trygde- og aldersboliger. Forholdsvis store kommuner som Nesodden, Drammen og Sandefjord var blant disse fem. Både Nesodden og Sandefjord lå "på topp" i dekningsgraden av aldersboliger, nemlig blant den øvre tiendedelene av samtlige kommuner. Kan dette bety at de har sin spesielle form for boligbygging av omsorgstjenestene? Hvorledes arter i tilfelle dette seg? Foreløpig må vi nøye oss med å stille spørsmålet, og så får videre undersøkelser prøve å gi svar.

4.2 Gruppering av kommunene

Noe av problemet er å lage en meningsfull gruppering av kommunene som skiller dem ut i forskjellige grupper, som vi så kan ha som bakgrunn for å vurdere betydningen av nye omsorgsboliger etter. Vi har sett at kommunene varierer etter størrelse særlig i mengden institusjonstjenester, og at spredningstallene er svært store for hjemmetjenestene og for mengden trygde- og aldersboliger (vedleggstabell v1 og v2). En enkel gruppering av kommunene må være å skille ut de som har hovedvekten på institusjonssiden mot de som har den på hjemmetjenestene. Ut fra den lave samvariasjonen mellom dekningsgraden av trygde- og aldersboliger og de andre målene, vil vi ved en slik gruppering holde denne utenom. Videre henger antallet plasser i institusjoner og årsverkene i dem naturlig nok sammen, slik at det kan være tilstrekkelig å gruppere kommunene etter dekningsgraden av årsverk i institusjonsomsorgen og i hjemmetjenestene.

Alle kommunene er delt inn i 10 like store grupper etter skilleverdiene (percentilene) i dekningsgradtall. Dette gjør at vi har en sammenlignbar skala enten det dreier seg om årsverk i hjemmetjenestene eller plasser i institusjoner. Kommunene sammenlignes etter hvor de ligger langs dette standardiserte spredningsmålet. En ulempe med skalaen er at den ikke alltid er godt anvendbar for sammenligninger over tid. Alle kommunene kan ha beveget seg i samme retning uten å forandre skalaverdi, selv om dette er lite trolig i praksis.

Vi har gruppert kommunene etter dekningen av de to hovedtyper av årsverk i en matrise med ti ganger ti celler. Langs den ene dimensjonen har vi årsverk i institusjoner pr 1 000 personer over 66 år, og langs den andre tilsvarende i hjemmetjenestene.

Årsverk i institusjoner (pr 67+ år) →
 Årsverk i hjemmetjenestene (pr 67+ år)
 ↓

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Lav Lav							Lav Høy	
3		8%					9%		
4									
5									
6									
7									
8		8%					12%		
9	Høy Lav							Høy Høy	
10									

Figur 4.1
 Ekstrem-grupper av kommuner i 1993 med hensyn til årsverk i institusjonsomsorg og hjemmetjenester.

Med en slik inndeling får vi fire ekstreme grupper:

Tabell 4.2
 Kommuner gruppert i fire ekstremgrupper med hensyn til dekning av årsverk i institusjons- og hjemmetjenester i 1993, samt øvrige kommuner. Kilde: SSB

1. Høy/Høy: Høyeste 3/10-deler av kommunene både i hjemme- og institusjonstjenestene.....	12%	Kommuner: 51
2. Høy/Lav: Høyeste 3/10-deler av kommunene i hjemme- og laveste 3/10-deler i institusjonstjenestene.....	8%	36
3. Lav/Høy: Laveste 3/10-deler av kommunene i hjemme- og høyeste 3/10-deler i institusjonstjenestene.....	9%	38
4. Lav/Lav: Laveste 3/10-deler av kommunene i begge tjenestene.....	8%	37
5. Andre kommuner.....	63%	277

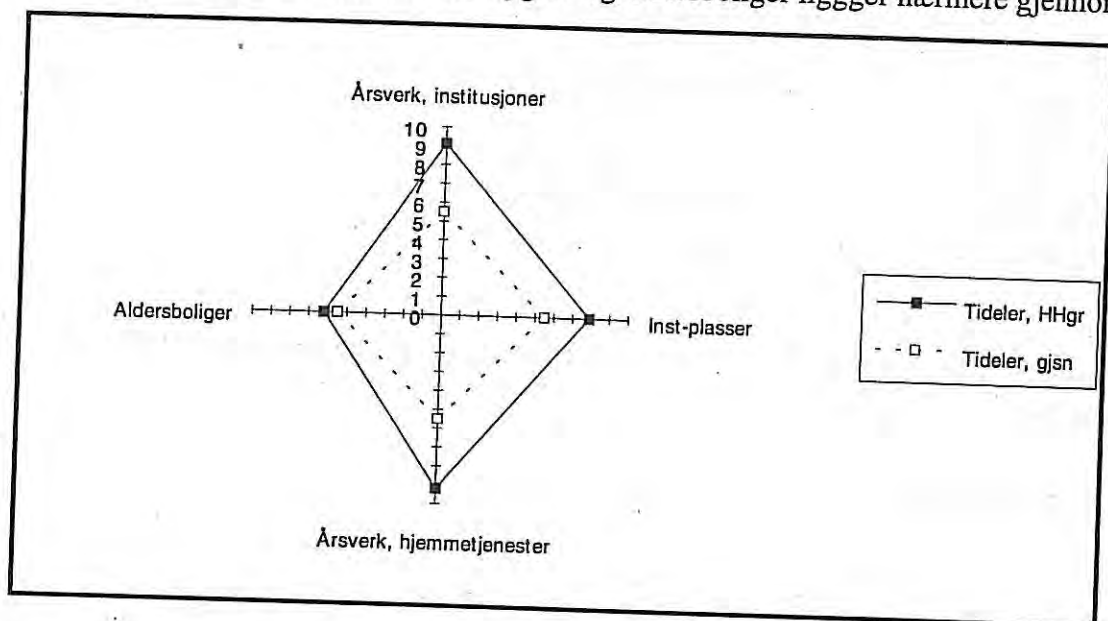
Forventningen vil være at vel en tredjedel av kommunene vil falle i yttergruppene i og med at hver dimensjon består i en ti-deling av kommunene langs dimensjonen. I alt inneholder matrisen 100 celler, og 36 av disse danner tilsammen de fire yttergruppene. Det viser seg at 37 prosent av

kommunene faller innenfor en av de fire yttergruppene. Gruppe 1 er flest med 51 kommuner som har mye av begge begge tjenesteformer, mens gruppe 4 er motstykket med lite av begge typer. Gruppe 2 er "typiske hjemmetjeneste-kommuner", mens gruppe 3 er "typiske institusjonskommuner".

Profiler

Ved at verdiene er omdannet til percentiler, er det mulig å sammenligne skalene mot hverandre. Men dette innebærer ikke at samme skalaverdi sidestiller to forskjellige typer tjenester. Det betyr bare at verdiene befinner seg på samme sted innen spredningen.

De kommunene som hadde de høyeste verdiene (de 30 prosent høyeste eller høyeste 3/10-deler) både av årsverk i hjemmetjenester og institusjonsårsverk, hadde en profil på disse og med hensyn til trygde- og aldersboliger og institusjonsplasser som figur 4.2 viser. Gjennomsnittet for alle kommunene danner den innerste firkanten, og gjennomsnittet for denne gruppen Høy/Høy den ytterste. Gruppen har naturligvis høye verdier på årsverkene, og også ganske høye verdier på institusjonsplasser. Mens verdiene for trygde- og aldersboliger ligger nærmere gjennomsnittet.



Figur 4.2

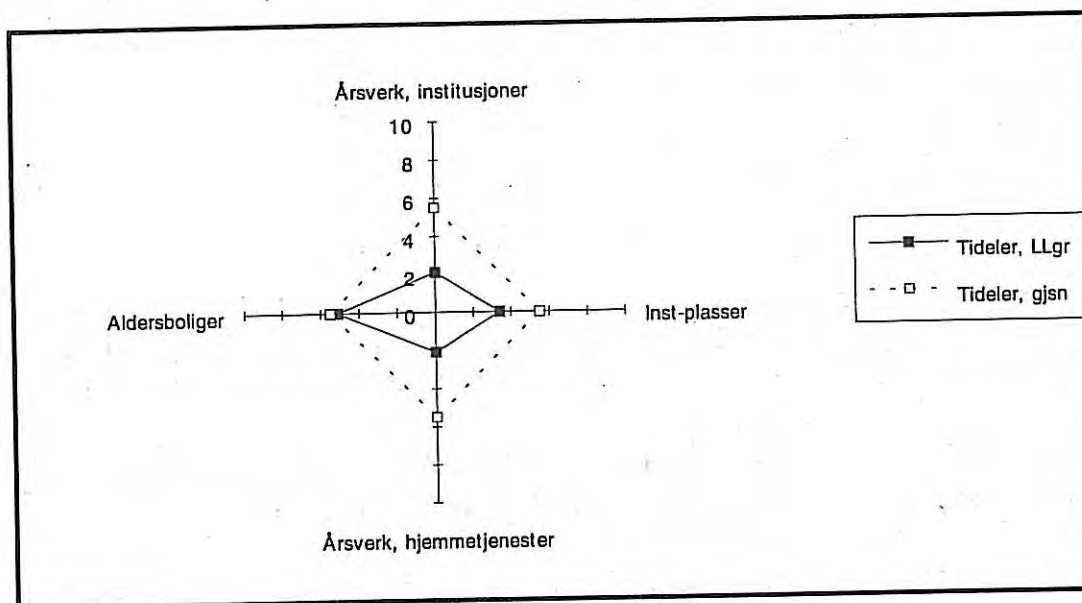
Profil av omsorgstiltak for kommunegruppe med høy 3/10-del av årsverk i hjemmetjenester og samtidig høy 3/10-del av institusjonsårsverk.

Alle mål er dekning pr 1 000 personer minst 67 år, for 1993. Verdiene er inndelt i percentiler, eller 10-deler ved at grensene for hver gruppe er laget ved 10-deling av alle kommunene.

Den loddrette aksen viser plasseringen med hensyn til årsverk i hjemmetjenestene og årsverk i institusjonene. Disse to verdiene er høye fordi de er valgt høye for defineringen av denne gruppen. Den vannrette aksen viser plassering med hensyn til trygde- og aldersboliger og institusjonsplasser. Tankegangen med en slik plassering av aksene har vært å illustrere graden av "boliggjøring" av tjenestene. Jo høyere plassering på akse hjemmetjenester og aldersboliger, jo mer vekt har kommunene på de åpne omsorgen. Dette er imidlertid en idealforestilling, fordi dekningen av trygde- og aldersboliger ikke viser særlig stor samstemmighet med dekningen av årsverk i hjemmetjenestene. Men profilen gir likevel et inntrykk av tendensen. Gruppen Høy/Høy har mye av

begge hovedindikatorer, og mange institusjonsplasser, men nærmest middels med trygde- og aldersboliger.

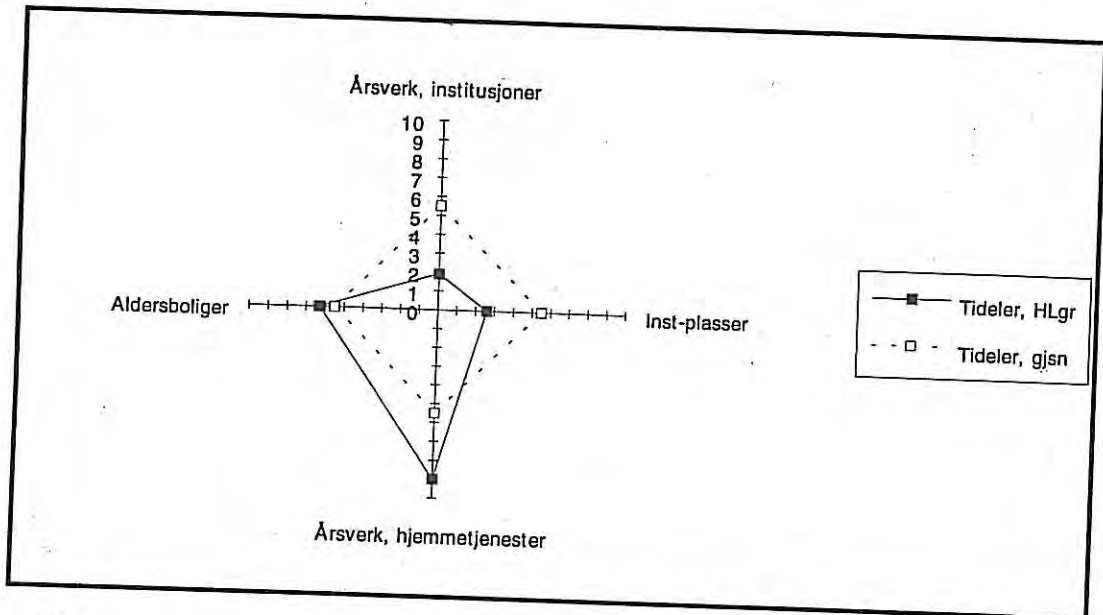
Mens figur 4.2 viser de 51 kommunene med høye verdier, er den neste, figur 4.3, de med lave verdier på begge typer årsverk. I denne er alle verdiene under gjennomsnittet og kryper ned mot null, bortsett fra at trygde- og aldersboligene har verdier nært gjennomsnittet.



Figur 4.3

Profil av omsorgstiltak for kommunegruppe med lav 3/10-del av årsverk i hjemmetjenester og samtidig lav 3/10-deler av institusjonsårsverk.

Alle mål er dekning pr 1 000 personer minst 67 år, for 1993. Verdiene er inndelt i percentiler, eller 10-deler. Grensene for hver gruppe er laget ved 10-deling av alle kommunene.

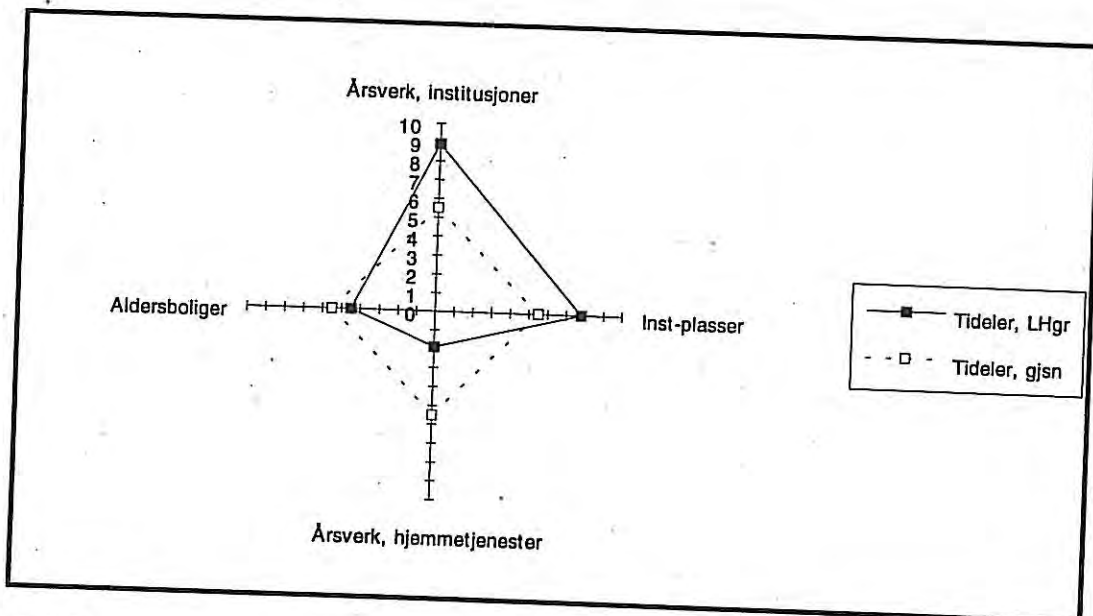


Figur 4.4

Profil av omsorgstiltak for kommunegruppe med høy 3/10-del av årsverk i hjemmetjenester og samtidig lav 3/10-deler av institusjonsårsverk. Forklaring: se fig. 4.3

Kommunene som har høy dekning av hjemmetjenester, og lav på institusjonstjenester, har også noe høyere enn gjennomsnittet av trygde- og aldersboliger. De har som naturlig er, lav dekning av institusjonsplasser.

I den neste figuren viser vi "institusjonskommunene" i betydningen de som ligger høyt i årsverk på institusjonsomsorg, men lavt i årsverk i hjemmetjenester.



Figur 4.5

Profil av omsorgstiltak for kommunegruppe med lav 3/10-del av årsverk i hjemmetjenester og samtidig høy 3/10-deler av institusjonsårsverk.

Forklaring: se fig. 4.3

De 38 kommunene i denne figuren har høyere plassering på akse for plasser i institusjoner, som jo henger sammen med at de er valgt ut som de med høyest dekning av årsverk i institusjoner. Etter definisjonen skal de også ligge særlig lavt i årsverk i hjemmetjenestene. Det gjør de, men de har likevel ikke så lav plassering med hensyn til trygde- og aldersboliger, bare litt under den 5. percentilgruppen.

Hvorledes fordeler så kommunene seg etter størrelse, kommuneinntekter, og regioner, som er de øvrige kriteriene vi undersøker kommunene etter?

4.3 Profiler etter kommunestørrelse

Det har lenge vært kjent at omsorgstjenestene varierer systematisk etter kommunestørrelse. I en omfattende studie av forskjellige sider ved helsetjenestene i Norge for årene 1985/86 ble det vist til at kommunestørrelsen var den faktoren som mest entydig slo ut med høyere grad av hjemmesykepleie og hjemmehjelp, og også institusjonsplasser. Men de største kommunene hadde høyere dekning av trygde- og aldersboliger (Hammervold, 1988). En forklaring som var trukket fram, var at institusjonsplasser i små kommuner ga et viktig bidrag til kvinnelige arbeidsplasser. Dessuten kan lengre avstander føre til at alternative tilbud er vanskeligere tilgjengelig.

Også i Statistisk Sentralbyrås gjennomgang av kommunene for 1989, viser det seg at de små kommunene hadde klart flere institusjonsplasser pr 1000 innbyggere over 66 år, og klart flest brukere av både hjemmesykepleie og hjemmehjelp (Holmøy, 1993). Dekningen av trygde- og aldersboliger var imidlertid høyere i de større kommunene, med andre ord et bilde fra 1989 som bekreftet det bildet Hammervold ga fra 1985/86.

Vi skal derfor gi et bilde av fordelingen etter kommunestørrelse for 1993, og se om bildet fortsatt er det samme.

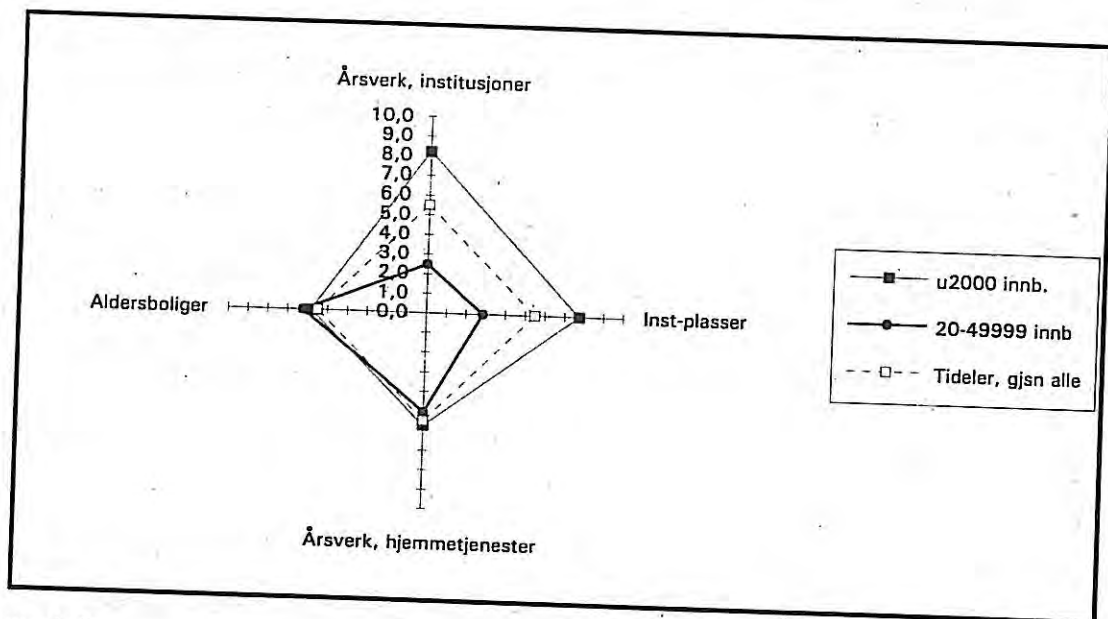
Tabell 4.3

"Kommuneprofiler", percentil-gjennomsnitt for grupper av kommuner etter innbyggertall. 1993

Kommune- størrelse: Innbyggertal l pr 31.12.93	Årsverk institusjons- tjenester pr 1000 67+år 1993	Antall insti- tusjons- plasser pr 1000 67+år 1993	Årsverk hjemme- tjenester pr 1000 67+år 1993	Trygde- og alders- boliger pr 1000 67+år 1993	Antall kommuner
u/ 2000	8,2	7,8	5,7	5,8	91
2-4999	5,7	5,8	5,5	5,2	155
5-9999	4,6	5,1	5,7	5,5	93
10-19999	4,1	3,7	5,2	5,7	61
20-49999	2,5	2,9	5,1	6,2	31
50-99999	3,8	3,0	5,0	4,8	4
100000+	4,3	4,5	4,5	3,5	4

De to kommunegruppene som skiller seg mest ut, er de minste kommunene, og de nest største, dvs. de som har innbyggertall på mellom 20 000 og 50 000 innbyggere. Disse er skravert i tabellen og vist i figur 4.6. Også de med 50 000 til 100 000 innbyggere har nær den samme fordeling som gruppen under.

Variasjonene er små når det gjelder årsverk i hjemmetjenestene og antall trygde- og aldersboliger, men store i institusjonsdekningen målt både i antall plasser og årsverk. Bildet ligner naturlig nok på det som Holmøy viste for 1989 når det gjelder institusjonsplassene med flest i de minste kommunene og færrest i de større. Men bruken av hjemmetjenester har endret seg siden da. I 1989 var bildet at de små kommunene hadde flest brukere også her, mens bildet av årsverkene viser liten forskjell etter kommunestørrelse. Årsaken kan være at statistikkgrunlaget er endret i og med at hjemmetjenestene fra HVPU er ført over fra fylkene til kommunene fra og med 1991 (Daatland, 1994). Dette kan ha slått ut en jevnere fordeling. Vi kommer tilbake til forskjellene mellom 1989 og 1993 i neste kapitel.



Figur 4.6

Omsorgstiltak i kommunene i 1993. Alle kommuner, samt de minste og en gruppe av de større. Forklaring: se fig. 4.3

I figuren har vi bare tatt med de to størrelsesgruppene som avviker mest i profilen fra gjennomsnittet. De små kommunene ligger høyt i institusjonstiltak, mens de større ligger lavt.

Tabell 4.4

Kommunene inndelt etter institusjons- eller hjemmetjeneste-tyngde og etter innbyggertall. 1993

Kommune- størrelse: Innbyggertall pr 31.12.93	HØY/HØY %	HØY hjemtj LAV insttj %	LAV hjemtj HØY insttj %	LAV/LAV %	Ingen av delene %	Sum prosent %	Antall kommuner
u/ 2000	25	3	23	-	48	99	91
2-4999	14	5	7	8	66	100	155
5-9999	7	15	4	8	67	101	93
10-19999	2	12	3	16	67	100	61
20-49999	-	16	-	19	65	100	31
50-99999	-	-	-	25	75	100	4
100000+	-	-	-	-	100	100	4
Alle	12	8	9	8	63	100	439

Halvparten av de små kommunene under 2000 innbyggere havner i en av ekstremgruppene, og da enten i de som ligger høyt i begge typer tjenester, eller er "typiske institusjonskommuner".

De aller største kommunene med minst 50 000 innbyggere er ikke (bortsett fra en kommune) i noen av yttergruppene. Men de nest største kommunene finnes relativt ofte enten i gruppen som har lite av alt, eller blant de mer "typiske hjemmetjenstekommuner".⁶

Denne gjennomgangen viser at selv om de fleste kommunene er svært spredt i sin innsats og ikke havner i noen gruppen med "ekstrem" profil, lar et mindretall seg grupper i fire hovedtyper med forskjellig profil. Det er de små kommunene og de med høyest inntekter som viser tendenser til å skille seg ut i ekstremgruppene. Blant de middels og større kommunene finner vi høyere andeler av kommuner med lav innsats både i hjemmetjenestene og i institusjonstjenestene.

