

Overordnede trekk og samhandling
Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt

Heftets tittel: Overordnede trekk og samhandling – Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt

Utgitt: 01/2012

Bestillingsnummer: IS-1977

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling omsorgstjenester eller Avdeling statistikk
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1977

Forfattere: May Cecilie Lossius, Pål Strand, Michael Kaurin, Hans P. Hansvik

Forord

Helsedirektoratets "Følge-med-team for pleie- og omsorg og rehabilitering" ble opprettet i 2010. Teamet skal blant annet stimulere til økt bruk av statistikk/faktagrunnlag for de tjenesteområdene det dekker. Med bakgrunn i dette har teamet et mål om årlig å publisere en eller flere populærvitenskaplige artikler for å aktualisere kunnskapsgrunnlaget.

I år har gruppen valgt å publisere fem artikler som kan leses uavhengig av hverandre, men som har til felles at de blant annet bruker statistikk fra IPLOS / KOSTRA for å belyse ulike temaer innenfor omsorgstjenesten.

Data fra IPLOS-registeret begynner nå å få en god kvalitet. Dette gir oss mulighet til å hente ut statistikk som belyser tjenestene på en ny og spennende måte.

Helsedirektoratet håper at artiklene kan gi kommunenes administrative og politiske system inspirasjon til å finne lokal statistikk som kan belyse situasjonen i egen kommune, slik at data om brukere og tjenester kan benyttes som redskaper i kommunenes styringsdialog.

Innhold

Forord	1
Innledning / Sammendrag	4
Artikkel 1: Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester – indikator på hva? Skrevet av Pål Strand	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Dekningsgradene er redusert for de eldre	6
1.3 Dekningen av tjenester når ”de nye tjenestene” er med	8
1.4 Hva forklarer endringene i dekningsgrader?	9
1.5 Nesten alle får tjenester før eller senere	10
1.6 Oppsummering	11
Kilder:	12
Artikkel 2: Stor gjennomstrømning av tjenstemottakere i pleie- og omsorgssektoren Skrevet av Pål Strand	15
2.1 Bakgrunn	15
2.2 Bruttostrømmene - Hovedbestanddeler og omfang	16
2.3 Gjennomstrømningens delkomponenter	17
2.4 Bruttoendringer etter aldersgrupper	19
2.5 Vil samhandlingsreformen påvirke bruttostømmene?	21
Kilder	22
Artikkel 3: Utviklingstrekk i pleie- og omsorgssektoren som følge-med-indikatorer på samhandlingsreformen – overordnet perspektiv Skrevet av Pål Strand	24
3.1 Bakgrunn	24
3.2 Dekningsgrader som følge-med-indikatorer	26
3.3 Bistandsbehov som følge-med-indikatorer	28
3.4 Avslutning	30
Litteratur	30
Artikkel 4: Noen sentrale trekk ved personellutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i perioden 2007-2010 Skrevet av Hans Petter Hansvik	32
4.1 Omfang av deltid	35
4.2 Rekruttering av menn til omsorgsyrkene.	36
4.3 Styrking av kompetansenivået i pleie- og omsorgstjenesten.	36
4.4 Aldersrelatert avgang	38
4.5 Tilgang fra utdanning.	39
Artikkel 5: Statistikk om bruken av korttids- og rehabiliteringsplasser	

i kommunene	Skrevet av Michael Kaurin / May Cecilie	
Lossius		41
5.1 Innledning		41
5.2 Hva sier forskningen om bruken av korttidsplasser i dag?		41
5.3 Hva har vi av statistikk?		42
5.4 Ny kunnskap gjennom IPLOS		44
5.5 Påvirkes gjennomstrømningen av bistandsbehovet?		44
5.6 Tidsbegrenset opphold – utredning og behandling		
Tidsbegrenset opphold - annet		46
5.7 Om habilitering og rehabilitering		46
5.8 Hva har vi av data og kunnskap om re/habilitering i kommunene i dag?	48	
5.9 Avslutning		49

Innledning / Sammendrag

Artiklene som presenteres i denne rapporten har to hovedtemaer; for det første de store trekkene og utviklingslinjene i pleie- og omsorgssektoren og for det andre samhandlingsreformen. Fordi samhandlingsreformen trer i kraft i 2012, har det vært naturlig å ha et sterkt fokus på denne. Artiklene er alle skrevet slik at de kan leses uavhengig av hverandre.

Den første artikkelen *"Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester – indikator på hva?"* har et kritisk blikk på tolkningen av de fallende dekningsgradene av tjenester blant de eldre de siste tyve årene. Ny forskning og statistikk fra IPLOS-registeret viser at man bør være varsom med å forklare dette alene med forbedret helse i befolkningen.

Den andre artikkelen *"Stor gjennomstrømning av tjenestemottakere i pleie- og omsorgssektoren"* kombinerer temaene "store trekk" og samhandlingsreformen. Den tar utgangspunkt i den nye årsløpstatistikken som vi nå får fra IPLOS og som blant annet gir tall for tilgang og avgang på tjenestemottakere. Den viser at en fjerdedel av tjenestemottakerne strømmer gjennom sektoren årlig. Det betyr at det er langt flere som får tjenester i sektoren enn det som kommer fram av den tradisjonelle tverrsnittstatistikken. Avslutningsvis blir det vist hvordan gjennomstrømningsstatistikken kan være et nyttig redskap til å følge med på samhandlingsreformen.

Den tredje artikkelen *"Utviklingstrekk i pleie- og omsorgssektoren som følge-med-indikatorer på samhandlingsreformen – overordnet perspektiv"* har som tittelen sier både "store utviklingslinjer" og samhandlingsreformen som tema. Denne artikkelen er i motsetning til den første artikkelen framoverskuende. Det argumenteres for at dekningsgrader for tjenester og bistandsbehovet i pleie- og omsorgssektoren kan være viktige følge-med-indikatorer i forhold til samhandlingsreformen. IPLOS-registeret legger grunnlaget for dette. Selv om artikkelen er skrevet slik at den kan leses for seg selv, kan det likevel være nyttig å lese artikkel 1 først.

Den fjerde artikkelen redegjøres det for personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2007-2010. Det kommer fram av artikkelen at utviklingen er i rute i forhold til de sentrale målsetningene om flere årsverk og økt kompetanse i sektoren fram mot 2015 slik dette er nedfelt i Omsorgsplanen. Det blir også skuet videre framover mot 2030 hvor situasjonen ikke ser ut til å være like rosenrød. Det vil da være et behov for 100 000 – 180 000 nye årsverk i hele helse- og sosialsektoren. Statistikken indikerer allerede nå en gryende og alvorlig ubalanse i arbeidsmarkedet, og som kanskje vil gjøre det umulig å få rekruttert nok hender i pleie- og omsorgssektoren videre framover.

Den femte artikkelen ser på bruken av korttidsplasser i kommunene i lys av samhandlingsreformen. Først refererer vi til noe av forskningen på bruk av

korttidsplasser. Deretter ser vi på hvilken statistikk som kan belyse bruken av denne type plasser i kommunene. Til slutt diskuterer vi behovet for ny statistikk innenfor feltet med spesielt fokus på rehabiliteringsplassene.

Artikkel 1: Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester – indikator på hva?

Skrevet av Pål Strand

I denne artikkelen vil det først bli vist til resultatene av en tidsserieanalyse over endringer i deknningen av pleie- og omsorgstjenester for noen sentrale aldersgrupper. Med dekningsgrader menes andelen av befolkningen som har tjenester. Analysen er gjennomført etter samme lesten som Statistisk sentralbyrå har gjort tidligere, men med oppdaterte tall. Deretter gjennomgås resultatene av en analyse som viser dekningsgradene for de samme aldersgruppene i 2009 og 2010 på bakgrunn av ny statistikk fra IPLOS. Dekningsgradene er blant annet en sentral komponent ved framskrivningen av personellbehovet i pleie- og omsorgssektoren. I tillegg har de vært betraktet som en indikator på befolkningens helsetilstand. Det er det siste som vil bli problematisert i denne analysen.

1.1 Bakgrunn

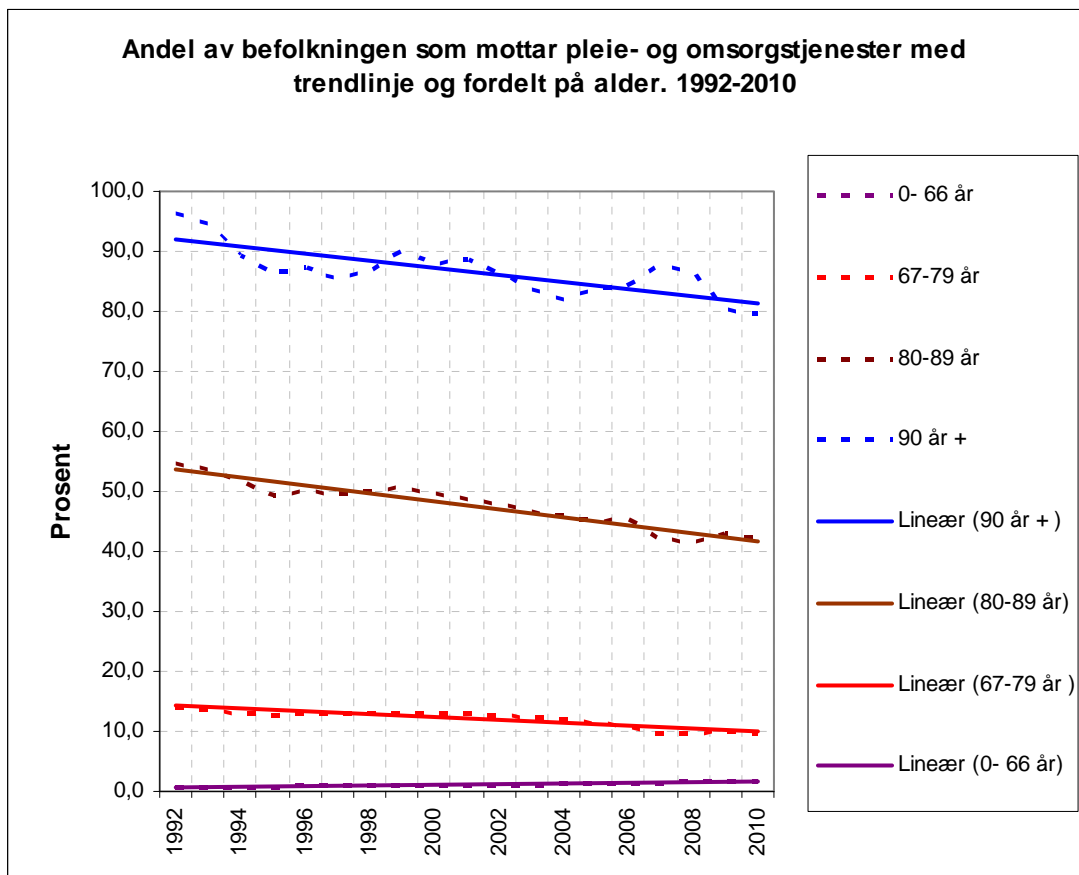
Endringer i dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester er et tema som tidligere har vært belyst av Abrahamsen (2006) og Otnes (2007). Abrahamsen og Otnes påviste betydelige endringer i disse ratene for de eldre og forklarte endringene med forbedret helse. Ny litteratur og resultater fra IPLOS tyder på at årsakssammenhengene er mer komplekse enn det. Som det vil komme fram av drøftningen til slutt, kan ikke effekter av endret helse isoleres fra effekter av en rekke andre faktorer som endret kommunal prioritering, omstrukturering av tjenestetilbudet, nasjonale helsereformer og økonomien til de eldre.

1.2 Dekningsgradene er redusert for de eldre

Tidsserieanalysen i figur 1 er en videreføring av tidligere analyser gjort av Statistisk sentralbyrå med statistikk for perioden 1992-2003 (Abrahamsen, *ibid*) og 1992-2006 (Otnes, *ibid*). Statistikken er nå oppdatert med tall for til og med 2010. Til forskjell fra de tidligere analysene er aldersgruppen 80 år og over splittet opp i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og over.

Figur 1 viser at andelen som mottar pleie- og omsorgstjenester som forventet øker markant med alderen, og at trendene som ble påvist i de tidligere analysene fortsetter. I tidsrommet 1992-2010 har deknningen for de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene avtatt betydelig for de eldste aldersgruppene 80-89 år og 90 år og over. Dette er illustrert med en tydelig nedadgående trendlinje i Figur 1. Dekningsgraden er også nedadgående for de yngre eldre 67-79 år om enn noe slakere. For de yngste 0-66 år er dekningsgraden svakt oppadgående.

Figur 1



Hadde det vært tilsvarende dekningsgrad i dag som i 1992, ville antallet mottakere av tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester i aldergruppen 67 år og over vært nesten 50 000 personer flere enn i dag.. I aldersgruppen 0-66 år ville det ha vært nesten 40 000 færre enn i dag.

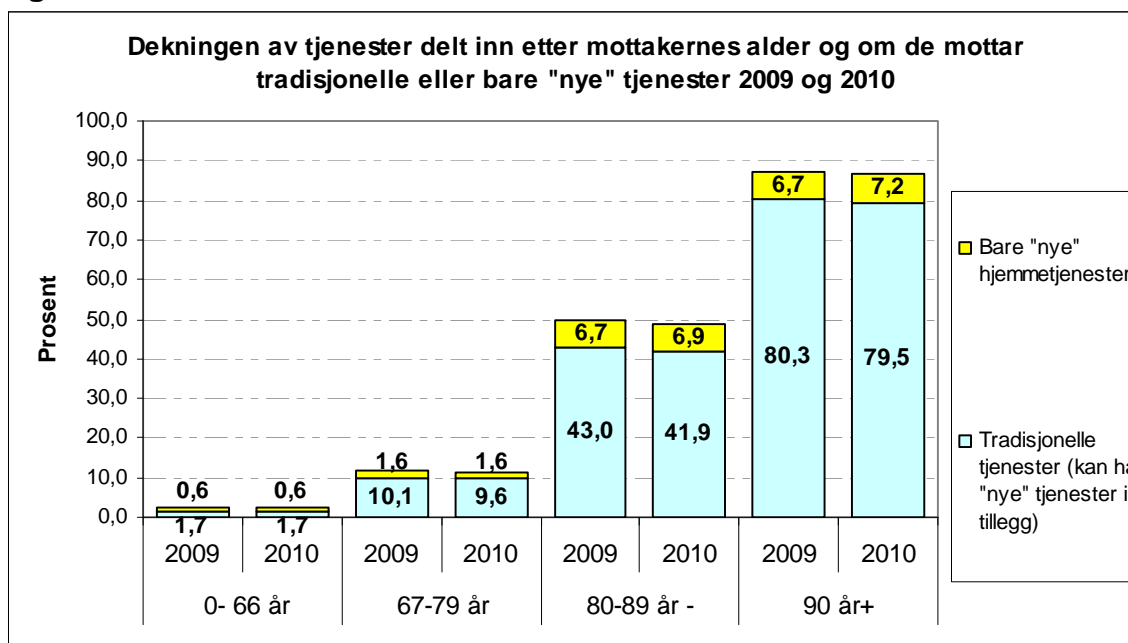
Tallene som analysen er basert på er den lengste tidsserien med relativt sammenlignbare tall som blir publisert for pleie- og omsorgssektoren. Det er ikke problemfritt å benytte denne tidsserien til dette formålet fordi den bare viser utviklingen av de *tradisjonelle* pleie- og omsorgstjenestene som er praktisk bistand, hjemmesykepleie og institusjonstjenestene. Tidsserien inkluderer ikke *de nye tjenestene* som er matombringning, trygghetsalarm, avlastning, støttekontakt, omsorgslønn osv.

Er det slik at de som får "nye tjenester" samtidig har tradisjonelle tjenester, vil tidsserien likevel kunne vise fornuftige dekningsgrader. Men hvis mange av de som mottar nye tjenester ikke har tradisjonelle tjenester, vil ratene kunne være misvisende. De tradisjonelle tjenestene er mer personellintensive enn de nye tjenestene, og kanskje egner ratene seg derfor best som indikatorer på utbredelsen av personellintensive tjenester i befolkningen.

