

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2006 nr 8

**Yngre personer som mottar hjemmetjenester:
hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor
øker antallet så sterkt?**

Professor Tor Inge Romøren
Senter for omsorgsforskning
Institutt for helse- og sosialfag

Gjøvik 2006
ISSN 0806-3176

FØRØRD

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med departementets arbeid med en stortingsmelding om omsorgstjenestene. Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik takker for oppdraget, og håper at den dokumentasjon og de vurderinger som kommer fram her kan bidra til å øke vår innsikt i de kommunale pleie- og omsorgstjenestenes utvikling, oppgaver og utfordringer.

Jeg vil varmt takke alle de kommunale hjemmetjenestelederne som har samtalt med oss om yngre tjenestemottakere, og som tok seg tid til å gjennomføre en viktig og nyttig registrering. Jeg håper denne rapporten kan være til nytte også for dem.

En takk til Dag R. Abrahamsen, fagansvarlig for kommunal helse- og omsorgsstatistikk i Statistisk sentralbyrå for velvillig hjelp med å levere detaljerte tidsseriedata om hjemmetjenestemottakere.

Innsamling og tilrettelegging av data har ellers vært et hyggelig teamarbeid ved Senter for omsorgsforskning, der både Siv Magnussen, Bente Ødegård Kjøs, Mark Hopfenbeck og Torbjørn H. Andersen har bidratt på en påpasselig og pålitelig måte.

Tor Inge Romøren
Professor

INNHold

	Side
Sammendrag	4
1 Innledning	6
1.1 Tallenes tale	6
1.2 Hva kan forklare utviklingen?	7
1.3 Pleie- og omsorgsstatistikken/KOSTRA	8
1.4 Formålet med denne rapporten	10
1.5 Datagrunnlaget	11
2 Hvem er de yngre hjemmetjenestemottakerne?	14
2.1 Alder	14
2.2 Kjønn	15
2.3 Bolig	15
2.4 Helseproblem	16
2.5 Funksjonsnivå	18
2.6 Kommunale variasjoner	20
2.7 Organiseringen av tjenestetilbudet	21
2.8 Oppsummering	22
3 Hva slags hjelp får yngre hjemmetjenestemottakere?	23
3.1 Typer av tjenester: praktisk bistand og hjemmesykepleie	23
3.2 Andre tjenester	24
3.3 Omfanget av hjemmesykepleie og praktisk bistand	25
3.4 Hjelpens varighet	27
3.5 Hvor kommer de fra?	28
3.6 Oppsummering	29
4 Hvorfor øker antallet yngre hjemmetjenestemottakere så sterkt?	30
4.1 Behov	30
4.2 Etterspørsel	31
4.3 Tilbud	32
4.4 Oppsummering	34
LITTERATUR	35
VEDLEGG	37

SAMMENDRAG

I løpet av de siste 10-15 årene har det skjedd en bemerkelsesverdig utvikling av alderssammensetningen blant mottakere av hjemmetjenester i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Antall personer under 67 år er fordoblet, og utgjorde i 2004 29 % av alle. I 1992 var den tilsvarende andelen 18 %.

Gruppen under 67 år består av like mange kvinner som menn. Noen ganske få (2 %) er barn og unge under 18 år, en stor andel er yngre voksne (18-49 år; 54 %) og en noe mindre andel er middelaldrende (50-66 år; 44 %). Av disse har antallet yngre voksne økt raskest.

Personer under 67 år som får hjemmetjenester består helsemessig hovedsakelig av to store og to litt mindre grupper. Mennesker som har én av mange ulike somatiske lidelser utgjør den største gruppen (39 %). Blant disse dominerer nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag, og alvorlige hode- og ryggskader – ofte etter trafikkulykker. Mennesker med psykiske lidelser (37 %) utgjør også en stor gruppe. De to mindre gruppene er mennesker med utviklingshemning (13 %) og personer med rusproblemer (9 %).

Funksjonsnivået blant yngre hjemmetjenestemottakere viser mange likhetstrekk, men noen grupper skiller seg likevel ut. Aller skrøpeligst synes personer med MS å være, og barn og unge er skrøpeligere enn yngre voksne og middelaldrende.

Yngre hjemmetjenestemottakere er svært ressurskrevende, og langt mer ressurskrevende enn eldre. Hver av de yngre har i gjennomsnitt praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie som svarer til omtrent en halv stilling (20 timer per uke). Denne hjelpen varer i mange år, ja for flertallet livet ut. I tillegg mottar mange yngre også andre tjenester som støttekontakt, trygghetsalarm, samtaler med psykiatrisk sykepleier osv. De to mest ressurskrevende gruppene blant yngre hjemmetjenestemottakere er personer med nevrologiske lidelser (særlig MS) og personer med utviklingshemning. I disse gruppene får hver person i gjennomsnitt ca. 40 timer hjelp per uke. Deretter kommer rusmiddelmisbrukere og alvorlig skadde (25-30 timer), og mennesker med psykiske lidelser og mennesker med (presenil) demens (10-15 timer).

En fellesnevner for helseproblemene til de mest ressurskrevende gruppene er svekkelser eller skader i det sentrale nervesystemet – enten i hjernen eller i ryggmargen. Slike skader har tre typiske trekk: de regenererer bare i beskjedne grad, de svekker ofte førligheten, og de kan gi kognitiv svikt. Bevegelse og kognisjon er de to viktigste funksjonene et menneske må ha intakt for å kunne leve et selvstendig liv. Dette er – medisinsk sett – forklaringen på at ulike

former for brist i sentralnervesystemet dominerer blant de tjenestemottakerne som denne rapporten beskriver.

Årsakene til at det er blitt flere yngre hjemmetjenestemottakere må søkes i tre forhold: endrede behov, endret etterspørsel og endrede tilbud. Behovene i disse aldersgruppene har antakelig økt noe som følge av befolkningsutviklingen. Det var 8 % flere personer under 67 år i 2004 sammenlignet med i 1992. Økningen i aldersgruppen 50-66 år har vært særlig stor (25 %). Dette er de samme fødselskullene som om noen år vil utgjøre den neste eldrebølgen.

Etterspørselen har trolig også endret seg på grunn av økt kjennskap - både i befolkningen eller i andre deler av hjelpapparatet - til hva pleie- og omsorgstjenesten i kommunene kan og skal yte. Terskelen for å be om hjelp kan ha blitt lavere. *Men den viktigste årsaken til utviklingen er antakelig endrede tilbud som følge av en rekke helse- og sosialpolitiske reformer siden begynnelsen 1990-årene: HVPU-reformen, Opptappingsplanen for psykisk helse, Helseforetaksreformen og reformer innen rusomsorgen.* Disse reformene har – direkte eller indirekte - gitt kommunenes helse- og sosialtjenester nye oppgaver. Endringene kan en nå spore i den økende andelen yngre tjenestemottakere. Skal en dømme etter hva slags helseproblemer som er mest utbredt blant disse tjenestemottakerne i dag, og bruker en dette som en indikator på årsaker til utviklingen, så ser Opptappingsplanen for psykisk helse ut til å være den viktigste enkeltstående drivkraften.

1. INNLEDNING

I den kommunale pleie- og omsorgstjenesten øker for tiden andelen yngre mottakere av hjemmetjenester mest (Brevik 2003; Toresen 2003, SSB 2006). Med ”yngre” menes personer under 67 år. Hjemmetjenester betyr i denne sammenheng hjemmesykepleie, praktisk bistand (hjemmehjelp), eller begge deler. En del tjenestemottakere får også andre tilbud i tillegg, for eksempel støttekontakt, trykghetsalarm eller brukerstyrt personlig assistent. Dette skal vi komme tilbake til.

Utviklingen har pågått siden 1990-tallet og er dokumentert i Statistisk sentralbyrås pleie- og omsorgsstatistikk, som fra 2001 ble en del av den obligatoriske KOSTRA-registreringen. Her oppgir kommunene bl.a. antall personer som mottar ulike pleie- og omsorgstjenester den 31. desember hvert år.

Dette kalles et *prevalenstall* – og angir ”beholdningen” av disse tjenestemottakerne på et bestemt tidspunkt. ”Beholdningen” (prevalensen) vil være avhengig av balansen mellom tilgang og avgang i den aktuelle gruppen, dvs. hvor mange nye som etter hvert kommer til, og hvor lenge de aktuelle individene mottar tjenester. Dette kan selvsagt variere, både innen og mellom grupper, og fra år til år.

Når vi sier at en gruppe tjenestemottakere øker, er stabil eller minker, sikter vi altså her bare til *beholdningen* - eller antall personer - på en bestemt dag i året. Hvor mange personer som har fått tjenester *i løpet av året*, er en annen sak. En må også huske på at antallet i seg selv ikke er en indikator på *ressursbruk*. Dette skal vi også komme tilbake til.

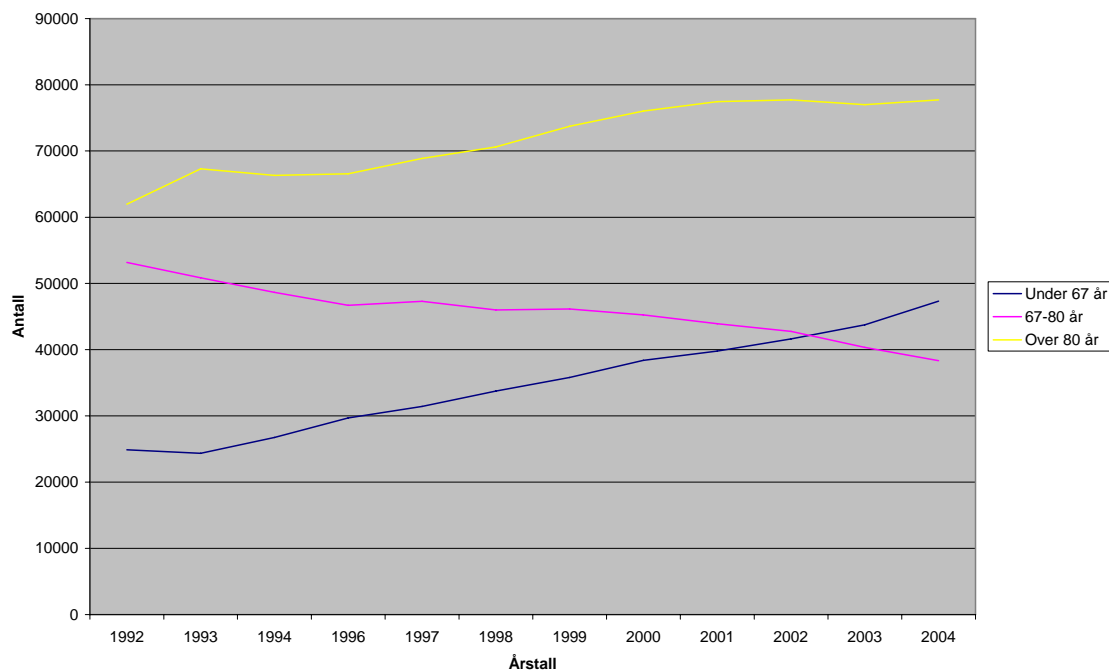
1.1 Tallenes tale

Ved utgangen av 1992 fikk alt i alt 140 012 personer hjemmetjenester i følge Pleie- og omsorgsstatistikken/KOSTRA. Ved utgangen av 2004 var antallet 163 415. Det er en stigning på 16,7 %, dvs. 1,3 % per år i gjennomsnitt. Totaltallet har flatet noe ut etter år 2000.

Utviklingen i beholdningen i ulike aldersgrupper er illustrert i Figur 1. Figuren viser at i årene fra 1992 til 2004 steg antallet personer under 67 år som fikk hjemmetjenester på registreringsdagen fra 24 870 til 47 326, dvs. med 22 456 personer, eller 90,3 %. Gruppen av tjenestemottakere mellom 67 og 80 år ble mindre – beholdningen sank fra 53 171 til 38 342, dvs. med 14 829 personer (27,9 %). Gruppen over 80 år vokste også, men ikke så sterkt som de under 67. Antallet steg fra 61 971 til 77 747 personer, dvs. med 15 746 (25,5 %).