En forklaring på at småkommunene kommer best ut, kan være at en stor andel av dem har forholdsvis stor inntekter. Vi skilte ut foran de kommunene som hadde samlede inntekter på minst kr 40 000 i 1991. Av disse var hele 30 blant de kommunene som hadde mindre enn 2 000 innbyggere. Tilsammen var det 91 kommuner av denne størrelsen i 1993, så prosenten med store inntekter er altså hele 33 %. Vi mener derfor at det først og fremst er kommunenes økonomiske situasjon som er årsaken til at små kommuner kommer så høyt ut i endel av de dyreste omsorgstjenestene, og ikke først og fremst deres størrelse. Det finnes ingen blant de små kommunene som i 1991 hadde samlede driftsinntekter på under kr 19 000, som er den grensen vi i neste avsnitt har satt for "fattige" kommuner.⁷

⁶I og med at så mange som 63 prosent har havnet utenfor denne grupperingen, har vi også forsøkt en mindre skarp inndeling. Den har bestått i å dele *alle* kommunene i fire grupper ved å skille dem på midten i begge fordelingsdimensjonene. Foreløpig har en slik inndeling av *alle* kommunene ikke gitt større klarhet i fordelingene.

⁷Vi har i første omgang ikke hatt tilgang til inntektsdata på samtlige kommuner, slik at vi ikke har kunne nyansere denne framstillingen mer, bare data om de som ligger høyest og lavest.

4.4 Kommuneprofiler, "rike" og "fattige" kommuner

Utgiftene pr bruker i hjemmetjenestene i 1992 var nær 28 000 (Daatland, 1994, s.143). Dette er nasjonale gjennomsnittstall, og også i dette må en vente en viss spredning. Men spredningen i kommunenes utgifter vil i høy grad måtte være avhengig av hvilken type omsorg de har mest av, institusjonsomsorg eller åpen omsorg.

Trondheim kommune har i 1994 utarbeidet en oversikt over netto utgifter for kommunen, (og for beboerne), pr omsorgsplass enten i institusjon eller i en omsorgsbolig. En viktig konklusjon fra denne utredningen er at institusjonsomsorg er klart dyrest for personer med middels omsorgsbehov, og på over kr 300 000 pr plass pr år. Kommunens utgifter for middels omsorgstrengende i omsorgsbolig ble beregnet til kr 120 000 til kr 140 000, altså under halvparten. Kommunens utgifter for pleie i omsorgsbolig for *sterkt omsorgstrengende* nærmet seg imidlertid tallet for pleie i institusjon og ble kr 266 000 til kr 317 000 alt etter personens inntekt. (Trondheim kommune, 1994). Tallene varierer altså sterkt etter hvor omsorgstrengende personer det er forutsatt som bor på ulike måter, og også etter hvilken inntekt personene er forutsatt å ha. Det som koster mest, er utgiftene til pleie eller selve omsorgstjenesten for de som er sterkt omsorgstrengende. På institusjon er dette satt til kr 270 000, og i omsorgsbolig på nær det samme: kr 256 00 for sterkt omsorgstrengende. For de med middels behov, var dette tallet satt til kr. 80 000. Dermed oppstår de store forskjellene mellom de med middels og sterkt behov.

Imidlertid regner vi med at det er forholdsvis sjelden at sterkt omsorgstrengende blir pleiet i omsorgsbolig og ikke på institusjon. Som støtte for denne antagelsen viser vi til at årsverkene i serviceboliger utgjør bare en mindre andel av de totale årsverkene i ulike institusjoner.⁸

Alt i alt er den tunge pleien atskillig dyrere enn de mer utbredte og vanlige hjemmetjenestene. Dette forventer vi gir seg utslag i at kommunene med de høyeste inntektene i høyere grad baserer seg på institusjonstjenester. Men det er selvsagt mulig at de samtidig er godt forsynt med hjemmetjenester.

Vi har i de første analysene gjort en grov tredeling av kommunene etter om de hadde store, små eller middels totale inntekter. I første omgang har vi sett på ekstremgruppene og bare inkludert et fåtall kommuner i hvem vi kaller "fattige" og "rike". (Senere vil vi nyansere denne analysen ved å gruppere flere av kommunene i kategoriene etter totale inntekter, og eventuelt skille mellom inntekter fra rammeoverføringer og skatteinntekter.)

De kommunene som har høyest inntekter, minst kr 40 000 i totale inntekter, havner oftest blant de med størst dekning av begge tjenestetypene. Alternativt faller de "rike" i gruppen med høy dekning av institusjonstiltak, men lav på hjemmetjenestene. Fire av ti "rike" kommuner har havnet i den store sekkegruppen av "andre".

Kommunene med under kr 19 000 i totale inntekter har bare en svak tilbøyelighet til å ligge i den lave ekstremgruppen i begge tjenestetypene, de fleste er i sekkegruppen.

⁸ Se Ukens Statistikk nr 34/1994, SSB. Serviceboliger er kategorisert som en type institusjon i statistikken fra SSB.

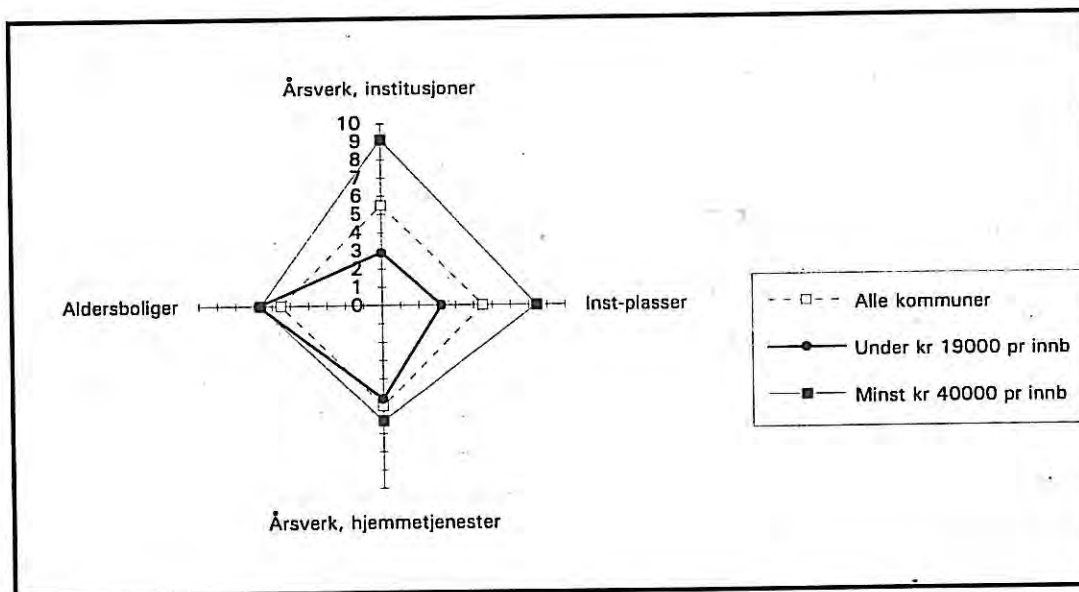
Tabell 4.5

Kommunene i 1993 prosentfordelt etter institusjons- eller hjemmetjeneste-tyngde, inndelt etter totale inntekter pr innbygger (i 1991).

Kommune- inntekt i 1991	HØY/HØY	HØY hjemtj LAV instjtj	LAV hjemtj HØY instjtj	LAV/LAV	Ingen av delene	Sum prosent	Antall kommuner
Under 19999 kr	3	7	-	17	72	99	29
20 000-39 999 kr	9	9	9	9	65	100	375
Minst 40 000 kr	43	-	17	-	40	100	35
Alle	12	8	9	8	63	100	439

Utgiftene pr plass pr år i institusjon kostet i 1992 omkring kr 300 000 gjennomsnittlig. Sykehjemmene er noe dyrere, aldershjemmene ned mot vel kr 200 000. Hjemmetjenestene koster langt mindre pr bruker slik at flere kan betjenes for samme kostnad. Hva kommunene prioriterer av innsats enten i institusjonsomsorgen eller i hjemmetjenester vil kunne være avhengig av de midler kommunene har til rådighet.

I de to neste figurene (fig. 4.7 og 4.8) har vi vist profilene til de 29 fattigste kommunene og de 35 rikeste. Alle tallene som profilene er laget etter, er dekningstall, dvs. antall årsverk eller plasser eller boliger pr 1000 personer minst 67 år. Kommunene er delt inn i 10 grupper med like mange i hver gruppe for hvert av kriteriene (percentiler). På den måten blir tallene direkte sammelignbare eller standardiserte. Men vi får ikke med den direkte informasjonen om størrelsen på årsverkene, eller antallet av institusjonsplasser eller trygdeboliger. (Da må vi "slå opp" i vedleggstabell v5.)



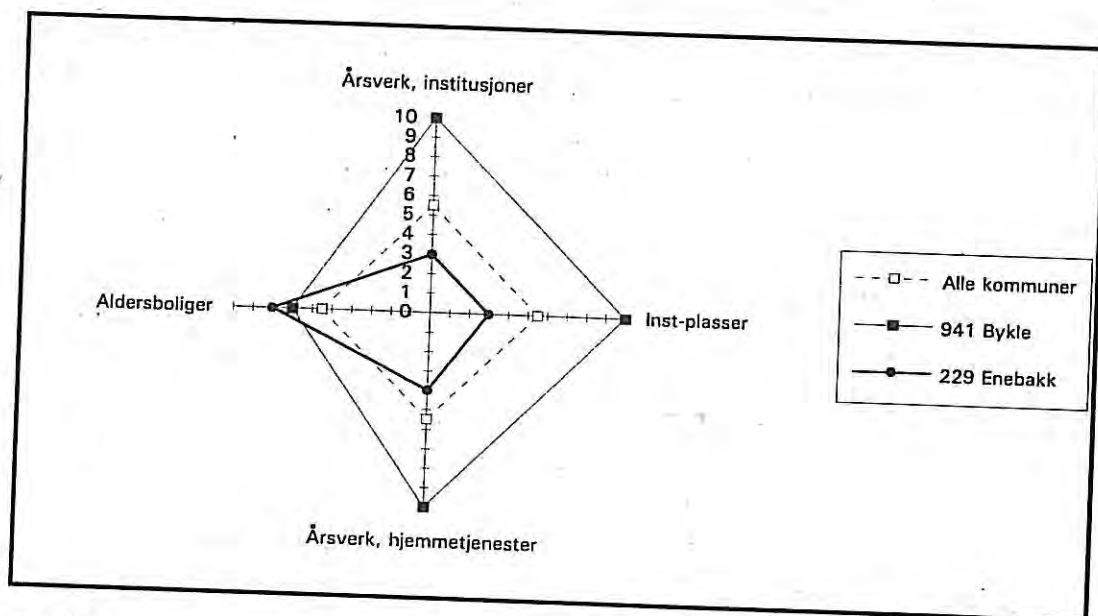
Figur 4.7

Omsorgstiltak i kommunene i 1993. Alle kommuner, samt 34 med minst kr 40 000 og 29 med under kr 19 000 i samlet inntekt pr innbygger i 1991. Forklaring: se fig. 4.3

Gjennomsnittet for alle 439 kommunene er omtrent 5,5 for alle fire kriteriene. Det vil si at gjennomsnittet i fordelingen ligger midt mellom 5. og 6. percentil på hvert kriterium. De 34 kommunene med minst kr 40 000 i samlet driftsinntekt pr innbygger hører med blant den øvre 10.-delen med hensyn til institusjonsårsverk (pr 1 000 67 år og mer), og den nest øverste gruppen (9. percentilen) med hensyn til institusjonsplasser, og i den 7. gruppen med hensyn til årsverk i de hjemmebaserte tjenestene og antall trygde- og aldersboliger. Kort sagt: de "rike" kommunene satser høyt på institusjoner, og noe mer enn gjennomsnittet på hjemmetjenestene og boligene.

Dette er i motsetning til de "fattige", som ligger lavt i institusjonsomsorgen, men nær gjennomsnittet i hjemmetjenestene, og noe høyere enn gjennomsnittet med boliger. (Dersom vi går ned til de med samlet inntekt under kr 18 000, blir bildet noe mer markert med lavere tall for innsatsen særlig på institusjonstjenestene.)

Den aller "rikeste" kommunen i landet er Bykle. Samlede driftsinntekter for denne kommunen med et folketall på 794 innbyggere (31.12.93), herav 105 minst 67 år og 40 av disse over 79 år, var i 1992 fem ganger gjennomsnittet for alle kommunene. Ingen andre kommuner i landet nådde så høyt som fire ganger gjennomsnittet. Kommuneprofilen for Bykle viser maksimale tall for årsverk både i institusjon og i hjemmetjenester, men bare på den 6. percentilen i trygde- og aldersboliger. Ikke bare er tallene høye på de tre førstnevnte, men de dobbelt så høye som grenseverdien for å komme med blant den gruppen som utgjør den beste tiendedelen av alle kommunene. Bykle har råd til å satse både på institusjoner og hjemmetjenester, og gjør det maksimalt.



Figur 4.8

Omsorgstiltak i kommunene i 1993. Alle kommuner, samt Bykle og Enebakk.

Forklaring: se fig. 4.3

Enebakk er kommunen med de laveste inntektene pr innbygger i 1992 og viser den motsatte profil av Bykle: lav innsats på institusjonstjenestene, litt mer på hjemmetjenestene, men over gjennomsnittet med dekningen av trygde- og aldersboliger. Er trygde- og aldersboligene til en viss grad "fattige kommuners eldreomsorg"? I gjennomsnittet for alle de 29 kommunene med

under 19 000 kr i inntekt pr innbygger var verdien for trygde- og aldersboliger godt over gjennomsnittet for alle kommunene, og i Enebakk litt mer enn dette.

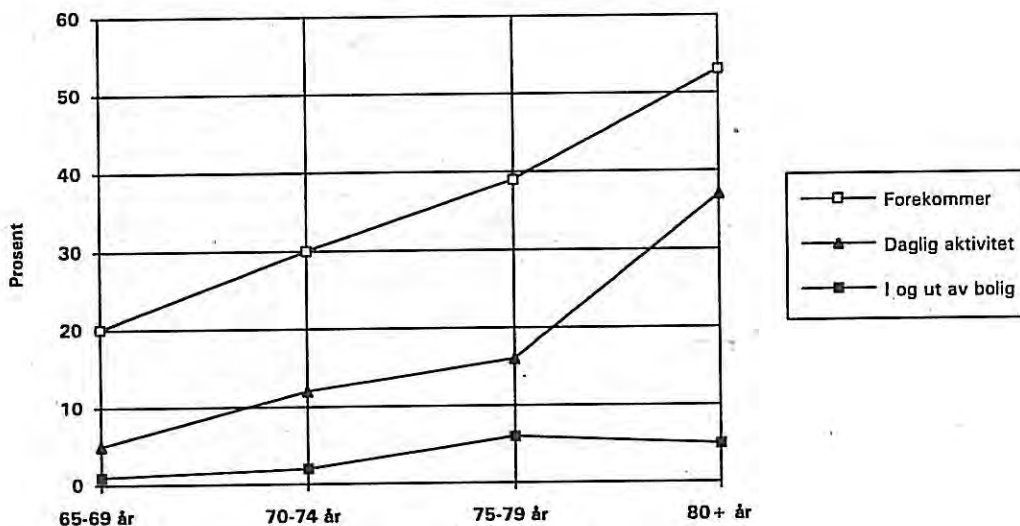
Sammenfatning

De kommunene som ligger høyest i inntekt pr innbygger, har ofte både en stor innsats i institusjonstjenestene og samtidig i hjemmetjenestene. Men de finnes ikke i gruppen med mye hjemmetjenester og lav på institusjonstjenester. Noen av dem er imidlertid i gruppen med lav dekning i hjemmetjenestene, men likevel høy på institusjonstjenestene. Det typiske for de "rike" er imidlertid at de satser på begge typer tjenester.

4.5 Hjelpebehov og aldersfordelingen av de eldre

I det følgende skal vi gå inn på forholdet mellom de eldste og de noe yngre av de som er over 66 år. De eldste har langt oftere nedsettelse av funksjonsevnen og følgelig et større behov for omsorg enn de yngre. Aldersfordelingen er langt fra den samme i kommunene, og vi skal her gi et bilde av hvor mye den varierer.

Men først viser vi et bilde av økningen av hjelpebehovet med stigende alder (fra Levekårsundersøkelsen 1991). Ved selvrapporing er målt ulike grader av hjelpebehov og ulike former for bevegelseshemminger. Blant de som har størst konsekvenser er sannsynligvis vansker med å komme seg ut av eller bevege seg i boligen, og det å greie dagligvareinnkjøp og rengjøring av boligen. Se figuren.



Figur 4.9

Prosentandel eldre hjemmeboende personer som har funksjonsvansker⁹ etter type vansker og alder. Kilde: Levekårsundersøkelsen 1991

⁹ Har du på grunn av varige helseproblemer eller funksjonshemming:

- vansker med å bevege deg rundt i eller bruke boligen?
- vansker med å bevege deg ut av boligen på egen hånd?

Svaralternativene er "Ja, svært vanskelig", "Ja, noe vanskelig" og "Nei". Bare de som i forveien hadde rapportert noen sykdom, skade eller lidelse ble spurt om dette. De som har svart "Ja, svært vanskelig" på begge spørsmål regner vi med er sterkt hemmet i sin bevegelse i boligen. I figuren er disse kalt "I og ut av bolig".

Figur 4.9 viser at mange av personene har funksjonsvansker, fra 20 til over 50 prosent når også de letteste nedsettelsene tas med. Vanskene forekommer sjeldnest blant de yngre og oftest blant de eldste.

Kurven som viser de som både har store vansker med å bevege seg i boligen og ut av den, ligger sannsynligvis nært grensen for de som ikke kan greie seg sjøl uten betydelig hjelp, dvs at sannsynligheten er stor for at de har flyttet på institusjon. Derfor er det færre av denne kategorien i den eldste aldersgruppen på minst 80 år. De bor i høyere grad enn andre på institusjon og kommer derfor ikke med i denne undersøkelsen som bare dreier seg om personer i privathusholdninger.

I 1992 var 32 000 personer minst 80 år, 10 000 personer 67 – 79 år og knapt 2 000 under 67 år i institusjon (se vedleggstabell v3). I tillegg var det etter figuren omtrent 8 000 minst 80 år og omkring 10 000 i alderen 67 – 79 år hjemmeboende som sier det er svært vanskelig å bevege seg både i og ut av boligen.

Samlet gir disse beregningene 60 900 personer over 66 år med tyngre behov i 1992, og 61 700 i 1993. Om disse hjelpes best i eller utenfor institusjon, kan være vanskelig å si. Men disse tallene gir oss et grunnlag for et anslag på hvor mange med stort hjelpebehov det er i de to aldersgruppene av de eldste. For gruppen 67 -79 år blir prosentanslaget 4,5 prosent. For gruppen minst 80 år, blir andelen 24 prosent. Dette kan brukes som et anslag på brukerbehovet av de med forholdsvis stort behov.

Tabell 4.6

Anslag på andel med forholdsvis tungt hjelpebehov i 1992 og 1993 av aldersgruppene 67–79 år og minst 80 år. Kilder: SSB, Daatland 1994 og Levekårsundersøkelsen 1991

	1992	1993	1992	1993
	67-79 år	67-79 år	80+ år	80+ år
I institusjon	10.268	10.648	32.164	32.567
Hjemmeboende (anslag)	10.000 (2,3%)	10.000 (2,3%)	8.366 (5%)	8.483 (5%)
Totalbefolkning 1992	452.457	451.064	167.322	169.655
Andel med tyngre hjelpebehov	4,5%	4,5%	24%	24%

I senere vurderinger av betydningen av ny omsorgsboliger i kommunene vil vi kunne ha bruk for disse anslagene som et uttrykk for behov i den enkelte kommune.

(Fotnote 9, forts.) To andre spørsmål lyder som følgende:

Kan du uten hjelp av andre klare følgende gjøremål?

- Dagligvareinnkjøp?

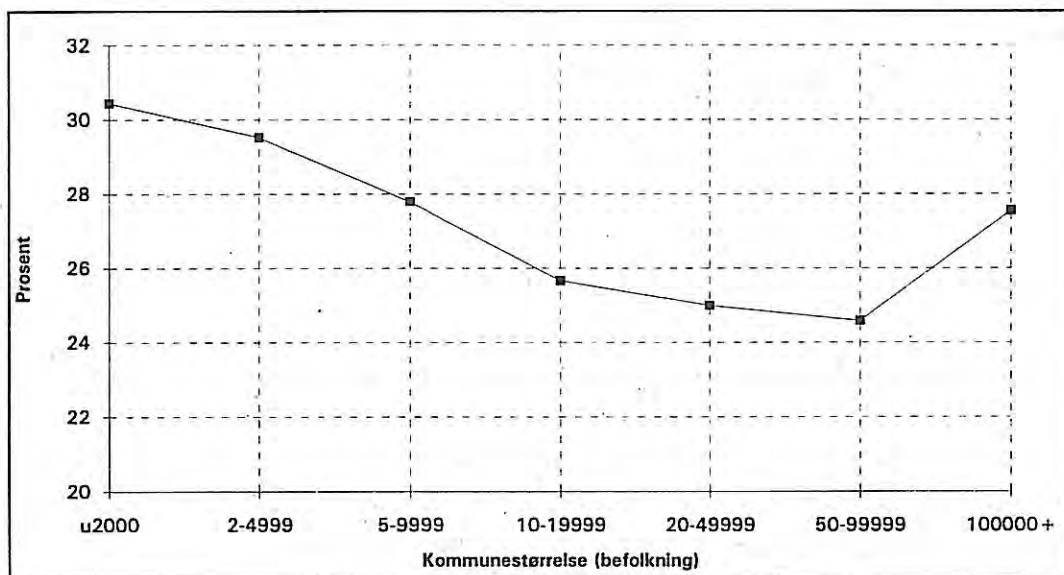
- Vask og rengjøring av boligen/leiligheten?

Svaralternativene er Ja og Nei. De som ikke uten hjelp hverken kan klare dagligvareinnkjøp eller rengjøring av boligen har vi tatt med i en mellomkategori av personer med bevegelsesvansker. I figuren er disse kalt "Daglig aktivitet".

Til sist har vi laget en katgeori som består av alle som har vansker av ett eller annet slag ut fra de fire spørsmålelementene ovenfor. Også de som har svart "Ja, noe vanskelig" på det første spørsmålet er tatt med. Denne kategorien får med alle med noen vansker, også de med lettere bevegelsesvansker. I figuren har de betegnelsen "Forekommer".

4.6 Kommuner med ulik aldersfordelingen av eldre

Andelen 80 år og over av eldre over 66 år varierer mellom 16 prosent og 44 prosent i kommunene. Som en kunne vente er det de minste kommunene, og tre av de fire største byene som har de største andelene av de eldste.¹⁰ Figur x viser sammenhengen mellom kommunestørrelse og andelen minst 80 år av de eldre.



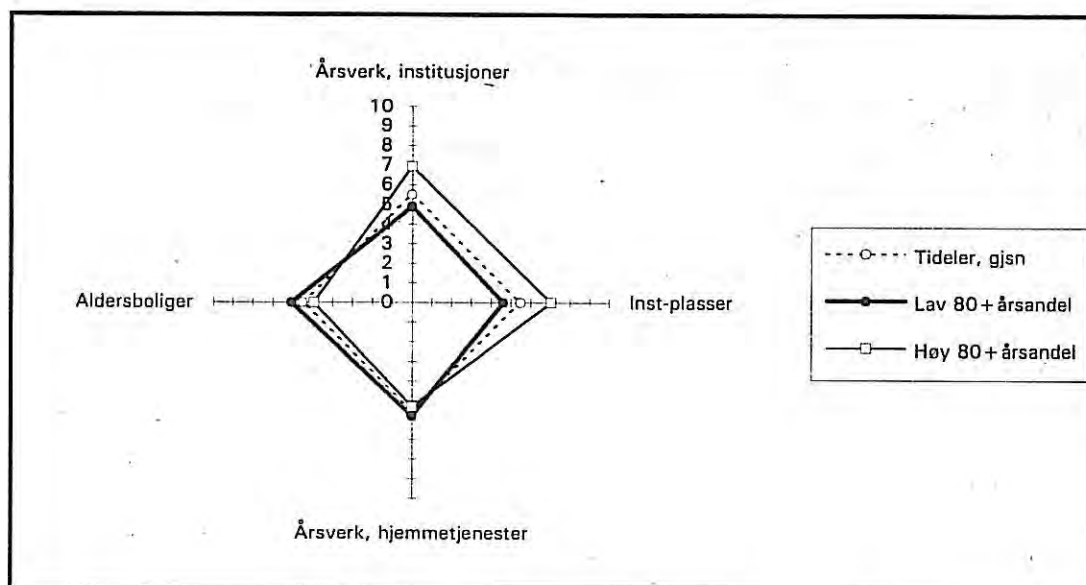
Figur 4.10

Andel minst 80 av av alle over 66 år i kommunene etter størrelse (1. jan. 1994)

Siden de små kommunene har høyere andeler av de eldste, må vi også vente at de har høyere dekning av tynge omsorg, som kan gi seg utslag i høyere institusjonsdekning. Men som vi har vært inne på foran, er dette ikke et rent utslag av kommunestørrelse, men i høyere grad av økonomien til de små kommunene i forhold til de større. Vi vil analysere forholdene i sammenheng i neste avsnitt.