1.3 Dekningen av tradisjonelle og nye tjenester når "de nye tjenestene" er med

Selv om Statistisk sentralbyrå samlet inn statistiske oppgaver over de nye tjenestene også tidligere, ble dette sendt inn som summariske oppgaver fra kommunene. Det var derfor vanskelig å sammenholde tjenesteopplysningene da det ble problemer med dobbelttelling av tjenestemottakere. Dette er nok forklaringen på at Statistisk sentralbyrå ikke inkluderte de nye tjenestene i dekningsgradsanalysene sine. IPLOS som ble innført i 2006 gir anledning til å se på tradisjonelle og nye tjenester i sammenheng fordi opplysningene er samlet inn på individnivå, og ikke på kommunenivå.

Figur 2



Med bakgrunn i IPLOS-opplysningene fra 2009 og 2010 fant vi at andelen tjenestemottakere som bare mottar såkalte "nye tjenester" er størst for aldersgruppene 80-89 og 90 år og over med rundt syv prosent for begge. For aldersgruppene 0-66 år og 67 -79 år er andelen markant lavere med henholdsvis ca. 0,5 prosent og 1,5 prosent. For de eldste er det antakelig matombringning og trygghetsalarm som er mest vanlig. Blant de yngre gruppene er avlastning og støttekontakt viktige tjenester. Det gjøres oppmerksom på at de resterende tjenestemottakerne som mottar tradisjonelle tjenester også kan motta "nye tjenester".

1.4 Hva forklarer endringene i dekningsgrader?

Bedre helse

Abrahamsen (ibid) og Otnes (ibid) vektlegger resultater fra helse- og levekårsundersøkelsene fra 1985, 1998 og 2005 som indikerer at dagens eldre har bedre helse enn tidligere generasjoners eldre, og at stadig flere tar vare på helsa gjennom mosjon og kosthold. De konkluderte derfor med at en stadig mindre andel eldre har behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester og at dette gjenspeiler seg i statistikken.

Dette ovennevnte kan betraktes som et innspill i en bredere diskusjon om hva som skjer med folks sykelighet og hjelpebehov når levealderen øker. Det er lansert tre hovedhypoteser om dette: 1) Sammentrengt sykelighet, 2) utvidet sykelighet og 3) utsettelse av sykelighet i alderdommen (Thorslund og Parker 2005; Romøren 2001; Botten m.fl. 2000; Fries 1980). Med sammentrengt sykelighet menes det at folk holder seg friske lenger også i den siste perioden av livet selv ved forlenget levealder. Utvidet sykelighet betyr at økt levealder fører til at antall år med sykdom og funksjonstap øker. Utsettelse av sykelighet innebærer at folk holder seg friske lengre når levealderen øker, og at tiden med sykdom og funksjonstap blir omtrent den samme som før. Det finnes forskning som gir støtte til alle disse hypotesene. Statlige myndigheter vurderer utsettelseshypotesen som mest nøktern og anbefaler at denne legges til grunn for planleggingen (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

Innspillet fra Abrahamsen og Otnes synes i utgangspunktet å støtte opp om første eller siste hypotese fordi begge hypotesene innehar en effekt av helsegevinst. Av disse to er det hypotesen om sammentrengt sykelighet som passer best fordi analysen viser en reduksjon av mottak av tjenester for alle aldersgruppene over 67 år. Hypotesen om utsettelse av sykelighet vurderes å passe mindre bra fordi dette sannsynligvis vil bidra til at hjelpebehovet reduseres mer hos de yngste eldre enn hos de eldste eldre. Statistikken viser det motsatte.

Mindre forebygging

Brevik (2010) utelukker ikke at friskere eldre kan ha bidratt noe til å forklare reduserte tjenester til de eldre slik Abrahamsen og Otnes hevder, men han tillegger endrede prioriteringer i kommunene større betydning. Nedgangen i praktisk bistand og vekst i hjemmesykepleie mener han viser at kurative oppgaver er prioritert framfor forebygging og sosial og praktisk bistand til de yngre eldre. Han hevder at endringene i pleie- og omsorgssektoren de siste årene har vært så gjennomgripende at kommunene har hatt nok med å håndtere de nye yngre gruppene av tjenestemottakere og de dårligste eldre. Han stiller spørsmålet om norsk pleie- og omsorgstjeneste er i ferd med å forlate den forebyggende strategien med tidlig intervensjon og i større grad konsentrerer seg om de som trenger det mest.

Brevik (ibid) argumenterer for at de yngre eldre er nedprioritert, men som vist i Figur 1 ovenfor reduseres tjenesteratene for alle aldersgrupper av eldre. Prioriteringsargumentet synes derfor å være gyldig for de eldste eldre også.

Omstrukturering av tjenestetilbudet

Når det gjelder analysene til Abrahamsen og Otnes, var de basert på KOSTRA-statistikk som ikke ga muligheten til å se hele tjenesteytingen i pleie- og omsorgssektoren i sammenheng slik dette kan gjøres på individnivå i dag med IPLOS. Statistikk fra IPLOS tyder på at "de nye tjenestene" som trygghetsalarm og matombringning til en viss grad har erstattet tradisjonell hjemmehjelp til de eldre. Overgangen til slike tjenester kan dermed forklare deler av nedgangen i de tradisjonelle tjenestene. Personellmessig representerer dette en overgang fra intensiv til mer ekstensiv tjenesteyting. Spørsmålet blir da om dette er et ledd i nedprioriteringen av eldre med lite bistandsbehov slik Brevik ser det eller om dette bare er en mer behovstilpasset tjenesteyting.

Vridning mot det private markedet

En annen faktor som stadig oftere er trukket fram er at bedre økonomi blant de eldre fører til at stadig flere må betale selv for å få kommunal bistand til daglige praktiske gjøremål. Det er manglede empiri på dette feltet, men oppslag i aviser og TV tyder på at flere eldre velger å kjøpe slike tjenester i det private markedet fordi de kommer godt ut av det økonomisk, samtidig som de er fornøyd med tjenesteytingen. En vridning mot private aktører vil bidra til at tjenestedekningen som i statistikken går nedover.

De yngste 0-66 år er blitt prioritert

Selv om den medisinske utviklingen gjør at flere yngre nå overlever med livstruende og sammensatte sykdommer som krever behandling og oppfølging, er likevel ikke dette hovedforklaringen på økningen vi ser i tjenestedekningen for denne gruppen. De yngre (0-66 år) utgjør en sammensatt gruppe som blant annet består av personer med psykisk utviklingshemning, personer med psykiske lidelser, personer med rusavhengighet, personer med langvarige somatiske lidelser, ofte av nevrologisk art, og tidlig utskrevne pasienter fra somatiske sykehus.

Veksten har særlig vært drevet fram ved at pleie- og omsorgssektoren er blitt pålagt nye oppgaver gjennom HVPU-reformen (1991-95), opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), helseforetaksreformen (2002) rusreformen (2004) og legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (LAR-2000/2001). (Romøren; 2007). Kommunene har samtidig benyttet det økonomiske handlingsrommet de har hatt til å prioritere de yngste mer enn det som ligger i de ovennevnte reformene (Brevik, *ibid*).

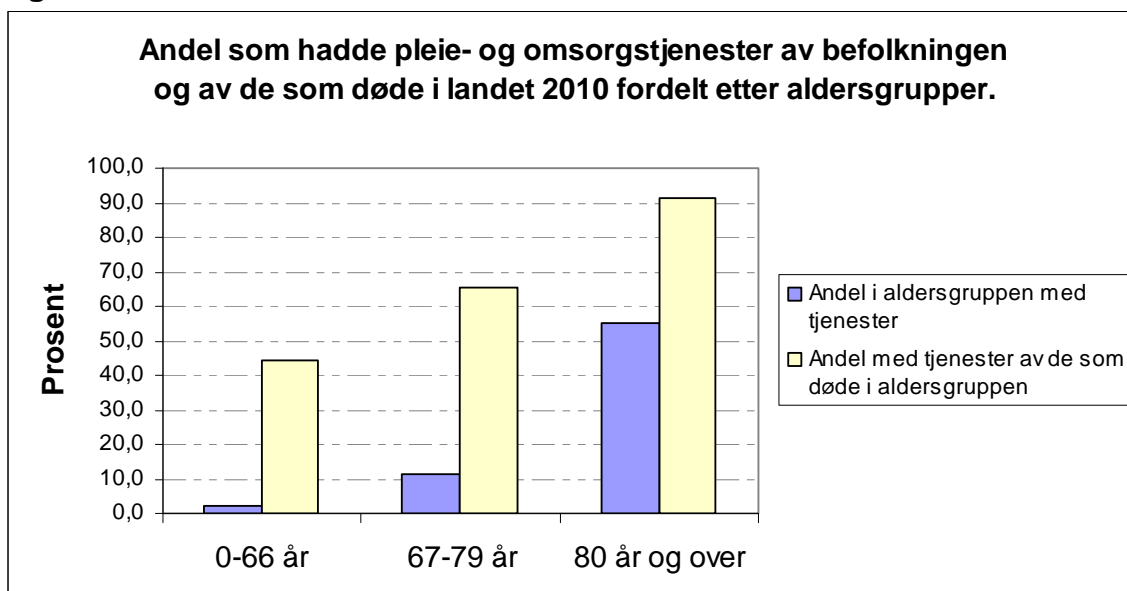
1.5 Nesten alle får tjenester før eller senere

Dekningsgradene som er vist ovenfor viser at det er mange eldre som ikke har tjenester. For 67-79-åringene gjelder dette nesten 9 av 10 og for aldersgruppen 80-89 år halvparten. Det er først når man runder 90 år at flesteparten har tjenester og det er da 1 av 10 som fortsatt ikke har det.

Figur 3 viser at blant personer som har rukket å fylle 80 år, mottar nesten alle tjenester før de dør. I overkant av 90 prosent av de som døde i denne aldersgruppen

i 2010 hadde tjenester. Dekningsgraden er 36 prosent høyere blant de som er i slutten av sitt livsløp enn for aldersgruppen 80 år og over totalt, dvs. som både overlevde og ikke overlevde året 2010.

Figur 3



Hovedårsaken til forskjellen er at svært mange av de som er 80 år og over er friske og klarer seg selv inntil de får en sykdom og en sykdomsperiode før de dør. Dette er dokumentert i den såkalte Larvik-undersøkelsen hvor alle personer som var 80 år i 1981 i kommunen ble fulgt fram til de døde (N = 434) (Romøren, 2001).

Undersøkelsen viste at rundt 30 prosent hadde dette ovennevnte forløpet.

For aldersgruppene 0-66 år og 67-79 år er dekningsgraden av tjenester for de som mottok tjenester ved livets slutt om lag 45 og 65 prosent. Begge er høyt over det som er aldersgruppens generelle dekningsgrader i befolkningen. Dette viser at mange av de som døde unge eller forholdsvis unge, også hadde et bistandsbehov. De som ikke hadde tjenester, døde sannsynligvis brått eller på sykehus. Dette kan være spedbarnsdødelighet, ulykker og svikt i hjerte- og karsystemet m.m.

(Helsedirektoratet, 2010; Statistisk sentralbyrå, 2010). 75% av de som døde i Norge i 2010 mottok pleie- og omsorgstjenester.

1.6 Oppsummering

Gjennomgangen viser at det er mange forhold som må bringes inn når endringene i dekningsgradene for pleie- og omsorgstjenestene skal tolkes. Bedret helse i befolkningen er ett av disse. Kommunene har ansvaret for å tildele pleie- og omsorgstjenestene, og endret praksis ved tildelingen av tjenestene kan også påvirke dekningsgradene. Endret praksis kan skyldes at kommunene har måtte prioritere innenfor knappe ressurser. Forskeren Brevik hevder at dette særlig har bidratt til at

eldre med et begrenset bistandsbehov er blitt nedprioritert de siste årene. Det ser også ut til at stadig flere eldre kjøper tjenester i det private markedet. Ny statistikk fra IPLOS-registeret viser at det også kan ha skjedd en omprioritering mot at stadig flere får nye tjenester som f.eks matombringing og trygghetsalarm i tillegg til eller i stedet for de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene. De som bare mottar nye tjenester, har ikke vært med i statistikkgrunlaget for dekningsgradene.

Kilder:

Abrahamsen, Dag (2006) Mer hjemmetjenester til mottakere under 67 år. Artikkel i Samfunnspeilet 2006 nr. 5-6. Statistisk sentralbyrå.

<http://www.ssb.no/ssp/utg/200605/04/>

Botten, G., Hagen, T. P. og Waaler, H. T (2000), Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om eldres funksjonsevne, HERO Skriftserie 2000:6, Universitetet i Oslo.

Brevik, Ivar (2010) De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2010:2

Fries, J. F. (1980), Ageing, natural death and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine 303: 130-135.

Garbrielsen, B., Lillegård, M., Otnes B. Sundbye, B., Abrahamsen, D. og Strand, P., (2008): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2008. SSB-notat 2008/42

Garbrielsen, B., Lillegård, M., Otnes B. Sundbye, B., Abrahamsen, D. og Strand, P., (2009): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2008. SSB-notat 2009/48

Gabrielsen, B, Otnes B. Sundbye, B., Kalcic, M. og Strand, P (2011): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010

http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201133/rapp_201133.pdf

Garbrielsen, B., Otnes B. Sundbye, B. og Strand, P., (2010) Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. SSB-rapport 2010/50

http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201050/rapp_201050.pdf

Helsedirektoratet (2011) Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2010 (IS-1874).

Kjelsvik, Julie (2006) Kompetanseløft og kostnadsvekst i helsesektoren. Artikkel i Samfunnspeilet 2006 nr. 5-6. Statistisk sentralbyrå.

<http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200705/main.html>

Otnes, Berit (2007) Hjelp til flere utenfor institusjon. Artikkel i Samfunnspeilet 2007 nr. 5. Statistisk Sentralbyrå.

<http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200705/main.html>

Romøren, T. I. (2001), Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Romøren, T. I. (2007): "Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'?1" Aldring og livsløp – 1 / 2007 (NOVA)

Statistisk sentralbyrå (2010) Dødsårsaker, 2009. Flest yngre døde av svineinfluensa. Artikkel publisert som dagen statistikk på SSBs webside (DA).

<http://www.ssb.no/dodsarsak/>

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

Thorslund, M og Parker, M.G. (2005), Hur mår egentligen de äldre? Artikkel i Läkartidningen nr 43/2005.

Artikkel 2: Stor gjennomstrømning av tjenstemottakere i pleie- og omsorgssektoren

Skrevet av Pål Strand

Gjennom ny statistikk fra IPLOS-registeret har vi for første gang fått tall på gjennomstrømning av tjenstemottakere i pleie- og omsorgssektoren. Med gjennomstrømning mener vi den årlige utskiftningen av tjenstemottakere som ikke fanges opp i den ordinære tverrsnittstatistikken. For kommunene representerer hver enkelt av disse nye ansikter som skal ha individuell vurdering og saksbehandling med vedtak om en eller flere tjenester.

2.1 Bakgrunn

Den etablerte tverrsnittsstatistikken for pleie- og omsorgssektoren viser de siste ti år en vekst i tjenstemottakere på rundt 1 600 personer i året i gjennomsnitt. Det hovedinntrykket som statistikken og befolkningsframskrivningene fra Statistisk sentralbyrå gir, er at sektoren er inne i en heller rolig periode som vil antas å vedvare til over 2020. Tverrsnittsstatistikken er en opptelling av tjenstemottakere ved års slutt og endringer synliggjøres som nettoendringer fra et år til neste.

Det tverrsnittstatistikken ikke viser, er den store tilgangen og avgangen av tjenstemottakere i sektoren hvert år, dvs. bruttostrømmene. Statistikken gir et bilde av pleie- og omsorgssektoren som mer statisk enn hva den er i virkeligheten. Ny IPLOS-statistikk som viser tilgang på og avgang av tjenstemottakere, gjør det for første gang mulig å tallfeste bruttostrømmene for sektoren samlet. Det viser seg at det i 2010 var om lag 70 000 flere tjenstemottakere som fikk tjenester i løpet av året enn det som vises ved åres slutt i tverrsnittstatistikken. Dette betyr at det i løpet av året 2010 var om lag 335 000 personer som mottok tjenester mot om lag 265 000 som hadde dette per 31.12 samme år¹.