Ser en alle hjemmetjenestemottakere under ett, skyldes så å si all vekst fra slutten av 1992 til slutten av 2004 yngre tjenestemottakere. De utgjorde 17,8 % av alle i 1992. Tolv år senere var andelen 29,0 %. Inkluderes personer som oppholdt seg i aldersinstitusjoner i disse tallene, utgjorde personer under 67 år som hadde hjemmetjenester 13,4 % av alle som fikk pleie- og omsorgstjenester i 1992 og 23,1 % av alle i 2004.

Figur 1.1 Antall tjenestemottakere som fikk hjemmetjenester (hjemmesykepleie, praktisk bistand eller begge deler) etter alder. Årene 1992-2004.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

1.2 Hva kan forklare denne utviklingen?

Den utviklingen som er beskrevet over, kan ha flere årsaker, som hver for seg kan ha varierende betydning aldersgruppene imellom:

- Endrede behov
- Endret etterspørsel
- Endrede tilbud
- Endringer i statistikkføringen

At *behovene* endrer seg, kan ha med alderssammensetningen i befolkningen å gjøre, med sykkeligheten, eller med endringer i tilgangen på uformell hjelp. *Etterspørselen* endrer seg dels på grunn av behovene, men også på grunn av befolkningens eller andre hjelpeinstansers kunnskap om hjemmetjenestene, holdninger, erfaringer med hjelpetilbudet osv. Endring i *tilbud* kan dreie seg om kapasiteten i hjemmetjenesten, hvilke oppgaver den tar på seg, og hvilke oppgaver den blir pålagt, f.eks. gjennom helse- og sosialpolitiske reformer. Endringen i *statistikkføringen* handler om hvilke grupper som regnes med når kommunene rapporterer om mottakere av hjemmetjenester til Statistisk sentralbyrå/KOSTRA, og hvordan statistikkveiledningens definisjoner blir tolket og brukt.

Hvordan tjenester er organisert kan også spille inn. Dersom f.eks. mennesker med utviklingshemning betjenes i én enhet, mennesker med psykiske lidelser i en annen og eldre med hjelpebehov i en tredje, må statistikk om bruk av hjemmetjenester i alle de tre gruppene koordineres i en kommune før den sendes inn til SSB. Her kan det oppstå feil.

Hver for seg og sammen kan de ulike faktorene som er nevnt over bidra til å endre tallene fra år til år. Når det gjelder behov, etterspørsel og tilbud, vil vi undersøke slike forklaringer mot slutten av denne rapporten, etter at tjenestemottakerne under 67 år er beskrevet nærmere. Men før vi tar fatt på denne beskrivelsen, skal problemer i statistikkføringen omtales.

1.3 Pleie- og omsorgsstatistikken/KOSTRA

Rapporteringen av mottakere av hjemmetjenester har hatt samme skjematiske form i Pleie- og omsorgsstatistikken/KOSTRA i hele den perioden Figur 1 omfatter. Mottakerne registreres gruppert etter alder, kjønn og type tjeneste (både hjemmesykepleie og praktisk bistand, bare hjemmesykepleie eller bare praktisk bistand). Aldergruppene har stort sett vært de samme: 0-17 år, 18-49 år, 50-66 år, 67-74 år, 75-79 år, 80-84 år, 85-89 år, 90 år og over. Før 1996 var aldergruppen under 67 bare todelt.

KOSTRA ble utviklet på midten av 1990-tallet. I perioden 1997 til 2000 var denne rapporteringen frivillig. Det gjelder også om den skjedde på papir eller elektronisk. Fra 2001 er KOSTRA obligatorisk for kommunene, jf. "Forskrift om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner" (Lovdata 2000). Fra dette tidspunktet er pleie- og omsorgsstatistikken en del av KOSTRA. I 2001 fikk kommunene klarere definisjoner og registreringskriterier å forholde seg til, og fra samme år har all rapportering skjedd via edb. Det er verd å merke seg at tendensen i tallserien 1992-2004 er helt jevn, uten spesielle avvik i 2001, det året da KOSTRA ble obligatorisk og elektronisk rapportering ble fullført.

Mottakere av hjemmetjenester rapporteres under funksjon 254 i KOSTRA: "Pleie, omsorg, hjelp til hjemmeboende". Skjemaet kommunene bruker til dette er skjema 5 punkt 6. Veilederen definerer funksjon 254 slik:

"Kommunale pleie- og omsorgstjenester ytt til personer som bor i eget hjem (inkludert tjenester til beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede). Tjenestene er hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning og omsorgslønn (jf. lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3 annet ledd nr 3, og lov om sosiale tjenester §§4-2 a, b og e). I henhold til loven omfatter praktisk bistand: Hjemmehjelp, husmorvikar og annen hjelpevirksomhet i hjemmet, herunder miljøarbeid, opplæring i dagliglivets gjøremål, boveiledning og brukerstyrt personlig assistent...Også psykisk helsetjeneste inngår her når det dreier seg om tjenester til hjemmeboende etter vedtak/beslutning om slik individuell tjeneste, uavhengig av om tjenesten ytes i tjenestemottakerens hjem eller annet sted (f.eks. kontor)." (KRD 2005a)

Avlastning og omsorgslønn rapporteres ikke sammen med hjemmesykepleie og praktisk bistand; det skjer separat. "Miljøarbeid, opplæring i dagliglivets gjøremål, boveiledning..." betyr i praksis tjenester til utviklingshemmede. Brukerstyrt personlig assistent brukes av mange noe yngre funksjonshemmede. I og med at også "psykisk helsetjeneste" også er presisert, betyr det at alle som får hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i en eller annen form skal inkluderes i denne statistikken *i tillegg* til den kjernegruppen hjemmetjenesten alltid har forholdt seg til, nemlig hjelpetrequende eldre.

Et stadig tilbakevendende spørsmål når det gjelder KOSTRA, er om datakvaliteten er god nok. Dette har aldri vært undersøkt skikkelig. Kommunal- og regionaldepartementet finansierte i 2005 et kortvarig prosjekt om datakvaliteten i KOSTRA (KRD 2005b). Utredning konkluderte med at det forekommer flere feil av ulike typer og årsaker. Opstad og Rolfsen (2005) finner at feil forekommer særlig i økonomitallene. Dette skyldes varierende rutiner i kommunene, spesielt når det gjelder bokføring av lønnsutgifter og avskrivninger. Ulik organisering av tjenester, for eksempel i form av konkurranseutsetting, fører også til at økonomitall rapporteres etter varierende prinsipper. I forbindelse med overgang til en registerbasert helsepersonelldel i KOSTRA i 2003, ble det oppdaget til dels store feil i denne delen av statistikkssystemet (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Når det gjelder de KOSTRA-tallene som brukes i denne rapporten, har vi kontrollert kvaliteten på tre måter. Vi har for det første spurt ledere i pleie- og omsorgstjenestene i et mindre antall kommuner/bydeler vi har vært i kontakt med (jf. pkt 1.5 lengre fram) om KOSTRA-tallene fra de to siste årene stemmer med deres egne statistikker. For det andre har vi spurt om alle grupper av tjenestemottakere, både eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og andre funksjonshemmede regnes med i statistikkgrunnlaget uavhengig av hvordan tjenestene er organisert, og uavhengig av hvilke

avdelinger/enheter i kommunen som yter dem. For det tredje har vi drøftet med disse lederne mulige årsaker til forekomsten av tall som virker åpenbart urimelige.

Undersøkt på denne måten er erfaringen at datakvaliteten virker tilfredsstillende for de to-tre siste årene. Men for tidligere år kan den variere, og hovedårsaken er sviktende rutiner, spesielt når det gjelder hvilke grupper som regnes med i statistikkgrunnlaget. Flere kommuner har ikke regnet med utviklingshemmede og/eller psykiatriske pasienter før 2001, og i noen kommuner har disse gruppene ”gått ut og inn” i statistikken. Vi har funnet sannsynlige feil i tallgrunnlaget enkelte år hos ni av 32 kommuner. Disse fordeler seg jevnt på kommuner av ulik størrelse, og representerer stort sett dårlige rutiner som siden er blitt forbedret.

Alt i alt konkluderer vi med at *nasjonale* tall for mottakere av hjemmetjenester for årene 1992-2004 sannsynligvis viser en riktig *tendens*, men det er antakelig først etter 2001 at kvaliteten er blitt noenlunde tilfredsstillende. For året 1995 er tallene misvisende fordi tjenester til personer med psykisk utviklingshemming iflg. SSB ikke ble talt med.

1.4 Formålet med denne rapporten

I det følgende skal vi

1. beskrive hvem hjemmetjenestemottakerne under 67 år er (alder, kjønn, boform, helseproblem, funksjonsnivå m.v.) og vurdere mulige variasjoner mellom kommunene når det gjelder omfanget og sammensetningen av gruppen;
2. beskrive yngre hjemmetjenestemottakeres ressursbruk (omfanget av hjemmesykepleie, praktisk bistand, andre tjenester, hjelpens varighet m.v.) og vurdere variasjoner i ressursbruken mellom grupper med ulike helseproblemer;
3. drøfte mulige årsaker til den utviklingen som er illustrert i Figur 1.

På denne måten besvarer vi rapportens tre hovedspørsmål, slik de er gjengitt i tittelen:

Yngre personer som mottar hjemmetjenester:

- *Hvem er de?*
- *Hva slags hjelp får de?*
- *Hvorfor øker antallet så sterkt?*

1.5 Datagrunnlaget

Vi benytter tre ulike datakilder for å belyse disse spørsmålene:

1. Kommunevise grunnlagstall 1992-2004 fra Statistisk sentralbyrås pleie- og omsorgsstatistikk. SSB har stilt en egen datafil til disposisjon for arbeidet med denne rapporten.
2. Data fra en landsrepresentativ undersøkelse av pleie- og omsorgstjenestens tjenestemottakere i regi av Statens helsetilsyn fra 2003.
3. Individbaserte data om hjemmetjenestemottakere som blir rapportert i KOSTRA. Innsamlingen av disse dataene er gjort spesielt for denne rapporten og foregikk i perioden januar-mai 2006 i 22 kommuner og bydeler i fem ulike regioner. Vi har også hatt samtaler om yngre hjemmetjenestemottakere med ledere av disse tjenestene i de samme kommunene/bydelene.

Det er ikke så vanlig å benytte tre ulike kilder til å belyse samme tema. Grunnen til at det er gjort her, er at de hver for seg har sine begrensninger. Men *til sammen* kan de bidra til sikre og nyanserte svar på spørsmålene vi har stilt. En ny og mer komplett datainnsamling ville krevd helt andre økonomiske og tidsmessige rammer enn de vi har hatt i dette prosjektet.

De tre kildene har ulike styrker og svakheter. Statistisk sentralbyrås tall er viktige fordi de dekker alle kommunene i landet gjennom en tolvårsperiode. De gir enkle opplysninger om typen tjenestebruk (praktisk bistand, hjemmesykepleie eller begge deler), men ingen informasjon om tjenesteomfanget eller om tjenestemottakerne ut over deres alder (gruppert) og kjønn.

Datasettet fra Statens helsetilsyn, som forfatteren i sin tid var faglig ansvarlig for (Statens helsetilsyn 2003), bygger på informasjon fra 72 kommune og bydeler. Det er landsrepresentativt og gir god informasjon om helseproblem, funksjonsnivå og tjenestebruk. Det gir også muligheter for å sammenligne yngre og eldre hjemmetjenestemottakere. Datasettet omfatter i alt 13240 individer, hvorav 1594 er hjemmetjenestemottakere under 67 år. Materialet har en viktig begrensning når det gjelder personer som bor i eget, privat hjem: bare personer som får *både* hjemmesykepleie og praktisk bistand er med i utvalget (mens alle som bor i kommunale boliger er med i utvalget, uavhengig av hva slags type hjemmetjeneste de får). Følgen er at av alle personer under 67 år med hjemmetjenester, er bare om lag halvparten med, og bare ca. en fjerdedel av de som bor i eget, privat hjem.

Det siste datasettet dekker 22 kommuner og er opprettet i forbindelse med det foreliggende arbeidet. Kommunene er fra Troms, Nord-Trøndelag, Agder, Oslo (to bydeler) og Akershus og Oppland. Kommunene er stratifisert etter innbyggertall. Åtte er småkommuner (900-2700 innbyggere), fem er mellomstore (4500-12500 innbyggere), og åtte er store (18000-77000 innbyggere).