Det har også interesse å se hvorledes omsorgsprofilene er for de kommunene som har høy andel med de eldste eldre, i forhold til de med lav andel. Vi har tatt ut de to femtedelene på hver sin ende av skalaen og viser det i den neste figuren, fig. 4.11.

¹⁰ Trondheim har bare 24 prosent over 80 år, mens Oslo, Bergen og Stavanger har 27-30 prosent.



Figur 4.11

Omsorgsprofiler til kommuner med høy og lav andel minst 80 år av alle eldre over 66 år

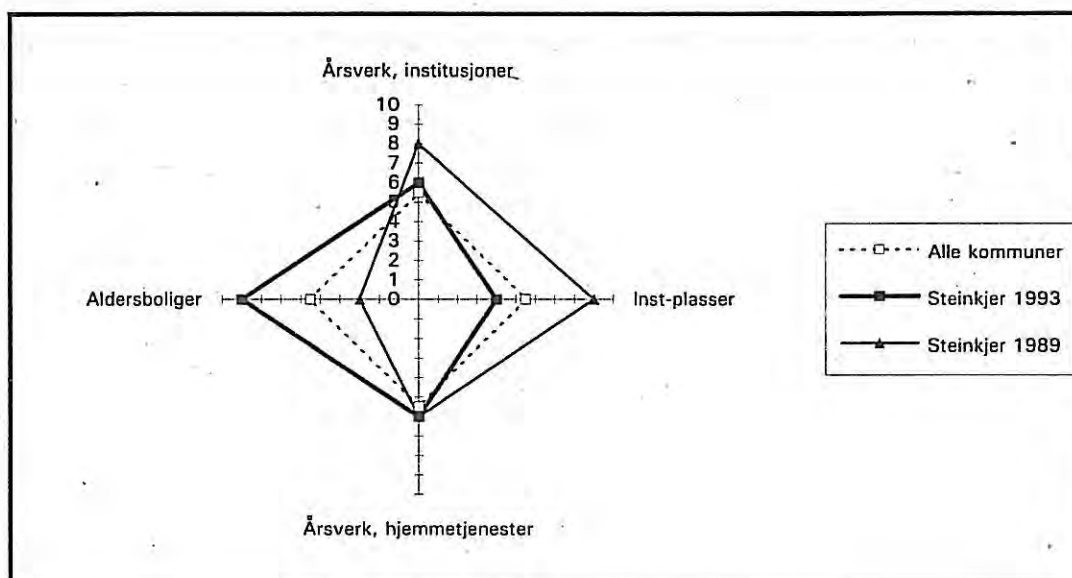
Profilene viser som ventet noe høyere dekning av institusjonsplasser og årsverk i institusjonstjenester blant den femtedelen av kommunene med relativt flest av de eldste eldre. Dekningen av hjemmetjenestene og av trygdeboligene varierer lite mellom de to typene.

Forskjellene er ikke så store, heller uventet liten. For å se sammenhengen mer presist, skal vi i et kapittel senere se omsorgstjenestene i lys av både andelen av de eldste, kommunenes økonomi, og størrelse samtidig. Betyr liten variasjon i dekningen etter andelen av de eldste at tilbudet av tjenester varierer for lite etter behovet? Vi kommer tilbake til dette i neste kapittel.

4.7 Steinkjer som eksempel

Enkelte kommuner har vi direkte kunnskap om ved at vi tidligere har vært i kontakt med dem. I Steinkjer var en gruppe fra Husbanken og Byggforsk på besøk i januar 1994. Kort fortalt har Steinkjer gjennomgått en omorganisering gjennomført som et større prosjekt kalt Eldre '90. Der ble det planlagt et eldresenter i hvert av seks eller syv distrikter i storkommunen, som opprinnelig besto av syv kommuner. (Se rapport fra Eldre'90).

Kommunen hadde 136 pasienter i aldershjem. Aldershjemmene var særlig dårlige og måtte bygges om. Av pasientene ble 100 omplassert til til bofellesskap og egne boliger. 40 var tydelig feilplassert på aldershjem og ble flyttet til sykehjem. Det rapporteres at de har 146 sykehjemsplasser, som er det antall plasser de trenger for sykehjemsplassering og til rehabilitering. De mener de trenger mer utbygd bofellesskap, og at flere bør stimuleres til bygging av egne boliger nær eldresentrene. Dette har blitt gjort "av seg selv" i noen utstrekning.



Figur 4.12
Omsorgsprofil i Steinkjer i 1989 og 1993

Steinkjer har endret sin omsorgsprofil radikalt i løpet av de fire årene. I 1989, som var før Steinkjer kommune hadde satt i gang sin omorganisering av institusjonsplasser og boliger til eldre, hadde de en stor innsats samlet på institusjonssiden. De lå blant landets 10-20 prosent av kommunene med høyest innsats målt i antall plasser i institusjoner pr 1000 personer over 66 år, og målt i årsverk i institusjonsomsorg til 1000 personer over 66 år. Med hensyn til årsverk i hjemmetjenestene lå de nær det som var mest vanlig i 1989. De lå imidlertid lavt i dekningsgraden av trygde- og aldersboliger.

Steinkjer viser at sterk satsing på trygde- og aldersboliger kan ha en meget positiv betydning slik at dette ikke generelt kan kalles "fattige kommuners eldreomsorg". I 1991 lå kommunen omtrent på gjennomsnittet for Nord-Trøndelag i totale driftsinntekter.

I løpet av de fire årene, hvor omorganiseringsprosjektet har vært igang, har de hatt en markert nedgang i innsatsen på institusjonssiden, og ligger i 1993 rundt gjennomsnittet av kommunene. Gjennomsnittet (medianen) i 1989 og i 1993 var følgende på de fire målene:

Tabell 4.7
Fire mål på dekningsgrad av eldreomsorg i 1989 og 1993 (mediantall) for Steinkjer kommune.
Kilde: SSB og Byggforsk

	1989	1993
Årsverk institusjoner pr 1000 o/66 år	80,1	72,9
Institusjonsplasser pr 1000 o/66 år	105,8	74,6
Årsverk hjemmetjenester pr 1000 o/66 år	22,9	50,4*
Trygde- og aldersboliger pr 1000 o/66 år	18,0	71,1

* Korrigert tall etter HVPU-reformen er lavere: 38,0. Det er likevel en klar økning fra 1989

Den markerte økningen av årsverk i hjemmetjenesten gjelder de fleste kommunene, og Steinkjer ligger blant den 6. gruppen av alle inndelt i tideler på begge tidspunkter. Men i andelen trygde- og aldersboliger er økningen klar og indikerer en nysatsing. Kommunen har rapportert et stort antall nye slike boliger inn til Statistisk sentralbyrå slik at deknningen har økt fra 18 boliger pr 1 000 over 66 år til hele 71 boliger. I absolutte tall hadde Steinkjer 54 slike boliger i 1989 og økte til 220. Dette reflekterer sannsynligvis en bevisst satsing på boliggiøring, og tyder på at en ser på trygde- og aldersboligene som et viktig middel til å oppnå boliggiøring. Institusjonsplassene sank med nær 90 plasser, og som sagt foran var dette en nedlegging og ombygging av dårlige aldershjemsplasser.

Selv om vi allerede har endel opplysninger om hva Steinkjer har konkret gjort, kan det likevel være på sin plass med en tallmessig oppsummering av hvor mange plasser av hvilken type de har endret på, hva de hadde i utgangspunktet, og hva de står igjen med i dag. Deres måte å bruke trygde- og aldersboligene på vil være interessant å få klarlagt. Det vil kunne kaste lys over til hvilken grad vi kan bruke utviklingen av antallet trygde- og aldersboliger som en indikasjon på om det er større grad av boliggiøring i kommunene. Mer enn hver fjerde kommune har hatt en betydelig økning i deknningen av slike boliger, dvs. en økning på minst 20 boliger pr 1 000 over 66 år. Gjennomsnittet var i 1993 på 40 – 50, så økningen på 20 er forholdsvis stor.

4.8 Kommuner med "full institusjonsdekning"

Enkelte kommuner har svært høye deknningstall for eldreomsorgen. Vi har tidligere vært inne på landets rikeste kommune, Bykle, som har en institusjonsplass for hver fjerde person på over 66 år i kommunen. Det fins også enkelte andre kommuner med så mange institusjonsplasser, eventuelt over 200 årsverk pr 1000 personer over 66 år i institusjonsomsorgen eller i hjemmetjenestene. Dette er ekstremt høye tall og en kan stille spørsmål ved hva som er en øvre grense for full dekning av behovet for slike tjenester.

For 1966 gjorde Eldreomsorgskomiteen (i 1969) et anslag over behovene for institusjonsplasser i forhold fordelingen av eldre i befolkningen og kom fram til 38 000 plasser som behovsanslag for 1962. (Det faktiske tallet var 24 600.) Dette har gitt grunnlag for beregning av behov for slike plasser også for senere år (Daatland, 1994, s. 155). For 1992 er det faktiske tallet på plasser 45 600, mens behovet etter slike beregninger er anslått til 65 800.

En annen måte å beregne behovet på er etter opplysningene fra Levekårsundersøkelsen 1991 slik vi har vist dette under punkt 4.5. I tillegg til det anslåtte behovet ut fra undersøkelsen, som dreier seg om personer utenfor institusjonene, har vi lagt til de som faktisk var på institusjonene. Samlet behov blir dermed anslått til 60 900 med sterkt behov for institusjonsplass, servicebolig eller omsorgsbolig i 1992, eller 61 700 i 1993.

Den største gruppen er de som er minst 80 år, og variasjonene i dekning mellom kommunene vil være mest interesssant å sammenlignen for denne gruppen. Når vi omsetter et teoretisk fulldeknings-behov på 61 700 plasser i 1993, gir dette en dekning på 36,4 institusjonsplsser pr 100 personer over 79 år. Spørsmålet vi stiller oss, er hvor mange og hvilke, har oppnådd en så høy dekning av plasser i 1993?

I 1993 var hadde hver femte kommune fulldekning etter dette målet.

Tabell 4.8

Kommuner med dekning av institusjonsplasser etter teoretisk beregnet fulldekning målt i forhold til de som er minst 80 år (36,4 institusjonsplasser pr 100 innbyggere over 79 år).

Kommune- størrelse: 31.12.93	Under 60% "fulldekning"	60-79,9% "fulldekning"	80-99,9% "fulldekning"	Minst 100% "fulldekning"	Sum prosent	Antall komm.
u/ 2000	9	22	30	39	100	91
2-4999	17	38	25	20	100	155
5-9999	20	40	25	15	100	93
10-19999	16	53	26	5	100	61
20-49999	23	58	16	3	100	31
50-99999	25	50	25	-	100	4
100000+	-	75	25	-	100	4
Alle	16	39	26	19	100	439
Antall kommuner	72	171	112	84	439	

Noe under halvparten av kommunene hadde fra 80 prosent av teoretisk fulldekning eller over dette. Men flertallet av kommunene, 55 prosent, har under 80 prosent teoretisk fulldekning. Er det teoretiske målet slik som det er konstruert ut fra Levekårsundersøkelsen, et bra nok mål? Dette er svært vanskelig å si uten nærmere undersøkelser av validiteten av svarene på spørsmålene. Vi har tidligere erfart at slike svar i spørre-skjemaundersøkelser kan gi store variasjoner fra undersøkelse til undersøkelse (Lian, 1992. Gulbrandsen, 1975). Vi har innenfor dette prosjektet ikke hatt anledning til å diskutere beregningsmåten noe nærmere.

Men hovedsaken her er variasjonen mellom kommunene. Igjen bekreftes mønsteret med at de små kommunene oftest har god institusjonsdekning. Det er så godt som bare de små kommunene som har en så høy dekning av institusjonsplasser. Svært få kommuner over 5 – 10 000 innbyggere har teoretisk fulldekning av institusjonsplasser

Eldrekomiteens mål på "full behovsdekning" er basert på vurderinger gjort for mange år siden. De lå noe høyere i sitt anslag enn vårt mål. Uten nærmere gjennomgang av disse vurderingene er det ikke rimelig å trekke noe videre konklusjoner av dette.

Fulldekning i fylkene

Fordelingen ser vi i tabell 4.9

Tabell 4.9

Antall kommuner i fylkene med "fulldekning" av institusjonsplasser i 1993. Definisjon av fulldekning, se punkt 4.5.

Fylke	Ant komm med "fulldekning" av instpl 1993	Kommune-antall	Andel av kommunene i fylket
Østfold	0	22	0%
Akershus	3	22	14%
Oslo	0	1	-
Hedmark	2	22	9%
Oppland	1	26	4%
Buskerud	0	21	0%
Vestfold	0	15	0%
Telemark	0	18	0%
Aust-Agder	4	15	27%
Vest-Agder	3	15	20%
Rogaland	3	26	12%
Hordaland	6	34	18%
Sogn og Fjordane	4	26	15%
Møre og Romsdal	15	38	40%
Sør-Trøndelag	6	25	24%
Nord-Trøndelag	8	24	33%
Nordland	14	45	31%
Troms	4	25	19%
Finnmark	11	19	58%
Landet	84	439	19%

Høyest andel kommuner med teoretisk "fulldekning" av institusjonsplasser i 1993 hadde Finnmark, Møre- og Romsdal og Nord-Trøndelag. I Oslofjordfylkene (inklusive Oslo) var dekningsgraden lav. Også i Indre Østland var det svært få med fulldekning.

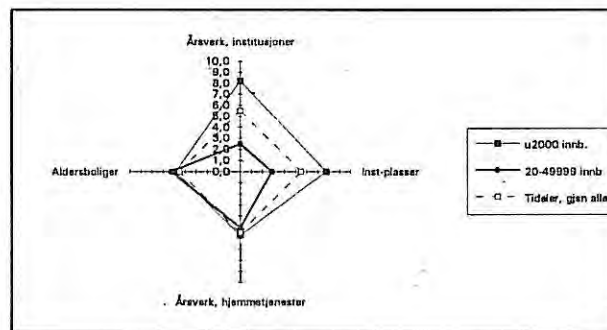
En tredjedel av kommunene i Vestfold og Rogaland hadde dekningsgrad under 60 prosent av fulldekning (ikke vist i tabellen). Dette gir en påminning om at det må vises forsiktighet i tolkningen av høy eller lav dekningsgrad. Som vi har vært inne på innledningsvis, har Vestfold en særlig høy dekningsgrad av trykde- og aldersboliger, se figur 3 sist i kapittel 3. Eldreomsorgen i Vestfold arbeider tydeligvis i noen grad etter andre modeller enn det meste av landet ellers, og kvaliteten av omsorgen varierer neppe entydig med dekningsgraden av institusjonsplasser.

Naturlig nok er det en sammenheng med kommuneinntekten. De med fulldekning hadde i gjennomsnittet kr 36 000 i totalinntekt pr innbygger i 1992, mens de med under 60 prosent av fulldekning hadde kr 25 200, de øvrige et sted imellom disse to tallene.

4.9 Oppsummering

De to viktigste variablene brukt for å beskrive kommunene, er dekning av tjenester i institusjoner og i hjemmetjenestene. Disse korrelerer svakt med hverandre, og måler innsats av forskjellig karakter og avspeiler forskjeller i nivå av tjenestene og ulike prioriteringer i kommunene. Dekningen av trygde- og aldersboliger korrelerer også svakt med de to andre målene, og vi har inntrykk av at de for endel kommuner avspeiler et boligtiltak mer enn et omsorgstiltak, mens de for andre sannsynligvis blir brukt mer aktivt som omsorgstiltak. Dekningen av institusjonsplasser korrelerer forholdsvis høyt med dekningen av årsverk i institusjonstjenestene, naturlig nok. Men det er interessante forskjeller i forholdet mellom de to størrelsene som tyder på at institusjonene drives med forskjell i bemanningen.

Størrelsen på kommunene målt med folketallet varierer sammen med dekningsgraden. I de omsorgsprofilene vi har laget basert på de fire målene, viser de aller minste kommunene (under 2 000 innbygger, 91 kommuner) og de mellomstore (20 – 49 000 innbygger, 31 kommuner) klare forskjeller.



Det er først og fremst dekningen av årsverk og plasser i institusjonene som er forskjellig. De små kommunene har stor innsats i institusjonene, de større langt mindre.

Dette skal imidlertid ikke tolkes som et utslag av kommune størrelse alene, men i sammenheng med kommuneøkonomien. Det er typisk for de "rike" kommunene at de satser på begge typer tjenester, eventuelt mye bare på institusjonstjenestene. Fattigere kommuner har ofte liten innsats i begge tjenestene, og mest konsekvent lavt i institusjonstjenestene.

Kommunene har varierende andeler av personer over 79 år av de eldre. En teoretisk beregning av behovet for mer omfattende service i de to aldersgruppene 67 – 79 år og minst 80 år, viser et behovstall på 2,4 prosent av de yngste, og 24 prosent av de eldste. Dette er grove anslag og må ikke tolkes for bokstavelig, men de angir nivåforskjellene og betydningen av størrelsen av andelen over 79 år.

Kommuneøkonomien og alderfordelingen av de eldre kommer vi tilbake til i kapittel 5.

I en tidligere eldreomsorgskomiteinnstilling ble det angitt et mål på fulldekning av institusjonsplasser i en kommune. Vi har gjort egen beregninger av dette ut fra Levekårsundersøkelsen og kommet fram til et noe lavere tall for teoretisk fulldekning av institusjonsplasser, nemlig 61 700 plasser i 1993, mot Eldreomsorgskomiteens 65 800 (for 1992, beregnet av Daatland, 1994). Med vårt mål har vi funnet at bare 19 prosent av kommunene i 1993 hadde fulldekning. Omtrent bare de små kommunene hadde denne fulldekningen, færre og ingen av de store. Vi skal senere vurdere bygging av nye institusjonsplasser i 1994 mot disse kommunetallene, se kapittel 7.

5. Kommuneøkonomi og omsorgstjenester

5.1 Kommunenes totale inntekter

Kommunenes inntekter er hovedsaklig dels egne skatter og avgifter, dels rammeoverføringer fra staten. Fordelingen av overføringene er etter et inntektssystem som tar hensyn til mange forhold i kommunene. Kriteriene for fordelingen er forenklet sagt laget med den hensikt å utjevne forskjeller i ressurser mellom kommunene og etter fordeling av oppgaver mellom kommunene og fylkene (Kommunal- og arbeidsdepartementet 1993). I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan innsatsen i eldreomsorgen varierer med de totale midlene kommunene har til disposisjon. I utgangspunktet regner vi med at økonomien har stor betydning for hva kommunene kan bruke på de eldre. Videre har andre undersøkelser pekt på at kommunestørrelsen har betydning (Hammer-vold, 1988. Holmøy, 1993). Vi vil også finne det naturlig at behovet i form av andelen eldre over 66 år av totalbefolkningen, og andelen over 79 år av de eldre har betydning for mengden av tjenester og hvilke tjenester som er prioritert. For å utforske dette vil vi få regnet ut de statistiske sammenhenger som passer best med de dataene vi har. Vi tenker oss at det er rettlinjert sammenheng mellom for eksempel total inntekt i kommunene og dekningsgraden av tjenester i institusjonsomsorgen (se ligning 5.1). Vi kan legge til de andre variablene slik at virkningen av hver av dem måles ut fra at de andre forholdene holdes konstant (se ligning 5.2 og 5.3).

Tidligere (i rapporten, pkt. 4.4) pekte vi på at institusjonspleie er den dyreste omsorgstjenesten, og pleie i omsorgsbolig for sterkt omsorgstrengende er langt dyrere enn for de med middels omsorgsbehov. Når vi delte kommunene i tre grupper etter hvor store inntekter de hadde pr innbygger, fant vi at de aller "rikeste" kommunene oftest hadde stor innsats nettopp i institusjonsomsorgen, ved siden av at en god del av dem også hadde stor innsats i hjemmetjenestene. Omsorgsprofilen viste at de rikeste lå blant de som hadde best dekning (pr 1000 personer over 66 år) av årsverk i institusjonstjenester, og nesten like høyt med hensyn til dekning av plasser i institusjoner. I dekningen av årsverk i hjemmetjenester og i dekningen av trygde- og alderboliger lå de rikeste i 1993 litt over gjennomsnittet i profilmildet (se figur 4.7). Enkelteksempler av de aller rikeste viste at de også kunne ligge maksimalt høyt i hjemmetjenester (Bykle).

De aller fattigste kommunene lå særlig lavt i dekningen av institusjonstjenester. Men de hadde gjerne bra dekning av trygde- og aldersboliger. Det leder oss til å stille spørsmål om disse boligene på en måte kan være "de fattige kommuners eldreomsorg"?

Når vi så på forskjellene i kommunestørrelse, viste de minste kommunene bedre dekning i institusjonstjenester enn de større. Men når vi trakk inn forskjellene i kommunenes økonomi, fikk vi mistanke om at det ikke primært er størrelsen, men økonomien som har gitt utslag i bedre institusjonsdekning.

Vi skal her se nøyer på variasjonen av omsorgstjenester etter økonomien. Vi har brukt de totale driftsinntektene til kommunene for 1992 som forklaringsfaktor for hver især av dekningen av de

fire tjenstetypene, dekingen av årsverk i institusjoner og hjemmetjenester, plasser i institusjoner og i trygde- og aldersboliger.

Fordelingen av kommunene etter deres økonomi viser store variasjoner. I gjennomsnittet hadde hele landet 26 250 kr i totale driftsinntekter pr innbygger¹¹. Her er kommunene fordelt kommunene i ti like store grupper:

Tabell 5.1
Totale driftsinntekter pr innbygger i 1992

Percentiler	1 000 kr
10	20.286
20	21.604
30	22.608
40	24.332
50	25.841
60	27.967
70	30.384
80	33.558
90	39.244

I alt 439 kommuner. Gjennomsnitt for disse kr 28 634 (alle kommuner teller likt)
Minimum: kr 17 030. Maksimum kr 129 358

Hver femte kommune hadde under kr 21 604 i totale driftsinntekter pr innbygger i 1992, og hver tiende hadde på den andre siden over kr 39 224. Dette er nesten dobbelt så meget og innebærer store forskjeller mellom kommunene.

En enkel måte å vise hvordan innsatsen i omsorgstjenester varierer etter hvor god økonomi de har, er å sette opp regresjonsligningen for hver især av de fire omsorgstjenestene som en funksjon av kommunenes økonomi.¹² Vi bruker konsekvent dekningsstall pr 1000 over 66 år for omsorgstjenestene for i første omgang å se bort fra forskjeller i behov på grunn av forskjeller i andel eldre i forhold til yngre (henholdsvis over og inntil 66 år).

¹¹ Gjennomsnitt i 1992 medregnet Oslo. Uten Oslo var gjennomsnittet kr 24 030. Kilde: Struktur tall for kommunenes økonomi, tab. 16 NOS C 142, SSB 1994

¹² Vi har brukt lineær regresjon. Ved bruk av logaritmiske verdier for variablene, ble forklart varians konsekvent lavere enn ved den enkleste lineære modellen.

Disse enkleste regresjonene viser at først og fremst institusjonsomsorgen samvarierer med økonomien:

Ligning 5.1 – 5.4

Regresjonsligninger for fire typer eldreomsorg etter totale driftsinntekter pr innbygger i kommunene i 1992

5.1 Dekning institusjonsplasser = $38,6 + 1,6 * K.inntekt$ Forklart varians: 31%

5.2 Dekning årsverk institusjoner = $21,0 + 1,9 * K.inntekt$ Forklart varians: 45%

5.3 Dekning årsverk hjemmetjen. = $26,1 + 1,0 * K.inntekt$ Forklart varians: 9%

5.4 Dekning trygde- og ald.bolig = $36,1 + 0,3 * K.inntekt$ Forklart varians: 1%

Hvor:

K.inntekt = Kommunens totale driftsinntekter i 1992 i 1000 kr pr innbygger

Ligningene viser at dekningen av årsverkene i institusjoner samvarierer best med driftsinntektene ved at så meget som 45 prosent av variasjonen i årsverkene forklares ved variasjonen av driftsinntektene. Videre forklares 31 prosent av variasjonen i dekningen av institusjonsplasser, mens derimot dekningen av årsverkene i hjemmetjenestene og trygde- og aldersboligene forklares svært lite av driftsinntektene.