For personellet i kommunene representerer personene som inngår i gjennomstrømningen nye ansikter som har krav på individuell vurdering, at nødvendige opplysninger om bistandsbehov skal innhentes og dokumenteres og at det skal utformes enkeltvedtak om tjenester (Sosial og helsedirektoratet, 2006). Om lag 70000 nye tjenstemottakere i året betyr nesten 200 nye tjenstemottakere daglig i landet eller at hver kommune i gjennomsnitt får tre til fire nye tjenstemottakere hver uke. Tallet vil selvsagt variere med kommunestørrelse.

Bruttostrømmene av tjenstemottakere i pleie- og omsorgssektoren har ikke vært berørt i faglitteraturen tidligere, mest sannsynligvis fordi det har vært vanskelig å framskaffe data om dette. Det finnes imidlertid litteratur om gjennomstrømningen i institusjoner (Otterstad og Tønseth, 2007).

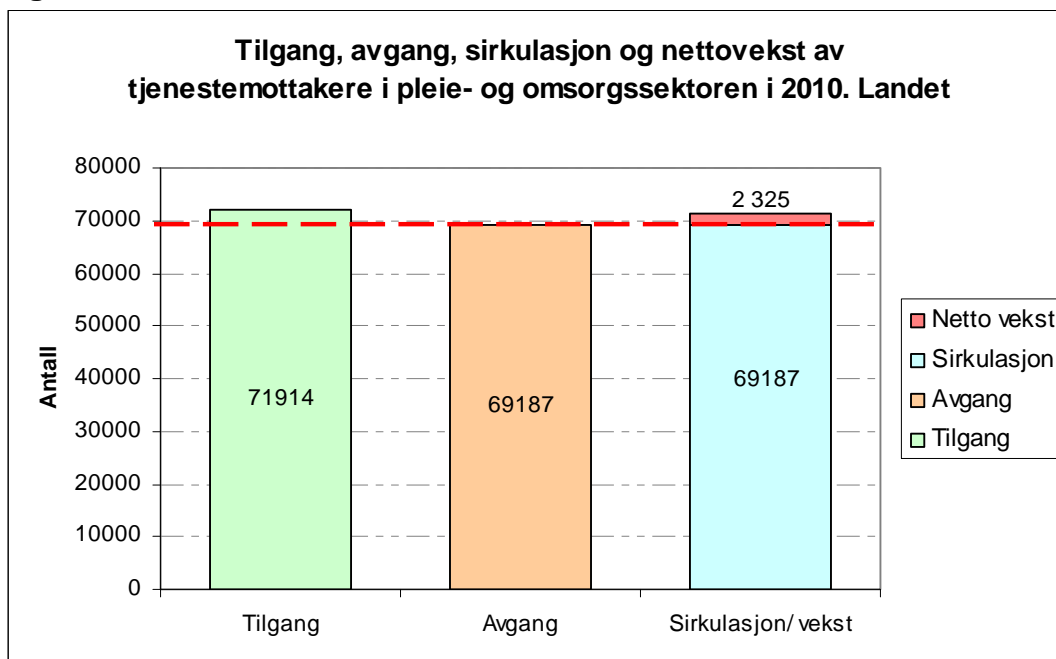
¹ I tillegg har IPLOS-registeret tidligere bidratt til en mer fullstendig tverrsnittstatistikk ved at alle "nye tjenester" er inkludert (tjenester som matombringning, trygghetsalarm, støttekontakt og omsorgslønn). De "nye tjenestene" alene bidro til å øke antallet tjenstemottakere med nesten 40 000 personer (Helsedirektoratet, 2008). I den tradisjonelle SSB-statistikken hvor det bare rapporteres personer med såkalte kjerne-tjenester (praktisk bistand, hjemmesykepleie og institusjonstjenester), er det i underkant av 220 000 personer.

2.2 Bruttostrømmene - Hovedbestanddelene og omfang

Bruttostrømmenes hovedbestanddeler er 1) *tilgangen* av tjenestemottakere og 2) *avgangen* av tjenestemottakere. *Nettoendringen* er differansen mellom disse og blir som nevnt synliggjort i tverrsnittstatistikken. De endringene som ikke synliggjøres som netto endringer, kalles *gjennomstrømningen eller sirkulasjonen* av tjenestemottakere. På individnivå vil sirkulasjonen kunne skje på ulike måter:

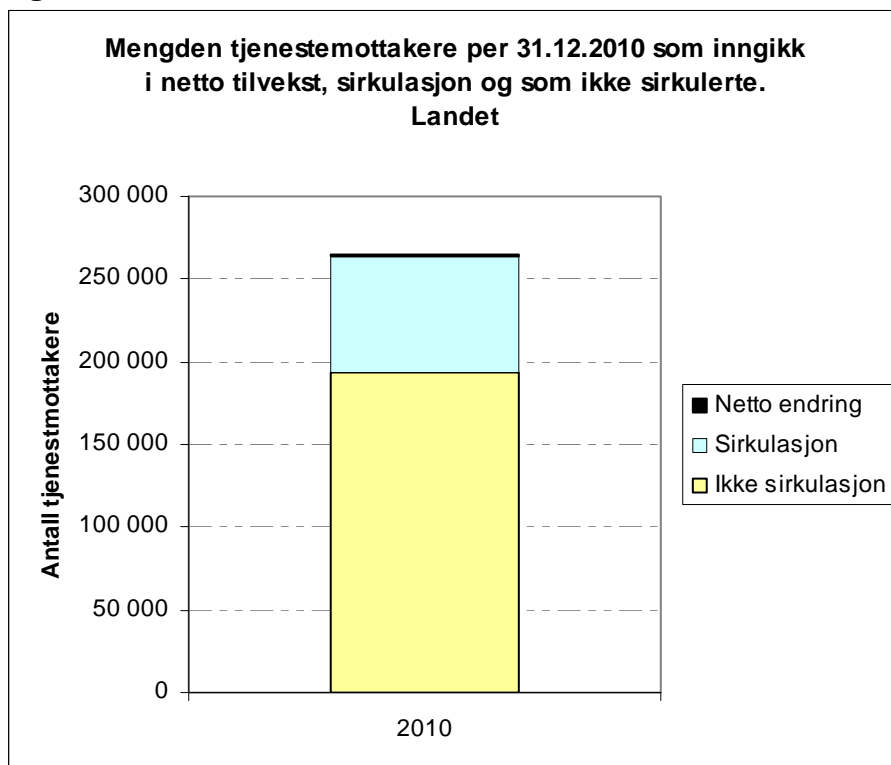
- 1) Som erstatning: Dette er idealsituasjonen hvor en person får avsluttet tjenestene og blir etterfulgt av en ny person som ikke hatt tjenester tidligere eller har hatt et opphold i mottak av tjenester.
- 2) Som midlertidig opphopning: Nye tjenestemottakere kommer til før annen mottaker har avsluttet mottak av tjenester. Det vil da skje en midlertidig opphopning (nettovekst) som ikke vises i tverrsnittstatistikken hvis avgangen likevel skjer før slutten av året.

Figur 1



Tilgangen på og avgangen av tjenestemottakere i 2010 var henholdsvis ca. 71 900 og 69 200 tjenestemottakere (Figur 1). Netto tilgang var på omlag 2 300 mottakere (Figur 1). Sirkulasjonen er lik avgangen når nettoveksten er positiv, altså rundt 69 200 tjenestemottakere i 2010 (opp til rød stiplede linje). Nettoendringen er med andre ord marginal i forhold til de totale bruttoendringene av tjenestemottakere.

Figur 2



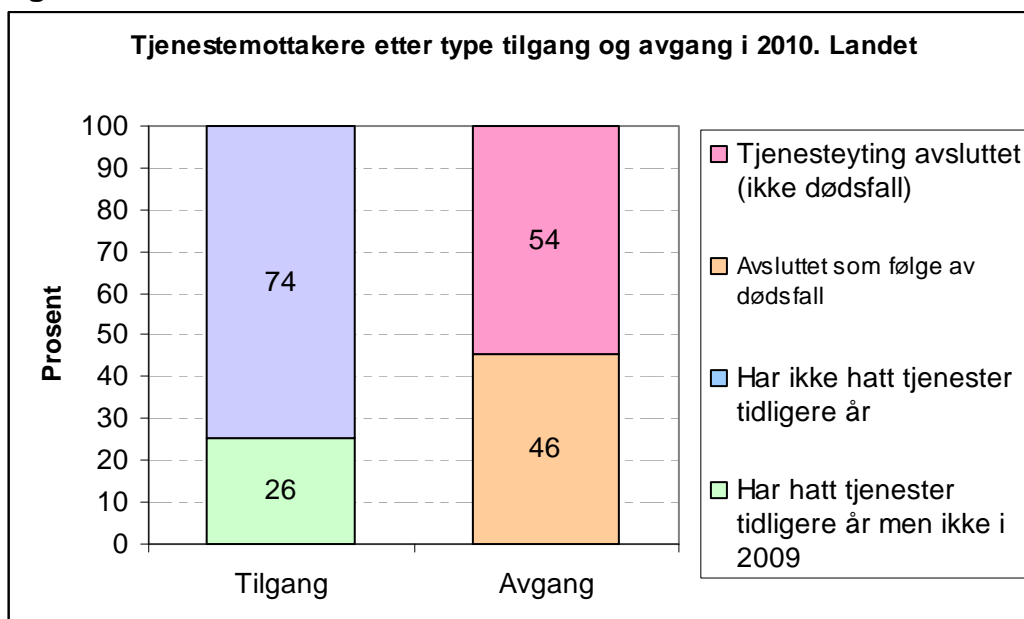
Relativt sett utgjorde gjennomstrømningen 25% av alle tjenestemottakerne i 2010 (Figur 2). Disse er angitt med turkis farge i Figur 2. Teknisk sett kunne dette indikere at alle mottakerne av pleie- og omsorgstjenester byttes ut i løpet av en fireårsperiode, men slik er det nok ikke i virkeligheten. Særlig blant enkelte grupper av yngre vil det være mange med livslange tjenester. Også en del eldre mottar tjenester over lengre tid, og som regel mottar de flere og mer omfattende tjenester med tiden. Personer som har fått avsluttet tjenesteytingen, kan også komme tilbake igjen. Figur 3 nedenfor viser at om lag $\frac{1}{4}$ av de nye tjenestemottakerne i 2010 hadde hatt tjenester tidligere, men med et opphold på minst ett år.

2.3 Gjennomstrømningens delkomponenter

I den nye statistikken som er blitt publisert, er *tilgangen* delt inn i a) nye mottakere som ikke er registrert med tjenester tidligere og b) nye mottakere som er registrert med tjenester tidligere men ikke året før, altså personer som har hatt et opphold i mottaket av tjenester på minst ett år. *Avgangen* er delt inn i a) tjenestemottakere som er døde i løpet av året og b) de som har avsluttet mottaket av tjenester av annen grunn.

Forsinkede registreringer i kommunene om dødsfall og avsluttet tjenesteyting vil kunne påvirke kvaliteten på avgangstallene. Avgang i forhold til død er basert på de registreringer som er gjort i kommunenes fagsystemer. I framtiden vil dette bli kvalitetssikret mot folkeregisteret.

Figur 3

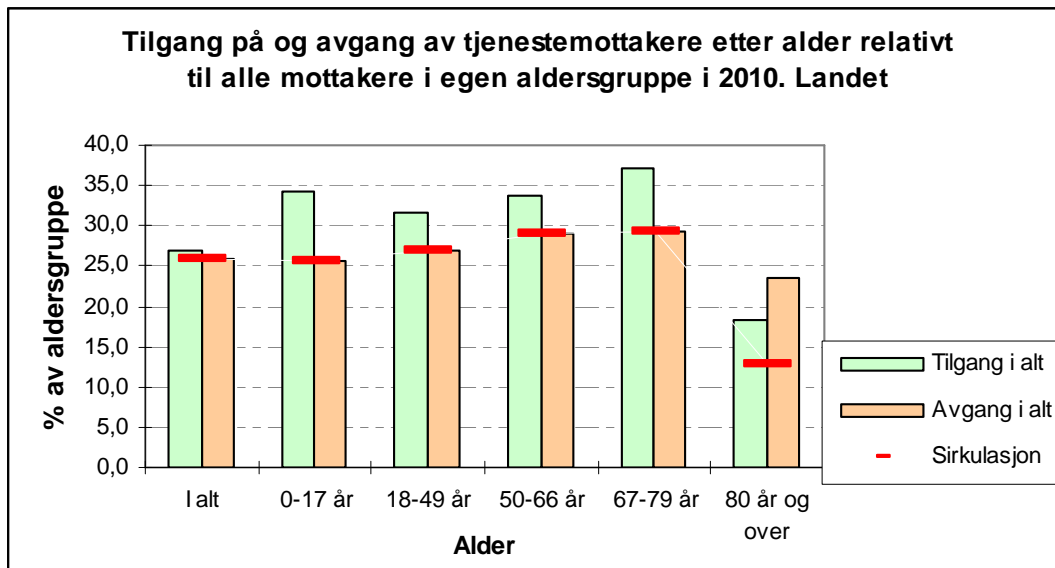


Figur 3 viser at rundt 75 % av de som kom til som tjenestemottakere i 2010 ikke hadde vært registrert² med tjenester tidligere mot ¼ som er registrert med tjenester tidligere, men ikke foregående år. Omtrent halvparten av avgangen skyldtes dødsfall. Gruppen som har fått avsluttet tjenester av andre grunner utgjør 54% av avgangen. At denne gruppen har et så stort omfang, kan sannsynligvis forklares med at sektoren har endret karakter fra å være nesten ren eldreomsorg til å inkludere personer med psykiske lidelser, rusmisbrukere og tidlig utskrevne pasienter fra somatiske sykehus. Disse gruppene har ofte ikke de samme behovene for langvarige tjenester. Endringene har nok særlig vært drevet fram ved at pleie- og omsorgssektoren har fått nye oppgaver gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, helseforetaksreformen og rusreformen og legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. (Romøren, 2007; Brevik 2010; Helsedirektoratet, 2009).

² Dvs. at de ikke tidligere har vært registrert i IPLOS-registeret som ble opprettet i mars 2006.

2.4 Bruttoendringer etter aldersgrupper

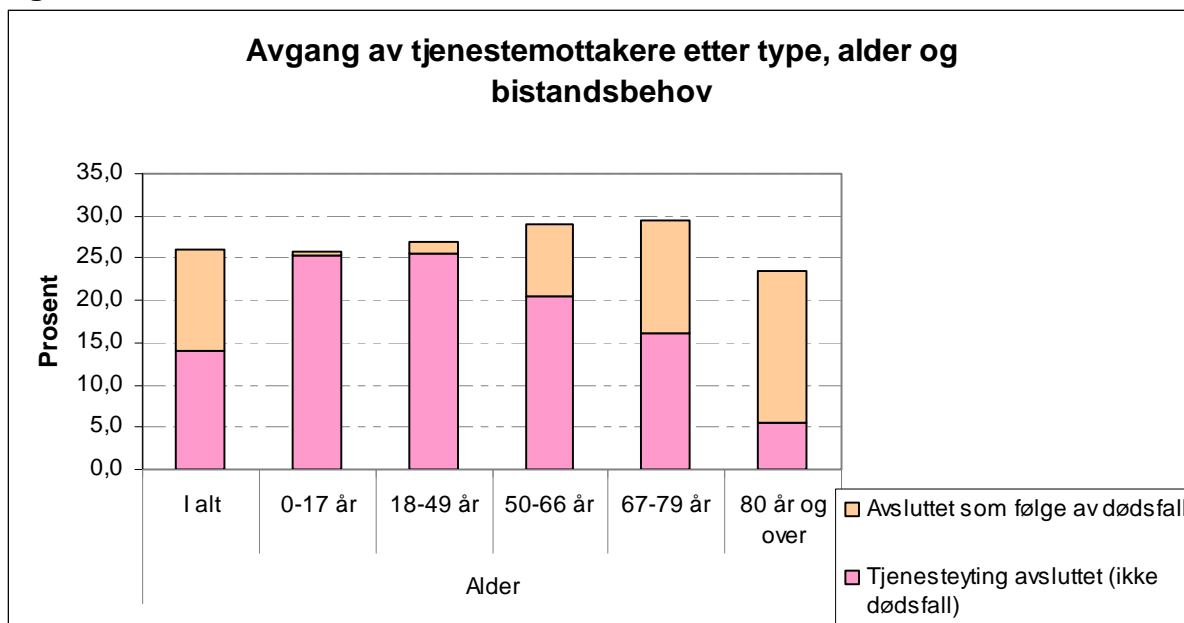
Figur 4:



Sirkulasjonen av tjenestemottakere synes relativt sett å øke med alderen (Figur 4). Aldersgruppen 67-79 år viser størst relativ tilgang og avgang. Gjennomstrømningen for denne gruppen er på nesten 30 prosent. Aldersgruppen 80 år og over viser lavest relativ tilgang og avgang. Gjennomstrømningen for denne gruppen var i 2010 på i underkant av 15 prosent. Disse er i antall den desidert største gruppen og har størst gjennomstrømning målt i absolutte tall.