Enhetene utgjør bare fem prosent av landets kommuner, og de er ikke representative i statistisk forstand. Men med sin geografiske og størrelsesmessige spredning utgjør de likevel et rimelig tverrsnitt av landet. En liste over kommunene er tatt inn bakerst i vedlegget til denne rapporten (s. 42).

I utgangspunktet henvendte vi oss til hjemmetjenesteledere i 32 kommuner¹ i de nevnte regionene og hadde først en strukturert samtale med dem om tjenestemottakere under 67 år. Vi spurte så lederne om de hadde anledning til å gjennomføre en registrering av slike mottakere. 27 sa seg villige til dette, men underveis ba fem seg fritatt fordi de ikke rakk å gjennomføre oppgaven.

Der hvor registreringen ble gjennomført, ble det trukket ut et tilfeldig utvalg på ca. 20 hjemmetjenestemottakere per kommune, til sammen 390 stykker. Vi presiserte spesielt at *alle* hjemmetjenestemottakere som kommunen registrerte i KOSTRA skulle representeres. For disse er det gitt opplysninger om kjønn, alder, hovedhelseproblem og detaljert informasjon om type, omfang og varighet av mottatte tjenester, og hvem som stod for etterspørselen (spesialisthelse-tjenesten eller andre). Registreringsskjemaet som ble fylt ut er også gjengitt i vedlegget.

Fordelen med dette datasettet er at det har med *alle* typer tjenestemottakere i de aktuelle aldersgruppene, og at data om tjenestebruk er fyldige. Samtalene med hjemmetjenestelederne gav oss også nyttig tilleggsinformasjon.

Det skjematisk oppsettet på neste side gir en forenklet oversikt over de viktigste fordelene og ulempene ved de tre datasettene.

¹ Dette utvalget blir ellers benyttet i omsorgstjenestestudier som Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Høgskolen i Gjøvik driver.

<i>Tall fra SSB/KOSTRA 1992-2004</i>		<i>Tall fra Statens helsetilsyn 2003</i>		<i>Data fra 22 kommuner 2006</i>	
Fordeler	Ulemper	Fordeler	Ulemper	Fordeler	Ulemper
Landsdekkende	Få opplysninger per individ	Representativt utvalg med differensierte opplysninger, herunder funksjonsnivå	Har bare med hjemmeboende som <i>både</i> har praktisk bistand og hjemmesykepleie	Svært detaljerte opplysninger	Ikke representativt utvalg, lite antall individer per kommune. Kan inneholde skjevheter
Tidsserie fra 1992-2004	Kan inneholde feil på kommunenivå	Mange individer i utvalget. Kan sammenligne yngre med eldre tjenestemottakere	Tre år gamle data	Nye data	Mangler data om funksjonsnivå

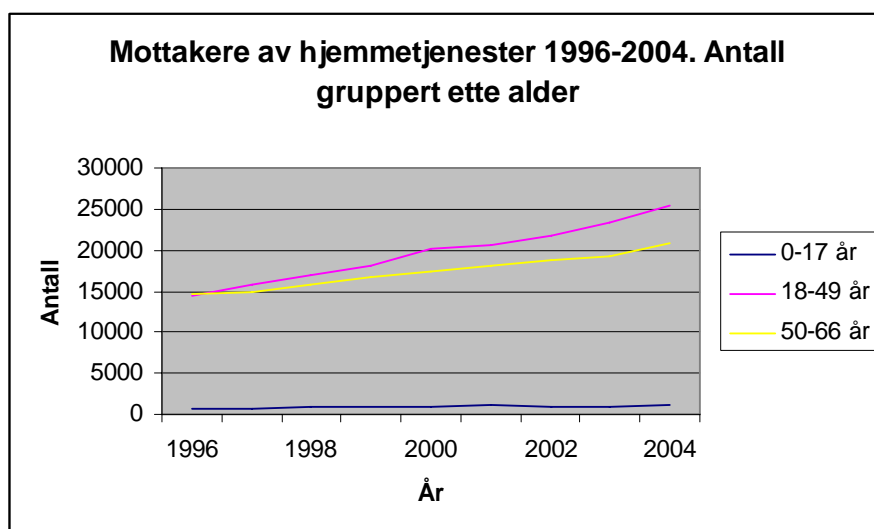
2. HVEM ER DE YNGRE HJEMMETJENESTEMOTTAKERNE?

2.1 Alder

Statistisk sentralbyrås og KOSTRAs pleie- og omsorgsstatistikk har - som nevnt i avsnitt 1.3 - siden 1996 gruppert personer under 67 år i tre: 0-17 år, 18-49 år og 50-66 år. I denne rapporten går denne grupperingen igjen i de fleste tabellene. Inndelingen er grov, men likevel illustrerende, fordi den knytter an til typiske faser i livsløpet. I det følgende kaller vi personer under 18 år for barn og ungdom, de fra 18 til 50 år for yngre voksne og de som er 50-66 år for middelaldrende.

Figur 2.1 viser utviklingen i antall mottakere av hjemmetjenester i disse tre aldersgruppene fra 1996 til 2004.

Figur 2.1 Mottakere av hjemmetjenester fra 1996 til 2004.



Kilde: Statistisk sentralbyrå. For årene 1992-95 er aldersgrupperingen annerledes, og for året 1995 mangler opplysninger om utviklingshemmede, derfor er tall for disse årene ikke med her.

En ser at de aktuelle tjenestemottakerne under 67 år består av to større og én ganske liten gruppe. Alle tre vokste i tidsrommet 1996-2004, men i ulik grad. Barn og unge (0-17 år) vokste med 48 %, fra 757 til 1 124 tjenestemottakere. Gruppen 18-49 år vokste med 77 % fra 14 326 til 25 415 tjenestemottakere, og gruppen 50-66 år med 42 %, fra 14 624 til 20 787 tjenestemottakere. De tre gruppene økte nokså jevnt hele tiden, men gruppen 18-49 år ble altså størst og økte mest.

I 2004 talte den norske befolkningen under 67 år 4,0 millioner personer. Av disse var 1,2 mill. (29 %) 0-18 år, 1,9 mill. (47 %) 18-49 år og 1,0 mill. (24 %) 50-66 år. Andelen av dem som var mottakere av hjemmetjenester i de tre gruppene var henholdsvis 0,08 %, 1,2 % og 1,9 %. I perioden 1992-2004 økte antallet innbyggere i alle de tre gruppene under 67 år: barn og unge økte med 6,8 %, yngre voksne med 1,1 % og middelaldrende med 25,0 % (SSB 2006). Sett i forhold til befolkningen generelt var altså – som forventet – den eldste gruppen sterkest representert blant hjemmetjenestemottakerne, mens gruppen 18-49 - også målt på denne måten - vokste mest.

Vurdert som andel av alle yngre hjemmetjenestemottakere utgjør SSBs tall om barn og unge i 2004 2,4 %, unge voksne 53,7 % og middelaldrende 43,9 %. Våre tall fra 22 kommuner våren 2006 gir omtrent den samme fordelingen, henholdsvis 2,1 %, 53,6 % og 44,4 %. Det gir trygghet for at dette lille utvalget har en tilnærmet representativ alderssammensetning.

2.2 *Kjønn*

Legger en SSB/KOSTRA-tallene til grunn, er andelen yngre menn og kvinner som mottar hjemmetjenester nokså lik. Det samme gjelder hva slags hjemmetjenester de får. Forskjellene er også stabile over tid. Begge deler er dokumentert i vedlegget til denne rapporten. Andelen kvinnelige tjenestemottakere øker – som forventet – noe med alderen og er størst i den eldste gruppen. Alt i alt er det ca. 55 % kvinner blant tjenestemottakerne under 67 år.

I originaldataene fra de 22 kommunene vi har vært i kontakt med, er det heller ingen større forskjeller mellom kjønnene når det gjelder alderssammensetning eller tjenestebruk. Alt i alt er det 51 % menn og 49 % kvinner i dette utvalget. Mennene får i gjennomsnitt 12,8 timer praktisk bistand og 8,2 timer hjemmesykepleie per uke, kvinnene får 11,1 timer praktisk bistand og 8,1 timer hjemmesykepleie.

I det følgende analyserer vi ikke kjønnsforskjeller nærmere.

2.3 *Bolig*

Å bo i en kommunalt tildelt bolig er ikke uvanlig blant hjemmetjenestemottakere. Alt i alt finnes det i dag ca. 40 00 slike boliger. De er av ulik alder, standard og utforming. Ca. halvparten er omsorgsboliger med husbankstandard bygd etter 1994, halvparten andre former for tilrettelagte boliger, oftest av noe eldre dato (Statens helsetilsyn 2003).

Tabell 2.1 viser hvordan yngre hjemmetjenestemottakere bor.

Tabell 2.1 Yngre hjemmetjenestemottakeres boligform etter alder. Prosent. 390 personer fra 22 kommuner, 2006.

	0-17 år n=8	18-49 år n=201	50-66 år n=170	Alle n=379*)
Eget hjem	100	68	66	68
Tilrettelagt bolig	0	14	11	12
Omsorgsbolig	0	18	23	20
SUM	100	100	100	100

*) Det mangler informasjon om boligform for 11 av de 390 personene i utvalget

To av tre bor altså i eget, privat hjem, én av fem i moderne omsorgsboliger og omtrent én av ti i andre typer tilrettelagte kommunale boliger. Som forventet bor de fleste barn og unge hjemme (men vær klar over at antallet er lite og prosenteringen derfor usikker). Det er ingen nevneverdig forskjell i boformen til unge voksne og middelaldrende.

Et par av kommunene forteller også om enkelte yngre tjenestebrukere som bor i asylmottak.

2.4 Helseproblem

Hva er det viktigste helseproblemet de aktuelle tjenestemottakerne har? "Viktigste helseproblem" er her definert som den viktigste årsaken til hjelpebehovet deres.

Vi skal først se på noen data fra Statens helsetilsyn i 2003. Tabell 2.2 viser helseproblemene i *alle* aldersgrupper i hjemmetjenesten, slik at en kan sammenlikne eldre og yngre tjenestemottakere.

Tabell 2.2 Viktigste helseproblem som forårsaker hjelpebehovet. Mottakere av hjemmetjenester i 2003, etter alder. Prosent. Kilde: Statens helsetilsyn 2003.

	0-17 år n=14	18-49 år n=770	50-66 år n=810	67-79 år n=1823	Over 80 år N=4368
Utviklingshemning	43	44	21	2	1
Psykisk lidelse	0	31	31	16	7
Rusmiddelmissbruk	0	1	3	2	0
Demens	0	0	2	9	14
Somatisk lidelse	57	24	43	71	78
SUM	100	100	100	100	100

Det som kjennetegner personer under 67 år, sammenlignet med de over 67 i samme kategori, er den store andelen som er utviklingshemmet eller har en psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehovet. Nesten ingen yngre har en demenstilstand (presenil demens kan forekomme helt ned i 40-årene), og under halvparten har en somatisk lidelse. Blant tjenestemottakere over 67 år er det derimot somatiske lidelser som dominerer.

Går vi til det langt mindre, men allikevel trolig mer treffende datasettet fra våre 22 kommuner, framtrer følgende bilde:

Tabell 2.3 Viktigste helseproblem som forårsaker hjelpebehovet. Mottakere av hjemmetjenester i 2006, etter alder. Prosent. 390 tjenestemottakere fra 22 kommuner.

	0-17 år n=8	18-49 år n=209	50-66 år n=171	Alle n=388
Utviklingshemning	50	19	4	13
Psykisk lidelse	0	43	37	39
Rusmiddelmisbruk	0	11	7	9
Demens	0	1	2	1
Somatisk lidelse	50	27	50	37
SUM	100	101	100	99

Når alle typer yngre hjemmetjenestemottakere regnes med, og når data er tre år nyere, ser en at andelen rusmisbrukere blant yngre voksne er større og andelen utviklingshemmede mindre enn i datasettet fra Helsetilsynet. Blant middelaldrende er det også en mindre andel utviklingshemmede.