Når inntekten i kommunene stiger med kr 1 000, vil dekningen av årsverkene i institusjonene i gjennomsnitt øke med 1,9 årsverk. Dekningen av årsverkene i hjemmetjenestene vil øke med 1,0 årsverk, slik som regresjonskoeffisientene viser. Dette er imidlertid basert på forutsetningen om rettlinjede sammenhenger, og at vi har med de viktige variablene. Vi bør se på resultatet som tendenser i materialet mer enn som sikre sammenhenger.

At også årsverkene i hjemmetjenestene endrer seg med ett årsverk pr 1 000 kr i endring i inntektene i gjennomsnittet kan også virke betydelig. Men dette gjennomsnittet har så stor usikkerhet at det er lite nyttig å bruke som prediksjon på endring som følge av endret inntekt: forklart variasjon er bare på 9 prosent.

5.2 Hvilken betydning har kommunestørrelsen?

I tidligere undersøkelser av variasjonen av eldreomsorgen i kommunene har en lagt vekt på kommunestørrelsen som forklaring på mengden omsorg. Små kommuner har ofte større innsats i dekningen av tjenester enn større (Hammervold 1988). Den enkleste måten å få fram betydningen av kommunestørrelsen sammenlignet med økonomien er å la regresjonsmodellen inneholde begge forklaringsvariablene, og så tolke resultatet. I de neste ligningene 5.5 – 5.8 har vi utvidet regresjonsligningene med å ta befolkningsstørrelsen inn som den andre variabelen. Ligningene er sammenlignbare med de forrige.

Ligning 5.5 – 5.8

Regresjonsligninger for fire typer eldreomsorg etter totale driftsinntekter pr innbygger i kommunene i 1992, og kommunestørrelse målt i innbyggertall.

5.5	Dekn. inst.plasser	= 40,0 + 1,6*K.inntekt*) - 0,1*Tot.bef.*)	Forklart var: 32%
5.6	Dekn. årsverk inst.	= 22,4 + 1,9*K.inntekt*) - 0,09*Tot.bef*)	Forklart var: 46%
5.7	Dekn. årsverk hjem.tjen.	= 26,7 + 1,0*K.inntekt*) - 0,04*Tot.bef	Forklart var: 10%
5.8	Dekn. tr.- og ald.bolig	= 36,4 + 0,3*K.inntekt*) - 0,02*Tot.bef	Forklart var: 1%

Hvor:

K.inntekt = Kommunens totale driftsinntekter i 1992 i 1000 kr pr innbygger

Tot.bef. = Totalbefolkning i 1993

*) = Signifikant på nivå 1%

Det første som slår en, er at det ikke er vunnet merkbare fordeler i å forklare variasjonen når kommunestørrelsen er trukket inn. Den forklarte variansen eller variasjonen har stort sett økt med bare ett prosentpoeng for hver av de fire tjenestene. Skulle vi holde oss til prinsippet om enkleste mulige forklaringer, ville det være nok med økonomien som forklaring på variasjonen. Fortsatt er det også liten samvariasjon med hjemmetjenestene og aldersboligene.

Virkningen av kommunestørrelsen er den samme som en har funnet tidligere, at med økende størrelse på kommunene, er det minskende dekning i eldreomsorgstjenestene. I tabellen går det fram ved at fortegnene er minus for befolkningsvariabelen. Når totalbefolkningen øker med 1 000 innbyggere, minsker dekningen av institusjonsplasser med -0,1 årsverk. Sammenligner vi kommuner med 5 000 innbyggere og med 10 000, vil de siste i gjennomsnitt ha 0,5 institusjonsplasser færre pr 1 000 personer over 66 år, forutsatt at de hadde like store driftsinntekter.

De variasjonene en tidligere har funnet, har med andre ord først og fremst å gjøre med økonomiske forskjeller, og ikke størrelsen på kommunene.

Men også størrelsen på kommunene har en viss betydning, dvs. signifikant betydning, når det gjelder *dekningen av institusjonsplasser og årsverk i institusjonsomsorg*, selv om betydningen er liten. Størrelsen har imidlertid *ikke* signifikant betydning for dekningen av årsverk i hjemmetjenestene eller trygde- og aldersboliger. Mens derimot økonomien opptrer som en signifikant faktor for alle fire typer omsorg.

Vi kan få en antydning av hva som betyr mest av de forskjellige variablene, ved å se på de såkalte Beta-verdiene¹³ for hver av dem. Den relative betydningen av økonomien og størrelsen på kommunene kan en få et tallmessig uttrykk for ved å se på

¹³ Beta-verdier er regresjonskoeffisientene i regresjonsligningene "standardisert", dvs. omgjort til spredningsmål med standardavvik som enhet, og tallverdien av de standardiserte regresjonskoeffisientene kan sammenlignes (Lewis-Bech, 1986).

Regresjonskoeffisientene i regresjonsligningene er "standardiserte", dvs. omgjort til spredningsmål med standardavvik som enhet, og tallverdien av de standardiserte regresjonskoeffisientene kan sammenlignes (Lewis-Bech, 1986.)

Tabell 5.2

Regresjonskoeffisienter av spredningsmål av variablene, Beta-verdier, for totale driftsinntekter pr innbygger i kommunene i 1992 og befolkningstallet i kommunene 1993

Avhengig variabel (dekningstall)	Betaverdi: Regresj- koeff 1	Variabel 1 1 000 kr	Betaverdi: Regresj- koeff 2	Variabel 2 1 000 pers
Institusjonsplasser =	0,55	Innt.pr innb, 1000	- 0,1	Totalbef 1993
Årsverk i institusjoner =	0,66	Innt.pr innb, 1000	- 0,09	Totalbef 1993
Årsverk i hjemmetjenester =	0,31	Innt.pr innb, 1000	- 0,03	Totalbef 1993
Trygde- og aldersboliger =	0,12	Innt.pr innb, 1000	- 0,02	Totalbef 1993

Beta-verdiene for økonomi-variabelen er mange ganger større enn for størrelsesvariabelen. (Vi ser her bort fra at de har forskjellige fortegn.) Dette kan tolkes som at de teller tilsvarende mer for omfanget av dekningen av omsorgstjenestene. Forskjellene er fem til syv ganger mer. (For de to siste sammenhengene, årsverk i hjemmetjenestene og trygdeboligene, er ikke sammenhengen med totalbefolkningen signifikant, slik at det heller ikke er relevant å sammenligne Beta-verdiene for dem.)

Det som vi her har funnet, innebærer for det første at kommunenes økonomi har signifikant betydning for alle fire typer omsorgstjenester, og gir de kraftigste utslagene i dekningen av institusjonstjenestene. For det andre har også størrelsen på kommunene målt i antall innbyggere, betydning for dekningen av hjemmetjenester og trygde- og aldersboliger. Når vi ser på Beta-verdiene for inntekten på dekningen av årsverkene i hjemmetjenestene og på trygde- og aldersboligene, er disse henholdsvis ca. halvparten og ca. femtedelen av verdiene for institusjonstjenestene. Økonomien betyr følgelig en god del også for dekningen av hjemmetjenestene, og litt, men ikke så mye for dekningen av trygde- og aldersboliger.

Når vi tidligere har vært inne på at trygde- og aldersboligene kanskje er "de fattige kommuners eldreomsorg", så viser disse tallene et dette er en noe misvisende tolkning. Også dekningen av trygde- og aldersboliger henger signifikant sammen med kommunenes økonomi og med positivt fortegn. Kommuner med større totale inntekter pr innbygger vil ha noe bedre dekning av trygde- og aldersboliger. Men forskjellene er ikke store.

For det tredje og siste har størrelsen på kommunene noe å si for dekningen av institusjonsplasser og dekningen av årsverk i institusjonsomsorg når vi har kontrollert for kommuneøkonomien. Det

vil si at små kommuner har bedre dekning enn store når de har samme totale driftsinntekter. Betydningen av størrelsen er imidlertid langt mindre enn betydningen av økonomien. For dekningen av de to andre tjenestene (hjemmetjenestene og boligene) har vi ikke funnet at kommunestørrelsen har noen betydning.

5.3 Prediksjon av dekning

Den enkleste sammenhengen er at årsverkene i institusjoner samvarierer med inntekten slik som regresjonskoeffisienten er (fra xtabell 5.2). Ut fra den kan vi sette opp en tabell av dekningen av årsverk i institusjoner etter kommuneøkonomi. I tabellen har vi tatt utgangspunkt i inntektsverdiene som deler kommunene inn i ti like store grupper (percentiler). Tabellen er bare en utvidelse av tabell 5.1 foran.

Tabell 5.2

Percentilverdier av faktisk inntekt pr innbygger, *predikerte* verdier av dekningen av årsverk i institusjonstjenester etter percentilverdiene av kommunenes inntekt pr innbygger, og *faktiske* percentilverdier av dekningen av årsverk.

Percentiler	Faktisk inntekt pr innbygger, kr	Dekning av årsverk i inst.tjenester, predikert	Dekning av årsverk i inst.tjenester, faktiske percentilverdier
10	20.286	60	49
20	21.604	62	56
30	22.608	64	61
40	24.332	67	65
50	25.841	70	69
60	27.967	74	74
70	30.384	79	81
80	33.558	85	91
90	39.244	96	105

Tabellen viser at den beste prediksjonen på institusjonsomsorgen i de kommunene som er blant de 10 prosent "fattigste", vil i gjennomsnitt være lavere enn 60 årsverk pr 1000 personer over 66 år. De 10 prosent "rikeste" vil ha dekning på mer enn 96 årsverk.

At de predikerte verdiene for dekning (pr 1000 personer over 66 år) av årsverk i institusjonstjenester etter percentilverdiene for faktisk inntekt, avviker noe fra de faktiske verdiene for årsverkdekning, skyldes at de predikerte verdiene er "glattet ut" til å danne en jevn rett linje etter variasjonen i faktisk inntekt. Virkeligheten er altså "en tanke mindre ryddig" enn hva vi forutsetter i den enkle regresjonsligningen (5.1).

Vi skal bruke den faktiske dekningen av årsverk (percentilverdiene for 10. og 90. percentil) som et sammenligningsgrunnlag også for det vi kan predikere i en mer sammensatt sammenheng, dvs. at vi trekker inn flere forklaringsfaktorer i regresjonsligningen. Se neste side.

5.4 Økonomi, aldersfordeling og kommunestørrelse i sammenheng

Hittil har vi sett på de enkleste sammenhengene uten å ta i betraktning det vi viste i avsnittene 4.6 og 4.7 om betydningen av aldersfordelingen av eldre. I dette avsnittet tar vi utgangspunkt i at de forskjellige omsorgstiltakene har en dekning som avhenger både av kommunenes økonomi, aldersfordelingen av de gamle, og kommunenes størrelse. Vi har gode grunner til å regne med at disse tre faktorene samtidig har betydning for dekningsgraden.

Den beste måten vi har kunnet vise sammenhengen (for 1993), er følgende:

Ligning 5.9:

$$D.\text{årsv.inst.} = 27,2 + 1,97 * K.\text{inntekt} + 0,86 * \text{Andel80} - 2,0 * \text{Andel67} - 0,11 * K.\text{størrelse}$$

Forklart varians: 51%

Hvor:

D.årsv.inst. = Dekningen av årsverk i institusjonstjenester pr 67 år og over

K.inntekt = Kommunens totale driftsinntekter i 1992 i 1000 kr pr innbygger

Andel80 = Andel personer minst 80 år av alle over 66 år i kommunen

Andel67 = Andel personer minst 67 år av totalbefolkningen i kommunen i 1993

K.størrelse = Totalbefolkningen i kommunen i 1000 personer.

Hva ligningen viser:

Kommuneinntekt

Med denne ligningen er oppnådd 51 prosent forklart varians som innebærer at sammenhengen er god. Når kommuneinntekten økes med 1 000 kr pr innbygger, øker dekningen av årsverkene i institusjonene med nesten 2 årsverk. Da er det kontrollert for aldersfordelingen i kommunene og størrelsen, slik at disse betingelsene er like. Dette resultatet har noenlunde bra overensstemmelse med tabellen foran (tabell 5.2) som for eksempel viste at med økning på fra 20 300 til 30 400 kr i inntekt, økte årsverkene fra 60 til 79, altså med nesten 2 årsverk pr 1 000 kr. Tabellen er basert på den enkleste av regresjonsligningene, som altså har vist et "robust" resultat ved at verdiene ikke endres så mye selv om flere variabler trekkes inn.

Når vi bruker tallene i denne nye ligningen, og bruker som eksempel differansen i inntekt mellom 10. og 90. percentil, blir økningen 1,97 ganger differansen, dvs ca 37 årsverk økning mellom de to verdiene for inntekt når de andre forholdene er holdt konstante. Hele variasjonsbredden mellom 10. og 90. percentil i den *faktiske* dekningen av årsverkene er 56 årsverk (se tabell 5.2). Inntektsforskjellene gir altså store utslag, dvs. 37 årsverk sammenlignet med den faktiske variasjonsbredden på 56 årsverk. Resten, 19 årsverk, skyldes variasjonen i alderssammensetningen av de eldre, og kommunestørrelsen. Dette er de andre variablene i ligningen.

Tabell 5.3

Variasjonsbredden etter regresjonsligning 5.3 i årsverk-dekning i institusjonstjenestene mellom 10. og 90. percentil for kommuneinntekt, eldre minst 80 år, andel over 66 år og kommunestørrelse, sammelignet med faktiske bredde i årsverkene

	Kommuneinntekt pr innbygger, 1000 kr	Andel minst 80 år av alle over 66 år	Andel over 66 år av totalbefolkning	Kommunestørrelse, totalbefolkning	Faktiske årsverk, percentil-verdier
10. percentil	67	47	6	27	49
90. percentil	105	56	-14	25	105
Variasjonsbredde	37	9	-20	-2	56

Tallene i tabellen er regnet ut fra ligningen med alle variablene (ligning nr 5.9). For hver variabel er 10. og 90. percentilverdi satt inn i ligningen, og en for en er så regnet ut utslaget i årsverkdekningen i institusjonstjenestene. *Faktisk* varierer dekningen i årsverkene med en bredde på 56 årsverk mellom de to percentilverdiene, mens de forskjellige variablene slår ut med verdier som vist i tabellen.

Andelen minst 80 år av de eldre

Betydningen av andelen eldre over 79 år er positiv med økt dekning i institusjonstjeneseter på nær ett årsverk (0,86) for hver prosent andelen øker.

Når vi bruker tallene i denne nye ligningen, og bruker som eksempel differansen mellom 10. og 90. percentil i andel personer over 79 år av de eldre over 66 år, blir økningen 0,86 ganger differansen, dvs. øker med ca. 9 årsverk mellom de to verdiene for eldreandel når de andre forholdene er holdt konstante. Av hele variasjonsbredden på 56 årsverk er dette et forholdsvis lite utslag.

Andel eldre (over 66 år) av totalbefolkningen

På samme måte *minsker* dekningen av årsverkene i institusjoner med 2 årsverk når andelen eldre minst 67 år av totalbefolkningen øker med *en* prosent. Dette er et interessant resultat. På den ene siden kan det tolkes som en gevinst av stordrift: Innsatsen i eldreomsorgen blir mer effektiv og en kan minske innsatsen pr person når andelen eldre er stor. Men det kan også tolkes som en konsekvens av manglende evne til å følge opp med omsorgstjenester i institusjoner når andelen eldre av totalbefolkningen øker, - under ellers like forhold. Hvilken av tolkningene som er riktig, eventuelt om begge har noe rett samtidig, kan ikke avgjøres av de rent statistiske sammenhengene. Det må besvares ut fra andre erfaringer eller teorier.

Når vi bruker tallene i denne nye ligningen, og bruker som eksempel differansen mellom 10. og 90. percentil i andel personer over 66 år av totalbefolkningen, blir økningen -2,0 ganger differansen, dvs. ned ca. 20 årsverk mellom de to verdiene for eldreandel når de andre forholdene er holdt konstante. Hele variasjonsbredden mellom 10. og 90. percentil i dekningen av årsverkene er som sagt 56 årsverk, så eldre-andelene gir "middels store" utslag.

Kommunestørrelse

Alle variablene i ligningen har signifikant betydning (på 1 prosentnivået), også størrelsen av kommunene. Men betydningen av størrelsen er forholdsvis liten, når de andre faktorene er konstante. Øker kommunestørrelsen med 1 000 personer, *minsker* dekningen i årsverkene i institusjoner bare med 0,11 årsverk (pr 1 000 personer over 66 år). Øker størrelsen med 10 000 personer, minsker dekningen med bare 1,1 årsverk. De faktiske verdiene for 10. og 90. percentil for kommunestørrelse er henholdsvis 1 390 og 18 530 innbyggere. Forskjellen på vel 17 000 innbyggere gir en nedgang på bare 2 årsverk i dekningen av årsverk i institusjonstjenestene.

Hva har størst betydning?

Her snakker vi bare om dekningen av årsverk i institusjoner. Det ser ut som at *inntekten* har størst betydning i positiv forstand. Kommunene varierer naturlig nok også innsatsen i institusjonstjenester etter tyngden av behovet målt med andelen 80 år og over av de eldre. Dekningen øker med 9 årsverk mellom 10. og 90. percentil. At innsatsen i dekningen i institusjonstjenester *minsker* med økt andel eldre over 66 år under ellers like forhold, er som sagt vanskelig å tolke.

Kommunenes størrelse spiller ikke så stor rolle. Som vi har vært inne på foran, er dette et noe annerledes resultat enn det en tidligere har hatt som tolkning av forskjeller mellom kommunene hvor en ikke alltid har trukket inn økonomien.

Dekningen av institusjonsplasser

Denne varierer signifikant alle variablene i den utvidede ligningen, og med en betydning og styrkegrad som ligger nært de for dekningen av årsverkene i institusjoner. Forklart varians er 35 prosent. I og med at dette ikke har gitt oss særlig ny informasjon, går vi ikke nærmere inn på dette.

Dekningen av hjemmetjenester

Disse har liten forklart varians (16 prosent) selv om vi har med alle variablene som ligningen ovenfor. Dette er det samme resultatet som vi også fikk med den enkleste ligningen (tabell 5.2). Bare kommunenes inntekt og andelen eldre (67 år og over av totalbefolkning) har signifikant betydning, ikke andelen over 79 år eller kommunestørrelsen.

Dekningen av trygde- og aldersboliger

Med den utvidede ligningen har vi heller ikke her funnet nye viktige sammenhenger. Bare inntekten og andelen eldre (67+ år av alle) har signifikant betydning. Forklart varians er bare 7 prosent selv med de fire variablene som forklaringsvariabler.

5.5 Kort oppsummering

Det er først og fremst kommunenes inntekt og ikke deres størrelse som har størst betydning for innsatsen i eldreomsorgen. Utslagene varierer mye først og fremst i dekningen av årsverk i institusjonene. Fordelingen av andelen eldre (over 66 år) av totalbefolkningen gir variasjoner i innsatsen ved at større andel eldre gir lavere dekning av årsverk. Men øker andelen over 79 år av de eldre, *øker* årsverkene i institusjonene.

6. Utviklingen 1989 – 1993

6.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se på utviklingen i løpet av de fire årene. Den sentrale problemstillingen i rapporten er om det er blitt mer boligkjort eldreomsorg i kommunene, eventuelt i hvilken retning de forskjellige er gått. På nasjonalt nivå, dvs. i gjennomsnittet, er det blitt lavere dekning av institusjonsplasser, men noe økt dekning av arbeidsinnsats i institusjonene. Det har blitt høyere dekning av trygde- og aldersboliger og høyere dekning av hjemmesykepleie og hjemmehjelp under ett.

Ut fra boligkjoringsspørsmålet kan en se på økningen i boligene og hjemmetjenestene (etter korrigeringen) som et tegn på større boligkjoring. At årsverkene i institusjoner har gått noe opp, kan ses i sammenheng med økt innsats på grunn av at det har blitt flere av de eldste eldre.

Tabell 6.1

Nasjonale tall for eldreomsorgen 1989 – 1993

	Årsverk institusjonstjenester	Antall institusjonsplasser	Årsverk hjemmetjenester	Trygde- og aldersboliger	Befolkning minst 67 år	Befolkning minst 80 år
1989	37.012	47.933	17.335	24.056	605.573	156.279
1993	39.357	45.699	22.127*)	26.345	620.719	169.655
Dekningstall pr 1000 67+ år						Dekning inst-plass pr 100:
1989	61,1	79,2	28,6	39,7		30,7
1993	63,4	73,6	35,6*)	42,4		26,9

*) Årsverkene i hjemmetjenestene er korrigert med minus 8 000 årsverk i 1993 ut fra HVPU-reformen, se teksten i avsnitt 6.2

Tolkningen av tabellen under ett er en tendens til økt boligkjoring på nasjonalt nivå. Dette bildet blir imidlertid betraktelig nyansert når vi ser utviklingen på kommunenivå. Noen kommuner har økning i den åpne omsorgen, mens andre er gått tilbake.

Nedgangen i antallet og dekningen av institusjonsplasser er et problem for seg. En annen og mer skarpstilt måte å beregne dekningstallet av plasser i 1993, er i forhold til de eldste over 79 år. Det faktiske dekningstallet pr 100 personer minst 80 år, er 26,9 plasser i 1993, mot et teoretisk beregnet fulldekningstall på 35,9 plasser (se punkt 4.5 og 4.8). Nedgangen i dekningen for de eldste har vart lenge og er ganske markert de senere årene. Til og med fra 1992 til 1993 gikk dekningen ned fra 27,7 til 26,9 pr 100 personer 80 år og over (SHD 1994, og tabell 6.1). I fylkeslegenes medisinalmeldinger fra 1992 meldte fylkeslegene om mangel på sykehjems plasser i de aller

fleste fylkene (SHD, 1994, s. 16). Dette stemmer med vårt inntrykk av mangel på "fulldekning" basert på beregninger, se tabell 4.8.

Før vi går videre på dette, vil vi redegjøre for en korrigerings av tallene for hjemmetjenestene, dvs. hjemmesykepleien og hjemmehjelpen samlet. Bakgrunnen er overføringen av ressurser fra fylkene og staten som følge av ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede. Dette gir lavere tall for hjemmetjenestene til eldre, og ulike korrigeringer for hver kommune alt etter hvor mange som har flyttet til de forskjellige.

6.2 Endringstall i hjemmetjenestene pga. HVPU-reformen

Her skal vi gjøre et anslag på hvor stor del av hjemmetjenestene som er belagt av hjemmehjelp til utviklingshemmede som flyttet ut fra institusjoner i 1991 – 1993, eller som flyttet fra foreldre eller pårørende til egen bolig i samme periode. Den gjenstående del av hjemmetjenestene vil da være det som stort sett går til eldreomsorg. Da er sett bort fra at noe går også til endel som er under 67 år.

Med hjemmetjenestene mener vi her samlet årsverk for både hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Dels bruker vi de absolutte tallene, dels årsverk pr 1 000 personer over 66 år i hver kommune.

For landet totalt var det en økning i samlede årsverk i hjemmetjenestene fram mot 1988 – 1989, men deretter en utflating fra 1989 og fram mot 1992 ved en moderat økning av hjemmesykepleien og en liten nedgang i hjemmehjelptjenestene (Daatland 1994, s. 36). Men inkluderes også "andre tjenester", som er tatt med i totalen for årsverk i den åpne omsorgen, var det en betydelig økning som startet i 1991 (Daatland 1994, s.124). Når vi hittil har sett på endringene fra 1989 til 1993 for kommunene, er det denne siste totalen, som innebærer økning, vi har regnet på.

SSBs tall for årsverk i den åpne omsorgen viser følgende utvikling (landstall):

Tabell 6.2

Årsverk i åpen omsorg for landet 1989 - 1993. Kilder: SSB og Daatland (1994)

År	Årsverk i åpen omsorg	Kilde
1989	17.335	SSB
....	-	
1991	21.113	Daatland 1994
1992	26.558	SSB
1993	30.003	SSB

Økningen splittet på hjemmehjelp, hjemmesykepleie og "annet" (andre tjenester) hos Daatland, viser bare en svak økning i de to første kategoriene fra 1989-90 til 1991-92, mens derimot kategorien "annet" økte med opp mot 10 000 årsverk fra 1990 til 1992. Ser vi på den totale økningen fra 1991 da HVPU-reformen akkurat hadde startet og til 1993, er den på 9 000 årsverk. Men det var også en økning fra 1990 til 1991 under posten "andre tjenester" i åpen omsorg (se Daatland, 1994, s.124), på ca 3 700 årsverk. Noe av dette kan henge sammen med den nye

reformen. Teoretisk kan økningen som skyldes reformen, være opp mot 10 000 årsverk fra 1989 til 1993.