Som det ble nevnt innledningsvis, kan nettoendringer også leses ut av den tradisjonelle tverrsnittstatistikken. Figur 4 viser at alle aldersgruppene yngre enn 80 år hadde en tilvekst av tjenestemottakere, mens aldersgruppen 80 år hadde en nedgang i 2010. Slike nettoendringer er i stor grad påvirket av endringer i aldersgruppene i landet som helhet og de prioriteringer som gjøres i kommunene. Det siste er igjen påvirket av nasjonale reformer og planer (Romøren, Ibid; Brevik, Ibid). De små fødselskullen fra mellomkrigstiden er nå i ferd med å bli 80-åringer, og dette bidrar nok sterkt til at antallet tjenestemottakere i denne aldersgruppen har sluttet å vokse.

Figur 5



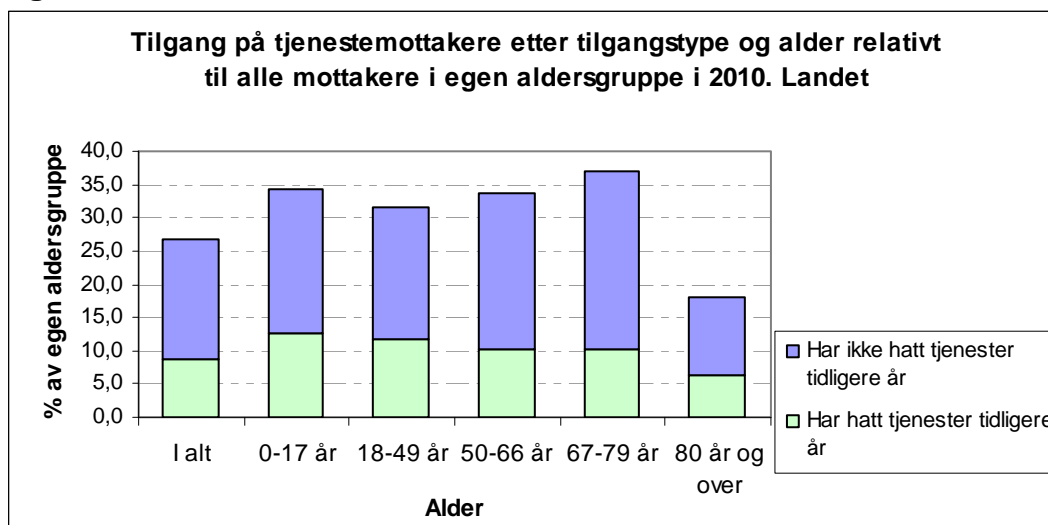
Avgang av tjenestemottakere kan skyldes dødsfall eller det kan ha andre årsaker. Figur 5 viser at avgangen som skyldes dødsfall ikke overraskende øker markant med alderen samtidig som annen avgang faller tilsvarende. Årsaken til at aldersgruppen 80 år og over har den laveste gjennomstrømningen, er at de har lavest avgang av andre årsaker enn dødsfall. Lav tilgang indikerer at mange av disse har hatt tjenester før de ble 80 år. Det er fra begynnelsen av 70-årene at behovet for tjenester begynner å melde seg for de eldre. Dette bidrar til høy tilgang av tjenestemottakere i aldersgruppen 67-79 år. Samtidig som denne aldersgruppen har stor avgang av både dødsfall og annen avgang. Dette forklarer at 67-79-åringene har størst sirkulasjon.

Siden de aller yngste aldersgruppene har få dødsfall har disse også en lavere gjennomstrømning av tjenestemottakere enn de yngre eldre (67-79-åringene).

Et interessant trekk er at en betydelig andel personer i aldersgruppene under 80 år har fått avsluttet tjenesteytingen uten at dette skyldes dødsfall. Den publiserte statistikken gir per i dag ikke muligheter til å si noe om hva som kjennetegner disse brukerne. IPLOS-registeret gir imidlertid muligheter til mer kunnskap. Blant annet vil det være mulig å få belyst om de som har fått avsluttet tjenestene er over- eller underrepresentert i forhold til enkelte tjenester og diagnoser. Det kan også være interessant se nærmere på "gjengangerne"³ og hva som karakteriserer disse. Figur 6 viser noe variasjon mellom aldersgruppene for "gjengangere", og vi ser en tendens til at "gjengangere" avtar relativt med alderen (Figur 6).

³ "Gjengangere" er i denne forbindelse definert som personer som tidligere har hatt tjenester men ikke året før statistikkåret. Personer som har hatt mindre opphold i mottak av tjenester i statistikkåret er ikke medregnet.

Figur 6



2.5 Vil samhandlingsreformen påvirke bruttostømmene?

De overordnede målene med samhandlingsreformen er å oppnå en bærekraftig helsetjeneste. Dette ønskes gjort gjennom en dempet vekst i bruk av sykehustjenester og en kontrollert vekst i bruken av pleie- og omsorgstjenester.

Sentrale tiltak for å få til dette er opprettelsen av plasser før, i stedet for og etter sykehusopphold. Reformen legger videre sterk vekt på forebygging, tidlig intervensjon og understøtting av pasientenes egenmestring. (St.meld. nr. 47 (2008-2009) og St.meld. nr 16 (2010–2011)).

Det er god grunn til å anta at insentivene i samhandlingsreformen vil påvirke bruttostrømmene i pleie- og omsorgstjenesten. De nye plassene i lokalmedisinske tilbud og økt grad av rehabilitering og opplæring i egenmestring, er alle tiltak som sannsynligvis vil trekke i retning av økt gjennomstrømning av tjenestemottakere. Siden samhandlingsreformen også har en aldersprofil med stor vekt på de over 50 år, foreslås følgende arbeidshypoteser:

- 1) Samhandlingsreformen vil øke gjennomstrømningen av tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten.
- 2) Gjennomstrømningen vil øke mest for gruppene over 50 år.

Bruttostrømmene gir som vi har sett en interessant innfallsvinkel til å studere pleie- og omsorgssektoren. For å kunne følge med på bruttostrømmene over tid, er det viktig med kontinuitet i statistikken fra et år til neste. Den enkelte kommune står fritt til å organisere tjenestetilbudet så lenge det er forsvarlig. Dette vil kunne bety at den sektorvise lokaliseringen av lokalmedisinske tilbud vil kunne variere mellom kommunene. I noen kommuner vil sentrene kunne lokaliseres i pleie- og omsorgssektoren og i andre utenfor. Det er for tiden til vurdering om

tjenestemottakere i lokalmedisinske sentre skal registreres i IPLOS eller ikke. En uavklart situasjon vil fort kunne medføre at noe kommuner vil registrere tjenestemottakerne under tidsbegrensede opphold i IPLOS og andre ikke. Bruttostrømmene i pleie- og omsorgsektoren blir uansett interessant å følge med på, både med og uten lokalmedisinske sentre.

Kilder

Brevik, I. (2010): De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg: Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. (NIBR-rapport 2010:2).

Gabrielsen, B, Otnes B. Sundbye, B., Kalcic, M. og Strand, P (2011): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010.

http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201133/rapp_201133.pdf

Helsedirektoratet (2008): IPLOS-statistikk – bedre kunnskap om helse- og omsorgssektoren. Notat publisert på Helsedirektoratets web.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00074/IPLOS-statistikk_-_b_74169a.pdf

Helsedirektoratet (2009): IPLOS gir nye perspektiver på omsorgstjenesten. Notat publisert på Helsedirektoratets web.

http://www.helsedirektoratet.no/iplos/statistikk_ogdata/publiserte_data/iplos_gir_nye_perspektiver_p_omsorgstjenesten_532834

Prop. 91 L (2010–2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>

Romøren, T. I. (2007): "Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'?1" Aldring og livsløp – 1 / 2007 (NOVA)

Sosial og helsedirektoratet (2006): Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester.

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00008/IS-1040_8084a.pdf

Statistisk sentralbyrå (2011) Dagens statistikk (DS) : Tabell 6.

<http://www.ssb.no/pleie/tab-2011-07-08-06.html>

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

St.meld. nr. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDF>

[S.pdf](#)

Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007a): Sykehjemsdriften i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet?

Aldring og livsløp nr 1 2007, NOVA, Oslo 2007

http://www.reassess.no/asset/2629/1/2629_1.pdf

Otterstad H.K. og Tønseth H. (2007b): Bruk av kortidsplasser i sykehjem i de fire store byene i Norge, Sykepleien nr 13, Oslo 2007

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documentoent_id=276500

Artikkel 3: Utviklingstrekk i pleie- og omsorgssektoren som følge-med-indikatorer på samhandlingsreformen – overordnet perspektiv

Skrevet av Pål Strand

I denne artikkelen vil vi nærme oss samhandlingsreformen med overordnet statistikk fra pleie- og omsorgssektoren. Det vil bli argumentert med at man kan få nyttig informasjon om hvordan samhandlingsreformen virker på kommunene gjennom å følge noen utvalgte utviklingstrekk som tjenestemottakernes bistandsbehov og dekningsgraden av tjenester i befolkningen. Med IPLOS-registeret som inneholder opplysninger om alle søkere og mottakere av pleie- og omsorgstjenester, er det nå for første gang mulig å kunne lage slik overordnet statistikk som har god nok kvalitet. Avslutningsvis vil det bli gitt noen konkrete eksempler på statistikk fra dette registeret.

3.1 Bakgrunn

Samme målgruppe

Et av hovedfokusene i samhandlingsreformen er å dempe veksten i somatisk spesialisthelsetjeneste. Pleie- og omsorgssektoren er i liten grad nevnt direkte i reformen, men er en viktig del av den samlede kommunale helse- og omsorgstjenesten som nå vil bli tildelt nye oppgaver gjennom reformen. Som en del av strategien for å dempe veksten i spesialisthelsetjenesten, får kommunehelsetjenesten et økt ansvar for personer som har behov for øyeblikkelig hjelp og personer med medisinske diagnoser, samt et økt ansvar for å forhindre unødvendige sykehusinnleggelses. Det skal videre legges betydelig mer vekt på å forebygge sykdom og skade.

Mange som legges inn på sykehus, har allerede pleie- og omsorgstjenester før innleggelsen eller de har behov for slike tjenester etterpå. Omfanget av pleie- og omsorgstjenester må antas å øke i årene framover som følge av samhandlingsreformen.

Noen forventede effekter på pleie- og omsorgssektoren

Det er en forventning om at samhandlingsreformen vil ha innvirkning på pleie- og omsorgssektoren i forhold til antallet tjenestemottakere og sammensetningen av bistandsbehov.

Det er ikke unaturlig å tenke seg at et økt ansvar for personer med øyeblikkelig hjelp og medisinske diagnoser vil kunne bety at antallet tjenestemottakere øker. Raskere overføring av utskrivingsklare pasienter vil nok også bidra til dette. Hvordan dette vil slå ut i forhold til det totale bistandsbehovet er ikke klart.

En vellykket forebyggingsstrategi forventes å bidra til et avtagende behov for pleie-

og omsorgstjenester i befolkningen. Det vil bety at andelen i befolkningen som mottar tjenester, forventes å gå ned. Særlig gjelder dette for de yngre eldre. Dette vil kunne bety at de som fortsatt mottar tjenester i gjennomsnitt vil få et økt bistandsbehov om det blir færre som har et lavere bistandsbehov. Alternativt kan det tenkes at det blir en reduksjon i alle bistandsbehovsgruppene.

Det er lansert ulike hypoteser om hvordan befolkningens helse kan utvikle seg ved økt levealder. Forebyggingsstrategien i samhandlingsreformen kan sees i forhold til disse. De tre hovedhypotesene er: 1) Sammentrengt sykkelighet, 2) utvidet sykkelighet og 3) utsettelse av sykkelighet i alderdommen (Thorslund og Parker 2005; Romøren 2001; Botten m.fl. 2000; Fries 1980). Med sammentrengt sykkelighet menes det at folk holder seg friske lenger også i den siste perioden av livet, selv ved forlenget levealder. Utvidet sykkelighet betyr at økt levealder fører til økt antall år med sykdom og funksjonstap. Utsettelse av sykkelighet innebærer at folk holder seg friske lengre når levealderen øker, og at tiden med sykdom og funksjonstap holdes stabil.

En demping i veksten i antallet tjenestemottakere synes i utgangspunktet å bli støttet av første og siste hypotese fordi begge innehar en effekt av helsegevinst. Sammentrengt sykkelighet vil sannsynligvis bety dempet vekst for alle aldersgruppene over 67 år. Hypotesen om utsettelse av sykkelighet vil sannsynligvis bety at hjelpebehovet reduseres mer hos de yngste eldre enn de eldste eldre. Skulle hypotesen om utvidet sykkelighet slå til, vil dette kunne bidra til en uønsket effekt i form av forsterket vekst. Dette ved at det blir stadig flere eldre og at dekningsgradene i stor grad forblir uendret.

Hva er dominerende effekter?

Dette ovennevnte viser at effektene av de ulike tiltakene i samhandlingsreformen ikke nødvendigvis vil gå i en og samme retning. Bildet kan bli komplekst. Dekningsgrader av tjenester, tjenestemottakernes bistandsbehov og gjennomstrømningen av tjenestemottakere i sektoren, vil kunne gi informasjon om hvilke forhold ved reformen som er mest virksomme.

Er det for eksempel slik at endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil være dominerende, eller vil man lykkes med forebyggingsstrategien slik at behovet både for sykehustjenester og pleie- og omsorgstjenester dempes? Pleie- og omsorgsstatistikken er et redskap som kan gi økt innsikt i slike spørsmål, og kan derfor være et nyttig supplement til statistikk fra spesialisthelsetjenesten til å følge med på samhandlingsreformen.

Overordnet perspektiv

Et av hovedmålene med samhandlingsreformen er å gjøre helsesektoren økonomisk bærekraftig. Som det står i Samhandlingsmeldingen vil denne utfordringen bli møtt med dyptgripende og langsiktige tiltak. Målet er å få til endringer i folks helse og bruk av helsetjenester framover (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Dette er altså en samfunnsreform hvor resultatene forventes å bli synlige på et overordnet eller et aggregert nivå. Alle følge-med-indikatorerne som blir foreslått her, har et slikt overordnet perspektiv, og kan bidra til innsikt i effektene av samhandlingsreformen.

Statistikkgrunnlaget

Statistikken er i sin helhet fra IPLOS-registeret med unntak av befolkningstallene som er benyttet til å relatere dette til befolkningen. Registeret inneholder opplysninger om alle søkere og mottakere av pleie- og omsorgstjenester og gir nye muligheter enn tidligere til å lage statistikk over helhetlig tjenesteyting, bistandsbehov og gjennomstrømning i sektoren.

IPLOS-registeret ble opprettet i 2006 og har vært hovedgrunnlaget for pleie- og omsorgsstatistikken fra statistikkåret 2007. Datakvaliteten har vært økende for hvert år, og er for statistikkåret 2010 vurdert å være god for de fleste variablene. Statistikkåret 2010 vil med det være et godt utgangspunkt for framtidige tidsserier. Siden registeret har eksistert i relativt kort tid, legger dette dessverre i dag begrensinger på det som kan vises av illustrative tidsserier.