Den store gruppen ”Somatisk lidelse” inneholder personer med et mangfold av tilstander. Tabell 2.4 på neste side gir en oversikt over hvordan disse fordeler seg i de tre aldersgruppene. Slik somatiske sykdommer er gruppert i tabellen (i datagrunnlaget er det oppgitt enkeltdiagnoser), dominerer ulike *nevrologiske tilstander*. Blant ”progressive nevrologiske lidelser” finner vi sykdommer som svekker bevegelsesapparatet og fører til økende lammelser. I dette materialet utgjør multippel sklerose (MS) ca. 60 % av tilstandene i denne gruppen. I gruppen ”Annen nevrologisk lidelse” dominerer cerebral parese (CP) og epilepsi, med en andel på ca. 25 % hver.

Blant personer med alvorlige skader dominerer tverrsnittlesjoner av ryggmargen med omfattende lammelser til følge, og hodeskader. Disse kan derfor også sies å være nevrologiske tilstander. Ca. halvparten av disse skadene i dette materialet skyldes trafikkulykker.

Tabell 2.4 Ulike somatiske helseproblemer som forårsaker hjelpebehovet. Mottakere av hjemmetjenester i 2006, etter alder. Prosent. 390 tjenestemottakere fra 22 kommuner.

	0-17 år n=3	18-49 år n=56	50-66 år n=86	Alle n=145
Progressiv neurologisk lidelse	0	27	19	21
Annen neurologisk lidelse	0	21	8	13
Kreftsykdom	0	5	8	7
Hjerneslag	0	0	19	11
Alvorlig skade	0	21	8	13
Hjerte- eller lungesykdom	0	0	7	3
Leddgikt	0	2	6	6
Annet	100	22	25	26
SUM	100	101	100	100

2.5 Funksjonsnivå

Ulike helseproblemer kan føre til ulike hjelpebehov, fordi funksjonsevnen svekkes i varierende grad. Samme helseproblem kan også gi ulik funksjonssvikt: utviklingshemningen kan være begrenset eller omfattende, hjerneslaget likeså. Noen sykdommer - som for eksempel MS - utvikler seg ofte gradvis og kan over tid innebære alt fra nesten full funksjon til total hjelpeavhengighet. Mål på funksjon er derfor viktig for å forstå hvordan de ulike gruppene har det, og hvor mye hjelp de trenger. Vanligvis vil det være en nær sammenheng mellom funksjonsnivå, hjelpebehov og tjenestebruk.

Av de datasettene vi benytter i denne undersøkelsen, er det bare Helstilsynsmaterialet som har informasjon om funksjonsnivå. Det er undersøkt langs to dimensjoner: kroppslig funksjon og kognitiv/mental funksjon, og disse er målt med henholdsvis Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV)². Tabell 2.5 på neste side gir en oversikt.

² Barthels ADL-indeks er en metode til å måle omfanget av funksjonssvikt i ti basale egenomsorgsfunksjoner, så som personlig hygiene, å kle på seg, kontinens, mobilitet osv. Indeksen uttrykker funksjonsnivået i form av et tall mellom 0 og 20. Et høyt tall angir stor grad av selvhjelpenhet, et lavt tall lavt funksjonsnivå. KDV er et mål på mental svikt, og det blir vanligvis benyttet for å karakterisere graden av demens. Den KDV-varianten som er benyttet her, måler fem forskjellige funksjoner: hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, og mentale evner som er en forutsetning for å delta i samfunnsaktiviteter, og for å utføre huslige gjøremål. Både personer med demens, psykisk utviklingshemmede, mennesker med psykiske lidelser og personer med somatisk sykdom kan ha mental svikt som fanges opp av KDV. KDV-skalaen går fra 0 til 15, men her betyr en økning i verdiene det motsatte av hva de gjør i Barthel-skalen. Et høyt tall i KDV er tegn på *sviktende* mental/kognitiv funksjon, mens det altså er omvendt for de funksjonene Barthel måler.

Tabell 2.5 Mottakere av hjemmetjenester i 2003: Gjennomsnittlig Barthels ADL-indeks og KDV etter alder. Kilde: Statens helsetilsyn 2003.

	0-17 år n=14	18-49 år n=770	50-66 år n=810	67-79 år n=1823	Over 80 år n=4368
Barthels ADL-indeks	9,6	15,6	16,0	16,1	16,1
Klinisk demensvurdering	8,7	5,0	4,0	3,2	3,2

Også her ser vi et klart mønster. Både det kroppslige og mentale funksjonsnivået er noenlunde likt i alle grupper, med ett unntak: de yngste. Denne gruppen er imidlertid svært liten, så avviket kan skyldes tilfeldigheter. Det er likevel grunn til å anta at tallene gjenspeiler den store andelen utviklingshemmede en vanligvis finner i denne aldersgruppen.

Vi konkluderer med at funksjonsnivået i aldersgruppene over 17 år er relativt likt, selv om helseproblemene er forskjellige. Dette indikerer at det kan eksistere en felles "terskel" for hvilke nivåer av funksjonssvikt som fører til at hjemmetjenester etterspørres og utløses hos personer i voksen alder og i eldre år. Men terskelen er altså høyere for de yngste. De fleste av disse lever sammen med sine foreldre, som vanligvis yter en stor omsorgsinnsats. Offentlige tjenester etterspørres i slike tilfeller først når barnet – relativt sett – har en betydelig svekket funksjonsevne.

Bruker vi det samme materialet til å undersøke sammenhengen mellom funksjonsnivå og helseproblem, framkommer følgende bilde:

Tabell 2.6 Funksjonsnivået i grupper med ulike helseproblemer. Yngre hjemmetjenestemottakere. Kilde: Statens helsetilsyn 2003. N=1459

Viktigste grunn til hjelpebehovet	Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV
Psykisk utviklingshemning	14,7	6,6
Psykisk lidelse	18,9	3,7
Aldersdemens	16,3	8,3
Somatisk lidelse	14,8	3,2
ALLE	16,0	4,5

Med denne enkle grupperingen av helsetilstanden er forskjellene ikke spesielt store. Alle grupper har i gjennomsnitt en begrenset svekkelse i vanlige kroppslige funksjoner. Mentale funksjoner er – som forventet – mer varierende. Her skårer utviklingshemmede og demente – også som forventet – i gjennomsnitt dårligere enn de andre gruppene.

En mer spesifisert kartlegging viser at tjenestemottakere med MS kroppslig er de aller skrøpeligste blant samtlige yngre hjemmetjenestemottakere, deretter følger personer med en alvorlig skade. Vurderer en funksjonsnivået aldersgruppene i mellom, får en et klart mønster: barn og unge er skrøpeligst (Barthel 8,2; KDV 8,6), dernest kommer yngre voksne (Barthel 15,8; KDV 5,0) og middelaldrende (Barthel 16,4; KDV 4,0). Legger en kombinasjonen av helseproblem og alder til grunn, er barn og unge med psykisk utviklingshemning alt i alt den skrøpeligste gruppen.

2.6 Kommunale variasjoner

Den utviklingen som er beskrevet i Figur 1.1 på side 7 baserer seg på tall fra samtlige av landets kommuner. Det er naturlig å spørre om de uttrykker en allmenn tendens, eller om det er stor spredning kommunene i mellom, både når det gjelder utviklingen over tid, hvor stor andel av hjemmetjenestemottakerne som er under 67 år, og hvor stor andel av denne aldersgruppen i kommunen som får slike tjenester.

Når det gjelder utviklingen over tid, har vi laget en analyse basert på tall fra SSBs statistikkbank, der det (som eneste egenskap) er mulig å skille kommunene etter sentralitet. Vi har tatt med tre kommunegrupper: de helt sentrale kommunene (middels store og store byer), de mindre sentrale (vanligvis mindre industristeder og ”bygdebyer” med inntil 2 ½ timers reisetid til sentrale kommuner) og de minst sentrale kommunene (med enda lengre reisetid til sentrumskommuner – vanligvis små primærnæringskommuner perifert i fylkene). Vi har vurdert prosentvise endringer i bestanden av hjemmetjenestemottakere under 67 år fra 31.12.96 til 31.12.02. Tallene fra SSB indikerer at det er de mest sentrale kommunene som har hatt den sterkeste veksten. Dette gjelder alle de tre aldersgruppene vi har analysert tidligere, jf. Tabell 2.7:

Tabell 2.7 Endringer i antall hjemmetjenestemottakere under 67 år fra 1996 til 2002 etter kommunetype og alder.

Aldersgrupper	Sentrale kommuner	Mindre sentrale kommuner	Minst sentrale Kommuner
0-17 år	28 %	19 %	- 4 %
18-49 år	50 %	13 %	35 %
50-66 år	32 %	11 %	26 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken

Andel av befolkningen og andel av hjemmetjenestemottakerne

Variasjoner mellom kommunene kan også beskrives ut fra hvor stor andel av befolkningen under 67 år som får hjemmetjenester. Denne sprer seg fra 0,4 % til 3,4 %; gjennomsnittet er 1,4 %. Tall for andel av alle hjemmetjenestemottakere som er under 67 år varierer fra 8,1 % til 47,4 %. Gjennomsnittet er 28,2 %. Også her finner en igjen noe av det samme mønsteret som over. De mindre sentrale kommunene ligger lavest: 29,1 % av hjemmetjenestemottakerne er under 67 år; 1,2 % av befolkningen i denne aldersgruppen får hjemmetjenester. De tilsvarende tallene for de meste perifere kommuner er 44,4 % og 1,7 %, og for sentrale kommunene: 35,5, % og 1,5 %.

Det ser altså ut til at det er sider ved behov, etterspørsel eller tilbud i både perifere og sentrale kommuner som gjør at deres antall og andel av hjemmetjenestemottakere under 67 år har vokst mye og er høy. En må lete etter lokale forhold for å finne forklaringer på disse ulikhetene. Slike forhold kan for eksempel være

- Vertskommunestatus for tidligere HVPU-institusjoner
- Forekomst av asylmottak
- Samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten
- Utforming og tempo i den lokale gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse og av reformene i omsorgen for rusmiddelmissbrukere.

2.7 Organiseringen av tjenestetilbudet

Et viktig forhold ved kommunenes pleie- og omsorgstjenester er deres organisering. Generelt er mange kommuner – herunder også pleie- og omsorgstjenestene deres – omorganisert i løpet av de siste årene. I 24 av de i alt 32 kommunene vi har vært i kontakt med, er pleie- og omsorgstjenesten omorganisert etter 2001 (se også Romøren 2006). Tendensen går i retning av såkalt ”flat struktur”, dvs. at de tradisjonelle etatene oppløses. Mellomlederne ved de enkelte enhetene får selvstendig personal- og driftsansvar. Dermed har en bare to nivåer i den kommunale organisasjonen: sentraladministrasjonen (rådmannen) og tjenesteenhetene. Dette kalles ”tonivåmodell”. Halvparten av ”våre” kommer har en slik organisering. Den andre halvparten har en mer tradisjonell etatsmodell med enten tre eller fire nivåer.

I kommuner med ”flat struktur” har en formelt sett ikke en pleie- og omsorgstjeneste lenger, bare ulike resultatenheter som yter slike tjenester: hjemmetjenestedistrikter, sykehjem, bokollektiver osv. I kommuner som fortsatt har etatsstruktur, varierer pleie- og omsorgstjenestens oppgaver. Halvparten har ansvar for både eldreomsorg, psykiatriske tjenester og tjenester til

utviklingshemmede, en tredjedel har en pleie- og omsorgstjeneste som bare yter eldreomsorg og psykiatriske tjenester, resten (15-20 %) eldreomsorg og tjenester til utviklingshemmede (Romøren 2006).

Dette betyr at når vi analyserer hjemmetjenestemottakere under 67 år, der en betydelig andel har en psykisk lidelse, og der også gruppen utviklingshemmede er markant, så snakker vi bare i begrenset grad om ”pleie- og omsorgstjenesten” som en etat eller en organisasjon. Tjenesten til disse to gruppene under 67 år som bor utenom institusjon gis i over halvparten av tilfellene i egne avdelinger eller enheter.