Ut fra tallene i tabellen var det en brutto økning på nær 13 000 årsverk. Noe av dette er sannsynligvis økt hjemmesykepleie, og annet som kan være økt administrasjon. Det er heller ikke sikkert at hjemmehjelpen til eldre fikk et mindre totalt omfang fra 1989 til 1993.¹⁴ Et anslag på antall årsverk i økning som henger sammen med HVPU-reformen fram til slutten av 1993, kan rimeligvis være omkring 8 000, kanskje opptil 10 000 årsverk.

I 1993 hadde nær 4 000 psykisk utviklingshemmede, de aller fleste voksne, flyttet fra institusjonene de hadde bodd i, til forskjellige kommuner (kilde: SHD, 1995). Ofte ble de boende i samme kommune, men ellers i en annen som var deres hjemstedskommune.¹⁵ Disse flyttingene var lenge planlagt og kostnadene ble betalt med kr 430 000 pr person, som et gjennomsnitt (Vetvik 1990, SHD 1995). I noen tilfeller kunne utgiftene være større.

I tillegg hadde også mange voksne utviklingshemmede flyttet fra foreldre eller pårørende til egen bolig, og staten bevilget styrkingsmidler til dette til kommunene. Et anslag på det samlede antallet som hadde flyttet fra institusjonene og fra foreldrene, er vel 8 000 (SHD, 1995)¹⁶. Forutsetter vi at økningen i hjemmetjenester som skyldtes disse flyttingene, dreide seg om en overføring av ressurser tilsvarende 8 000 årsverk i hjemmehjelp, kan vi fordele dette antallet proporsjonalt til kommunene som hadde mottatt tilflyttere fra institusjon, eller hadde voksne utviklingshemmede flyttet i egen bolig i kommunen.

Resten av årsverkene i hjemmetjenestene forutsetter vi brukt fortrinnsvis til eldreomsorgen. I alt er da økningen i hjemmetjenestene i eldreomsorgen

fra 17 332 i 1989
til omtrent 22 003 (trukket fra 8 000).

Både i 1989 og i 1993 er det et antall årsverk til personer yngre enn 67 år som ikke er regnet med i dette. Vi antar at denne "feilkilden" har omtrent samme størrelse på de to tidspunktene.

Vi skal videre i rapporten regne med et anslag på en samlet økning for landet med 8 000 årsverk på grunn av HVPU-reformen. Dette er en rent teoretisk beregning, fordi hva kommunene har gjort i praksis, behøver ikke være i overensstemmelse med våre anslag på tilførte ressurser. Vel 8 000 tilflyttere har med andre ord skjedd samtidig med en forutsatt samlet vekst i årsverkene på 8 000, eller ett årsverk pr tilflytter. Dette vil vi så fordele til kommunene, og trekke det fra de opprinnelige bruttotallene for årsverkøkningen i hjemmetjenestene. Resten forutsetter vi er *et grovt uttrykk for hva som brukes av årsverk i hjemmetjenestene først og fremst til eldre.*

¹⁴Daatland viser en økning i årsverk i hjemmehjelpen fra 1991 til 1992 på 666 årsverk (Daatland 1994, s.124)

¹⁵Det bodde fortsatt ca. 1 300 på institusjon etter 1993, og de fleste av disse forventes flyttet ut i løpet av 1994 - 1995.

¹⁶ Det totale antallet voksne hjemmeboende utviklingshemmede har vi fått i tabellform via Norsk forening for psykisk utviklingshemmede fra SHD.

De kommunene som ikke har hatt noen tilflyttede fra institusjoner eller utflyttede fra foreldre, var 21 kommuner i 1993. De hadde en gjennomsnittlig *nedgang* av hjemmetjenestene på 1,0 årsverk i absolutte tall i perioden 1989 til 1993 slik som SSBs ukorrigerede tall viser. Måler vi dette i nedgang i dekningstall pr 1 000 eldre minst 67 år, var nedgangen fra 45,0 årsverk til 41,7 årsverk. Dette er en markert nedgang i hjemmehjelp pluss hjemmesykepleie. Men de er ikke typisk for alle. De 21 kommunene skiller seg ut ved at de er små kommuner under 2 000 innbyggere (en med ca 3 000). De er kommuner med høye inntekter pr innbygger, og med høy innsats i institusjonstjenestene.

Det er i virkeligheten store variasjoner i hvor meget kommunene har økt årsverkene i hjemmetjenestene i forbindelse med at utviklingshemmede har flyttet til kommunen fra institusjoner eller fra foreldre. Dette er i og for seg et interessant resultat, men det viktigste for å vurdere hjemmetjenestene for eldre, er hva dette sier om hvilken økning som har vært i eldreomsorgen. At det ikke er helt entydige sammenhenger mellom øking av årsverk og tilflyttede etter HVPU-reformen, må vi bare leve med som en usikkerhet. De korrigerede tallene for hjemmetjenestene i 1993, etter vi har tatt bort en proporsjonal del som tilskrives HVPU-reformen, vil som sagt bare gi grove uttrykk for volumet av hjemmetjenestene for eldre for hver kommune. Men det er de beste tallene vi kan fremskaffe, og de er bedre enn de opprinnelige tallene for hjemmetjenestene for eldre. Når vi har valgt å bli stående med en korrigering på 8 000 årsverk, selv om det også i løpet av 1993 har fortsatt med økning av tilflyttede utviklingshemmede, skyldes det en antagelse om at kommunene ikke nødvendigvis har økt innsatsen i hjemmetjenestene i samme tempo hele tiden. I neste avsnitt ser vi nøyere på hva korrigeringen har betydd.

6.3 Korrigerede tall for økning av hjemmetjenestene for eldre

For landet under ett har dekningen i hjemmetjenestene økt i perioden 1989 til 1993, selv når vi korrigerer tallet ned ca 8 000 årsverk som vi antar har gått til utviklingshemmede. Til og med om vi bruker et høyere tall for korrigering, 10 000 årsverk, er det på nasjonalt nivå en økning med omkring fire årsverk i dekning for de eldre minst 67 år.

Men dette dekker over de store variasjonene mellom kommunene. Et lite mindretall har omtrent doblet dekningen av hjemmetjenester. Mens fire av ti kommuner har gått ned i dekning. Tabell 6.3 viser variasjonene av endringene i årsverk, korrigert. (Endringene basert på de ukorrigerede tallene fins i vedleggstabell v4.)

Tabell 6.3

Kommuner gruppert etter endringer i årsverk i hjemmetjenestene 1989 – 1993 i absolutte tall og i dekningstall, korrigerte**) tall.

	Absolutte tall*)		Dekningstall*)	
	Antall kommuner	Prosentfordelt, kommuner	Antall kommuner	Prosentfordelt, kommuner
Ned minst 10 årsverk	58	13	86	20
Ned 0 til 9,9 årsverk	120	27	52	21
Opp 0,1 til 19,9 årsverk	180	41	177	40
Opp 20 til 39,9 årsverk	42	10	53	12
Opp minst 40 årsverk	39	9	31	7
Sum	439	100	439	100

*) Absolutte tall er antall årsverk-økning uansett befolkningssammensetning.

Dekningstall er økning i årsverk pr 1000 personer minst 67 år i hver kommune.

**) Korrigeringen er fratrukket av årsverk i HVPU-omsorg 8000 årsverk proporsjonalt fordelt etter tilflyttinger fra institusjoner eller flyttet fra foreldre/pårørende.

Med de korrigerte tallene er det *nedgang i dekningen av årsverk i hjemmetjenestene for eldre i fire av ti kommuner*. Hver femte hadde vekst i dekningen på minst 20 årsverk. Ut fra problemstillingen om boliggygjøring kan det dermed se ut som at fire av ti kommuner har hatt en relativt dårlige utvikling. Men det kommer selvsagt an på hvilket utgangspunkt de har startet ut fra. Har de ligget lavt i årsverk tidligere, er selvsagt nedgangen i dekning av hjemmetjenester mer negativt enn om de har ligget høyt.

Endringene i dekning av trygde- og aldersboliger

Det andre kjennetegnet vi har på boliggygjøring er dekningen av trygde- og aldersboligene. Det er mulig at dette ikke er noe entydig og godt kjennetegn på at kommunene utvikler seg i retning av større boliggygjøring. Men det er eksempler på dette slik som Steinkjer. Denne kommunen hadde en stor økning i sin dekning av trygdeboligene, og vi har god grunn til å tolke dette positivt. For å få et helhetlig bilde av boliggygjøringen, bør derfor dekningen av trygde- og aldersboligene også være med. Vi skal kort oppsummere:

Tre av ti kommuner hadde *nedgang* i dekningen av trygdeboliger. De øvrige hadde *økning* i dekningen. Omtrent tre av ti hadde en *kraftig økning*.

En interessant kobling er kombinasjonen av boligene og årsverkene i hjemmetjenesten. Det viser seg at fire av ti kommuner (42 prosent) hadde økning i dekningen av begge, mens en av syv (14 prosent) hadde nedgang i begge.

Som vi har vært inne på foran, kan bruken av trygde- og aldersboligene være forskjellige i ulike kommuner. For noen kan de være et viktig alternativ i et bredere spektrum av tjenester og tiltak som kommunen kan velge mellom alt etter de behov som skal dekkes. Mens for andre har de kanskje bare betydning som en *boform* for eldre som mangler bolig, uten at behovet for service er noe vesentlig element i behovsvurderingen. Hvis bruken av boligene er forskjellig, og vi ikke vet

i hvilke kommuner de brukes på hvilken måte, vil en sammenkobling av årsverkinnsatsen og boligene ikke gi samme mening i forskjellige kommuner.

6.4 "Boliggjort" eller "institusjonstung"?

Det er gode grunner for å hevde at på nasjonalt nivå er eldreomsorgen i Norge "institusjonstung". En har ikke tatt noe radikalt skritt i retning av "avinstitusjonalisering" (Romøren, 1994), og sammenlignet med Danmark, ligger vi langt tilbake i dekningen av omsorgsboliger (Daatland, 1994). Men de forskjellige kommunene går sine egne veier i dette, og vi skal her prøve å tallfeste hvor mange og hvilke som går i hvilken retning. Dette er en alternativ måte å gruppere kommunene på til den utplukkingen av yttergruppene som ble gjort i avsnitt 4.2 foran. Da sorterte vi ut yttergruppene med hensyn til dekning i årsverk i institusjonstjeneseter og hjemmetjenester i 1993. Denne gangen tar vi med både at de ligger høyt i dekning i tjenestene i 1993, og at de har endret seg i en bestemt retning årene 1989 til 1993.

Vi vil dele inn kommunene etter til hvilken grad de har *har stor innsats*, eller om de har hatt en *markert økning* i dekningen av hjemmetjenestene. På den andre siden skal vi se etter om de *har stor innsats* eller *markert økning* i dekningen av institusjonstjenestene. Dette er den samme inndelingen vi gjorde innledningsvis, men med den tilføyelsen at vi nå tar med om de har utviklet seg i løpet av de fire siste årene i retning av mer boliggyøring, eller i retning av å blitt mer institusjonsorientert.

"Boliggjorte" kommuner skilles ut på følgende måte:

- de har enten vekst i dekningen i hjemmetjenester¹⁷ 1989-1993 på minst 15 årsverk og er samtidig blant den øvre halvdel i dekningen av årsverk i hjemmetjenestene i 1993, eller
- er blant de 30 prosent av kommunene med høyest dekning i hjemmetjenester i 1993.

"Institusjonstunge" kommuner skilles ut på følgende måte:

- de har vekst i dekningen av årsverk i institusjoner 1989-1993 på minst 15 årsverk, og er samtidig blant den øvre halvdel av kommunene i dekningstallet, eller
- er blant de 30 prosent av kommunene med høyest dekning i institusjonstjenester i 1993.

Noen kommuner fyller kriteriene for både å være "boliggjorte" og "institusjonstunge". Vi holder disse i en egen gruppe. Resultatet av denne inndelingen av kommunene i 1993 er i tabell 6.4 på neste side.

¹⁷ Her er brukt korrigerede tall for hjemmetjenestene, som for øvrig i hele kapittel 6.

Tabell 6.4

"Boliggjorte" og "institusjonstunge" kommuner i 1993, og gjennomsnittlig total inntekt pr innbygger (i 1992)

	Boliggjorte	Boliggjorte og inst.tunge	Institusjonstunge	Øvrige	Alle
Antall kommuner	93	57	90	199	439
Prosentfordelt	21%	13%	21%	45%	100%
Inntekt 1992	25.760	39.307	33.440	24.742	28.632*)

*) Gjennomsnitt med kommunene som enhet: kr 28 632. Samlet for landet, medregnet Oslo, er kr 26 249.

Vi har funnet at en god tredjedel (21 pluss 13 prosent) av kommunene i 1993 har markert seg i klar tendens med høy eller høyere boliggjøring. En femtedel (21 prosent) er markert "institusjonstunge". Til sist er 45 prosent ikke plassert etter disse kriteriene, dvs. de er verken utpreget "boliggjorte" eller har stor innsats i institusjonstjenestene. Alt er målt i dekningstall pr 1 000 personer på minst 67 år.

De tre gruppene har prioritert tjenestene ulikt, noe som for en del henger sammen med deres inntekter. I gjennomsnittet har de "boliggjorte" kommunene opp mot kr 26 000 i totale inntekter pr innbygger (1992), mens de "institusjonstunge" har kr 33 400. De som er både/og, ligger naturlig nok høyest med kr 39 300. De øvrige har kr 24 700.

Det er interessant å legge merke til at den første gruppen, de "boliggjorte", ligger under gjennomsnittet i inntekt pr. innbygger. I utgangspunktet vil vi plassere denne gruppen som den som kanskje utnytter ressursene best i pakt med målsettingene for eldreomsorgen. De har altså økt innsatsen betraktelig i hjemmetjenestene de siste fire årene, eller de ligger høyt. De utgjør tydeligvis en gruppe som er forskjellig fra de rikeste kommuner som har mye av både institusjonstjenester og hjemmetjenester.

I den siste gruppen, de uplasserte ("øvrige" i tabellen), vil det også kunne finnes mange som har beveget seg i den ene eller andre retningen, men de har ikke gjort det i så utpreget grad at de har kommet med i yttergruppene. I og med at vi bare måler ressursinnsats i forhold til et så grovt mål på behov som årsverk i forhold til befolkningen over 66 år, og slett ikke tjenestenes kvalitet, nøler vi med å nyansere bildet mer.

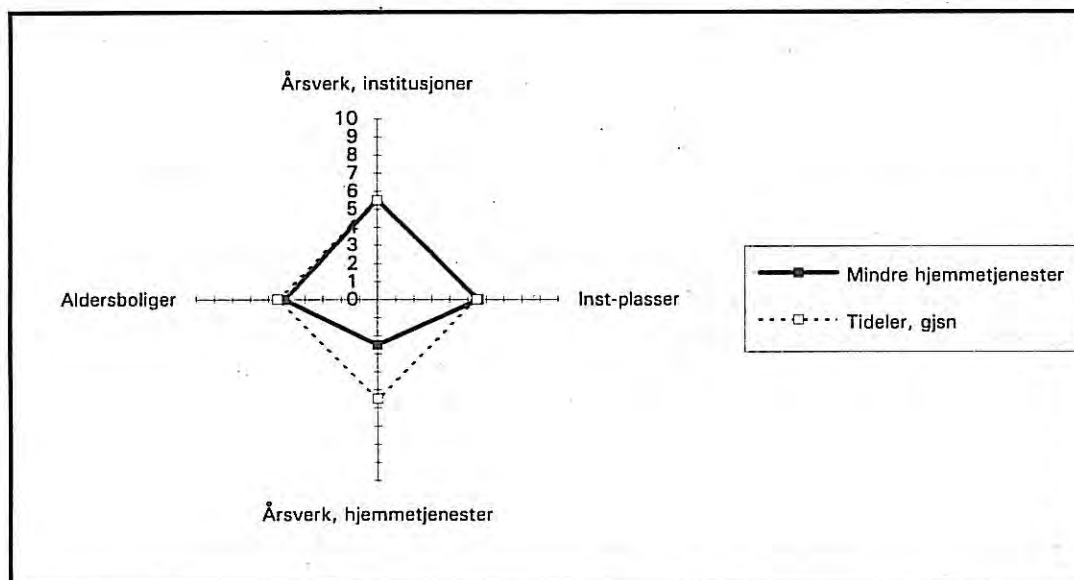
Kommuner med mindre hjemmetjenester i 1993

Foran viste vi at fire av ti kommuner hadde nedgang i dekningstallene for hjemmetjenestene i perioden (tabell 6.3). Dessuten lå 30 prosent av kommunene med få årsverk i hjemmetjenestene i 1993: under 27,5 årsverk pr 1 000 eldre mot et gjennomsnitt på 39,5. Vi velger å definere en minusgruppe av kommunene som de med nedgang i dekingen av hjemmetjenestene (korrigerte) fra 1989, samtidig som de i 1993 hadde lå blant de 30 prosent laveste i dekningstallet i hjemmetjenestene.

Disse kommunene er selvsagt ikke "boliggjorte" i og med at de ligger så lavt og har hatt nedgang i hjemmetjenestene. Men noen av dem er "institusjonstunge". I alt dreier det seg om 168 kommu-

ner i 1993, eller 38 prosent av kommunene. De fleste, 111 av dem, er blant kategorien "øvrige" kommuner i tabell 6.4 foran. Men 57 av dem er samtidig "institusjonstunge". De fleste, kanskje alle disse, vil sannsynligvis ha problemer med å yte tilstrekkelig service i en situasjon hvor de skulle betjene et antall omsorgsboliger.

I og med at en del av dem har stor innsats i institusjoner, vil deres omsorgsprofil i gjennomsnittet for de 168 kommunene være omkring middels i skalaverdi for institusjonstiltakene, men lavt i hjemmetjenestene. Se figuren.

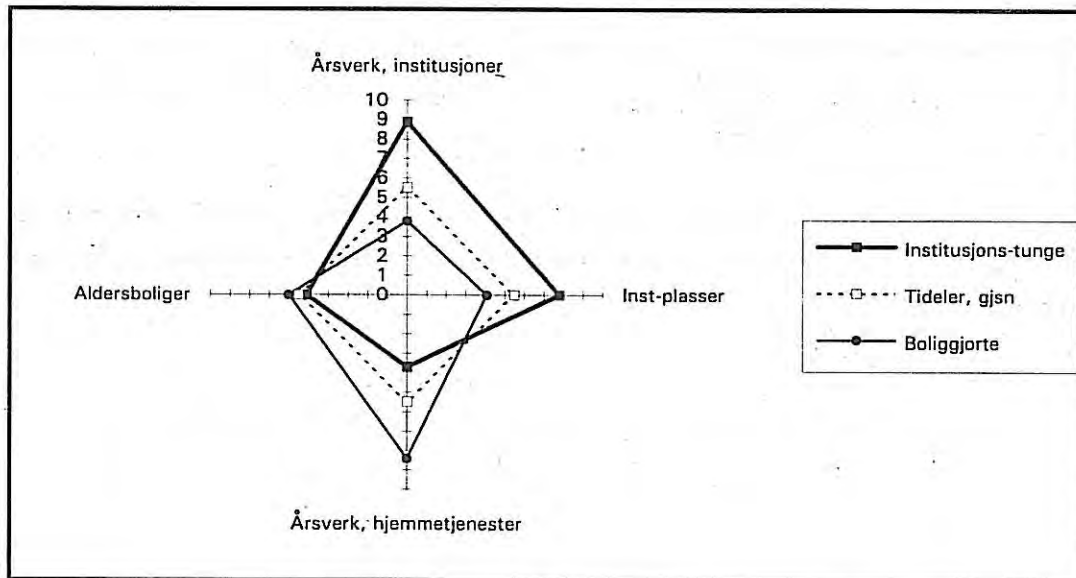


Figur 6.1

Omsorgsprofil for kommunene i 1993: Alle kommuner (439) med gjennomsnittlige ti-deler, og kommuner med mindre hjemmetjenester i 1993 enn i 1989 (dekningstall av korrigerte hjemmetjenester, 168 kommuner).

Forklaring på skalaene, se teksten og figur 4.3

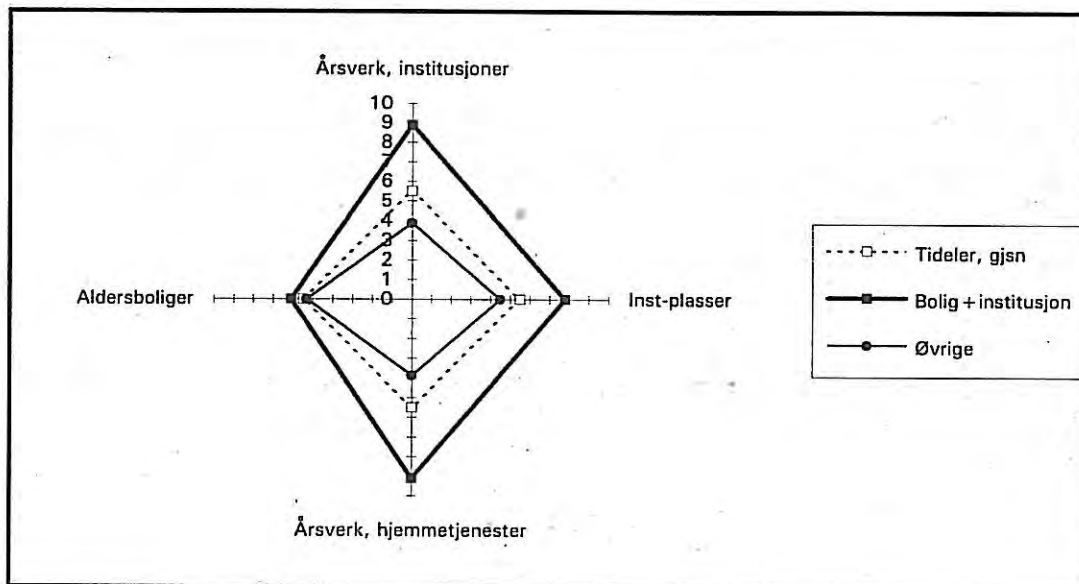
Vi må ta det forbeholdet at vi har korrigert SSBs tall for hjemmetjenester ut fra HVPU-reformen, og den teoretiske beregningen kan inneholde feilmarginer som viser en dårligere dekning enn enkelte kommuner har i virkeligheten.



Figur 6.2.

Omsorgsprofil for kommunene i 1993: Alle kommuner (439) med gjennomsnittlige ti-deler, "boliggjorte" kommuner (93), og "institusjonstunge" (90).

Forklaring på skalaene, se teksten og figur 4.3



Figur 6.3

Omsorgsprofil for kommunene i 1993: Alle kommuner (439) med gjennomsnittlige ti-deler, "institusjonstunge" kommuner som samtidig er "boliggjorte" (57), og øvrige kommuner (199) som hverken er "institusjonstunge" eller "boliggjorte".

Forklaring på skalaene, se teksten og figur 4.3

Store og små kommuner

Forskjellen mellom store og små kommuner er først og fremst at de mindre i høyere grad markerer seg *enten* som boligjorte *eller* som institusjonstunge. Se neste tabell.

Tabell 6.5

"Boliggjorte" og "institusjonstunge" kommuner etter størrelse, 1993. Prosentfordelt i hver størrelses-gruppe

Kommune-størrelse: Innbyggertall pr 31.12.93	Boliggjorte	Boliggjorte og inst.tunge	Institusjons- tunge	Øvrige	Alle	Antall kommuner
u/ 2000	10	30	44	16	100	91
2-4999	21	12	21	45	99	155
5-9999	28	9	12	52	101	93
10-19999	26	3	10	61	100	61
20-49999	23	3	-	74	100	31
50-99999	50	-	-	50	100	4
100000+	-	-	-	100	100	4
Alle	21	13	21	45	100	439
Antall kommuner	93	57	90	199	439	

Tabellen viser de "institusjonstunge" kommunene øker jevnt i andel når kommunestørrelsen går ned. Ingen av kommunene med innbyggertall over 20 000 er tunge i dekningen av årsverk i institusjoner eller har hatt noen økning som tilsvarende økt dekning på 15 årsverk i institusjonstjenester.

Først og fremst blant *de små kommunene er det mange som er "institusjonstunge" og samtidig mange som er "boliggjorte"*. Som vi har sett foran i kapittel 5, er dekningen i årsverk i institusjoner den delen av eldreomsorgen som varierer mest direkte med kommuneinntekten. Det er derfor naturlig at disse både/og-kommunene er de rikeste. Den største kommunen i denne gruppen med 20 000 til 49 999 innbyggere er Bodø. Bodø hadde i 1992 totale inntekter pr innbygger på kr 21 870 som er lavt og utypisk for denne gruppen med et gjennomsnitt på kr 39 300. Vi antar at kommunen har prioritert eldreomsorgen høyt i forhold til andre utgifter. Tallene for dekningen i årsverk viser at kommunen har økt dekningen både i institusjoner og hjemmetjenestene med over 15 årsverk fra 1989 til 1993, og dessuten ligger blant de øvre 30 prosent av alle kommunene i dekningen i hjemmetjenestene.