3.2 Dekningsgrader som følge-med-indikatorer

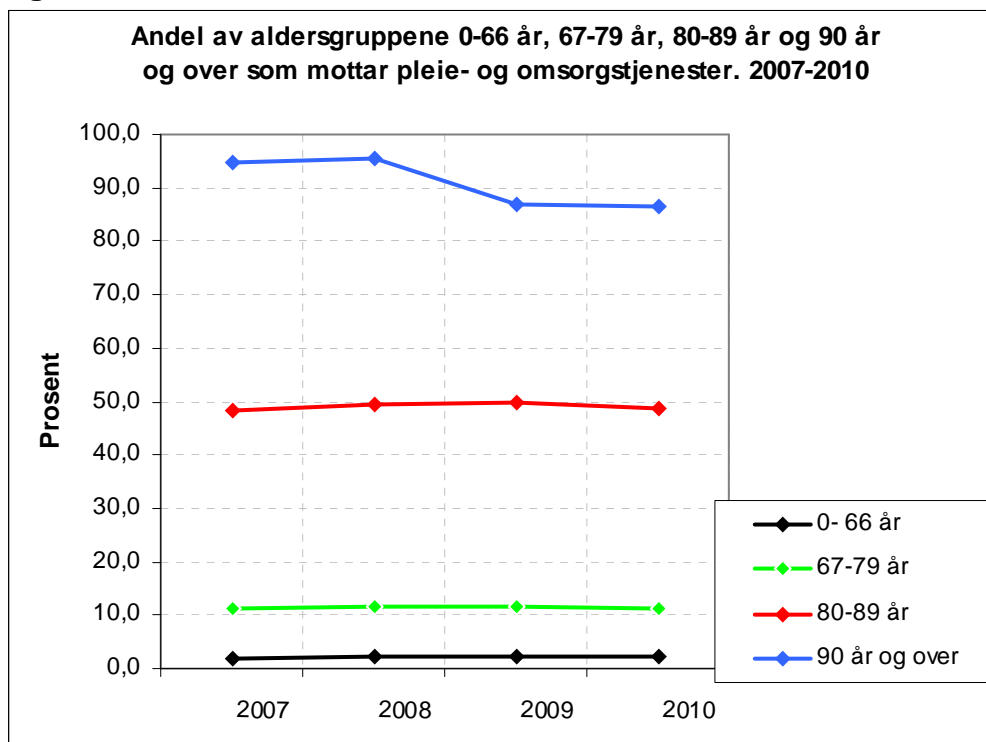
Hovedmålet med samhandlingsreformen er altså å redusere behovet for sykehustjenester og å dempe veksten av tjenestemottakere i pleie- og omsorgssektoren gjennom økt forebygging (St.meld.nr. 25 (2005-2006)). Dette betyr i dobbelt forstand at det er interessant å kunne følge med på veksten i pleie- og omsorgssektoren.

Tidsserier over antall tjenestemottakere per 1000 innbyggere sier noe om utviklingen relativt til samlet befolkningsvekst. Dette statistikk målet gir informasjon om retningen og styrken på den samlede veksten av tjenestemottakere i sektoren. En utfordring med dette statistikk målet er at det ikke er korrigert for veksten som skyldes endringer i størrelsene på aldersgruppene i befolkningen. Den forventede veksten i antallet tjenestemottakere om 10-15 år vil i hovedsak skyldes at antallet eldre i befolkningen øker mer enn de yngre. Statistikk målet er derfor mindre egnet til å følge med på eventuelle virkninger av samhandlingsreformen. Til det vil alderskorrigerede dekningsgrader være mer anvendelig.

Dekningsgrader for aldersgrupper

Figur 1 viser dekningsgrader av pleie- og omsorgstjenester for noen sentrale aldersgrupper. En figur som viser utviklingen for bare fire år gir i seg selv ikke stort mer informasjon enn at det er store forskjeller i tjenestedekningen mellom aldersgruppene. Det som vil være interessant etter hvert er hvordan hver enkelt av dekningsratene vil utvikle seg når effektene av samhandlingsreformen begynner å vise seg. Det ble nevnt innledningsvis at det vil være interessant å få informasjon om hvilke faktorer i reformen som er mest virksomme. I tillegg ble oppgaveoverføring og forebygging nevnt.

Figur 1



Skal tiltakene i samhandlingsreformen påvirke utviklingen i antall tjenestemottakere, forventes det at dette gir seg utslag i endrede dekningsgrader for en eller flere aldersgrupper. Dette er ikke en urimelig forventning i forhold til at reformen skal være dyptgripende. Hvis det er oppgaveoverføring som blir det dominerende, forventes det en økning i ratene. Er det forebygging, forventes det en reduksjon. Det kan også tenkes at de ulike effektene kan veksle på å være dominerende. Det er ikke usannsynlig at effektene av oppgaveoverføringer vil virke sterkest til å begynne med og at forebyggingsstrategien vil ha mest innflytelse på sikt. I forhold til det siste vil det som nevnt være interessant å se dette i forhold til hypotesene om sammentrengt sykkelighet, utvidet sykkelighet og utsettelse av sykkelighet

IPLOS-registeret inneholder informasjon om alle lovpålagte pleie- og omsorgstjenester og gir med det bedre muligheter enn tidligere til å lage statistikk over dekningsgrader. Tidligere forsøk på å lage overordnede utviklingslinjer for dekningsgrader ser ut til å ha gitt misvisende resultater fordi den tradisjonelle KOSTRA-statistikken ikke inkluderte alle pleie- og omsorgstjenester. Dekningsgradene var avgrenset til de tradisjonelle tjenestene hjemmesykepleie, praktisk bistand og institusjonstjenestene, og det manglet derfor informasjon om de "nye omsorgstjenestene" som matombringning, trygghetsalarm, omsorgslønn, støttekontakt osv. Disse tjenestene har økt i omfang de siste 20 årene. I 2010 utgjorde mottakerne som bare mottok slike tjenester nesten 50 000 personer. De tradisjonelle dekningsgradene tok dermed ikke høyde for omstruktureringen av tjenesteytingen mot de nye omsorgstjenestene i kommunene. Konsekvensen var et større fall i ratene de siste 20 årene enn det som egentlig har vært tilfelle (Strand, 2011).

Brevik (2010) hevdet at utviklingstrekkene særlig for de yngre eldre er sterkt påvirket av kommunale prioriteringer og at dette særlig har bidratt til nedgangen i 67-79-åringene med pleie- og omsorgstjenester de siste 20 årene. Det som er nevnt ovenfor om "nye omsorgstjenester", indikerer at dekningsgradene i seg selv ikke ser ut til å ha vært mye påvirket av dette i alle fall på nasjonalt nivå. På den andre siden kan kommunale prioriteringer være en av årsakene til omstruktureringen av tjenestene. En annen årsak kan være behovet for et mer differensiert og tilpasset tjenestetilbud.

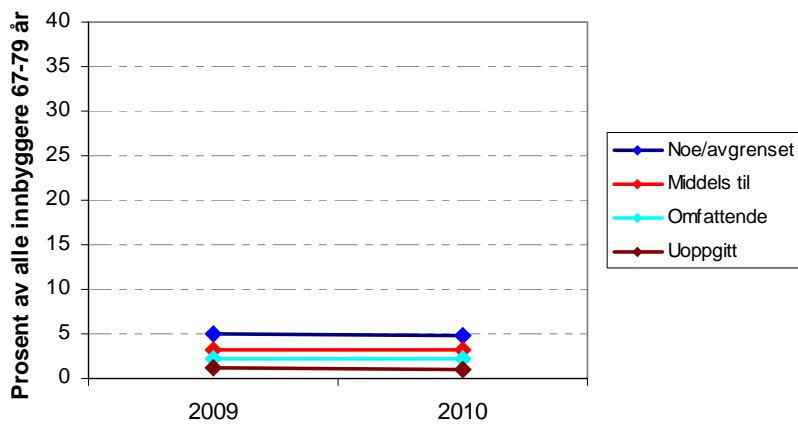
3.3 Bistandsbehov som følge-med-indikatorer

I IPLOS-registeret er det i dag 17 bistandsvariabler som måler ulike sider av behovet til mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Hver av bistandsvariablene skal registreres med skår fra 1 til 5, eventuelt 9 hvis opplysningen er vurdert som ikke relevant (Helsedirektoratet, 2009). For å redusere informasjonen i bistandsvariablene slik at det kan lages oversiktlige statistikkstabeller, er det laget et samlemål. Samlemålet benyttes i dag i den nasjonale pleie- og omsorgstatistikken for å dele inn tjenestemottakerne inn i tre behovsnivåer; "noe/ avgrenset", "middels til stort" og "omfattende" behovsnivå. Samlemålet vil vise de store trekkene i tjenestemottakernes behovsfordeling (Helsedirektoratet, 2010).

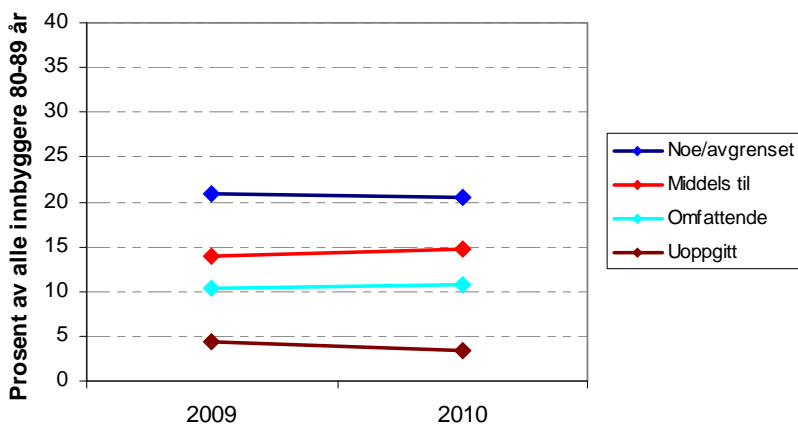
Det er allerede nevnt at det er en forventning om at samhandlingsreformen vil påvirke bistandsbehovet hos tjenestemottakerne. Ved å følge med på utviklingen for de tre ovennevnte samlemålsgruppene, vil dette kunne gi nyansert informasjon om reformens virkninger. Det vil blant annet kunne vise seg om tiltakene i reformen har variable effekter på behovsgruppene. En hypotese kan for eksempel være at oppgaveoverføring fra stat til kommune vil bidra til en økning i gruppen med "omfattende" behov samtidig som at økt forebygging kan bidra til en reduksjon i gruppen "noe/ avgrenset" behov. Det vil også være interessant å bryte dette ned på aldersgrupper for å se om det er spesielle aldersmessige effekter. Dette viser at virkningene av reformen fort kan bli komplekse.

Som for dekningsgradene foreslås det at indikatorer for bistandsbehov vises som rater i befolkningen brutt ned på alder og behovsgrupper. Figurene nedenfor viser også "uoppgitt" bistandsbehov som en fjerde kategori. Dette er tjenestemottakere som mangler registreringer eller har "ikke-relevant skår" på samtlige av bistandsvariablene.

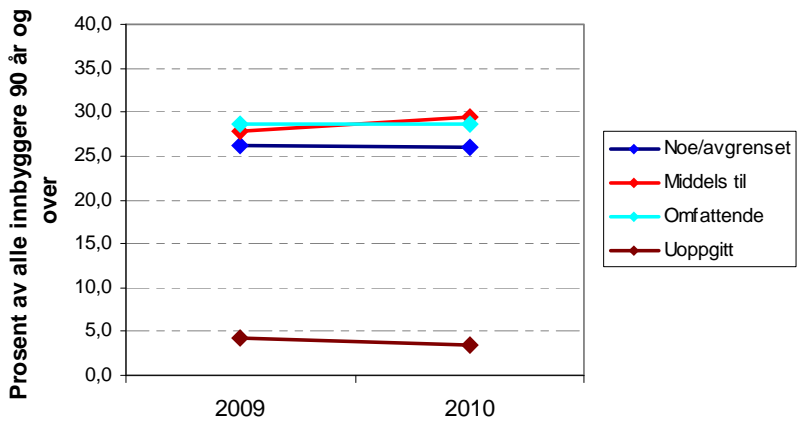
Figur 2 Andel i alderen 67-79 år som mottar tjenester fordelt etter bistandsbehov 2009 og 2010. Landet



Andel i alderen 80 - 89 år som mottar tjenester fordelt etter bistandsbehov 2009 og 2010. Landet



Andel i alderen 90 år og over som mottar tjenester fordelt etter bistandsbehov 2009 og 2010. Landet



Det er per i dag ikke publisert bistandsbehovsrater som er vektet i forhold til befolkningsutviklingen. Utgangspunktet for behovsratene i figurene 2 A, B og C er en omregning fra publiserte prosenttall med basis i summen av tjenestemottakere. Behovsratene er derfor ikke helt nøyaktige, men er likevel bra nok til å illustrere hvordan dette vil arte seg. Det er viktig å være oppmerksom på at svingninger i gruppen "uoppgitt" vil påvirke de andre gruppene. Det har vært en markant nedgang i denne gruppen fra 2009 til 2010. Dette ser i stor grad ut til å skyldes innføringen av muligheten til å registrere bistandsbehov som ikke relevant. For å kunne gjøre gode tolkninger av utviklingen, er et viktig at kategorien "uoppgitt" ligger på et stabilt lavt nivå.

I eksemplene ovenfor er det valgt å bare vise behovsrater for grupper eldre enn 67 år. Årsaken til dette er at samhandlingsreformen i størst grad antas å ha effekt på denne gruppen. Et viktig poeng for denne gruppen er at andelen i kategorien "uoppgitt" er lav og vil derfor bare i liten grad influere på ratene for de tre behovsgruppene. Det utelukkes ikke at det også kan framstilles tilsvarende rater for yngre tjenestemottakerne, men det må vurderes hvor interessant dette er.

3.4 Avslutning

Helsedirektoratet mener at det blant annet på bakgrunn samhandlingsreformen vil være viktig å følge med på både utviklingen i dekningsgrader og bistandsbehov. Det vil bli tatt initiativ til at dette blir en del av pleie- og omsorgsstatistikken fra 2012.

Litteratur

Botten, G., Hagen, T. P. og Waaler, H. T (2000), Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om Eldres funksjonsevne, HERO Skriftserie 2000:6, Universitetet i Oslo.

Brevik, Ivar (2010) De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2010:2

Fries, J. F. (1980) Ageing, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 303: 130-135.

Helsedirektoratet (2009) IPLOS - Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester (IS-1112)

Helsedirektoratet (2010) Anbefaling fra arbeidsgruppe revidering av IPLOS samlemål (IS-1831)

Romøren, T. I. (2001), Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

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

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Strand, P (2011) Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester – indikator på hva? Artikkel 1 i denne rapporten.

Thorslund, M og Parker, M.G. (2005), Hur mår egentligen de äldre? Artikkel i Läkartidningen nr 43/2005.

Artikkel 4: Noen sentrale trekk ved personellutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i perioden 2007-2010

Skrevet av Hans Petter Hansvik

I denne artikkelen redegjøres det for personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2007-2010. Det kommer fram av artikkelen at utviklingen er i rute i forhold til de sentrale målsetningene om flere årsverk og økt kompetanse i sektoren fram mot 2015 slik dette er nedfelt i Omsorgsplanen. Det blir også skuet videre framover mot 2030 hvor situasjonen ikke ser ut til å være like rosenrød. Det vil da være et behov for 100 000 – 180 000 nye årsverk i hele helse- og omsorgssektoren. Statistikken indikerer allerede nå en gryende og alvorlig ubalanse i arbeidsmarkedet, og som kanskje vil gjøre det umulig å få rekruttert nok hender i pleie- og omsorgssektoren videre framover.,

Bakgrunn

Kompetanseløftet 2015 som er en del av Omsorgsplan 2015, har som overordnet målsetting å rekruttere personell i tilstrekkelig grad og øke å kompetansen i tjenesten. Målsettingen er 12 000 nye årsverk for perioden 2008 – 2015 og å redusere andelen uten relevant fagutdanning. Av St. meld. nr 25 (2005 – 2006) "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer" går det fram at det vil være mulig å øke andelen med høgskoleutdanning med 10 prosentpoeng, fra 24 % i 2005 til 34 % i 2015.

I arbeidet med Kompetanseløftet innhentes det årlig en detaljert registerbasert personellstatistikk for den brukerrettede pleie- og omsorgstjenesten i kommunene fra Statistisk sentralbyrå,. Dette gir muligheter til å se på utviklingen i sysselsetting (personer), avtalt arbeidstid, kjønn og alder, utdanningsnivå og igangsatt utdanning for den store gruppen som *ikke* har relevant utdanning for tjenesten. Dette kommer i tillegg til den offisielle KOSTRA-statistikk som i hovedsak viser årsverk samlet og for noen utdanningsgrupper. Denne artikkelen er basert på disse to statistikkene.