Tilbud til utviklingshemmede og psykiatriske pasienter er vanligvis lite integrert med den delen av pleie- og omsorgstjenesten som arbeider med hjelpetrequende eldre, også der hvor de formelt er del av samme organisasjon/etat. Det skjer en funksjonell differensiering over alt, ikke bare i de større kommunene. Det betyr igjen at økningen av yngre tjenestemottakere i hjemmetjenesten egentlig fordeler seg mellom tre mer eller mindre atskilte kommunale tilbud: en tjeneste for utviklingshemmede, en tjeneste for mennesker med psykiske lidelser og den ”klassiske” pleie- og omsorgstjenesten (Romøren 2006).

2.8 Oppsummering: Hvem er de yngre hjemmetjenestemottakerne?

Yngre hjemmetjenestemottakere utgjør aldersmessig to store (unge voksne og middelaldrende) og en ganske liten gruppe (barn og unge). De omfatter omtrent like mange kvinner som menn. I den yngste gruppen dominerer utviklingshemning og somatiske lidelser. I mellomgruppen dominerer psykiske lidelser, og i den eldste både somatiske og psykiske lidelser. De somatiske tilstandene blant yngre voksne og middelaldrende består i overveiende grad av ulike former for nevrologiske tilstander (inkludert følger av skader som rammer sentralnervesystemet). Funksjonsnivået viser mange likhetstrekk, men noen grupper skiller seg likevel tydelig ut. Aller skrøpeligst synes personer med MS å være, og barn og unge er skrøpeligere enn yngre voksne og middelaldrende. Ser en helseproblem og alder under ett, er barn og unge med psykisk utviklingshemning samlet sett den skrøpeligste og meste hjelpetrequende gruppen.

3. HVA SLAGS HJELP FÅR YNGRE HJEMMETJENESTE-MOTTAKERE?

I dette avsnittet beskrives yngre hjemmetjenestemottakeres ressursbruk. Vi benytter følgende indikatorer:

- Hva slags tjenester denne gruppen mottar
- Omfanget av hjemmesykepleie praktisk bistand
- Varigheten av disse tjenestene

I tillegg skal vi si litt mer om hvordan ressursbruken varierer mellom grupper med ulike helseproblemer.

3.1 *Typer av tjenester: praktisk bistand og hjemmesykepleie*

I perioden 1992-2004 har det i følge tall fra SSB/KOSTRA skjedd en markert endring når det gjelder hva slags hjemmetjenester som ytes i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten generelt. Andelen personer som bare får praktisk bistand er synkende (alt i alt ned 19 % i perioden), andelen som får både praktisk bistand og hjemmesykepleie har økt omtrent like mye (opp 23 %), mens andelen som bare får hjemmesykepleie er doblet (opp 98 %). Ser en på endringer i tjenestetype etter alder, er veksten aller sterkest blant personer 0-17 år og 18-49 år som bare får hjemmesykepleie (en tredobling). Deretter kommer gruppene 55-66 og over 80 år med samme tjenestemønster. Her har det skjedd en fordobling.

Tabell 3.1 angir fordelingen i 2004 etter alder. Mønsteret er enkelt og tydelig. Andelen som kun får hjemmesykepleie er høy blant barn og unge, og den synker systematisk med alderen. Andelen som har praktisk bistand er omtrent den samme i alle aldersgrupper, mens andelen av de som har begge tjenester øker med alderen.

Tabell 3.1 Type hjemmetjeneste som mottas etter alder. Året 2004. Prosent.

	0-17 år n=1124	18-49 år n=25415	50-66 år n=20787	67-79 år n=38342	Over 80 år n=77747
Hjemmesykepleie	65	47	38	32	24
Praktisk bistand	25	30	30	34	31
Begge deler	10	23	32	34	45
SUM	100	100	100	100	100

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Årsaken til denne utviklingen er sammensatt. Når den sykepleiefaglige delen av omsorgen øker, må vi anta at tjenestemottakerne har større helseproblemer. Men det kan også være at oppgraderingen av det sykepleiefaglige tilbudet i noen grad avspeiler hvilken profesjon som leder hjemmetjenestene – ja, pleie- og omsorgstjenestene generelt. En sykepleieledet tjeneste vil primært se og utvikle det sykepleiefaglige tilbudet. Om en annen profesjon hadde innehatt lederposisjonene ville den trolig gjort det samme: utviklet tilbudene ut fra egen tradisjon og tenkemåte.

3.2 Andre tjenester

Nesten halvparten av de yngre hjemmetjenestemottakerne får også andre tilbud enn praktisk bistand og hjemmesykepleie. Tabell 3.2 gir en oversikt.

Tabell 3.2 Yngre hjemmetjenestemottakere. Bruk av andre tjenester enn praktisk bistand og hjemmesykepleie. Prosent. 390 personer fra 22 kommuner, 2006.

Støttekontakt	17
Psykiatrisk sykepleie	7
Trygghetsalarm	4
Brukerstyrt personlig assistent	3
Dagsenter	3
Fysioterapi/Ergoterapi	2
Matombringing	2
Medisinering	1
Korttidsopphold i institusjon	1
Omsorgslønn	1
Annet	2
Ingen	55

En del personer bruker flere av tjenestene som er listet opp her samtidig. I slike tilfeller har vi - for enkelhets skyld - bare ført opp den tjenesten som i registreringsskjemaet er listet først av flere. Det betyr for eksempel at noen av de som mottar psykiatrisk sykepleie også kan ha en støttekontakt, noen med trygghetsalarm kan ha matombringing, osv. Det figuren viser, er at pleie- og omsorgstjenesten i tillegg til praktisk bistand og hjemmesykepleie yter et bredt spekter av tjenester til yngre hjemmetjenestemottakere. Støttekontakt og psykiatrisk sykepleie er vanligst. Psykiatrisk sykepleie innebærer som oftest gruppesamtaler eller individuelle samtaler med tanke på å mestre den psykiske lidelsen bedre.

3.3 Omfanget av hjemmesykepleie og praktisk bistand

Hva den store økningen i antallet yngre hjemmetjenestemottakere betyr for kommunene ressursmessig, kan vi først vurdere når vi kjenner omfanget av de tjenestene denne gruppen får. Vi har bare data om omfanget av praktisk bistand og hjemmesykepleie, og må derfor avgrense oss til disse to tilbudene i det følgende.

I denne sammenheng kan det være nyttig først å undersøke om det er noen forskjell på omfanget av hjemmesykepleie og praktisk bistand som yngre hjemmetjenestemottakere får, sammenlignet med eldre. Data fra Helsetilsynsundersøkelsen angir antall besøk av hjemmesykepleien per uke og antall timer praktisk bistand per uke. De er gjengitt i tabell 3.3:

Tabell 3.3 Antall timer praktisk bistand per uke og antall ganger hjemmesykepleie per uke. Gjennomsnittstall etter alder. Kilde: Statens helsetilsyn 2003.

	0-17 år n=14	18-49 år n=770	50-66 år n=810	67-79 år n=1823	Over 80 år n=4368
Praktisk bistand	75,6	21,5	8,6	2,2	1,8
Hjemmesykepleie	5,9	8,2	8,8	9,9	10,3

Det gjennomsnittlige omfanget av praktisk bistand (timer per uke) går betraktelig ned med alderen. Det gjennomsnittlige omfanget av hjemmesykepleiebesøkene (antall besøk per uke, uansett lengde) øker. Ser en gruppene under og over 67 år under ett, har de under 67 år i gjennomsnitt 15 timer praktiske bistand og 8-9 besøk fra hjemmesykepleien per uke. Personer over 67 år har tilsvarende to timer praktisk bistand og 10 besøk fra hjemmesykepleien. Yngre hjemmetjenestemottakere er med andre ord langt mer ressurskrevende enn eldre, og dette skyldes i all hovedsak det store omfanget av praktisk bistand de får.

Ressursbruk og helseproblem

Tabell 3.4 gir en oversikt over ressursbruken i ulike grupper etter hva slags helseproblemer de har:

Tabell 3.4 Ressursbruk i grupper med ulike helseproblemer. Mottakere av hjemmetjenester i 2006. 390 tjenestemottakere fra 22 kommuner.

Hovedårsak til hjelpebehovet	Antall timer praktisk bistand per uke (gjennomsnitt)	Antall timer hjemmesykepleie per uke (gjennomsnitt)	Sum timer hjemmetjenester (gjennomsnitt)
Psykisk utviklingshemning	20,9	17,1	38,0
Psykisk lidelse	8,8	6,0	14,8
Rusmiddelmissbruk	27,1	2,8	29,9
Demens	0,9	12,3	13,2
Somatisk lidelse	7,6	9,2	16,8
SUM	11,5	8,2	19,7

I datasettet fra de 22 kommunene er hjemmesykepleieressursene også regnet i timer. Det betyr at en kan summere de to hjemmetjenestene og få et klarere bilde av omfanget. I tillegg dekker utvalget *alle* tjenestemottakere, uavhengig av om de bare mottar hjemmesykepleie, praktisk bistand eller begge deler. Regnet på denne måten viser tallene at yngre hjemmetjenestemottakere alt i alt mottar ca. 20 timer med praktisk bistand og hjemmesykepleie per uke i gjennomsnitt. Det svarer til ca. en halv stilling per mottaker.

Sett under ett er personer med utviklingshemning den mest ressurskrevende gruppen. De får i alt 38 timer hjemmetjenester per uke i gjennomsnitt. Disse timene er ganske likelig fordelt mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie. Dernest følger personer med rusmiddelmissbruk (30 timer – mest praktisk bistand), personer med somatiske lidelser (17 timer – omtrent like mye praktisk bistand og hjemmesykepleie), personer med psykiske lidelser (15 timer - omtrent like mye praktisk bistand og hjemmesykepleie), personer med demens (13 timer – mest hjemmesykepleie).

Tabell 3.5 på neste side viser dataene fordelt på personer med ulike typer av somatiske lidelser.

En ser av tabellen at ”Annen nevrologisk lidelse” (dvs. mye alvorlig CP og epilepsi, antakelig ofte i kombinasjon av ulike grader av utviklingshemning) utløser det største forbruket, fulgt av alvorlig skader (ofte trafikkskade), hjerneslag og ”Progressiv nevrologisk lidelse” (ofte MS).

Tabell 3.5 Ressursbruk hos yngre hjemmetjenestemottakere med somatiske helseproblemer. 390 tjenestemottakere fra 22 kommuner, 2006.

Hovedårsak til hjelpebehovet	Antall timer praktisk bistand per uke (gjennomsnitt)	Antall timer hjemmesykepleie per uke (gjennomsnitt)	Sum timer hjemmetjenester (gjennomsnitt)
Progressiv nevrologisk lidelse	7,0	13,0	20,0
Annen nevrologisk lidelse	27,4	18,4	45,8
Kreftsykdom	0,9	1,9	2,8
Hjerneslag	16,3	7,1	23,4
Alvorlig skade	8,1	15,6	23,7
Hjerte- eller lungesykdom	1,2	0,7	1,9
Leddgikt	1,9	4,5	6,4
Annet	5,8	3,4	9,2
SUM	7,6	9,2	16,8

Slår vi sammen de to gruppene nevrologiske lidelser ("progressive" og "andre"), og ser en på de helseproblemene som er hovedårsak til hjelpebehovene hos yngre hjemmetjenestemottakere enkeltvis, får en denne rekkefølgen av gjennomsnittlig sum timer hjemmetjenestebruk per uke per person:

1. Nevrologisk lidelser: 39,8 timer
2. Psykisk utviklingshemning: 38,0
3. Rusmiddelmissbruk: 29,9
4. Alvorlige skader: 23,7
5. Psykiske lidelser: 14,8
6. Demens: 13,2

Medisinsk sett kan mange av disse tilstandene tilbakeføres til ulike former for skader i sentralnervesystemet.

3.4 Hjelpens varighet

De fleste yngre hjemmetjenestemottakere har helseproblemer av kronisk karakter. Det betyr at de har behov for langvarige tjenester. Tjenestemottakerne fra de 22 kommunene vi fikk inn data fra i forbindelse med denne rapporten, hadde i gjennomsnitt hatt praktisk bistand eller hjemmesykepleie i fire år (49,4 måneder). Hjemmetjenestelederne forventet at den vil vare livet ut for vel halvparten. For de øvrige, anslo en den fortsatte varigheten av tjenestetilbudet til ca. to år (22,8 måneder).