Bortsett fra i de minste og aller største kommunene er en god fjerdedel av dem "boliggjorte". Få av de mellomstore kommunene, og ingen av de store, er "institusjonstunge".

Konklusjonen blir at "boliggjøring" skjer i 30 – 40 prosent av kommunene i alle størrelser (bortsett fra de fire største byene). Det er det først og fremst i de små kommunene at de "institusjonstunge" finnes, dvs de som enten har en markert økning i innsatsen i tjenestene i institusjonene 1989–1993, eller ligger høyt i disse i 1993.

6.5 Samlet vekst i tjenestene og kommunestørrelse

Kommunestørrelse ser ut til å spille en viss rolle for om dekingen samlet for tjenestene i institusjonen og hjemmetjenestene har økt eller minsket. De aller minste kommunene har langt oftere hatt høy vekst i sammenlagte årsverk for institusjons- og hjemmetjenestene. Men samtidig er det en stor andel av de minste kommunene som har hatt nedgang: Dvs. at spredningen er størst blant de minste kommunene.

Det gir god mening å slå sammen dekingstallene både for institusjonstjenestene og hjemmetjenestene. Dette blir et mål på "total vekst", som er et grovt mål, men gir et generelt bilde av samlet omsorg. Vi har brukt de korrigerede tallene for hjemmetjenestene.

Tabell 6.6

Kommuner med vekst eller nedgang i totale årsverkdekning, korrigerede*), i institusjoner og hjemmetjenester samlet 1989–1993. Prosent

Kommune- størrelse: Innbyggertall pr 31.12.93	Nedgang i årsverk pr 1000 over 66 år	Vekst + 0 - 19,9 årsverk pr 1000 over 66 år	Vekst minst 20 årsverk pr 1000 over 66 år	Sum prosent	Antall kommuner
u/ 2000	34	39	27	100	91
2-4999	35	52	13	100	155
5-9999	39	50	11	100	93
10-19999	39	53	8	100	61
20-49999	55	35	10	100	31
50-99999	50	50	-	100	4
100000+	-	100		100	4
Alle	38	48	14	100	439

*) Korrigerede hjemmetjenestene pga. HVPU-tjenester, se avns. 6.3

Ut fra tabellen får en et klart inntrykk av at kommunene under 2 000 innbyggere kan skilles markert i to motsatte grupper som enten har nedgang i total vekst, eller har en stor økning på minst 20 årsverk. Foran i tabell 6.5 så vi at først og fremst de små kommunene enten var "boliggjorte" eller "institusjonstunge". Begge tabellene viser at småkommunene er mest ulike i eldreomsorgen.

Sørensen (1992) angir tre hovedforklaringer på at forskjellene er større for kommunene med lavt folketall. For det første er det større spredning i behovene hos disse, noe som henger sammen med befolkningssammensetningen. For det andre er det også større variasjoner mellom de små kommunene i skatteinntekter, og andre forhold som er med på å gi kommunene inntekter. For det tredje kan det være større spredning i prioriteringene av hva pengene skal brukes til i de små kommunene, som kanskje henger sammen med større spredning i det partipolitiske styrkeforholdet i kommunestyret. Med å kontrollere for befolkningssammensetningen, fant han forskjeller i totalt forbruk etter kommunestørrelse, særlig for undersvingssektoren, og noe mindre for helse- og sosialsektoren hvor eldreomsorgen inngår.

6.6 Utjevning mellom 1989 og 1993?

I dette avsnittet viser vi at det sannsynligvis er blitt større forskjeller mellom kommunene i dekingen av hjemmetjenestene. Betydningen av dette kan være at mulighetene for å oppnå god service for de som bor i egen bolig, eventuelt omsorgsbolig, har blitt større alt etter hvilken kommune en bor i.

Innledningsvis viser vi til artikkelen om utvikling av kommunal ulikhet i perioden 1965 til 1989 (Sørensen 1992). Denne artikkelen handler om spredningen i kommunenes totale utgifter i perioden, målt pr innbygger. Forskjellene mellom kommunene økte fra 1975 til midten av 1980-tallet. Forskjellene dreide seg om de samlede utgifter og det totale tjenestetilbudet i kommunene målt ved et generelt spredningsmål¹⁸ og vist samlet for alle sektorene i kommunene. En oppdeling av utgiftene for de forskjellige sektorene, som undervisning og helse og omsorg og andre, ga ulike resultater for de forskjellige sektorene. I perioden 1980 til 1989 var imidlertid ulikhetene i skolesektoren forholdsvis stabile mellom kommunene, og i helse og sosialsektoren ble ulikhetene noe redusert. Når det ble korrigert for kommunestørrelse, viste de små kommunene noe større spredning av utgiftene i helse- og sosialsektoren enn de større, men ikke noen økning i forskjellene fra 1980 til 1989.

Likevel synes ulikhetene å være systematisk skjevfordelt: Kommuner med økt innsats på ett område har også økt innsats på de andre sektorene. Denne utviklingen foregikk særlig fram til innpå 1980-tallet. Det er altså økt ulikhet over lengre tid, men ikke etter midten av 1980-tallet, og særlig ikke innenfor helse- og sosialsektoren som omfatter eldreomsorg.

Som et utgangspunkt ventet vi ikke at det har skjedd stor økning i ulikheten mellom kommuner i omsorgstjenestene. Men dette stemmer ikke når vi måler tjenestene med de målene vi har benyttet for perioden 1989 til 1993. Et forbehold må vi imidlertid ta når det gjelder kvaliteten av dataene. Innsamlingen av opplysningene om hjemmetjenestene i kommunene var noe annerledes i 1989 enn i 1993, og kommunene i 1993 kan ha hatt forskjellig praksis for hva de inkluderte i hjemmetjenestene. Korrigeringen for innsatsen av hjemmetjenester for psykisk utviklingshemmede kan ha blitt feil for kommuner som eventuelt allerede holdt dette utenom hva de har rapportert inn til SSB. Dette kan ha innvirket på spredningen. Tross dette forbeholdet er spredningen i 1993 likevel så stor at vi mener det må ha skjedd en økning av forskjellene siden 1989.

Tabell 6.7

Spredningen i kommunene i dekingstall eldreomsorgstiltak i 1989 og 1993

Type tjeneste	CV 1989	CV 1993	CV 1993, 21 ekstremverdier utelatt
Årsverk i institusjoner pr 1000 o/66 år	41%	40%	-
Årsverk i hjemmetjenestene*) pr 1000 o/66 år	35%	69%	54%
Institusjonsplasser pr 1000 o/66 år	33%	37%	-
Trygde- og aldbol. pr 1000 o/66 år	71%	63%	-

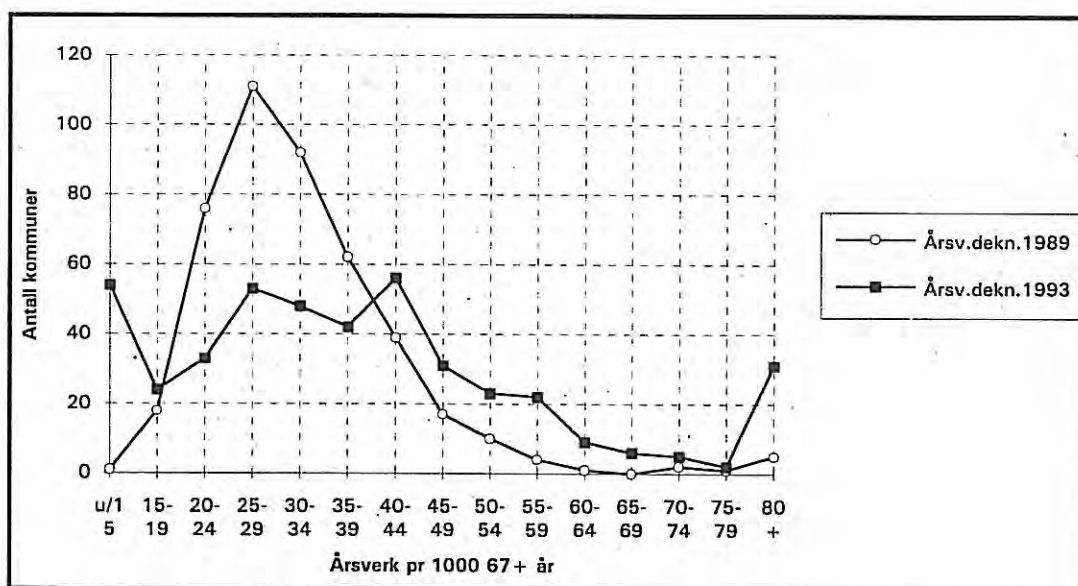
CV = Variasjonskoeffisienten, som er standardavviket i prosent av gjennomsnittet (mean). Den er følsom for ekstreme verdier. I siste kolonne er holdt utenom 21 kommuner med ekstreme verdier for hjemmetjenestene

*) Korrigerte tall for hjemmetjenestene, se avsnitt 6.3

¹⁸Variasjonskoeffisienten som er standardavviket i prosent av aritmetisk gjennomsnitt for totale driftsutgifter for alle kommunene hver år.

Målt med variasjonskoeffisienten økte spredningen i årsverk i hjemmetjenesten i perioden. Standardavviket økte fra å være 35 prosent av gjennomsnittstallet for kommunene til 69 prosent, alternativt 54 prosent, i 1993. Opprinnelig fant vi stor økning i spredningen også da vi brukte ikke korrigerede tall for hjemmetjenestene i 1993, nemlig på 62 prosent. Men selv etter en korrigering på teoretisk grunnlag for HVPU-reformen, og med fjerning av 21 ekstreme verdier fra dataene, er spredningen stor i forhold til 1989. (Vi må utelukke hele 100 kommuner med lave eller høye verdier for å komme ned på samme spredningstall som i 1989).

Den økte spredningen kan også vises i en figur hvor vi har plottet inn dekningen i årsverk i 5-årsintervaller for hvert av årene.



Figur 6.4
Dekningen i årsverk i hjemmetjenestene 1989 og 1993. Korrigeret for 1993 etter HVPU-reformen

Figuren viser en langt mer utspredd figur i antall årsverk i 1993. I 1989 var det nesten ingen kommuner som hadde under 15 årsverk, og svært få fra 60 og over. Årsverkene toppet seg rundt 30. Mens i 1993 var det over 50 kommuner som hadde under 15 årverk pr 1 000 personer 67 år og over, og en god del over 60 årsverk. Forskjellen i spredning skyldes ikke at årsverkene er korrigerede, fordi bildet er stort sett det samme når årsverkene ikke er korrigerede for 1993. Når vi kutter ut 21 kommuner med ekstreme verdier, blir likevel bildet i hovedsak det samme.

Ulikheten i dekningen av institusjonsplasser økte også med økning i variasjonskoeffisienten fra 33 % til 37 %. Dette er imidlertid forholdsvis lite.

Spredningen i dekningen av trygde- og aldersboliger har minsket fra 71 prosent til 63 prosent. De kommunene som hadde dårligere dekning enn andre i 1989, har økt sin dekning mer enn andre, og ulikheten i dekningen har derfor gått noe ned.

Dekningstallene for årsverkene i institusjoner har ikke endret seg særlig samtidig som det er blitt større spredning i dekning av institusjonsplasser. Det kan bety at kommunene har gjort tilpasnin-

ger i bemanningen i institusjonene slik at de økte forskjeller i antall plasser ikke har ført til tilsvarende forskjeller i arbeidsinnsatsen.

6.7 Oppsummering

Samlet for landet har det vært en *økning i årsverkene* fra 1989 til 1993 både i hjemmetjenestene og i institusjonene. Dekningen pr 1000 eldre (over 66 år) har også økt noe, selv når hjemmetjenestene er fratrukket et beregnet antall årsverk som går til psykisk utviklingshemmede. Det er også bedre dekning av trygde- og aldersboliger. Fire av ti kommuner hadde bedre dekning i 1993 av både trygdeboliger og hjemmetjenester, mens en av syv (14 prosent) hadde nedgang.

En kombinasjon av utviklingstendensen i kommunene med hensyn til økningen i hjemmetjenestene, og hvor god dekning de har i 1993, gir et mål på hvor langt de er kommet i "boliggjøring" av eldreomsorgen. *En tredjedel av dem (34 prosent) var mer "boliggjort"*.

På den andre siden var nesten *fire av ti kommuner (38 prosent) i en situasjon hvor dekningen i hjemmetjenester siden 1989 hadde gått ned, og de lå lavt i 1993.*

Økningen av dekningen i institusjonstjenester og høyt nivå i 1993 er kombinert til å vise om kommunene er "institusjonstunge". *En femtedel (21 prosent) var "institusjonstunge" i 1993.* Til sammen er 55 prosent kategorisert i den ene eller andre retningen.

En del (13 prosent) av de "boliggjorte" har samtidig høy dekning av institusjonstjenester. Dette er de rikeste kommunene, som har både høye andeler boligtjenester og institusjonstjenester.

Utviklingsretningen varierer med kommunestørrelse. Først og fremst blant de små kommunene er det mange som er "institusjonstunge" og samtidig mange som er "boliggjorte". De store kommunene har få som er store institusjonsbrukere i forhold til eldrebefolkningen. Blant de mellomstore er det gjerne fire av ti som er "boliggjorte". De med nedgang i hjemmetjenestene, varierer ikke særlig i andel etter kommunestørrelse.

I løpet av de siste årene har det sannsynligvis blitt *større forskjeller mellom kommunene i innsatsen for eldre i hjemmetjenestene.* Opplysningene om årsverk i hjemmetjenestene er korrigert for innsats for psykisk utviklingshemmede. Det kan likevel være noe usikkerhet omkring hva de oppgitte tallene for kommunene dekker av hjemmetjenester for eldre. Men selv med utelatelse av kommuner med ekstreme verdier, er spredningen i 1993 markert større enn i 1989. Samtidig som det skjer en økt grad av boliggjøring i endel kommuner, ser det ut som andre saker akterut i innsatsen i hjemmetjenestene. Fire av ti hadde lavere dekning i 1993 enn i 1989, og de fleste av disse lå lavt i dekning i hjemmetjenester i 1993. Dette har, og kan etter hvert få, betydning for hvor godt eldreomsorgen fungerer i et stort antall kommuner, fordi økt bygging av omsorgsboliger for eldre krever mer hjemmetjenester.

Vektlegging på dreining i retning av høyere grad av "boliggjøring" må ikke fortrenge belysning av problemet med at mange kommuner har lav dekning av institusjonsplasser. I 55 prosent av kommunene er dekningen i forhold til de som har passert 80 år under 80 prosent av en (teoretisk) beregnet full dekning av plasser. Nedgangen av dekningen har vært betydelig siden 1989, og

fylkeslegene rapporterte mangel på plasser i de fleste fylkene i 1992. Den nye låne- og tilskuddsordningen skal også benyttes til nye institusjonsplasser. Dette gir en mulighet til å starte med oppretting av mangel på plasser i pakt med Regjeringens målsetting om å opprettholde deknningen (Langtidsprogrammet 1994-1997, side 280). Slik tendensen har vært de siste årene fram mot 1994, har mange kommuner fjernet seg fra en slik målsetting i stedet for å komme nærmere.

7. Kommuner med nye omsorgsboliger

7.1 Innledning

Den store variasjonen mellom kommunene i tiltakene i eldreomsorgen, gjør virkningen av den nye låne- og tilskuddsordningen ulik i forskjellige kommuner. I dette kapittelet skal vi først og fremst se på hvilke kommuner som allerede i 1994 tok initiativ til bygging av boliger eller nye sykehjemsplasser. Både nye boliger og plasser drar med seg, eller bør dra med seg, økt service. Dette er imidlertid ikke analysert siden vi foreløpig ikke har tilgjengelig statistikk om hva som har skjedd med tjenestene etter 1993. Men vi vet hvorledes kommunene lå an i 1993, og deres historie de nærmeste årene forut. Dette gir grunnlag for å stille gode spørsmål, og til en viss grad allerede nå å trekke noen konklusjoner.

Interessen for å benytte Husbankens nye låne- og tilskuddsordning til nye omsorgsboliger eller sykehjemsplasser var stor det første året. I alt benyttet 144 kommuner seg av ordningen i 1994, altså hver tredje kommune.

7.2 Antallet første året

Til sammen søkte de om tilskudd eller lån til 1899 nye tilrettelagte boliger og 573 nye sykehjemsplasser. Av boligene var 74 prosent selvstendige boliger (1 413), 19 prosent boliger i bofellesskap med privatareal minst 40 m², og 7 prosent boliger i bokollektiv (med noe mindre privatareal). (15 kommuner har ikke spesifiserte botyper pr. medio februar.)

126 kommuner med flere boliger

Boligene her er først og fremst selvstendige boliger utover boliger i bofellesskap eller bokollektiver. De fleste selvstendige boligene har et areal på over 55 m². De er med andre ord større enn boligene i bofellesskap hvor hovedtyngden har et privatareal på mellom 40 og 54 m². De få boligene i bokollektivene har et privatareal på 20 – 39 m² (Christophersen, 1995).

Tabell 7.1

Kommuner etter igangsatte omsorgsboliger (selvstendige boliger, boliger i bofellesskap eller bokollektiv), og etter igangsatte nye sykehjemsplasser i 1994.

Kilde: Husbanken og Byggforsk 1995

Boliger/sykehjemsplasser igangsatt	Nye omsorgsboliger		Nye sykehjemsplasser	
	Kommuner, antall	Prosent	Kommuner, antall	Prosent
0	328	75	399	91
1 - 9	44	10	22	5
10-19	36	8	8	2
20-49	24	6	9	2
50-64	6	1	1	0,2
115	1	0,2	-	-
Sum kommuner*	439	100	439	100

*Det er brukt kommunetallet for 1993. I 1994 omfatter Fredrikstad fire andre kommuner slik at antall kommuner i 1994 er 435

Foreløpige data over boligene viser at 111 kommuner (15 med uoppgett type tiltak) hadde igangsatt boliger i 1994. En kommune, Bergen, bygde 115 boliger, og 44 under 10 boliger. Resten igangsatte eller bygde mellom 10 og 64 boliger. Tjueto av de 111 kommunene bygde både boliger og plasser i sykehjem, så 89 hadde bare bygd boliger.

Førti kommuner igangsatte bygging av nye sykehjemsplasser. Av disse hadde 22 kommuner både igangsatt sykehjemsplasser og boliger, så det er bare 18 kommuner som *bare* hadde bygd sykehjemsplasser

Tallene er foreløpige, 15 kommuner har fått lån eller tilskudd, men er ikke ført inn i statistikken med antall boliger eller plasser.

Behovene som kommunene rapporterte i 1994, er neppe dekket selv med denne store innsatsen det første året. Som svar på et spørreskjema i april 1994, ville kommunene bygge omtrent dobbelt så mange boliger og plasser det første året som det en rakk å realisere (Ribe 1994). Det forventes derfor at i 1995 vil aktiviteten bli omtrent like stor, eventuelt noe større. Og Stortinget har bevilget et større beløp for 1995 enn for 1994 til dette formålet, 267 millioner kroner mot 243 i 1994.

7.3 Øking av serviceboliger

At de selvstendige boligene i så høy grad dominerte, betyr at vi vil forvente en høy grad av "boliggjøring" som effekt av denne nysatsingen. I den offisielle statistikken eksisterte det bare 1 600 serviceboliger i 1993. Selv om tallet hadde vokst betydelig fra 1991, er dette lavt. SSB definerer serviceboliger som "kommunale boliger med heldøgns service". Omsorgsboliger vil kunne gå under samme definisjon, og det samlede antallet serviceboliger og omsorgsboliger vil da ha steget til over 3 000 selvstendige boliger etter at de nye som er planlagt i 1994, er ferdigstillet. I tillegg kommer ca 490 boliger av typen fellesboliger og bokollektiv. Økningen har dermed vært langt over 100 prosent fra 1993 til 1994.

Tar vi hensyn til at serviceboliger kan defineres som boliger med "omsorg og hjelp utover det som vanligvis gis til eldre i vanlige boliger og trygdeboliger" (Lauvli 1991), er økningen ikke fullt så radikal. Men den innebærer likevel en økning fra ca 5 000 - 6 000 serviceboliger før 1994 til omkring 7 000 - 8 000 på ett år. Dette er mye.

Mye vil ha mer

De som allerede hadde serviceboliger, og erfart behovet for dem, og ville kanskje i høyere grad bygge ut flere. På den andre siden vet de hva dette koster av service, og vil derfor nøle mer med å sette i gang med flere nye. Hva er tilfelle?

Det viser seg at her er en entydig sammenheng: De som har serviceboliger fra før, har i høyest grad startet med nye omsorgsboliger. Dessuten er det en sammenheng på den måten at kommunene med *flest* serviceboliger fra før, oftere har bygd nye.

Tabell 7.2

Kommuner med eller uten serviceboliger og etter aktivitet mht nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kilde: Husbanken og Byggforsk 1995

Satt i gang i 1994 av omsorgsboliger/sykehjemsplasser, prosent:

Hadde før 1994:	Intet	Kun boliger	Boliger og sykehj.plass	Kun sykehj.pl.	Uoppgitt boligtype	Sum prosent	Antall kommuner
Hadde ingen serviceboliger	69	19	5	4	4	101	388
Hadde 1-9 serv.bol.	67	33	-	-	-	100	6
10-19 servicebolig.	60	30	5	5	-	100	20
20-29 servicebol.	50	30	20	-	-	100	10
Minst 30 serv.bol.	47	33	7	7	7	101	15
Alle kommuner	67	33	7	7	7	100	439

Tolkningen av dette er at når de først har organisert sin eldreomsorg og service i "boliggjort" retning, er en mer tilbøyelig til å fortsette med videre utbygging. Av de 35 kommunene som hadde 20 eller flere serviceboliger i 1993, hadde 50-53 prosent satt i gang med omsorgsboliger, eventuelt sykehjemsplasser i 1994. Tross det lille antallet kommuner i hver gruppe kan vi uttale oss relativt sikkert siden dette ikke er en utvalgsundersøkelse, men en telling av hva som er skjedd i samtlige kommuner.

Men det er også ganske mange kommuner uten serviceboliger som har bygd nye omsboliger. De 19 prosent pluss 5 prosent (1. linje i tabellen) av de som ikke hadde serviceboliger tidligere, utgjør hele 91 kommuner, og disse har også igangsatt omsorgsboliger i 1994.

Alt dette betyr imidlertid at omsboligene innebærer et merkbart skritt i retningen av større boligbygging, og bidratt til "oppfylling av midten av omsorgspyramiden", for å bruke Nygårds og Hansviks språkbruk (1986), se pkt. 1.3 foran.

Boliggjort eller institusjonstung

Er de kommunene som har startet med selvstendige boliger, blant de som allerede er i gang med boliggyøring av sin eldreomsorg? Eller er de kommuner som ikke tidligere har utmerket seg med slike tendenser?

Tabell 7.3

Kommuner i grupper etter grad av "boliggjoring" og etter aktivitet mht nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kilde: Husbanken og Byggforsk 1995

Satt i gang i 1994 av omsorgsboliger/sykehjemsplasser, prosent:

	Intet	Kun boliger	Boliger og sykehj.plass	Kun sykehj.pl.	Uoppgitt boligtype	Sum prosent	Antall kommuner
"Boliggjort"	59	24	7	7	3	100	93
Bol.gj.+Inst-tung	76	14	5	5	-	100	57
"Inst.tung"	86	8	1	3	2	100	90
Øvrige	60	26	6	3	5	100	199
Alle kommuner	67	20	5	4	4	100	439

Det er to grupper som utmerker seg. For det første de som allerede i forveien var i gang med å styrke boligstjenestene i motsetning til institusjonstjenester, eller hadde høy aktivitet der i forveien (de "boliggjorte"). For det andre den store gruppen på hele 199 kommuner som ikke utmerket seg i noen bestemt retning, de "øvrige". Begge gruppene har forholdsvis mange som har satt i gang med omsorgsboliger i 1994.

Alle typer av kommuner har i noen grad satt i gang med omsorgsboliger. Men de som fra før hadde høy dekning av årsverk i institusjoner, eller hadde bevegde seg i den retningen i de senere årene, har i lavere grad gått inn med nye tiltak.

Blant de 199 "øvrige" kommunene vet vi det er mange som har gått i negativ retning med hensyn til boliggyøring. Noen av de "institusjonstunge" kommunene hadde også gått tilbake eller lå svært lavt i hjemmetjenestene. Disse ikke-boliggjorte¹⁹ kommunene er vist i tabell 7.4.

¹⁹ De ikke-boliggjorte kommunene omfatter "øvrige" i tabell 7.3 samt de "institusjonstunge" som har negangen i hjemmetjenestene.