De nye årsverkene

Tabell 1

Årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene 2007 - 2010								
Etter utdanning / yrke								
	Sysselsatte			Årsverk			% vis vekst årsverk	
	2007	2009	2010	2007	2009	2010	2009 - 2010	2007 - 2010
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	1 167	1 316	1 395	1 021	1 164	1 255	7,3 %	18,6 %
Geriatrisk sykepleier	1 136	1 367	1 466	1 016	1 225	1 322	7,3 %	23,1 %
Sykepleier med annen spes./videreutdanning	1 829	2 154	2 392	1 590	1 870	2 096	10,8 %	24,1 %
Andre sykepleiere	21 252	22 607	23 273	17 615	18 962	19 569	3,1 %	10,0 %
Vernepleier	5 691	6 084	6 388	5 143	5 507	5 832	5,6 %	11,8 %
Hjelpepleier	46 108	46 910	45 939	34 948	35 924	35 248	-1,9 %	0,9 %
Omsorgsarbeider	11 588	11 849	11 763	9 039	9 308	9 231	-0,8 %	2,1 %
Helsefagarbeider	-	231	1 043	-	187	860	78,3 %	
Ergoterapeut	768	775	826	661	679	735	7,6 %	10,1 %
Sosionom	1 101	1 135	1 238	941	987	1 068	7,6 %	11,9 %
Barnevernspedagog	780	769	827	657	660	700	5,7 %	6,1 %
Miljøterapeut	3 645	3 637	3 877	2 633	2 605	2 768	5,9 %	4,9 %
Aktivitør	1 885	1 812	1 793	1 474	1 425	1 440	1,0 %	-2,4 %
Barne- og ungdomsarbeider	839	916	1 015	624	683	765	10,7 %	18,4 %
Lege	217	239	237	194	205	202	-1,5 %	4,0 %
Fysioterapeut	326	356	391	285	306	335	8,7 %	14,9 %
Pleieass., hjemmehj., m/helseutd på vg. nivå	1 627	2 485	3 453	1 124	1 648	2 260	27,1 %	50,3 %
Pleieass., hjemmehj., m/helseutd på høgskolenivå	2 595	3 065	3 201	1 288	1 492	1 593	6,3 %	19,1 %
Pleieass., hjemmehj., m/annen utd. på vg. nivå	14 145	15 419	16 162	7 522	8 527	8 858	3,7 %	15,1 %
Pleieass., hjemmehj. u/vg. utd.	35 281	36 281	35 765	21 363	22 328	22 107	-1,0 %	3,4 %
Uspesifisert, annet	7 559	4 473	4 960	3 284	1 997	2 188	8,7 %	-50,1 %
Sum sysselsatte / årsverk	159 539	163 880	167 404	112 420	117 690	120 433	2,3 %	6,7 %

I perioden 2007 – 2010 økte antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren med 8000, og det siste året var økningen på drøyt 2700 årsverk (tabell 1). Utviklingen i perioden er i samsvar med myndighetenes målsetting om å tilføre tjenesten 12 000 nye årsverk i perioden 2008 – 2015. Langt de fleste av disse hadde fagutdanning. Det var særlig sykepleierårsverkene som økte og en økende andel av disse hadde videreutdanning, fra 16 % i 2007 til 18 % i 2010.

I 2010 ble knapt 800 helsefagarbeidere som utførte 700 årsverk, rekruttert inn i tjenesten. Dette oppveide om lag reduksjonen av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere på 750 årsverk. Liten tilgang fra utdanningsinstitusjonene kombinert med stor aldersrelatert avgang blant hjelpepleierne, gir nå tydelige utslag i arbeidsmarkedet.

Det har også vært en svært god rekruttering av vernepleiere med knapt 700 nye årsverk i perioden, en vekst på i underkant av 12 %. Beregninger om framtidig arbeidsmarked for vernepleiere (HELSEMOD) ⁱ har vist at vi vil få et overskudd av vernepleiere. Så langt har ikke dette slått til og rapporteringen fra kommunene til fylkesmennene viser at vernepleierkompetansen ønskes ytterligere styrket.

Tabell 2

Årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene 2007 - 2010									
Fylkesvis	Sysselsatte			Åsverk			% vis vekst årsverk		
	2007	2009	2010	2007	2009	2010	2009 - 2010	2007 - 2010	
01 Østfold	8 576	9 460	9 715	6 053	6 733	6 917	2,7 %	12,5 %	
02 Akershus	12 953	13 530	13 970	8 969	9 702	9 863	1,6 %	9,1 %	
03 Oslo	13 148	13 625	13 776	9 842	9 913	10 323	4,0 %	4,7 %	
04 Hedmark	7 231	7 778	7 910	5 175	5 652	5 710	1,0 %	9,4 %	
05 Oppland	7 253	7 294	7 483	5 091	5 276	5 435	2,9 %	6,3 %	
06 Buskerud	8 507	8 671	8 866	6 097	6 406	6 448	0,7 %	5,4 %	
07 Vestfold	8 104	8 159	8 324	5 555	5 728	5 921	3,3 %	6,2 %	
08 Telemark	6 503	6 796	6 863	4 572	4 778	4 834	1,2 %	5,4 %	
09 Aust-Agder	3 735	3 627	3 673	2 613	2 512	2 510	-0,1 %	-4,1 %	
10 Vest-Agder	5 893	6 059	6 267	3 864	4 159	4 313	3,6 %	10,4 %	
11 Rogaland	12 844	13 458	13 819	8 856	9 550	9 757	2,1 %	9,2 %	
12 Hordaland	17 402	17 235	17 677	11 782	12 028	12 460	3,5 %	5,4 %	
14 Sogn og Fjordane	4 505	4 523	4 658	3 240	3 355	3 411	1,6 %	5,0 %	
15 Møre og Romsdal	9 559	9 932	10 040	6 772	7 246	7 329	1,1 %	7,6 %	
16 Sør-Trøndelag	9 345	9 381	9 519	6 539	6 667	6 740	1,1 %	3,0 %	
17 Nord-Trøndelag	4 898	5 057	5 129	3 453	3 632	3 660	0,8 %	5,7 %	
18 Nordland	10 000	10 307	10 382	7 285	7 576	7 694	1,5 %	5,3 %	
19 Troms	6 266	6 210	6 330	4 580	4 593	4 811	4,5 %	4,8 %	
20 Finnmark	2 817	2 778	3 003	2 083	2 182	2 300	5,1 %	9,4 %	
Sum sysselsatte / årsverk	159 539	163 880	167 404	112 420	117 690	120 433	2,3 %	6,7 %	

Blant fylkene er det bare i Aust-Agder at det har vært en reduksjon i årsverk, både i hele perioden og siste år (tabell 2). En gjennomgang av kommunetallene i dette fylket viser at det særlig er en reduksjon i årsverkene i Arendal kommune som påvirker dette resultatet. Den sterkeste veksten siste år var i Finnmark, Troms, Oslo, Hordaland og Vest-Agder.

I Oslo og Akershus står innvandrere for en økende andel av de sysselsatte, med henholdsvis 39 – og 20 % av alle sysselsatte (2009).ⁱⁱ Mer enn halvparten av disse manglet relevant fagutdanning for tjenesten.

4.1 Omfang av deltid

Det er en sentral målsetting å redusere omfanget av ufrivillig deltidarbeid og tilføre omsorgstjenestene flere årsverk også ved at stillingsandelene økes.

Tabell 3

Omfang av deltidarbeid, Prosentandel av sysselsatte etter avtalt arbeidstid				
Avtalt arbeidstid for sykepleiere 2007 - 2010				
	1-9t/u	10 - 19 t/u	20 - 29 t/u	30 t/u -
2007	2,7 %	14,2 %	27,4 %	55,8 %
2009	2,6 %	12,4 %	27,2 %	57,7 %
2010	2,5 %	12,6 %	27,5 %	57,3 %
Avtalt arbeidstid for hjelpl., omsorgsarb., og helsefagarb., 2007 - 2010				
	1-9t/u	10 - 19 t/u	20 - 29 t/u	30 t/u -
2007	4,7 %	19,9 %	36,9 %	38,5 %
2009	4,5 %	18,6 %	37,5 %	39,5 %
2010	4,4 %	18,8 %	37,8 %	39,1 %

Tabell 4

Gjennomsnittlig stillingsandel for noen utdanningsgrupper i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste					
			2007	2009	2010
Sykepleiere			83,7 %	84,6 %	85,0 %
Hjelpepl., omsorgsarb., og helsefagarbeidere			76,2 %	77,0 %	77,2 %
Vernepleiere			90,4 %	90,5 %	91,3 %
Personell uten relevant fagutdanning			58,4 %	59,7 %	59,6 %
Alle sysselsatte			70,5 %	71,8 %	71,9 %

Tabell 3 og 4 viser at utviklingen går langsomt, men i riktig retning. Dersom en legger utviklingen i gjennomsnittlig stillingsstørrelse til grunn (avtalt arbeidstid), utgjør dette en ekstra tilførsel av arbeidskraft tilsvarende ca. 2250 årsverk eller 28 % av hele veksten i årsverk i perioden 2007 – 2010. Dette er en noe svakere utvikling enn i perioden 2005 – 2007 og kan tyde på at potensialet for å øke stillingsandelene er i ferd med å bli brukt opp. Tabell 3 viser likevel at bare knapt 40 % av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere hadde tilnærmet full stilling, tilsvarende tall for sykepleierne var 57 %.

4.2 Rekruttering av menn til omsorgsyrkene.

Tabell 5

Menn i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste						
Etter utdanning /yrke	Prosentandel av sysselsatte			Prosentandel av årsverk		
	2007	2009	2010	2007	2009	2010
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	12,7 %	12,9 %	12,5 %	13,9 %	13,6 %	13,4 %
Geriatrisk sykepleier	4,9 %	4,0 %	4,0 %	5,2 %	4,2 %	4,1 %
Sykepleier med annen spes./videreutdanning	5,6 %	5,4 %	5,2 %	6,3 %	5,9 %	5,7 %
Andre sykepleiere	6,2 %	6,5 %	6,7 %	6,9 %	7,2 %	7,4 %
Vernepleier	17,0 %	17,0 %	17,6 %	18,2 %	18,2 %	18,6 %
Hjelpepleier	4,4 %	4,7 %	4,8 %	5,1 %	5,4 %	5,5 %
Omsorgsarbeider	4,4 %	4,9 %	4,9 %	5,1 %	5,5 %	5,6 %
Helsefagarbeider		10,8 %	11,3 %		11,8 %	12,6 %
Ergoterapeut	8,2 %	9,9 %	10,0 %	8,8 %	10,6 %	10,9 %
Sosionom	17,7 %	19,1 %	19,4 %	19,0 %	20,4 %	20,2 %
Barnevernspedagog	11,2 %	13,0 %	13,9 %	12,3 %	14,1 %	15,0 %
Miljøterapeut	24,1 %	25,8 %	25,4 %	26,2 %	27,8 %	27,6 %
Aktivitør	0,8 %	0,9 %	1,0 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %
Barne- og ungdomsarbeider	6,1 %	8,1 %	8,1 %	7,9 %	9,7 %	9,7 %
Lege	49,8 %	41,8 %	41,8 %	57,2 %	49,3 %	47,5 %
Fysioterapeut	18,7 %	20,5 %	19,4 %	18,9 %	21,2 %	20,3 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på vg. nivå	3,4 %	4,4 %	4,8 %	4,0 %	4,6 %	5,7 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/helseutd på høgskolenivå	16,8 %	17,0 %	16,0 %	19,3 %	20,0 %	19,6 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. m/annen utd. på vg. nivå	23,2 %	24,1 %	25,9 %	25,4 %	27,0 %	28,5 %
Pleieass., hjemmehj., brukerrettet tj. u/vg. utd.	10,6 %	12,2 %	13,3 %	11,3 %	13,0 %	14,3 %
Sum sysselsatte/årsverk	10,2 %	10,5 %	11,1 %	10,3 %	10,7 %	11,3 %

Andelen menn som arbeider i omsorgstjenestene økte svakt i perioden 2007 – 2010, fra 10 – til 11 %. Dette nivået har vært stabilt de siste 10 årene, og det er lite som tyder på at dette endrer seg uten at det skjer grunnleggende endringer i utdannings- og arbeidsmarkedet. Dersom en ser bort fra legene, er det fysioterapeutene, vernepleierne og sosionomene som hadde størst andel menn, med i underkant av 20 %. Blant de nye helsefagarbeiderne som ble rekruttert inn i 2009 og 2010 var mansandelen vesentlig høyere enn for hjelpepleierne.

Det er ellers verdt å merke seg at andelen årsverk utført av menn er noe høyere enn andelen sysselsatte. Dette bekrefter en oppfatning av at menn gjennomgående tilbys større stillinger enn kvinner, også i pleie- og omsorgstjenesten.

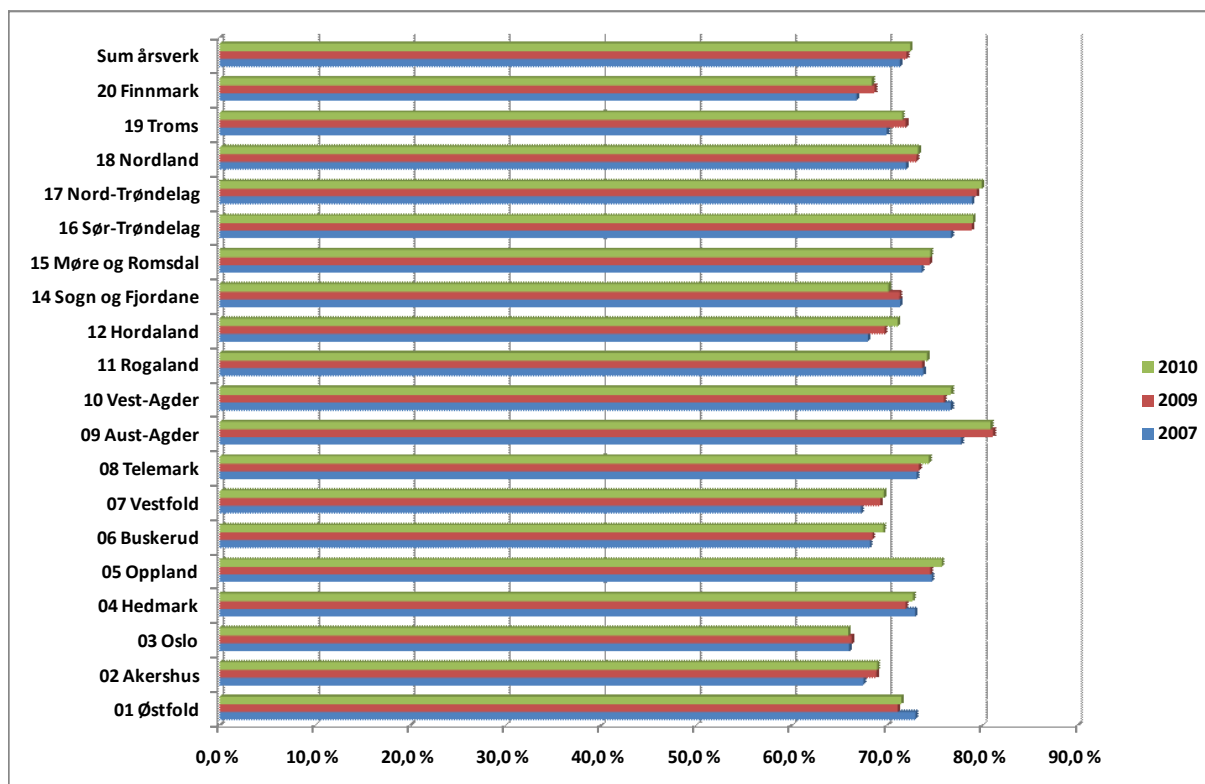
Dersom en ser på mulighetene for å dekke behovet for arbeidskraft de nærmeste årene, er ikke denne skjevfordelingen bærekraftig. Fram til 2030 har vi behov for 100 000 – 180 000 nye årsverk i hele helse- og omsorgssektoren, alt etter hvilke forutsetninger vi legger til grunn for framskrivingene.ⁱⁱⁱ Med nåværende kjønnsdeling forutsetter dette at hver tredje kvinne må gjøre et utdannings- og yrkesvalg som gir henne arbeid i sektoren.^{iv} Dette er neppe verken mulig eller ønskelig all den tid kvinner allerede har en meget høy yrkesdeltaking og det også er stort behov for kvinner i mannsdominerte yrker.