3.5 *Hvor kommer de fra?*

Et viktig aspekt ved ressursbruken og spørsmålet om veksten i de gruppene vi analyserer her, er prosessen som fører fram til vedtak om tildeling tjenester. Hvor kommer forespørselen fra?

53 % av tjenestemottakerne fra våre 22 kommuner hadde fått vedtak om hjemmetjenester i forlengelsen av et opphold i sykehus. Av disse kom ca. 40 % fra somatiske sykehus og ca. 40 % fra en psykiatrisk sykehusavdeling (pluss en liten andel (4 %) fra et distriktpsikiatrisk senter). 7 % kom fra en institusjon for rusmiddelmissbrukere.

De øvrige 47 % oppholdt seg altså i eget, privat hjem eller kommunal bolig da vedtak om hjelp ble fattet. Men enten tjenestemottakeren kom direkte fra et sykehus eller bodde hjemme da det ble søkt om hjemmetjenester, så var forbruket ved undersøkelsestidspunktet omtrent det samme: 11,5 timer praktisk bistand og 8,2 timer hjemmesykepleie per uke for den første gruppen, og henholdsvis 12,6 og 7,6 timer for den andre – altså i begge tilfellet til sammen om lag 20 timer per uke.

Legger en disse tallene til grunn, kan ikke ressurskrevende pasienter som kommer fra de somatiske sykehusene være en særlig viktig årsak til omfanget av yngre hjemmetjenestemottakeres ressursbruk. Denne konklusjonen stemmer også overens med resultatet av analysene av datasettet til Statens helsetilsyn fra 2003 (Romøren 2003). Disse pasientene er antakelig ikke så mange som det er vanlig å anta. I materialet fra de 22 kommunene dominerer slagpasienter og kreftpasienter i denne gruppen.

Prevalens versus insidens

Som nevnt innledningsvis, bygger all dokumentasjon i denne rapporten på såkalte prevalenstall, dvs. en indikator på ”beholdningen” av hjemmetjenestemottakere på årets siste dag. Denne beholdningen er avhengig av balansen mellom tilgang og avgang. En slik registrering gir derfor et skjevt bilde av hjemmetjenestens utfordringer når det gjelder personer det kan være en del av, men som bare trenger hjelp en kort tid. Et eksempel er nettopp utskrevne sykehuspasienter som trenger etterbehandling. Terminale kreftpasienter er en annen gruppe: det kan være flere av dem i løpet av et år. Men den tiden de trenger til dels omfattende tjenester er begrenset, enten fordi de returnerer til et sykehus, eller fordi de dør. Grupper av hjemmetjenestebrukere som det er flere av i løpet av året, kan altså utgjøre et lite antall på en bestemt dag.

3.6 Oppsummering: Hva slags hjelp får de yngre hjemmetjenestemottakerne?

Yngre hjemmetjenestemottakere er – sett under ett – en svært ressurskrevende gruppe, og langt mer ressurskrevende enn eldre. Hver av de yngre har i gjennomsnitt praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie som svarer til omtrent en halv stilling, og denne hjelpen varer i mange år - for flertallet: livet ut. I tillegg mottar mange også andre tjenester over et bredt spekter.

De to mest ressurskrevende gruppene blant yngre hjemmetjenestemottakere er personer med nevrologiske lidelser (MS, alvorlig CP, epilepsi m.v.) og personer med utviklingshemning, dernest rusmiddelmissbrukere og alvorlig skadde, og mennesker med psykiske lidelser og mennesker med demens.

En fellesnevner for de helseproblemene disse menneskene har, er svekkelser eller skader i det sentrale nervesystemet – enten i hjernen eller i ryggmargen. Slike skader har tre felles trekk: de regenererer bare i beskjeden grad, de svekker ofte førligheten, og de kan gi kognitiv svikt. Bevegelse og kognisjon er de to mest basale funksjonene et menneske er avhengig av for å leve et selvstendig liv. Dette er – medisinsk sett – forklaringen på at slike tilstander dominerer blant de tjenestemottakerne denne rapporten beskriver.

4. HVORFOR ØKER ANTALLET YNGRE HJEMMETJENESTE-MOTTAKERE SÅ STERKT?

Figur 1.1 (side 7) beskriver en bemerkelsesverdig utvikling av alderssammensetningen blant hjemmetjenestemottakere fra begynnelsen av 1990-tallet og framover. De aller eldste (80+) og de noe yngre (67-) øker i antall, den siste gruppen mest – den dobles i løpet av 12 år. Antallet personer 67-80 år minker. Figur 2.1 (side 14) spesifiserer utviklingen blant hjemmetjenestemottakere under 67 år ytterligere. Gruppen består av ganske få barn og unge, men en stor gruppe yngre voksne (18-49 år) og en noe mindre gruppe av middelaldrende (50-66 år). Av disse har de yngre voksne vokst raskest.

Hva er forklaringen på det disse to figurene beskriver? Innledningsvis har vi skissert tre viktige faktorer: endringer i behov, endringer i etterspørsel og endringer i tilbud. Men vi har også understreket at svakheter i datagrunnlaget må vurderes.

For å veie mot hverandre betydningen av de faktorene som er nevnt over, hadde det vært ønskelig med longitudinelle data som dekket de teoretisk sett mest relevante forklaringsfaktorene. Slike data fins ikke. Vi må isteden støtte oss til dokumentasjonen som er kommet fram i avsnittene foran om hjemmetjenestemottakernes helseproblemer og ressursbruk.

La oss kort repetere hva de forteller. Personer under 67 år som får hjemmetjenester består helsemessig sett av to store grupper: mennesker med psykiske lidelser og mennesker som har én av mange ulike somatiske lidelser – der ulike nevrologisk tilstander dominerer. I tillegg kommer to mindre grupper: utviklingshemmede, og personer med rusproblemer. Tjenestene de yngre mottar har en annen karakter enn hos eldre. De som får praktisk bistand, får i gjennomsnitt langt flere timer per uke enn eldre som får den samme tjenesten. Omfanget av sykepleiehjelpen som gis til den enkelte er omtrent den samme som for eldre tjenestemottakere. Sett under ett er yngre hjemmetjenestemottaker en svært ressurskrevende gruppe; alt i alt mottar den hjemmetjenester svarende til ca 20 timer per uke per person i gjennomsnitt.

4.1 *Behov*

De viktigste behovsfaktorene er befolkningsutviklingen og mulige endringer i sykkeligheten. Er det slik at det er blitt flere mennesker i de tre aldergruppene under 67 i Norge i løpet av de 10-15 siste årene? Har sykkeligheten blant dem endret seg på en måte som peker i retning av økte behov for hjemmetjenester?

En tredje mulighet er at behovene kan ha økt som følge av en reduksjon i tilgangen på uformell hjelp.

Demografiske data forteller at antallet personer under 67 år økte i med ca 8 % i perioden 1992-2004 (kilde: SSBs befolkningsstatistikk). Antallet barn og unge (0-17 år) økte med 7 %, yngre voksne (18-49 år) med 1 % og middelaldrende (50-66 år) med 25 %. Demografiske forhold kan til en viss grad stå bak en behovsøkning. Men den er av liten eller ingen betydning for et av de mest karakteristiske utviklingstrekkene vi har sett: den store økningen av tjenestemottakere i yngre voksen alder (18-49 år). Denne gruppen er ikke blitt nevneverdig større i befolkningen, samtidig som den har økt med ca. 50 % blant tjenestemottakerne.

Hvis vi ser på utviklingen i antallet hjemmetjenestemottakere 67-79 år og 80+, er demografiske forhold antakelig en viktigere forklaringsfaktor. Den første gruppen minket med 11 % i befolkningen og 28 % blant hjemmetjenestemottakerne. Tilsvarende var økningen i den siste henholdsvis 31 % og 26 %.

Data om endring av befolkningens sykelighet i Norge – i første rekke Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser - tilsier ikke at det har skjedd endringer i sykeligheten som kan bidra til forklare de store endringene i forbruket av hjemmetjenester. I så fall måtte vi ha hatt en epidemisk økning av psykisk utviklingshemning eller psykiatrisk sykelighet i landet. Det er selvfølgelig ikke tilfelle. Det er likevel verdt å nevne at utviklingshemmedes levealder er stigende (Thorsen 2005). Dette fører til at varigheten av denne gruppens tid som tjenestemottakere øker, og dermed også gruppens størrelse (beholdningen) til enhver tid.

Sykelighet er ikke en gitt størrelse, og nye sykdommer eller helsesvikt oppdages stadig. Nye tilstander kommer inn under helsebegrepet. Symptomer på tidligere kjente sykdommer oppdages tidligere. Dette utvider sykdomsbegrepet, men det er noe annet enn at sykelighet målt på noenlunde den samme måten endrer seg. Det skjer bare i beskjeden grad innenfor en periode på 10-15 år, som er det vi forholder oss til her.

At reduksjon i tilgangen på uformell hjelp skulle ha gitt en klar behovsøkning, er lite sannsynlig. De studiene som har vært gjort til nå, viser at denne hjelpekilden er stabil (Lingsom 1997).

4.2 Etterspørsel

Etterspørsel etter hjemmetjenester skapes til dels av behov, dels av kjennskap til hva tjenesten kan og skal yte. Etterspørselen endres også hvis terskelen for å be

om hjelp blir lavere – enten i befolkningen eller i andre deler av hjelpapparatet. Etterspørsel handler altså ikke bare om konvertering av behov, men også kunnskap om og holdninger til tilbudet.

Endringer i kunnskap og holdninger som styrer etterspørselen kommer bl.a. til uttrykk i følgende sitater fra hjemmetjenesteledere vi har intervjuet:

- ”Flere ønsker å være hjemme lengst mulig med sin kreftsykdom, flere ønsker å dø hjemme”
- ”Det er en økt bevissthet i befolkningen og i spesialisthelsetjenesten om hvilke krav de kan stille til oss”
- ”Folk har oppdaget at en kan motta hjemmetjenester selv om en ikke er gammel”
- ”Ett tilbud genererer et annet: når vi har laget et lavterskel boligtilbud for bostedsløse, kommer de også til oss med sine helseproblemer”
- ”Når den utviklingshemmede blir 18 år, mener mange foreldre at familieomsorgen er over. Barnet deres skal etablere sin egen tilværelse hovedsakelig med hjelp fra det kommunale hjelpeapparatet”

Vi kan ikke dokumentere den direkte effekten av slike kunnskaps- og holdningsendringer. Men at de bidrar til å øke etterspørselen etter hjemmetjenester i yngre aldersgrupper, kan det ikke herske tvil om. I hvor stor grad vet vi ikke, og heller ikke hvor mye disse endringene betyr i forhold til andre faktorer.

4.3 Tilbud

Endringer i tilbudet av hjemmetjenester skjer ved at kapasiteten øker, ved at tjenesten ut fra egen interesse og kompetanse tar på seg nye oppgaver, eller ved at tjenesten pålegges nye oppgaver. Av disse tre faktorene er trolig den siste viktigst. I løpet av den perioden Figur 1.1 og 2.1 dekker, er det gjennomført en rekke reformer og initiativ på det helse- og sosialpolitiske området som – direkte eller indirekte – har ført til nye tilbud i den kommunale hjemmetjenesten.

De viktigste er

- HVPU-reformen (1991-95)
- Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)

- Helseforetaksreformen (2002)
- Reformen i rusomsorgen: "Rusreformen" (rusomsorgen inn i helseforetakene - 2004), Handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005/2006-2008), Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (LAR – 2000/2001)

HVPU-reformen innebar overføring av ca. 5000 utviklingshemmede til kommunale bo-, omsorgs- og arbeidstilbud. Samtidig ble det kommunale ansvaret for hjemmeboende utviklingshemmede presisert (Romøren 1994). Denne store reformen har hatt betydning for hjemmetjenesten i kommunene på to måter. For det første måtte en etablere nye tilbud for alle som kom fra HVPU, og for et stort antall hjemmeboende utviklingshemmede. For det andre har en hatt en klar forpliktelse til å tilby tjenester til alle "nye" utviklingshemmede. At en markant andel av hjemmetjenestemottakerne under 67 år i dag er utviklingshemmede, forteller oss at følgene av HVPU-reformen har vært én av drivkreftene i den utviklingen som Figur 1.1 og 2.1 beskriver.