Tabell 7.4

Kommuner i grupper etter grad av nedgang i hjemmetjenestene, og etter aktivitet mht. nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kilde: Husbanken og Byggforsk 1994

Satt i gang i 1994 av omsorgsboliger/sykehjemsplasser, prosent:

	Intet	Kun boliger	Boliger og sykehj.plass	Kun sykehj.pl.	Uoppgitt boligtype	Sum prosent	Antall kommuner
Ingen nedgang	67	21	5	5	2	100	218
Nedgang, og har svært lite hj.tj.	70	17	5	5	4	101	168
Nedgang, og har lite hjemmetjenest	60	26	6	-	8	100	53
Alle kommuner	67	20	5	4	4	100	439

Bare 30 prosent av dem med nedgang i hjemmetjenestene, eller de som lå lavt i 1993, har startet med omsorgsboliger. På dette punktet er resultatet som ventet. Men på et annet punkt er resultatet overraskende: Av disse tre gruppene er det de som har *moderat lite hjemmetjenester* som har flest med initiativ med hensyn til å bygge omsorgsboliger. Hele 40 prosent (32 prosent med selvstendige boliger) av dem har satt i gang med omsorgsboliger. Dette er litt vanskelig å tolke, sett i lys av det vi fant i forrige tabell. Der var de mest "boliggjorte" blant dem med størst aktivitet med nye omsorgsboliger, og her finner vi en gruppe med moderat lavt nivå i hjemmetjenestene og stor aktivitet med nye omsorgsboliger. Svaret må være at *både* de med større innsats i hjemmetjenestene og de med moderat lavt nivå i hjemmetjenestene, i noe høyere grad enn andre har satt i gang i 1994 med omsorgsboliger. I det første tilfellet kan forklaringen være at positive erfaringer med bruken av serviceboliger, eventuelt sammen med en "boliggjøringsideologi", har ført til mer utbygging. I det andre tilfellet kan forklaringen være at de nye låne- og tilskuddsordningene er oppfattet som økonomisk fordelaktig og gitt anledning til å forbedre en situasjon som ikke er ønsket. Hvorfor har så den store gruppen som ligger svært lavt i hjemmetjenestene og hatt nedgang, ikke like ofte bygd omsorgsboliger? En mulighet er at disse i høyere grad enn andre er "institusjonstunge" eller har en "omsorgskultur" som foretrekker institusjoner. Har de ikke personale nok til å kunne yte tilstrekkelig service i nye boliger? Dette vet vi ikke og har ikke noen andre holdepunkter for å ta stilling til.

Høy institusjonsaktivitet, færre med omsorgsboliger

Tidlig i rapporten inndelte vi kommunene i fire grupper etter aktiviteten med hensyn til hjemmetjenester og institusjonstjenester. Det viser seg at de som *ligger høyt* med hensyn til institusjonstjenester, har lavere andeler med oppstartning av omsorgsboliger. Dette bekrefter bildet fra tabell 7.3 hvor de "institusjonstunge" kommunene kom dårlig ut.

Størrelsen på kommunene

Det er de mellomstore og største kommunene som i høyest grad har startet med omsorgsboliger. Bare 12 % av de minste (med under 2 000 innbyggere) og 17 % av de nest minste (med 2 000 – 5 000) har tatt initiativ med omsorgsboliger i 1994, mens 40–50 % av de større har gjort det. Se tabell 7.5.

Tabell 7.5

Kommuner etter størrelse og etter aktivitet mht. nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser.

Kilde: Husbanken og Byggforsk 1995

Satt i gang i 1994 av omsorgsboliger/sykehjemsplasser, prosent

Kommune- størrelse:	Intet	Kun boliger	Boliger og sykehj.plass	Kun sykehj.pl.	Uoppgitt boligtype	Sum prosent	Antall kommuner
u/ 2000	88	6	2	2	2	100	91
2-4999	73	16	5	2	4	100	155
5-9999	58	29	3	8	2	100	93
10-19999	49	29	8	7	7	100	61
20-49999	58	32	7	-	3	100	31
50-99999	-	50	-	50	-	100	4
100000+	-	50	50	-	-	100	4
Alle	67	20	5	4	4	100	439
Antall kommuner	295	89	22	18	15		439

"Rike" eller "fattige" kommuner?

Er det de med store eller små totale driftsinntekter som første året startet med omsorgsboliger? En rask utregning av gjennomsnittsinntektene for gruppene viser at deres gjennomsnitt ligger lavere enn for de som ikke startet i 1994.

Tabell 7.6

Kommunenes totale driftsinntekter i 1992 etter aktivitet mht nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kilde: Husbanken, SSB og Byggforsk 1995

Satt i gang i 1994 av omsorgsboliger/sykehjemsplasser:

	Intet	Kun boliger	Boliger og sykehj.plass	Kun sykehj.pl.	Uoppgitt boligtype	Alle
Totale driftsinntekter 1992	30.018	25.526	27.327	25.753	25.163	28.632
Spredning, CV*	40%	21%	31%	19%	22%	37%
Antall kommuner	295	89	22	18	15	439

* Spredningsmålet er standardavviket i prosent av mean

Den gjennomgående noe lavere inntekten til de som har startet opp i 1994, støtter den nærliggende tanken at tilskuddet har hatt betydning som stimulering for å utvide omsorgstiltakene i kommunene. I direkte kontakt med noen få kommuner har vi fått inntrykk av at oppstartingsstilskuddet har bidratt til å kunne holde rimelige husleier i boligene, og at dette har vært et viktig moment (Barlindhaug og Gulbrandsen, 1994).

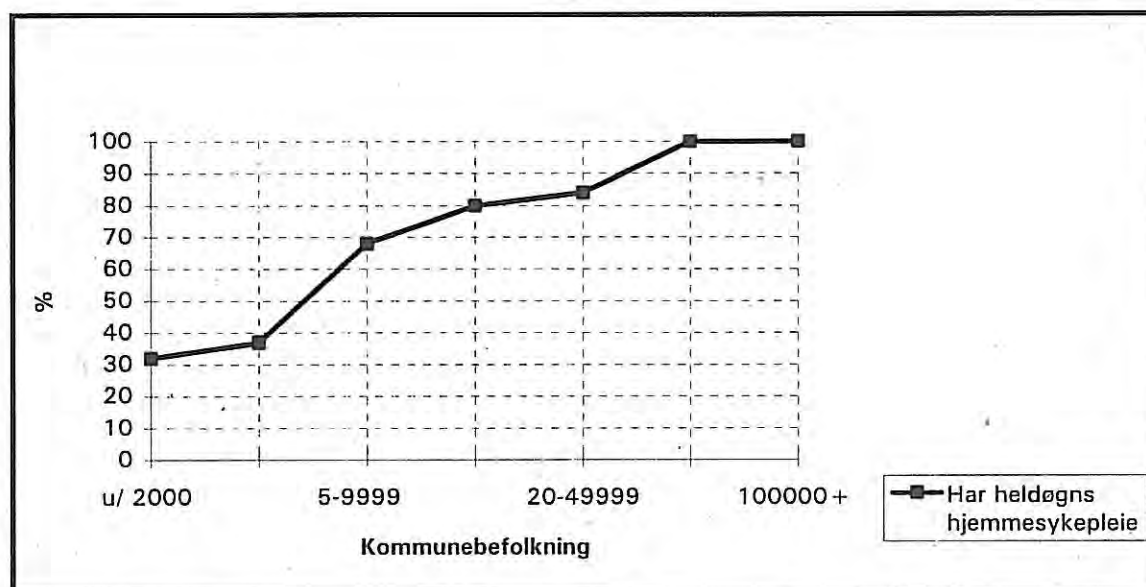
7.4 Heldøgns service

For å få tilskudd til omsorgsboliger, må kommunene gjøre et vedtak som bekrefter at kommunen har en heldøgns pleie- og omsorgstjeneste. Beboeren skal ha rimelig trygghet for å få tjenester ved behov. Personalet må være i rimelig nærhet til boligene og ha den faglige kompetansen som er nødvendig for å gi beboerne trygg pleie og tilsyn.

Formuleringene her er hentet nesten ordrett fra Husbankens retningslinjer (Husbanken 1994). Vi vil derfor ha ventet at alle kommunene som har igangsatt omsorgsboliger i 1994 har gjort slike vedtak. I informasjonen fra Sosial- og helsedepartementet er kommunene med hjemmesykepleie tilgjengelig hele døgnet listet opp (SHD, 1994). Tallene gjelder for årsskiftet 1993/1994. Ut fra denne informasjonen, hadde 30–40 prosent av kommunene som startet med omsorgsboliger i 1994, ikke slike vedtak i forveien. Det ble krevd at kommunene skulle opplyse om vedtakene i søknadene om tilskudd, og gjennomgang av saksmapper i Husbanken har vist eksempler på at en måtte etterspørre og purre kommunene etter slike vedtak i flere tilfeller. Konsekvensen av dette vil sannsynligvis være at mange kommuner som ikke hadde slik service i forveien, etter igangsettingen av nye omsorgsboliger vil øke sin service. Dette gjelder konkret 53 kommuner som med den nye tilskuddsordningen er blitt "inspirert" til å utvide sitt servicetilbud med heldøgns pleietilbud. De øvrige 88 kommunene (3 uoppgitt med hensyn til heldøgns pleie) av de nye initiativtakerne med omsorgsboliger i 1994, hadde alle allerede et slikt tilbud.

Heldøgns hjemmesykepleie økt i småkommunene i 1994

Jo større kommunene er, desto oftere har de heldøgns pleie tilgjengelig. Men for de store kan andre problemer som kapasiteten og geografisk plassering ha en del å si for tilgjengeligheten av tjenesten. På den andre siden er det et stort flertall på 61 – 66 prosent av de små kommunene med under 5 000 innbyggere som *ikke* hadde heldøgns hjemmesykepleie tilgjengelig ved årsskiftet 1993/94. Se figur 7.1.



Figur 7.1

Kommuner etter størrelse og etter om de har heldøgns hjemmesykepleie ultimo 1993

I den grad heldøgns pleie er viktig for å ha et fleksibelt tilbud av omsorgstiltak i kommunene, har de små kommunene ofte hatt en mangel på dette området. I alt er det 155 kommuner under 5 000 innbyggere som ikke hadde heldøgns hjemmesykepleie tilgjengelig ved utgangen av 1993.

Tabell 7.7

Små kommuner (under 5 000 innbyggere) etter tilgang på heldøgns hjemmesykepleie og søknad om tilskudd til omsorgsboliger i 1994. Kilde: Husbanken og Byggforsk 1995

	Hadde heldøgns hjemmesykepleie i 1993	Skal ha fått heldøgns hj.sykepleie i 1994	Hverken hadde eller har heldøgns hj.s.pleie	Sum
Antall kommuner	87	36	119	242*)
Prosentfordelt	36%	15%	49%	100%

*) 4 kommuner uoppgitt

Husbankens tilbud om tilskudd til omsorgsboliger har etter de nye reglene fått 36 av disse mindre kommunene til å forplikte seg til å skaffe heldøgns hjemmesykepleie. Dette må betraktes som en betydelig effekt av den nye ordningen. Prosentvis ser vi effekten i tabellen ovenfor. Den viser at andelen småkommuner (under 5 000 innbyggere) som skal ha fått heldøgns hjemmesykepleie, er økt i 1994 fra vel en tredjedel til halvparten med tilskuddsordningen. Dette er viktig å trekke fram fordi en generelt får det inntrykket at de små kommunene har vist minst interesse i 1994 for nye omsorgsboliger. Se tabell 7.5 foran som viser at det oftest er de store kommunene som har gått inn på ordningen i 1994.

Effekten på de større kommunene er mindre fordi de i forveien i større utstrekning allerede hadde hjemmesykepleie på heldøgnsbasis.

Heldøgns service hyppig i "boliggjorte" kommuner?

Vi finner en positiv sammenheng mellom de kommunene som er "boliggjorte"²⁰ og andelen som har heldøgns hjemmesykepleie. Mens 62 prosent av de "boliggjorte" har dette, har bare 36 prosent av de "institusjonstunge" det.

Som et uttrykk for den samme tendensen finner vi at hele 77 prosent av de kommunene som ligger blant de 30 prosent høyeste i dekningen av hjemmetjenester, men samtidig blant de laveste 30 prosentene med hensyn til dekning av institusjonstjenester, har heldøgns hjemmesykepleie.

²⁰ "Boliggjorte" er:

- de har enten vekst i dekningen i hjemmetjenester 1989-1993 på minst 15 årsverk og er samtidig blant den øvre halvdel i dekningen av årsverk i hjemmetjenestene i 1993, eller
- er blant de 30 prosent av kommunene med høyest dekning i hjemmetjenester i 1993.

Den diamentralt motsatte gruppen, som ligger høyt i institusjonstjenster, men lavt i hjemmetjenester, har bare 28 prosent med heldøgns hjemmesykepleie.

Dette kan tolkes som et uttrykk for at heldøgns hjemmesykepleie i endel kommuner kompenserer for lav sykehjemsdekning. Samtidig har kommunene med en slik tendens også høyere dekning i hjemmetjenestene enn vanlig. Disse kommunene burde dermed kvalifisere til å vurderes å ligge høyt i den vurderingsskalaen vi er tilbøyelig til å tenke oss, hvor det positive ytterpunktet har stor vektlegging på hjemmetjenester og samtidig godt utbygd pleieservice for de som bor utenfor institusjonene.

7.5 Nye sykehjemsplasser

I løpet av 1994 ble det bygd 573 sykehjemsplasser etter den nye ordningen. I landsmålestokk betyr dette at dekningen pr 100 personer over 79 år økte med en tredjedels plass (0,33 plasser). Dette er lite i forhold til at nedgangen i dette dekningsstallet for institusjonsplasser²¹ fra 1990 til 1992 var 0,7 plasser (SHD, 1994, s. 7), og fra 1992 til 1993 så mye som 0,8 plasser. De nye plassene skal være netto økning. Men samtidig kan det ha vært nedgang i andre kommuner som ikke har bygd nye plasser i 1994, slik at en alt i alt står igjen med nedgang på landsbasis også fra 1993 til 1994. Dette er snakk om dekningsstall, og siden antallet over 79 år øker med stort tempo og vil vokse med hele 18 000 flere personer fra 1995 til år 2000, er det sannsynlig at dekningsstallet fortsatt vil gå noe den hvis ikke den nye låne- og tilskuddsordningen endrer utviklingen markert.

Hva er skjedd konkret i 1994, hvilke kommuner bygde nye plasser?

Tabell 7.8

Kommunenes dekning av institusjonsplasser pr 100 personer over 79 år, og etter aktivitet mht nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kilde: Husbanken, SSB og Byggforsk 1995

Satt i gang i 1994 av omsorgsboliger/sykehjemsplasser:

Fulldekning pr 100 80+ år = 35,9 plasser	Intet	Kun boliger	Boliger og sykehj.plass	Kun sykehj.pl.	Uoppgitt boligtype	Sum prosent	Antall komm.
Under 60% av fulldekn.	54	23	6	10	7	100	72
Under 80% av fulldekn.	69	19	6	3	3	100	171
80-99% av fulldekning	64	23	5	5	4	101	112
Minst 100% fulldekning	79	15	4	1	1	100	84
Alle	67	20	5	4	4	100	439

Svak økning av sykehjemsplasser

Tabellen viser at kommuner med forholdsvis lav dekning i 1993 i noe høyere grad (16 %) har bygd sykehjemsplasser etter den nye ordningen, enn de øvrige. Hver tiende av de med minst 80 prosent dekning av det vi har beregnet som teoretisk fulldekning, bygde nye sykehjemsplasser i 1994, og hver 20de av som hadde fulldekning fra før. Tallene viser ikke noe mer enn en *svak*

²¹ Institusjonsplasser omfatter rene sykehjemsplasser, plasser i kombinerte aldershjem og sykehjem, sykehjemsavdelinger, aldershjem, serviceboliger og "andre".

tendens til oppretting av mangel på plasser i de kommuner hvor mangelen var størst. Av de 72 kommunene som i forveien hadde under 60 prosent av fulldekning med plasser for de over 79 år, er det i 1995 fortsatt 84 prosent av dem som har så dårlig dekning. Samtidig øker tallet på de eldste eldre med stor fart i de fleste kommunene.

Som nevnt foran meldte fylkeslegene om mangel på sykehjemsplasser i de aller fleste fylkene i 1992 (fylkeslegenes medisinalmeldinger, SHD, 1994, s. 16). Fra 1992 til 1993 *sank* tallet på plasser i kombinerte alders- og sykehjem samt plasser i sykehjemsavdelinger mer enn de økte, i rene sykehjem, se tabell 7.9. Slik SSB teller institusjonsplassene var det tilsammen en liten nedgang i summen av plasser. Men i løpet av året økte antallet av de eldste med 2 339, og sterk økning av denne gruppen er typisk for de demografiske endringene i løpet av 1990-tallet. Dersom bortimot hver femte person (eventuelt hver fjerde ut fra teoretisk beregnet "fulldekning") av de over 80 år trenger sykehjemsplass, har det på landsbasis vært en forverring av dekningen etter at fylkeslegene kom med sin rapport. De nye 573 plassene i sykehjem som er igangsatt i 1994 med tilskudd og lån fra Husbanken, er ikke tilstrekkelig til å rette opp nedgangen i dekning fra 1992, men vil bremse den noe.

Boliger framfor institusjonsplasser?

Umiddelbart kan det være vanskelig å skjønne at ikke økningen av rene sykehjemsplasser i 1993 var større enn de 573 etter den nye ordningen i 1994, i og med at økningen var større året i forveien uten de nye stimulansmidlene. Kan dette skyldes at det ble bygd nye eller omgjort plasser i aldershjem til sykehjemsplasser i andre kommuner uten at de søkte om lån eller tilskudd? Dette er sannsynlig, slik at økningen av plasser i institusjoner var større i 1994 enn den registrerte etter den nye ordningen. I alle tilfeller vil statistikken for 1994 sannsynligvis telle med nye omsorgsboliger utover sykehjemsplassene som "institusjonsplasser" siden serviceboliger i tidligere statistikk er tatt med under institusjonsplasser.

En annen forklaring er at mange kommuner sannsynligvis har prioritert boliger (og bokollektiver, bofellesskap) framfor sykehjemsplasser. Av de 72 kommunene som i 1993 hadde lavest dekning (under 60 prosent av teoretisk fulldekning) av institusjonsplasser, hadde nesten halvparten, 46 prosent, satt i gang med enten boliger eller sykehjemsplasser etter den nye ordningen. Mellom 21 prosent og 36 prosent av de andre kommunene, lavest blant de med høyest dekning, hadde satt i gang i de andre kommunene (se tabell 7.8). I den grad nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser kan være alternative tilbud til de med tyngre omsorgsbehov, må dette sees på som *en vending av den nedadgående tendensen med lavere dekning av tilbud til de med tyngre omsorgsbehov*.

Tabell 7.9

Endring av institusjonsplasser fra 1992 til 1993. Kilde: SSB og Byggforsk 1995

	Shjem. plasser	Ald. & shj.pl.	Shjem. avd.pl.	Ald.hjem. plasser	Service- boliger	Andre	Sum	80+år
1992	20.712	14.420	1.498	6.836	1.287	1.137	45.890	167.316
1993	21.505	13.672	1.326	6.723	1.598	941	45.765	169.655
Endring	+793	-748	-172	-113	+311	-196	-125	+2.339
Endring 1993-94	+573	?	?	?	+1.899*)	?	?	+5.313**)

*) Antallet nye boliger og plasser er "igangsatt", og vi mangler tall for 15 kommuner.

***) Økt behov for antall boliger/plasser for disse vil være ca. 1 060 – 1 275 boliger/plasser (20% – 24%)

Tabellen viser en beregning av hva som vil skje på nasjonalt nivå når vi sammenligner nye omsorgsboliger og plasser med den demografiske utviklingen og endringene fra foregående år. Aldersgruppen 67 – 79 år vil ikke endre seg vesentlig i antall, men de over 80 år vil øke og gi et økt behov for 1 060 – 1 275 flere boliger eller plasser. Dette er regnet ut som prosentandeler enten tilsvarende faktisk dekning i 1992 (se vedleggstabell v7), eller med teoretisk "fulldekning" (se tabell 4.6, side 44).

Spørsmålet er om det tilsammen blir en nedgang av de øvrige institusjonskategoriene i tabell 7.9 på vel 1 200 plasser i 1994 som det var i 1993? Med samme nedgang som i 1993, vil netto økning av omsorgsboliger og plasser i 1994 være 1 250. Dette skal dekke et behov som har økt som følge av de demografiske endringene med omtrent samme antallet. Under forutsetning av at de igangsatte boligene og plassene i 1994, pluss antallet i de 15 kommunene vi ikke har fått tall fra, er tilnærmet lik det som blir bygd i 1994, kan vi trekke følgende konklusjon:

På nasjonalt nivå har de nye omsorgsboligene og sykehjemsplassene ført til å opprettholde samme dekningsstall i 1994 for "institusjonsplasser", her inkludert serviceboliger og omsorgsboliger, som i 1993.

Men dette positive resultatet gjelder ikke for de kommunene som lå dårligst an i 1992. Som eksempel skal vi ta for oss de 72 kommunene som hadde bare 60 prosent av fulldekning i 1993, se tabell 7.8. Disse har en andel av de eldste eldre omtrent som, eller svakt over gjennomsnittet for landet.

Tabell 7.10

Antall institusjonsplasser i 1993, og nye omsorgsboliger og inst.plasser i 1994. Landet og 72 kommuner med under 60 % dekning av institusjonsplasser i 1993.

Kilde: SSB og Byggforsk 1995

	Institusjons- plasser 1993	Igangsatt bol/plasser 1994	Eldre minst 80 år 1993	Økning eldre 80+ 1993-94	Beregnet økt behov av bef.økn.
Landet, 439 komm.	45.699	2.472	169.655	5.313	1.275*
72 kommuner	5.052	590	26.635	834*	200*

*) Økningen av eldre minst 80 år i de 72 kommunene, og økt behov er beregnede tall. De eldre er forutsatt økt i samme takt som landsgjennomsnittet, og behovet er beregnet som 24% av de eldre (teoretisk fulldekning)

De 72 kommunene med under 60 prosent av fulldekning av institusjonsplasser, hadde igangsatt 590 omsorgsboliger eller plasser i 1994. Når vi beregner økningen i behovet bare som følge av økningen av antallet eldre over 79 år, er dette 200 boliger eller plasser (siste kolonne). Vi ser at ordningen med nye omsorgsboliger har medført igangsetting med tre ganger så mange boliger/plasser som den beregnede økningen av behovet som følge av flere over 79 år skulle tilsi. Samtidig har det sikkert forsvunnet endel aldershjemsplasser o.a., slik at netto økning blir mindre enn de 590 boligene/plassene, kanskje omtrent 400 plasser hvis vi sammenligner med avgangen av plasser i landsgjennomsnitt. Økningen gjelder nesten halvparten av de 72 kommunene og *betyr for noen av dem at de er kommet opp på langt bedre dekningsnivå av omsorgsboliger eller institusjonsplasser i 1994.*

Men for de resterende 39 kommunene av de 72 (54 prosent) gjelder fortsatt at de har under 60 prosent av teoretisk fulldekning, hvis de ikke i 1995 setter i gang med nye omsorgsboliger. Interessen har vært stor og midlene er bevilget med et større beløp for 1995 enn for 1994.

7.6 Oppsummering

Interessen for å benytte Husbankens nye låne- og tilskuddsordning til nye omsorgsboliger var stor det første året. I alt benyttet 144 kommuner seg av ordningen i 1994, altså hver tredje kommune.

Til sammen søkte de om tilskudd eller lån til 1 899 nye tilrettelagte boliger og 573 nye sykehjemsplasser. Av boligene var 74 prosent selvstendige boliger (1 413), 19 prosent boliger i bofellesskap med privatareal minst 40 m², og 7 prosent boliger i bokollektiv (med noe mindre privatareal).

De fleste selvstendige boligene har et areal på over 55 m².

Behovene som kommunene rapporterte i 1994, er neppe dekket selv med denne store innsatsen det første året. Som svar på et spørreskjema i april 1994, ville kommunene bygge omtrent dobbelt så mange boliger og plasser det første året (Ribe 1994) som det en rakk å realisere. Det forventes derfor at i 1995 vil aktiviteten bli omtrent like stor, eventuelt noe større.

At de selvstendige boligene i så høy grad dominerte, betyr at vi vil forvente en høy grad av "boliggjøring" som effekt av denne nysatsingen. I den offisielle statistikken eksisterte det bare 1 600 serviceboliger i 1993. Det samlede antallet serviceboliger og omsorgsboliger vil da ha steget til over 3 000 selvstendige boliger etter at de nye som er planlagt i 1994, er ferdigstillet. I tillegg kommer ca 490 boliger av typen fellesboliger og bokollektiv. Økningen har dermed vært langt over 100 prosent fra 1993 til 1994.