4.3 Styrking av kompetansenivået i pleie- og omsorgstjenesten.

Det er en sentral målsetting i Kompetanseløftet å heve det formelle utdanningsnivået og øke andelen med høyere utdanning som det ble vist til innledningsvis.

Figur 1

Årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene 2007 – 2010, andel med relevant utdanning, etter fylke.

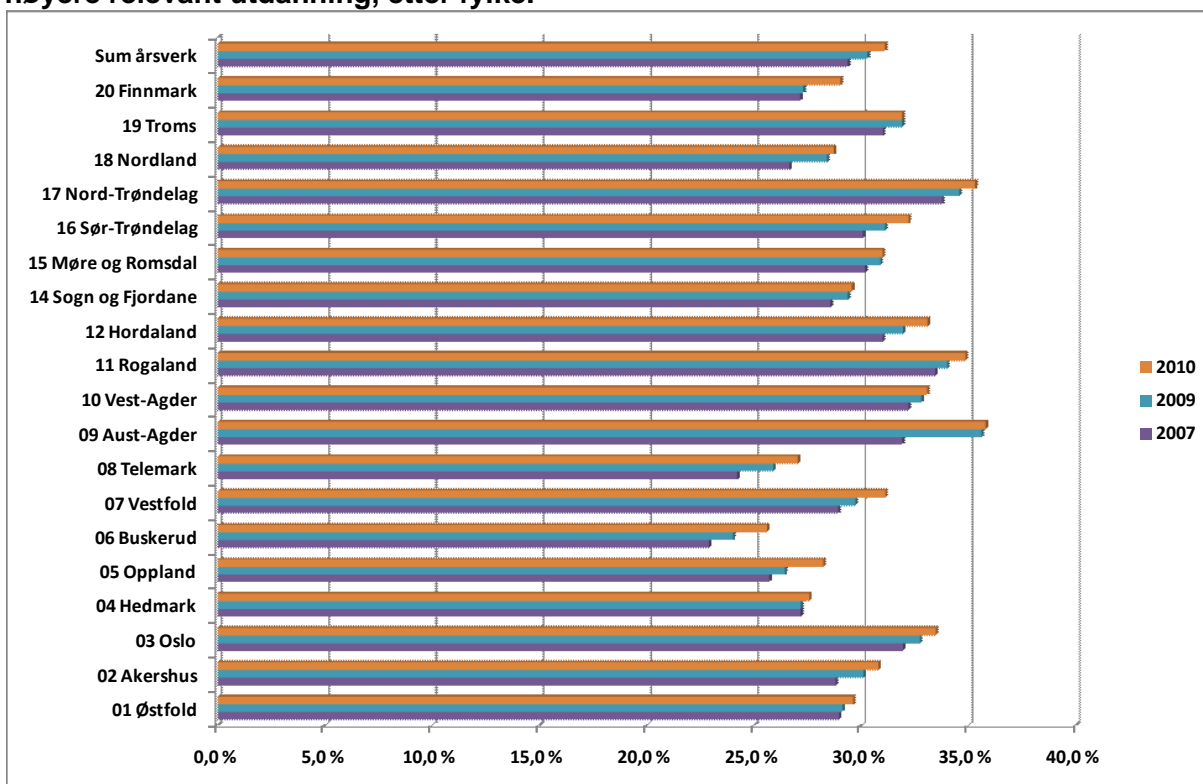


Andelen årsverk som ble utført av personell med relevant utdanning var 72,5 % i 2010, en økning fra 71,4 % i 2007, mens andelen med relevant høyere utdanning økte til 31,1 % fra 29,4 % i 2007, landet sett under ett (figur 1). Målet om 34 % med høyere utdanning innen 2015 bør derfor være innen rekkevidde.

Figur 1 og 2 viser store forskjeller mellom fylkene i kompetansenivå i pleie- og omsorgstjenestene. Tilsvarende variasjoner finnes også mellom kommuner innenfor det enkelte fylke. Det er fortsatt Aust-Agder og Trøndelagsfylkene som har relativt flest med relevant utdanning, mens Oslo og Akershus ligger på bunnen. Oslo har imidlertid en høy andel med høgskoleutdanning (33,5 %), her er det først og fremst rekrutteringen av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere som svikter. En nærliggende forklaring på dette finner en i forskjeller i utdannings- og arbeidsmarked. Oslo og Akershus har den laveste andelen utdanningsplasser for helsefagarbeidere (av alle plasser VG1). Dette skyldes lav søkning. Helsefagarbeideryrket når vel heller ikke i tilstrekkelig grad opp i konkurransen med andre yrker m.h.t. lønn, arbeidsbelastning m.v. i et arbeidsmarked med mange muligheter og i en region med høye bo - og leviekostnader.

Figur 2

Årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene 2007 – 2010, andel med høyere relevant utdanning, etter fylke.



4.4 Aldersrelatert avgang

Tabell 6

Andel sysselsatte og årsverk utført av personell som er 55 år eller eldre, brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste

	Sysselsatte			Åsverk		
	2007	2009	2010	2007	2009	2010
Psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid	27,4 %	30,2 %	31,9 %	24,6 %	27,7 %	29,5 %
Geriatrisk sykepleier	25,3 %	26,0 %	26,9 %	24,1 %	24,7 %	25,6 %
Sykepleier med annen spes./videreutdanning	25,6 %	27,6 %	27,2 %	23,0 %	25,0 %	25,0 %
Andre sykepleiere	13,7 %	14,3 %	14,5 %	12,4 %	13,0 %	13,2 %
Vernepleier	7,9 %	10,1 %	11,2 %	7,8 %	10,0 %	10,9 %
Hjelpepleier	24,7 %	27,9 %	30,2 %	23,7 %	26,7 %	28,9 %
Omsorgsarbeider	19,8 %	23,6 %	25,6 %	19,8 %	23,4 %	25,4 %
Helsefagarbeider		13,4 %	10,6 %		13,4 %	10,6 %
Alle sysselsatte/årsverk	20,7 %	21,9 %	22,7 %	20,0 %	21,4 %	22,1 %

Tabell 6 viser at 30 % av hjelpepleierne var 55 år og eldre i 2010, og andelen har økt betydelig siden 2007. Hjelpepleierne utgjorde 27 % av arbeidsstyrken i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste. Dette er kvinner hvor mange tok utdanning i voksen alder og som ble rekruttert inn i tjenesten på 1980 – 90-tallet og som nå i økende grad vil gå over i pensjonistenes rekke. 28 % av alle som har avsluttet arbeidsforholdet i denne yrkesgruppen er gått over på attføring, uføre- eller alderspensjon, mens tilsvarende andel for sykepleierne bare er 14 %.^v Når vi ser på alle sysselsatte / årsverk under ett, ser vi også at andelen "seniorer" er økende (drøyt 22 % i 2010), og dette er i tråd med aldersutviklingen i befolkningen som helhet.

4.5 Tilgang fra utdanning.

Helsefagarbeidere

Tabell 7

Søkere til helse- og sosialfag i v.g.o. og søkere til helsefagarbeider VG2 og VG3 (lære plass)					
	2008	2009	2010	2011	Endring 2010-2011
HELSE- OG SOSIALFAG	7 257	7 741	8 422	8 578	156
HELSEARBEIDERFAG VG2	2 576	2 766	2 966	3 065	99
HELSEARBEIDERFAGET VG3	1 231	1 181	1 399	1 463	64

Kilde: Utdanningsdirektoratet

Selv om Tabell 7 viser at søkningen til helse- og sosialfag og til helsefagarbeiderutdanning VG2 og VG3 har vært økende, vil tilgangen fra ordinær utdanning være langt lavere enn det nivået som er nødvendig for å dekke behovet i arbeidsmarkedet.

Tabell 8

Hjelpepleiere, omsorgarbeidere og helsefagarbeidere, avgangselever og fagprøvekandidater, 2000 - 2010											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hjelpepleiere	1918	1959	2968	2713	3872	3790	3615	3585	3581	1839	565
Omsorgsarbeidere	1900	1693	1546	1297	1148	884	790	813	803	631	261
Helsefagarbeidere										389	1408
Sum	3818	3652	4514	4010	5020	4674	4405	4398	4384	2859	2234

Kilde: SSB, juni 2011

Fra et nivå på om lag 4500 kandidater årlig i snitt i perioden 2002 – 2007 ble tilgangen fra utdanningsinstitusjonene halvert i 2010 (Tabell 8). I innværende år vil de siste hjelpepleierkandidatene ha fullført sin utdanning etter gammel utdanningsmodell og helsefagarbeiderutdanningen må da stå for hele tilgangen til arbeidsmarkedet. Manglende tilgang fra utdanning representerer den største utfordringen i forhold til å rekruttere tilstrekkelig faglært personell til tjenesten. Det er helsefagarbeiderne som etter hvert skal erstatte den største gruppen i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste, hjelpepleierne som utgjør 46 000 sysselsatte – utfører 45 000 årsverk.

Høyere utdanning:

Tabell 9

Opptak til noen helseutdanninger 2000 - 2010											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sykepleier	3811	4333	4913	4594	4137	4411	4 331	4245	4114	4692	4823
Vernepleier	937	856	1134	1134	1001	902	997	940	802	978	1144
Ergoterapeut	231	275	278	269	283	264	246	236	238	275	279
Sosionom	810	979	1015	964	944	915	881	894	840	947	1055
Barnevernpedagog	679	786	777	754	737	722	679	758	679	825	870
Fysioterapeut (innenlands)	299	331	328	341	308	309	318	305	346	364	360
Leger (innenlands)	482	493	500	462	475	493	611	616	573	550	549

Kilde: SSB, juni 2011

Det høye nivået på utdanningskapasiteten for sykepleiere og vernepleiere har vært et vesentlig bidrag til å opprettholde vekst og økt kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (Tabell 9). Fra 2009 til 2010 har det praktisk talt vært nullvekst i spesialisthelsetjenesten. Dette har nok også bidratt til den sterke veksten for disse gruppene i kommunehelsetjenestene.

Artikkel 5: Statistikk om bruken av korttids- og rehabiliteringsplasser i kommunene

Skrevet av Michael Kaurin / May Cecilie Lossius

I denne artikkelen ser vi på bruken av korttidsplasser i kommunene i lys av samhandlingsreformen. Først refererer vi til noe av forskningen på bruk av korttidsplasser. Deretter ser vi på hvilken statistikk som kan belyse bruken av denne type plasser i kommunene. Til slutt diskuterer vi behovet for ny statistikk innefor feltet med spesiell fokus på rehabiliteringsplassene.

5.1 Innledning

Samhandlingsreformen legger til grunn at *"pasientene og brukerne skal sikres trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. For enkelte pasienter vil det være best å få et kvalitativt godt tilbud nær hjemmet i stedet for å bli lagt inn i sykehus ved akutt sykdom, ved behov for rehabilitering og eventuelt i den terminale fase. Det kan derfor vurderes å bygge opp kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold."*^{vi}

I Stortingsmelding 25 (2005 - 2006) understreker regjeringen betydningen av et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser. Dette er viktig for å sikre god flyt og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, for å opprettholde innsatsen fra pårørende, og for å sikre at hjemmetjenesten fungerer godt.

I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011⁴ vises til investeringstilskudd til kommunene (jfr. Omsorgsplan) for blant annet å styrke kommunens tilbud om korttidsplasser i sykehjem. Slike korttidsplasser benyttes ofte for rehabiliteringsopphold.

Kommunene vil i årene fremover, ut fra lokale behov, bygge opp ulike tilbud for å løse nye oppgaver som en konsekvens av utfordringene skissert i de to stortingsmeldingene. Et av virkemidlene vil trolig være å videreutvikle bruken av korttidsplasser. Det blir derfor viktig å følge med på utviklingen i bruken av disse plassene. I denne artikkelen ser vi på noe av statistikken som kan bidra til å belyse dette temaet.

5.2 Bruken av korttidsplasser i dag

Det er forsket lite på bruk av korttidsplasser. I rapporten *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*^{vii} (TF rapport nr. 280 2011) har man sett på bruken av korttidsplasser i kommunene. Her konkluderes det med at *"Korttidsopphold i*

⁴ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008 – 2011)

institusjon kan, dersom det organiseres på en god måte, bidra til å avlaste og "smøre" pleie- og omsorgssektoren. God kapasitet på korttidsopphold vil kunne gi gunstige kostnadsmessige effekter ved at kommunene dermed reduserer omfanget av institusjonsplasser og erstatter det med flere hjemmebaserte tjenester.

I artikkelen *Hvordan unngå sykehjemskø?* (Hans Knut Otterstad & Harald Tønseth Aldring og livsløp – 4 / 2007)^{viii} påpekes det at: *"det er to strukturelle faktorer som vil kunne eliminere en sykehjemskø i norske kommuner: For det første et tilbud av sykehjem på minst 18 plasser per 100 innbyggere 80 år og eldre, koblet opp mot et krav om at minst 15 prosent av plassene skal øremerkes korttidsopphold. For det andre at det høyeste nivået i de hjemmebaserte tjenester bør ha en kapasitet som tilsvarer 18 innskrevne pasienter per 100 innbyggere 80 år og eldre."*

Undersøkelsen viser også at det finnes en tredje faktor, og det er behovet for god samhandling mellom sykehjem og hjemmetjenester for de pasienter som har mulighet for å kunne bo i egen bolig med støtte fra tjenestene. Dette krever helhetlige løsninger av bolig og tjenester, samt et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser i sykehjem.

I en artikkel i *Sykepleien* fra 2004 (Fordeling og bruk av korttidsplasser i sykehjem) beskrives bruken av korttidsplasser som *"et dynamisk system der brukerne har store og vekslende behov, slik at de stadig skifter behandlingsnivå. I dette systemet som både omfatter sykehus, sykehjem og brukere av de hjemmebaserte tjenestene, er det stort sett to midlertidige behandlingsnivåer eller korttidsplasser: Sykehusenes akuttavdelinger og sykehjemmenes korttidsplasser. I den store sammenheng blir antallet liggedøgn på disse nivåene relativt få fordi det er et begrenset antall plasser. Til gjengjeld er pasientstrømmen betydelig. Dette bidrar til at langtidsplassene i sykehjemmene ikke tilstoppes. Kommuner som ikke klarer å opprettholde effektive pasientstrømmer, får to symptomer på sirkulasjonssvikt: Opphopning av "utskrivingsklare pasienter" i lokalsykehuset eller køproblemer på sykehjemsnivået i hjemkommunen med en høy andel langtidspasienter."*^{ix}

Oppsummert kan vi si at korttidsplasser har en helt sentral funksjon i de kommunale tjenestene for å få til en god pasientstrøm. Korttidsplasser kan imidlertid inndeles i ulike undertyper. I de neste kapitlene vil vi se litt nærmere på dette.

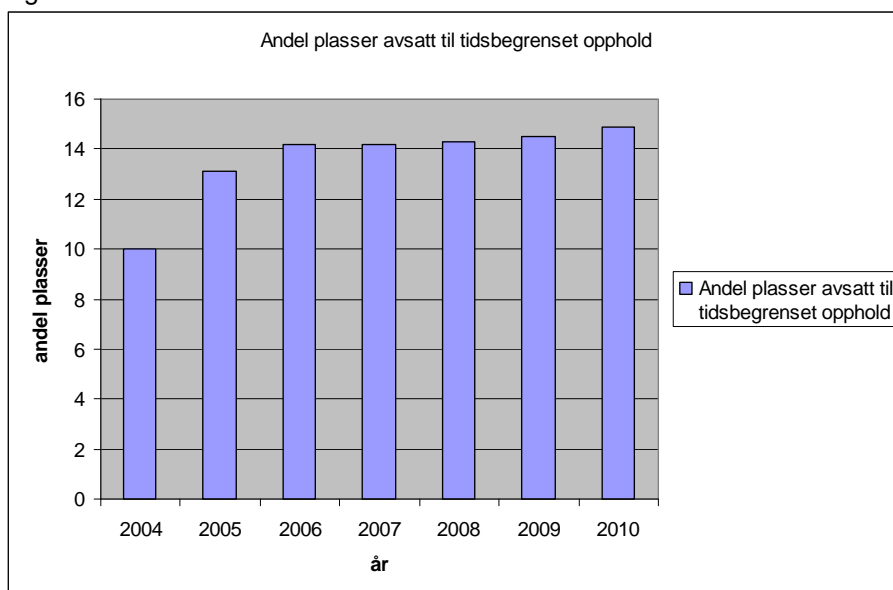
5.3 Hva har vi av statistikk?