Opptrappingsplanen for psykisk helse er en reform av lignende type og med lignende konsekvenser. Staten har yttet betydelige midler i form av øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene siden 1999. Dette har ført til mange nye tilbud: et stort antall boliger, dagsentra og stillinger i kommunene øremerket arbeid for mennesker med psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Sett under ett, er dette kanskje den viktigste årsaken til utviklingen denne rapporten beskriver.

Helseforetaksreformen har trolig forsterket tendensen til å redusere liggetiden i sykehusene, og til å overlate mer behandling, etterbehandling og rehabilitering til kommunehelsetjenesten. Anslagsvis en fjerdedel av dagens hjemmetjenestemottakere under 67 år er utskrevne pasienter fra somatiske sykehus. De fleste av dem er enten slagpasienter eller kreftpasienter.

Det har skjedd flere reformer i rusomsorgen de senere årene. Helseforetakene har overtatt sektoransvaret for behandlingstiltak. Vi har fått en handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Såkalt legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (LAR) er satt i system ved etableringen av regionale sentra over hele landet. Tilrettelegging for gjennomføring skjer også i den ordinære helse- og sosialtjenesten i kommunene. Alt dette har gitt kommunene et økt oppfølgingsansvar for rusmisbrukere (se også Sosial- og helsedirektoratet 2005).

I sum betyr gjennomføringen av disse reformene nye oppgaver til hjemmetjenesten. Den må utvide sitt tilbud. I tillegg har den måttet overta oppgaver fra andre tilbud for kronisk syke som er blitt lagt ned, så som barnesykehus, vanføre hjem osv.

4.4 Oppsummering: *Hvorfor øker antallet yngre hjemmetjenestemottakere så sterkt?*

Svaret på spørsmålet kan kort oppsummeres slik: Befolkningsutviklingen i de aktuelle aldersklassene har i noen grad bidratt, og etterspørselen etter hjemmetjenester kan ha økt som følge av at dette tilbudet ikke lenger betraktes som eldreomsorg, men som et omsorgstilbud for mennesker i alle aldre og med et bredt spekter av helseproblemer. Men først og fremst har antallet yngre hjemmetjenestemottakere økt siden 1990-tallet fordi kommunene er blitt pålagt nye oppgaver gjennom statlige helse- og sosialpolitiske reformer. Av disse er antakelig Opptappingsplanen for psykiske helse den viktigste.

Vil den jevne økningen vi har sett gjennom 10-15 år fortsette? Og i tilfelle hvor lenge? Inntil Opptappingsplanen for psykisk helse er gjennomført (2008), vil tendensen som figurene 1.1. og 2.1 beskriver sannsynligvis fortsette. Det er også rimelig å regne med en videre etterspørselsøkning som følge av at hjemmetjenestene har fått en ny status både i befolkningens og det øvrige hjelpeapparatets bevissthet. Kommer det nye oppgaverreformer, vil dette også virke etterspørselsdrivende. Likevel er det grunn til å anta at veksten før eller siden vil flate ut. Men når? Ja, det er det umulig å spå om i dag.

LITTERATUR

Brevik, I. (2003). *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester, Utvikling, status og utfordringer*. NIBR-rapport 2003:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

KRD (2005a). *Veileder for rapportering om ressursbruk og tjenesteproduksjon i kommuner og fylkeskommuner*. www.KOSTRA.dep.no

KRD (2005b). *KOSTRA-kvalitet – ”Hvor riktige er indikatorene i KOSTRA?”*
www.KOSTRA.dep.no

Lingsom, S. (1997). *The substitution issue: care policies and their consequences for family care*. Rapport 6/97. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Lovdata (2000). *LD for 2000-12-15 nr 1425: Forskrift om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner*.

Opstad, L. og Rolfsen, H.O. (2005). KOSTRA som styringsverktøy. I Busch, T., Vanebo., J.O., Klausen, K.K. og Johnsen, E., *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Romøren, T.I. (1994). *HVPU-reformen i forskningens lys*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Romøren, T.I. (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003 (Del II). Oslo: Statens helsetilsyn.

Romøren, T.I. (2006). *Organisering av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*. *Aldring og livsløp* 1/06, s. 2-9.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Rundskriv IS-1/2005. Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2005*.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Opptappingsplanen – hvor står vi?*
”Powerpoint”-presentasjon lagt ut på direktoratets hjemmesider,
www.shdir.no/psykisk/opptappingsplanen/status

Statens helsetilsyn (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn.

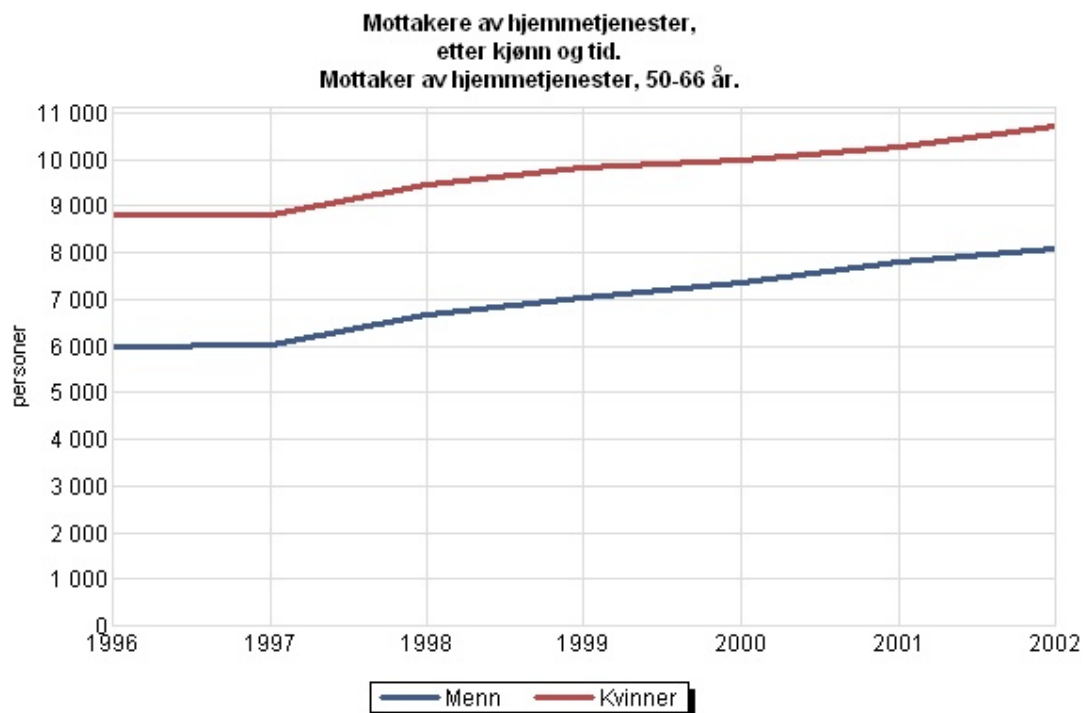
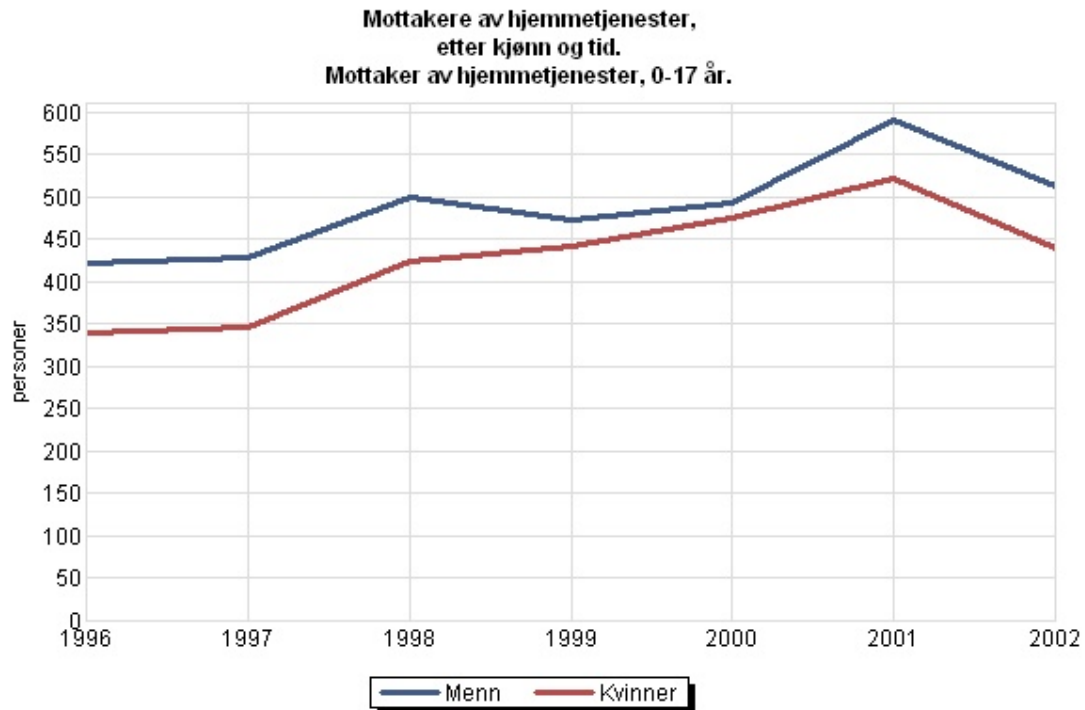
SSB (2006). Statistikkbanken. www.ssb.no

Toresen, J. (2003). *Handlingsplan for eldreomsorgen – virkninger på kapasitet, dekning og årsverkforbruk*. NIBR-rapport 2003:11. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

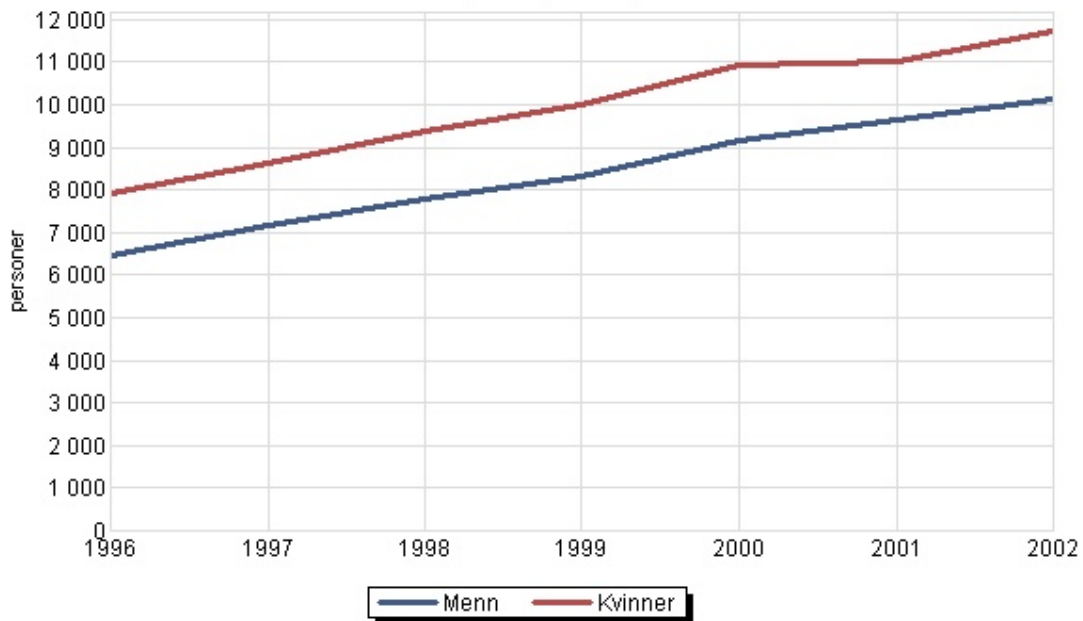
Thorsen, K. (2005). *Livshistorier, livsløp og aldring. Samtaler med mennesker med utviklingshemning*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