Det er de mellomstore og største kommunene som i høyest grad har startet med omsorgsboliger. Bare 12 % av de minste har tatt initiativ med omsorgsboliger i 1994, mens 40–50 % av de større har gjort det.

Det er en sammenheng på den måten at kommunene med *flest* serviceboliger fra før, oftere har bygd nye. Tolkningen av dette er at når de først har organisert sin eldreomsorg og service i "boliggjort" retning, så er det lettere å fortsette med videre utbygging.

Alt dette betyr at omsboligene innebærer et merkbart skritt i retningen av større boliggjøring, og bidratt til "oppfylling av midten av omsorgspyramiden", for å bruke Nygårds og Hansviks språkbruk (1986). Dette betyr at eldre med stort omsorgsbehov kan bo i bolig framfor institusjon.

Også de kommunene med moderat nedgang i hjemmetjenestene, har i noe høyere grad enn andre har satt i gang i 1994 med omsorgsboliger. Om dette skyldes en bevisst satsing for å snu en ikke-ønsket utvikling, er vanskelig å si.

Tilskuddene og rimelige lån har sannsynligvis hatt en viss betydning for at kommunene har startet allerede i 1994. Gjennomsnittet av kommunenes totale inntekter blant de som startet opp, lå oftest på kr 25 000 – 26 000 pr innbygger og med liten spredning i gruppen, mens gjennomsnittet blant de som ikke har startet i 1994, lå på kr 30 000.

Vedtak om heldøgns hjemmesykepleie i kommunen er en betingelse for å få tilskudd til omsorgsboliger. Et flertall av de som startet opp i 1994, hadde allerede slik service, men hele 53 kommuner hadde det ikke. Vi må gå ut fra at de mer eller mindre er kommet i gang med dette etter igangsettingen av omsorgsboligene. Dermed har tilskuddsordningen bidratt til større utbredelse av slik service. Blant de små kommunene var det i utgangspunktet relativt få som hadde heldøgns hjemmesykepleie. I løpet av 1994 er det 36 nye små kommuner som skal ha fått det i forbindelse med omsorgsboligene. Antallet kan synes beskjedent i forhold til at småkommunene i alt er i et antall av 246. Men siden disse i lavest grad tidligere har hatt slik service, er dette et stort framskritt med økning av andelen som har slik service: fra 36 prosent av småkommunene til 51 prosent på ett år.

Om heldøgns hjemmesykepleie i noen kommuner kompenserer for lav sykehjemsdekning, er vanskelig å si.

Byggingen av nye sykehjemsplasser etter den nye ordningen er ikke så stor som økningen av sykehjemsplasser fra året i forveien før ordningen kom. I løpet av 1994 ble det igangsatt eller bygd 573 sykehjemsplasser som i landsmålestokk økte deknningen med bare en tredjedels plass (0,33 plasser) pr 100 personer over 79 år. Dette er lite i forhold til at nedgangen i dette deknings-

tallet fra 1990 til 1992 var 0,7 plasser (SHD, 1994, s. 7), og fra 1992 til 1993 hele 0,8 plasser. Det kan i 1994 ha vært nedgang i andre kommuner som ikke har bygd nye plasser dette året, slik at en alt i alt står igjen med nedgang i dekningen på landsbasis også fra 1993 til 1994. Det er en svak tendens til at de kommunene som i forveien lå dårligst an i dekningen av institusjonsplasser, i høyest grad har bygd nye. Men tendensen er ikke så sterk, og over halvparten av dem vil fortsatt ligge med lav dekning i forhold til de eldste eldre.

Men ser vi igangsettingen av institusjonsplasser og omsorgsboliger under ett, og med det forutsetter at tyngre omsorgsbehov kan ivaretas også i de selvstendige boligene, *har de nye omsorgsboligene og sykehjemsplassene på nasjonalt nivå ført til å opprettholde omtrent samme dekningstall i 1994 for "institusjonsplasser", her inkludert serviceboliger og omsorgsboliger, som i 1993.*

På dette punktet er den nye låne- og tilskuddsordningen et viktig virkemiddel til å komme nærmere de overordnede målsettingene om opprettholdelse av dekningen. De eldste eldre er særlig nevnt som en prioritert gruppe som skal ha god tilgang på omsorgstjenester *uavhengig av bosted* (Langtidsprogrammet, uthevet av oss). Fylkeslegenes rapport om mangel på sykehjemsplasser i de aller fleste fylkene i 1992 viser at dette målet ikke er nådd.

Når vi tar for oss de 72 kommunene som i 1993 hadde under 60 prosent av teoretisk fulldekning av plasser, hadde knapt halvparten av dem økt antallet institusjonsplasser eller omsorgsboliger i 1994. Dekningen av institusjonsplasser må ha gått ned tilsvarende økningen av de eldste i disse kommunene fra et allerede lavt nivå. Med den kraftige økningen av eldre over 80 år fra 1993 til 1994, og videre framover, må vi vente stor mangel på adekvat omsorgstilbud de nærmeste fem årene for de eldste i de kommunene som fra før har lav dekning, og som ikke tar initiativ til å øke dekningen.

8. Litteratur

Barlindhaug, Rolf og Gulbrandsen; Ole. *Eldres boligformue og finansiering av omsorgsboliger*. Norges byggforskningsinstitutt 1994

Bull, Grete. *Serviceboliger – dyr bolig eller rimelig institusjon? Kostnader og effekter av en ny boform for eldre*. Prosjektrapport 130. Norges byggforskningsinstitutt 1993

Bull, Grete. *Steinkjer – eldreboliger og omorganisering*. Upublisert rapport. Norges byggforskningsinstitutt 1994

Christophersen, Jon. *Kvaliteten av nye omsorgsboliger* (arbeidstittel). Rapport, ventes utgitt i 1995, Norges byggforskningsinstitutt

Daatland, Svein Olav. *Egne krefter, eget hjem. De eldre som aktører i eldreomsorgen*. Rapport 2/88. Norsk gerontologisk institutt, Oslo, 1988

Daatland, Svein Olav. *Hva skjer i eldresektoren? Status og utvikling av eldrepolitikkens tilbud og tjenester*. Rapport nr. 1/1994. Norsk gerontologisk institutt, Oslo, 1994

Finans- og tolldepartementet. St. meld. nr.4 (1992-93). *Langtidsprogrammet 1994 – 1997*

Gulbrandsen, Ole. *Sykdom og funksjonsnedsettelse, operasjonalisering av helsebegrepet for vurdering av boligbehov*. Paper til konferanse "helspolitikk og samfunnsforskning", arranger av INAS. Norges byggforskningsinstitutt 1975

Gulbrandsen, Ole og Moen, Bjørg. *Samliv og boform i forandring*. Upublisert artikkel. Norges byggforskningsinstitutt/SSB 1992.

Hammervold, Randi. *Helsetjenesten i kommunene. Varirasjoner i aktivitet og ressurser 1985/1986*. NIS-rapport 2/88. Norsk institutt for sykehusforskning. Trondheim, 1988

Husbanken. *Lån og tilskudd til omsorgsboliger og sykehjem*. Retningslinjer. Veiledning. Oslo, 1994

Kommunal- og arbeidsdepartementet. 1993. St. meld. nr 23 (1992-93). *Om forholdet mellom staten og kommunane*

Lauvli, Marit. 1991. *Utbygging av serviceboliger i Norge*. Rapport 2 – 1991. NGI 1991

Lewis-Beck, Michael S. 1986. *Applied regression. An introduction*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-022, Beverly Hills and London: Sage Publications

- Lian, Rolv. *Funksjonshemmede i spørreskjemaundersøkelser*. I prosjektrapport 93, Norges byggforskningsinstitutt 1993: Begrepet funksjonshemmede i forskningen, en diskusjon. Norges byggforskningsinstitutt 1993
- Lingsom, Susan. 1991. *Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*. INAS-rapport 1991:5. Institutt for sosialforskning, Oslo, 1991
- NOU 1992:1. Trygghet – Verdighet – Omsorg. Sosialdepartementet 1992
- Nygård, Lars og Hansvik, Hans Petter. *Korleis brukar kommunane omsorgsressursane sine? NIS SINTEF-gruppen*. Rapport 7/86. Norsk institutt for sykehusforskning. Trondheim 1986
- Ribe, Åse. *Lån- og tilskudd for omsorgsboliger og sykehjem: Ordningen har gitt gode resultater*. Artikkel i Husbankbladet nr. 4 1994.
- Romøren, Tor Inge. *Natural Histories Of Care Among The Oldest Old – A Scandinavian Experience*. Paper presented at The World Congress of Gerontology, Budapest, July 1993
- Romøren, Tor Inge. 1994. *Eldreomsorg*. Kapittel i Hatland, Kuhnle og Romøren: *Den norske velferdsstaten*. Ad Notam Gyldendal, Oslo 1994
- Slagsvold, Britt. 1995. *Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Norsk gerontologisk institutt. Rapport (under utgivelse 1995)
- Sosial- og Helsedepartementet. Gerix. Informasjon og beslutningsstøtte for omsorgstjenestene. *Orientering om utviklingsprogram 1990 – 1995*
- Sosial- og Helsedepartementets informasjonssystem. 1994a. "Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene". Rundskriv I-20a-e/94
- Sosial- og Helsedepartementets informasjonssystem. 1994b. "Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene". Rundskriv I-20f/94. / Nasjonale mål- og hovedprioriteringer 1994. Kommunenes behandling. Rundskriv I-13/94.
- Sosial- og Helsedepartementet og Kommunenes Landsforbund. *Kvaliteten i eldreomsorgen. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund 1994*. I-0784 B. 1994
- Sørensen, Rune. *Kommunal ulikhet: Variasjoner i tjenestetilbud og inntektsnivå 1965-1989*. Tidsskrift for samfunnsforskning 1992, årgang 33, side 327-352. Oslo 1992
- Trondheim kommune. *Heldøgns omsorg i institusjon eller bolig? Notat*. Trondheim 1994

Vedlegg

Tabell v1

Kommunene som mistet serviceboliger fra 1992 til 1993

		Befolkning 1.1.94	Service- boliger i 1992	Service- boliger i 1993	1994: Har startet med omsorgsboliger
111	Hvaler	3364	25	0	
131	Rolvøy	5947	6	0	
417	Stange	17956	25	0	
514	Lom	2628	4	0	ja
833	Tokke	2578	9	0	
928	Birkenes	4056	4	0	ja
1121	Time	12475	7	0	
1439	Vågsøy	6465	4	0	
1449	Stryn	6663	6	0	
1818	Herøy	1963	8	0	
1834	Lurøy	2213	11	0	
1859	Flakstad	1628	7	0	
1933	Balsfjord	6118	7	0	
2012	Alta	16085	22	0	ja
2017	Kvalsund	1282	6	0	
2020	Porsanger	4493	36	0	ja
2028	Båtsfjord	2474	15	0	

Tabell v2

Kommuner med minst 50 serviceboliger i 1993.

		Befolkning 1.1.94	Service- boliger i 1992	Service- boliger i 1993	1994: Har startet med omsorgsboliger
104	Moss	25071	21	92	
216	Nesodden	13845	0	72	
219	Bærum	94098	108	135	
412	Ringsaker	31346	111	110	ja
805	Porsgrunn	31324	0	128	ja
1102	Sandnes	47921	59	60	
1504	Ålesund	36530	34	71	
1601	Trondheim	142188	62	51	ja
1653	Melhus	12706	51	50	ja
1833	Rana	25018	20	56	

Nye serviceboliger i 1993

Dersom statistikken over serviceboliger er riktig, har 25 kommuner fått flere serviceboliger fra 1992 til 1993. De fleste av disse hadde ikke noen slike boliger i 1992 (17 kommuner). Porsgrunn utmerker seg med å ha bygd hele 128 boliger som er svært mye når en tar i betraktning at gjennomsnittet var 33 boliger i de kommunene som hadde slike. Bærum er kommunen med flest serviceboliger av alle i landet.

Moss, Bærum, Nesodden, Nannestad, Førde, Ålesund og Rana har alle økt antallet betydelig, dvs. mer enn 20 boliger.

Tabell v3

Kommuner med flere serviceboliger i 1993 enn i 1992

	Befolkning 1.1.94	Service- boliger i 1992	Service- boliger i 1993	1994: Har startet med omsorgsboliger
104 Moss	25071	21	92	
125 Eidsberg	9156	0	18	
216 Nesodden	13845	0	72	
219 Bærum	94098	108	135	
220 Asker	43725	0	12	
231 Skedsmo	35133	0	8	
238 Nannestad	8084	0	24	
420 Eidskog	6440	0	12	
624 Øvre Eiker	14780	0	17	
628 Hurum	7874	0	14	
805 Porsgrunn	31324	0	128	ja
906 Arendal	38715	12	24	
1102 Sandnes	47921	59	60	
1432 Førde	9315	0	26	
1503 Kristiansund	17089	0	7	
1504 Ålesund	36530	34	71	
1514 Sande	3249	0	8	
1621 Ørland	4947	25	28	
1638 Orkdal	10114	0	16	
1702 Steinkjer	20725	23	34	ja
1804 Bodø	38540	0	19	ja
1813 Brønnøy	6971	0	17	ja
1833 Rana	25018	20	56	
1857 Værøy	822	0	12	
1902 Tromsø	54614	0	8	

Dekningstall hjemmetjenester 1989 og 1993

Tabell v4

Kommuner gruppert etter endringer i årsverk i hjemmetjenestene 1989 – 1993 i absolutte tall og i dekningstall, ukorrigerede tall.

	Absolutte tall*)		Dekningstall*)	
	Antall kommuner	Prosentfordelt, kommuner	Antall kommuner	Prosentfordelt, kommuner
Ned minst 10 årsverk	13	3	22	5
Ned 0 til 9,9 årsverk	53	12	44	10
Opp 0,1 til 19,9 årsverk	214	49	180	41
Opp 20 til 39,9 årsverk	71	16	120	27
Opp minst 40 årsverk	88	20	73	17
Sum	439	100	439	100

Grunnlagstallene for percentil-profilene 1993

I 1993 var fordelingen av årverk av tjenester, eller plasser i institusjoner og tallet på trygde- og aldersboliger slik som tabell v1 viser. Det er disse som er omsatt til tiendedeler i figuren foran.

Tabell v5

Spredningstall (percentiler) for årsverk i institusjonsomsorgen, i hjemmetjenester, antall institusjonsplasser og trygde- og aldersboliger i 1993 pr 1000 personer over 66 år.

Percentiler	Årsverk institusjons-tjenester pr 1000 67+år 1993	Antall institusjons-plasser pr 1000 67+år 1993	Årsverk hjemme-tjenester pr 1000 67+år 1993	Korrigerede**) Årsverk hjemme-tjenester pr 1000 67+år 1993	Trygde- og alders-boliger pr 1000 67+år 1993
10	48,9	55,2	27,9	13,5	11,7
20	55,8	62,4	34,3	22,1	21,2
30	60,9	67,8	39,2	27,5	29,5
40	64,8	74,9	44,0	30,8	36,0
50	69,1	80,5	49,4	36,1	42,7
60	74,2	85,3	53,1	41,0	47,6
70	81,4	94,1	59,5	44,7	56,3
80	90,6	103,5	67,4	52,6	67,9
90	105,1	119,4	88,4	65,8	82,7
Gjennomsnitt	75,1	85,5	54,4	39,5	45,2
Minimum	0	16,9	0	0	0
Maksimum	280,9	317,1	435,4	279,8	168,3
Spredning *)	40%	37%	62%	69%	63%

*) Spredningen er målt som standardavviket i prosent av gjennomsnittet (mean)

**) Korrigerede årsverk er redusert med 8000 årsverk hjemmetjenester overført fra fylkene etter HVPU-reformen 1991-93 og proporsjonalt fordelt til kommuner med tilflyttede psykisk utviklingshemmede

Kommentar til grunnlagstallene:

Årsverkene i institusjonene og i hjemmetjenestene lar seg lettest sammenligne. Medianen (50 percentilen) deler kommunene i to grupper og viser 69,1 årsverk i institusjonene pr 1 000 personer over 66 år, mot 49,4 årsverk i hjemmetjenestene. Innsatsen i instutsjonsomsorgen er etter dette 40 prosent høyere. Forskjellen målt ut fra de aritmetiske gjennomsnitteene er omtrent den samme. Årsverkene i hjemmetjenestene sprer seg imidlertid langt mer enn i institusjonene. Det er med andre ord langt større forskjeller mellom kommunene i innsatsen i hjemmetjenestene. Denne forskjellen viser seg både i spredningstallene, og i spranget mellom minimum og maksimum.

Spredningen i dekningen av trygde- og aldersboliger er også stor. Gjennomsnittstallet (median på 42,7 og aritmetisk gjennomsnitt på 45,2) er imidlertid lavere enn for årsverkene slik at variasjonsbredden ikke er så stor mellom minimum og maksimum.

Dekningen av plasser i institusjoner har lavere spredning, omtrent det samme som årsverkene i institusjonene. Dette virker umiddelbart rimelig at antallet plasser og arbeidsinnsats harmonerer.

Det er ikke så mange kommuner som har dekning av årsverk som ligger opp under maksimumsgrensen hverken i institusjoner enn i hjemmetjenestene. Den "rikeste" kommunen i landet, Bykle, har årsverk i insitusjonen som ligger nær maksimaltallet, men ligger markert lavere på de tre andre verdiene. Likevel plasserer denne kommunen seg i gruppen som utgjør den øvre tiendedelen (de 44 kommuner som ligger høyest) på de tre andre verdiene enn trygde- og aldersboliger. Maksimalltallene virker svært høye, men de er her ikke vurdert ut fra aldersfordelignen blant de eldste. Særlig bør en være oppmerksom på antallet over 80 år, som jo er særlig høyt i dag i forhold til tidligere, og er ulikt fordelt mellom kommunene. Vi kommer tilbake til denne alderfordelingen.

Vedlegg: Grunnlagstallene for percentil-profilene 1989

Tabell v6

Spredningen av årsverk (percentiler av kommuner) i institusjonsomsorgen og hjemmetjenester pr 1 000 minst 67 år, samt institusjonsplasser og trygde- og aldersboliger i 1989.

Kilde: SSB, og Norges byggforskningsinstitutt

Percentiler	Årsverk institusjons-tjenester pr 1000 67+år 1989	Antall insti-tusjons-plasser pr 1000 67+år 1989	Årsverk hjemme-tjenester pr 1000 67+år 1989	Trygde- og alders-boliger pr 1000 67+år 1989
10	45,4	58,9	8,5	6,9
20	52,8	66,9	12,0	14,3
30	57,9	72,7	14,5	20,6
40	62,0	79,4	17,2	27,1
50	65,5	85,2	20,5	32,1
60	71,0	89,7	24,0	37,0
70	76,8	97,1	29,7	42,1
80	84,8	105,8	41,1	48,7
90	98,5	122,0	70,1	69,8
Gjennomsnitt	69,9	89,0	32,8	34,9
Minimum	0	37,2	8,0	0
Maksimum	252,5	369,0	132,1	147,9
Spredning *)	41%	33%	35%	71%

*) Spredningen er målt som standardavviket i prosent av gjennomsnittet (mean)

Tabell v7

Fordeling av brukere av omsorgstiltak etter alder 1992

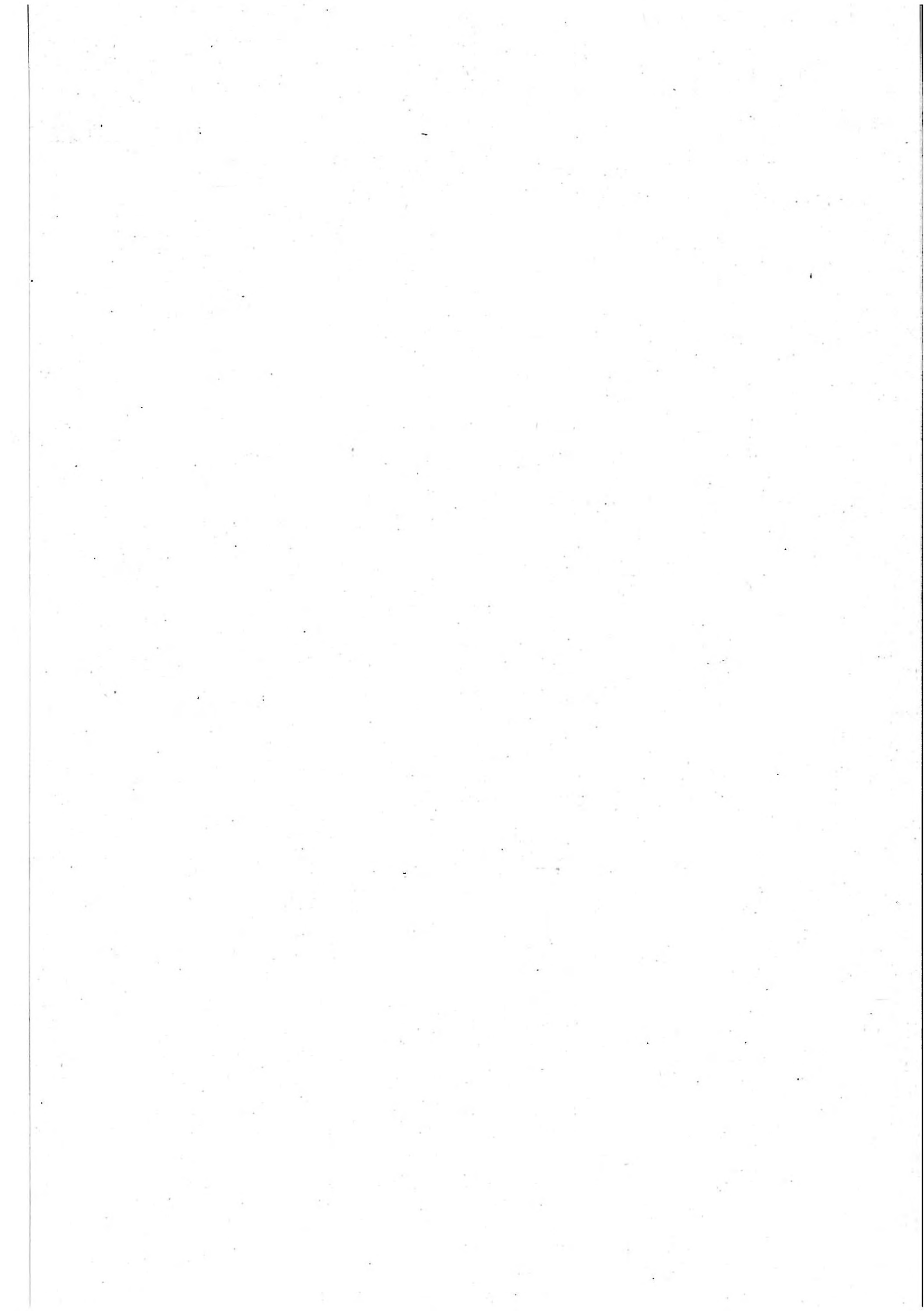
Kilde: Daatland, 1994.

1992	Under 67 år	67 - 79 år	Minst 80 år	Sum 67+år	Alle
Institusjonsbeboere	1.717	10.268	32.164	42.432	44.149
Prosentfordelt av alle	4%	23%	73%	96%	100%
Andel med boformen		2,3 %	19,2 %	6,8 %	
Hjemmehjelp og hjemmesykepleie	24.852	50.481	66.230	116.711	141.563
Prosentfordelt av alle	18%	36%	47%	82%	100%
Andel med tjenesten		11,2 %	39,6 %	18,8 %	
Trygde- og aldersboliger	4.878	10.617	12.572	23.189	28.067
Prosentfordelt av alle	17%	38%	45%	83%	100%
Andel med boformen		2,3 %	7,5 %	3,7 %	
Totalt antall brukere, ikke dobbelt-talt	26.569	60.749	98.394	159.143	185.712
Prosentfordelt av alle	14%	33%	53%	86%	100%
Andel med tjeneste/boform		13,4 %	58,8 %	25,7 %	
Totalt antall personer		452.457	167.322	619.779	

Tabell v8.

Skalaverdier for fire omsorgstiltak (ti-deler) for tre grupper av kommuner, og kommunenes totale inntekter i 1992.

	Boliggjorte	Institusjons- tunge	Øvrige
Årsverk i institusjoner pr 1000 o/66 år	5,8	8,7	3,9
Årsverk i hjemmetjenesten pr 1000 o/66 år	5,5	7,8	4,5
Institusjonsplasser pr 1000 o/66 år	8,6	3,7	3,9
Trygde- og aldbol. pr 1000 o/66 år	6,0	5,1	5,3
Inntekt 1992	30.734	33.539	24.783
Antall kommuner	153	89	197
Prosentfordelt	35%	20%	45%



Uke 13