VEDLEGG

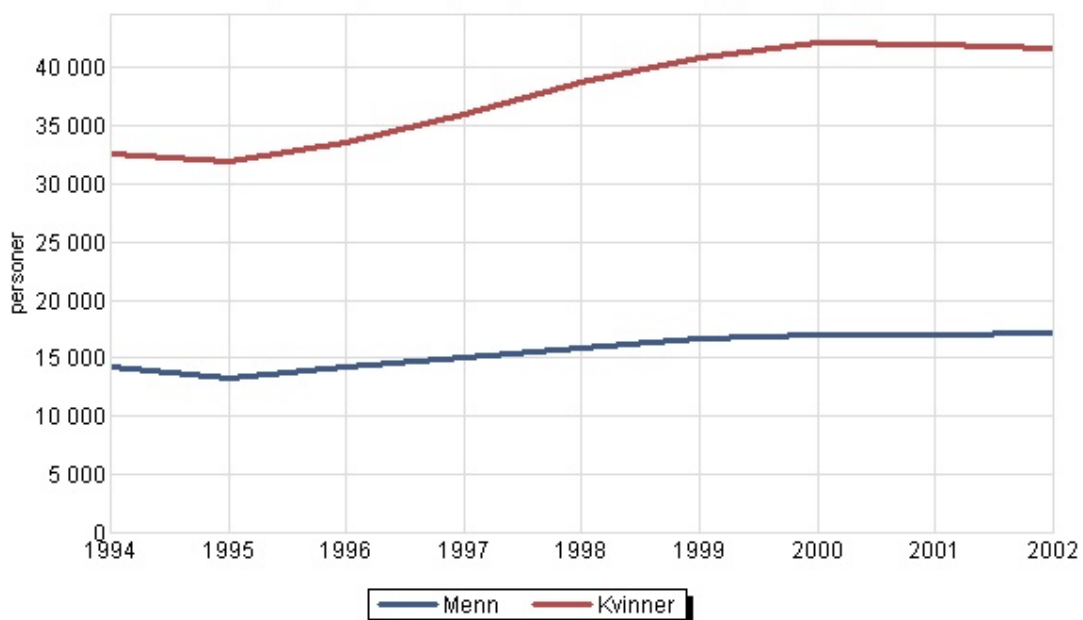
Kilde for tabellene på side 38-40: Statistikkbanken. www.ssb.no



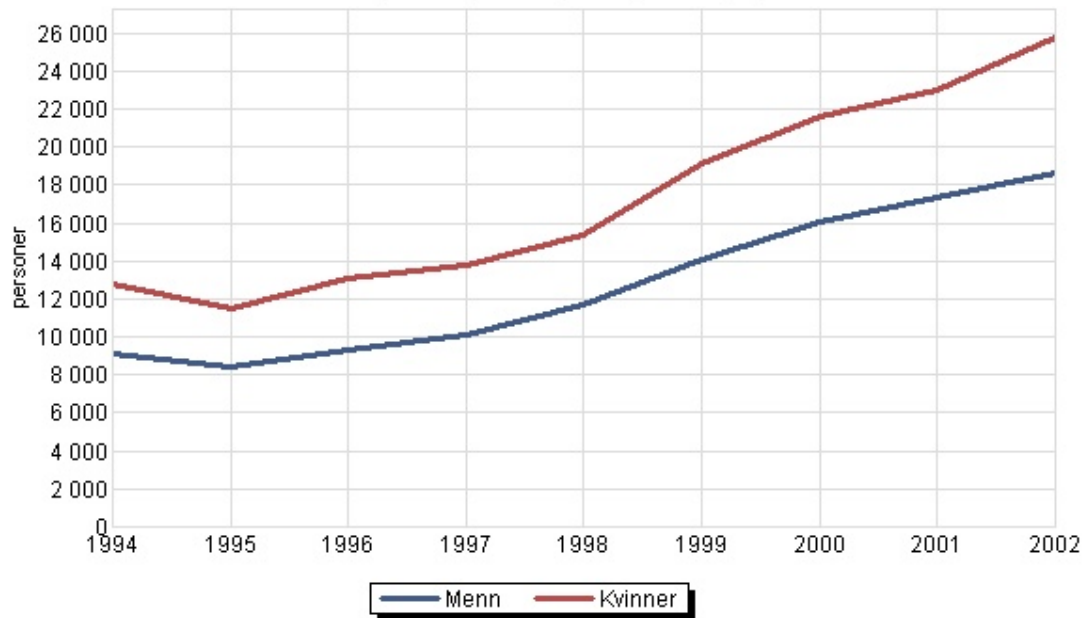
Mottakere av hjemmetjenester,
etter kjønn og tid.
Mottaker av hjemmetjenester, 18-49 år.



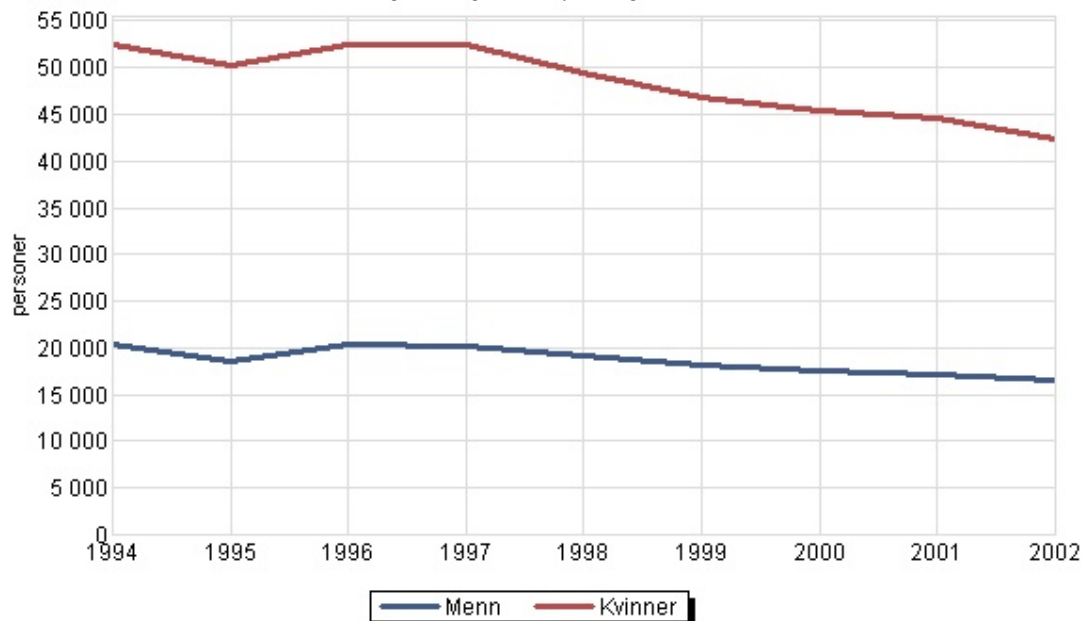
Mottakere av hjemmetjenester,
etter kjønn og tid.
Mottaker av hjemmetjenester, Både praktisk bistand og hjemmesykepleie.



**Mottakere av hjemmetjenester,
etter kjønn og tid.**
Mottaker av hjemmetjenester, Bare hjemmesykepleie.



**Mottakere av hjemmetjenester,
etter kjønn og tid.**
Mottaker av hjemmetjenester, Bare praktisk bistand.



INTERVJUSPØRSMÅL TIL LEDERE AV HJEMMETJENESTER I KOMMUNENE

Innledning: Tjenestemottakere under 67 år er jo en sammensatt gruppe. Det dreier seg både om barn og unge, yngre voksne, middelaldrende og de som nærmer seg pensjonsalderen. De helseproblemene og hjelpebehovene de har, er også svært forskjellige. Og selv om tendensen på landsbasis er at gruppen vokser, er det ikke nødvendigvis slik i alle kommuner.

Spørsmål 1

Kan du nevne eksempler på viktige kategorier *helseproblemer eller funksjonshemninger* som tjenestemottakere på disse ulike alderstrinnene kan ha?

- A. Barn og unge (0-17 år):
- B. Yngre voksne og middelaldrende (18-50)
- C. De som nærmer seg pensjonsalderen (50-66)

Nevn så mange du kan, både de mer vanlige og de mer sjeldne

Spørsmål 2

Hvordan ville du rangere følgende brukergrupper under 67 år etter *hvor mange de er i din kommune*:

1. Yngre funksjonshemmede (med for eksempel medfødt funksjonshemning, trafikkskade eller lignende)
2. Mennesker med psykiske lidelser
3. Rusmiddelmissbrukere
4. Psykisk utviklingshemmede
5. Kreftpasienter
6. Andre akutt eller kronisk somatisk syke

Ta gjerne utgangspunkt i personer i denne aldersgruppen som får hjelp i din kommune i løpet av denne uka.

Spørsmål 3

Hvilke av disse gruppene har de mest ressurskrevende brukerne? Nevn gjerne flere grupper, og beskriv hvorfor/hvordan de er ressurskrevende, gjerne med eksempler.

Spørsmål 4

Kan du nevne noen årsaker til at de gruppene vi snakker om her har økt i omfang de senere årene? Ta med så mange årsaker som du kan komme på. (Spør om kommunen har vært "vertskommune" for en HVPU-institusjon, psykiatrisk institusjon el. l., og om dette kan ha bidratt.)

Spørsmål 5

Hva tror du om utviklingen på dette området i årene framover?

REGISTRERINGSSKJEMA FOR MOTTAKERE AV HJEMME- TJENESTER SOM ER UNDER 67 ÅR

(Personer som enten har hjemmesykepleie, praktisk bistand eller begge deler og som rapporteres i KOSTRA-statistikken, skjema 6 pkt. 5)

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | Kommunens navn | |
| 3 | Dato for registreringen | |
| 4 | Tjenestemottakerens alder.....år | |
| 5 | Tjenestemottakerens kjønn | <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann |
| 6 | Hovedårsaken til hjelpebehovet. Sett bare ett kryss – ved den betegnelsen som passer best. Hvis flere av disse fire mulighetene er aktuelle: velg den som er <i>aller viktigst</i> for at personen trenger hjelp | 1 Somatisk sykdom eller funksjonshemning
2 Demens
3 Psykisk lidelse
4 Rusmiddelmisbruk
5 Psykisk utviklingshemning |
| 7 | Hvis hovedårsaken er <i>somatisk sykdom/funksjonshemning</i> : Hva slags sykdom/funksjonshemning? (jf IPLOS-opplysning nr. 29: "Diagnose(r)") | Diagnose/beskrivelse av tilstanden: |
| 8 | Hva slags hjelp tjenester vedkommende får (jf. IPLOS 30-32 og IPLOS 44) | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand timer per uke (IPLOS 30-32)
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie timer per uke (IPLOS 44)

Annet, og det er _____ |
| 9 | Hva slags bolig har tjenestemottakeren (jf. IPLOS 9) | <input type="checkbox"/> Ordinær bolig
<input type="checkbox"/> Bolig som kommunen disponerer til omsorgs- eller pleieformål, men som ikke er institusjon eller omsorgsbolig
<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig med husbankstandard |
| 10 | Hvor lenge hjelp er gitt (bare ca. antall mnd.) | måneder |
| 11 | Hvor lenge en antar at hjelpen vil fortsette (bare ca. antall mnd.) | måneder |
| 12 | Er tjenestemottakeren kommet inn i hjemmetjenesten etter et opphold i spesialisthelsetjenesten? | Ja Nei.... |

KOMMUNEUTVALG

Vi hadde samtaler med hjemmetjenesteledere i alle kommuner/bydeler. De kommunene/bydelene som er merket * leverte også data om sine hjemmetjenestemottakere.

Akershus

- *Eidsvoll
- *Skedsmo
- *Asker

Oslo (bydeler)

- *Frogner
- *Grünerløkka

Oppland

- *Gjøvik
- *Lillehammer
- *Ringebu
- *Gausdal
- *Skjåk
- *Vestre Slidre

Agder

- Kvinesdal
- *Åseral
- Bygland
- Kristiansand
- *Grimstad
- Froland
- Risør

Nord-Trøndelag

- *Namsos
- Nærøy
- *Grong
- *Namsskogan
- *Steinkjer
- *Verran
- Levanger

Troms

- Tromsø
- *Storfjord
- *Målselv
- Harstad
- *Lenvik
- Dyrøy
- *Torsken