Et korttidsopphold kan defineres som et opphold hvor det foreligger avtale/vedtak om utskrivning. Korttidsopphold er dermed først og fremst rettet mot hjemmeboende, men oppholdene kan også inndeles etter ulike formål.

1. Korttidsopphold (tidsbegrenset opphold) der hovedhensikten skal være utredning og behandling.
2. Korttidsopphold der hovedhensikten skal være rehabilitering
3. Korttidsopphold der hovedhensikten er avlastning
4. Korttidsopphold der hovedhensikten skal være annet. Dvs. at hovedhensikten verken er avlastning, utredning, behandling eller rehabilitering

Antall korttidsplasser i kommunene har i liten grad har endret seg fra 2005 (Figur 1).

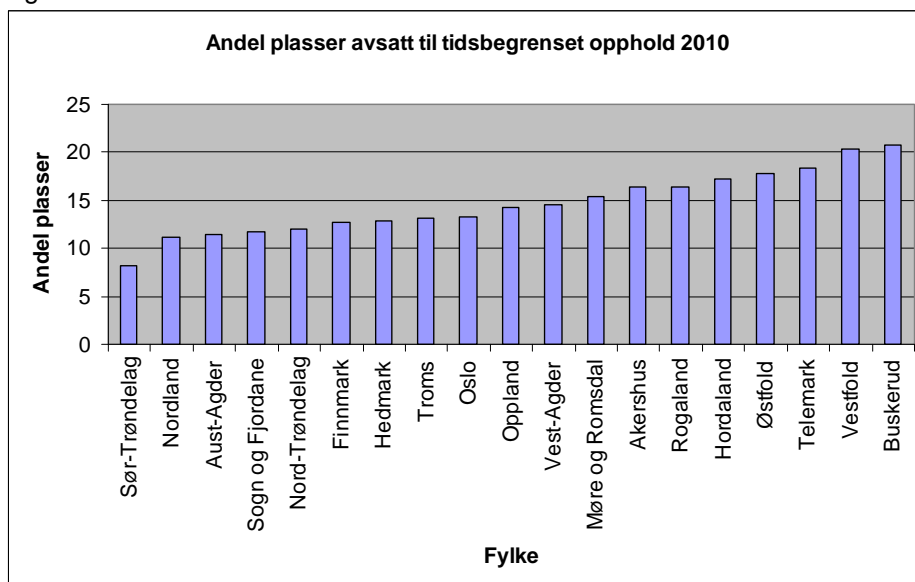
Figur 1



Fra 2005 til 2010 har andelen plasser avsatt til tidsbegrenset opphold øket fra 13,1 til 14,9 prosent av det totale antall institusjonsplasser, men økningen fra 2006 bare har vært på 0,7%.

Som for de fleste andre kommunale tjenester er det store variasjoner i andel korttidsplasser både på fylkes- og kommunenivå (Figur 2).

Figur 2



I 2012 innføres kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og betaling for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Trolig vil bruken av korttidsplasser i kommunene endres ved innføring av disse økonomiske virkemidlene. Kommuner med ingen eller få korttidsplasser har færre virkemidler for å løse utfordringen ved de nye finansieringsordningene. Det vil bli viktig å følge utviklingen på området nøye.

5.4 Ny kunnskap gjennom IPLOS

IPLOS gir ny informasjon om bruken av korttidsplasser. Statistikken fra dette registeret kan følge den enkelte tjenestemottaker. Vi får da langt flere opplysninger om hvordan korttidsplassene brukes.

Tabell 1

	Antallet tjenestemottakere					
	I løpet av året		Per 31.12		Gjennomstrømming(1)	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Tidsbegrenset opphold i institusjon - utredning/behandling	20 343	20 953	2 433	2 479	8,4	8,5
Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering	12 218	12 548	1 577	1 486	7,7	8,4
Tidsbegrenset opphold i institusjon - annet	20 900	20 248	3 062	2 701	6,8	7,5
Avlastning - i institusjon	7 339	7 302	2 525	2 344	2,9	3,1

Kilde: SSB - IPLOS^x

Avgjørende for en effektiv bruk av korttidsplassene er at kapasiteten både i hjemmetjenesten og på langtidsinstitusjonsplasser er tilstrekkelig til å motta brukerne av korttidsplasser når de er ferdigbehandlet i sykehus. Uten en effektiv gjennomstrømming av pasienter vil antall brukere pr. plass pr. år bli redusert. Gjennomstrømming er her definert som antallet brukere pr. plass i løpet av året delt på brukere pr. 31.12. Vi ser av tabell 1 at gjennomstrømmingen er høyest ved opphold der utredning / behandling og rehabilitering står i fokus. For plasser avsatt til annet er gjennomstrømninger noe lavere. For plasser avsatt til avlastning er gjennomstrømmingen betydelig lavere. For den enkelte kommune vil det være nyttig å se nærmere på gjennomstrømmingen og hvordan man kan bruke de ulike plassene på en optimal måte.

5.5 Påvirkes gjennomstrømmingen av bistandsbehovet?

Denne antakelsen kan vi forfølge ved å se på gjennomstrømmingen i forhold til brukernes bistandsbehov.

Tabell 2

	<i>Antall beboere i løpet av året</i>	<i>Antall beboere per 31.12</i>	<i>Gjennomstrømning</i>
Tidsbegrenset opphold i institusjon - i alt			
I alt	61 051	9 010	6,8
Noe/ avgrenset bistandsbehov	9 311	1 142	8,2
Middels til stort bistandsbehov	25 132	3 654	6,9
Omfattende bistandsbehov	23 574	3 578	6,6
Uoppgitt	3 034	636	4,8
Tidsbegrenset opphold i institusjon - utredning/ behandling			
I alt	20 953	2 479	8,5
Noe/ avgrenset bistandsbehov	3 331	403	8,3
Middels til stort bistandsbehov	8 323	1 041	8,0
Omfattende bistandsbehov	7 967	814	9,8
Uoppgitt	1 332	221	6,0
Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering			
I alt	12 548	1 486	8,4
Noe/ avgrenset bistandsbehov	2 693	274	9,8
Middels til stort bistandsbehov	5 905	719	8,2
Omfattende bistandsbehov	3 343	355	9,4
Uoppgitt	607	138	4,4
Tidsbegrenset opphold i institusjon - annet			
I alt	20 248	2 701	7,5
Noe/ avgrenset bistandsbehov	2 835	352	8,1
Middels til stort bistandsbehov	8 604	1 258	6,8
Omfattende bistandsbehov	8 007	967	8,3
Uoppgitt	802	124	6,5
Avlastning i institusjon/ bolig			
I alt	7 302	2 344	3,1
Noe/ avgrenset bistandsbehov	452	113	4,0
Middels til stort bistandsbehov	2 300	636	3,6
Omfattende bistandsbehov	4 257	1 442	3,0
Uoppgitt	293	153	1,9

Kilde: SSB Iplos^{xi}

Som det framgår av tabell 2 er det brukere med middels bistandsbehov som har lavest gjennomstrømning. En tolkning kan være at personer med middels omsorgsnivå har størst potensial for å nyttiggjøre seg et korttidsopphold, og at disse derfor blir liggende lenger på korttids plassene for å få størst mulig effekt av oppholdet.

Ved å se på bistandsbehov før og etter korttidsoppholdet vil vi kunne komme nærmere en forklaring på dette spørsmålet. Gjennom lokale sumrapporter kan kommunene nå ta ut denne type statistikk. Dette kan gi verdifull informasjon om resultatet av det faglige arbeidet som er utført. Helsedirektoratet har nylig utgitt en veileder i bruk av lokale sumrapporter^{xii}. Kommunene oppfordres til å ta i bruk dette

verktøyet for bedre å kunne styre bruken av og kvaliteten på korttidsplassene.

5.6 Tidsbegrenset opphold – utredning og behandling

Tidsbegrenset opphold - annet

De fleste kommunale korttidsplassene er avsatt til utredning og behandling. Pr. 31. desember 2010 var det ca. 1700 boere som mottok denne tjenesten. I løpet av året var det over 21 000 brukere som har benyttet seg av dette tilbudet, dvs at gjennomstrømningen pr. plass var 8,5 brukere. At så mange brukere er til utredning og behandling på tidsbegrenset opphold hvert år er ny kunnskap vi har fått gjennom IPLOS.

Gjennomstrømningen pr. plass kan bidra inn i debatten om en riktig dimensjonering av de enkelte trinnene i omsorgstrappa. En lav gjennomstrømning kan, som tidligere beskrevet, tyde på ubalanse i forholdet mellom akutsenger på sykehus, hjemmetjenester, korttidsplasser og sykehjemsplasser.

Det er i hovedsak de eldre over 66 år som benytter seg av korttidsplassene. Over 19 000 av de 21 000 brukerne er over 66 år. Vi har i dag ikke statistikk på hvilket omsorgsnivå brukerne kommer fra, men erfaringen tilsier at mange av disse brukerne kommer fra sykehus. Det er derfor viktig å se korttidsplassene som kommunen disponerer opp mot antall ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten. Ny statistikk om antall ferdigbehandlede pasienter på sykehus og den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten kan også bidra til å belyse behovet for korttidsplasser i kommunene.

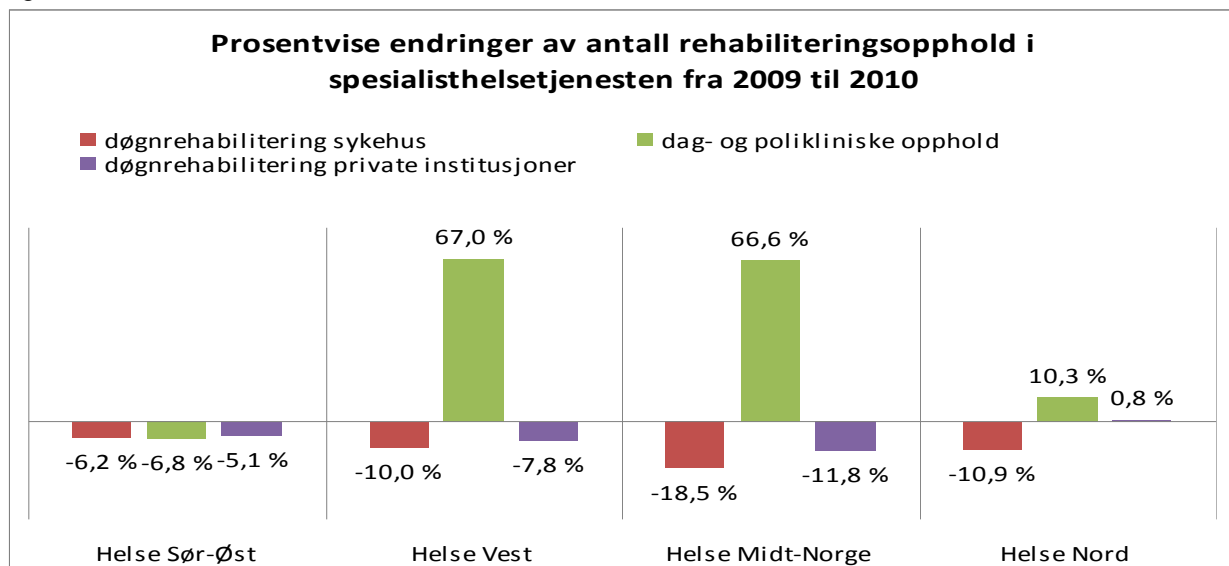
Det stilles i dag ikke spesielle krav til hva et "tidsbegrenset opphold utredning / avlastning" skal inneholde ut over de generelle krav til tjenesten gitt i lover og forskrifter. Det er således vanskelig statistisk å skille innholdet i dette tilbudet fra innholdet i rehabiliteringstilbudet og tilbudet om "tidsbegrenset opphold i institusjon – annet".

Antall brukere av "tidsbegrenset opphold annet" er ca. 20 000.. Dette er opphold der hovedhensikten hverken er re-/habilitering, utredning, behandling eller avlastning. Aldersmessig er brukergruppen den samme som for utredning og behandling. Trolig mottar de fleste brukerne det samme tilbudet uavhengig av om vedtaket er et tidsbegrenset tilbud for utredning og behandling eller det inngår i gruppen annet. Vi velger derfor å slå de to gruppene sammen og antar at det kommunale tilbudet

5.7 Om habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering foregår i dag både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Som det framgår av figur 3 under er det en tydelig reduksjon i tilbudet både innenfor sykehus og de private rehabiliteringsinstitusjonene, samtidig som dagopphold og polikliniske opphold øker noe.

Figur 3



Utfordringen i dag er å få frem god statistikk (tall) på hva som finnes av re-/habiliteringstjenester i kommunene. I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering forstås rehabilitering som:

Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet^{xiii}

Det fattes i hovedsak ikke enkeltvedtak om rehabilitering utover tilbud i institusjon. Rehabilitering som prosess består av ulike tiltak og tjenester fra flere sektorer. Praktisk bistand, hjemmesykepleie med mer kan ofte inngå som tjenester i en rehabiliteringsprosess. Det vil gis vedtak på disse deltjenestene, men det er i dag ingen dokumentasjon som dekker forløpet i en målrettet rehabiliteringsprosess på tvers av fag og sektorer.

5.8 Hva har vi av data og kunnskap om re/habilitering i kommunene i dag?

Det er behov for dokumentasjon som fanger opp helheten i rehabiliteringsforløp. Dette er av stor interesse for kommunene fordi koordinering og samhandling knyttet til disse ofte legger beslag på store ressurser. Følgende statistikk er i dag tilgjengelig

IPLOS

IPLOS omfatter pleie- og omsorgstjenester, men ikke alle helsetjenester. Av spesiell relevans for rehabiliteringsfeltet relatert til denne brukergruppen er:

- Antallet hjemmeboende tjenestemottakere som mottar re/habilitering ^{xiv}utenfor institusjon
- Antall mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon – rehabilitering
- IP – antallet mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand som har individuell plan

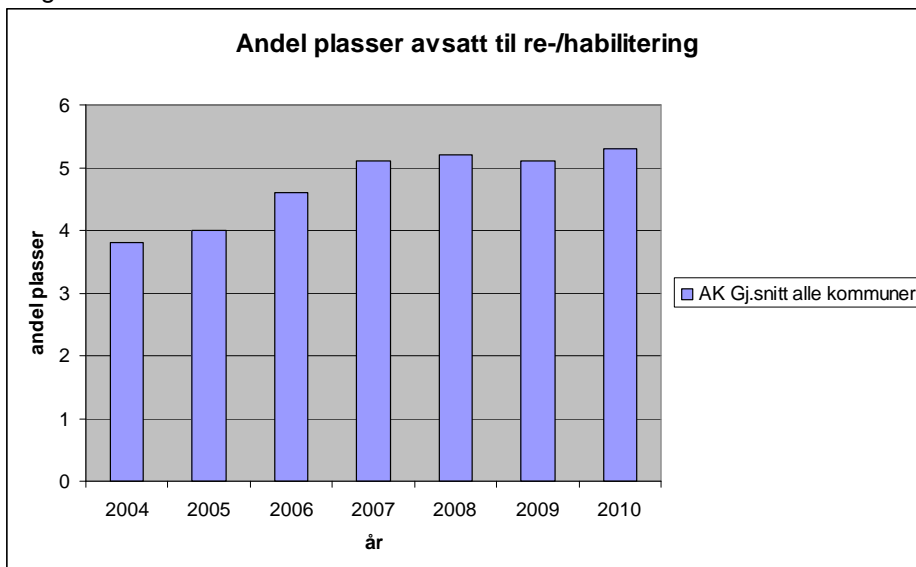
Kostra

Kostra gir i dag svar på følgende spørsmål:

- Antall kommuner som har etablert Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering og hvordan de er organisert
- Om kommunene har plan for re-/habilitering
- Antallet plasser av alle institusjonsplasser som er avsatt til rehabilitering.
- Utviklingen av antallet årsverk for personellgrupper som fysio- og ergoterapeuter

Som det fremgår av diagram 4 er antall plasser avsatt til dette rehabilitering økt noe siden 2004, men de senere årene har denne økningen bare vært marginal.

Diagram 4



Kilde KOSTRA

5.9 Avslutning

For kommunene vil en effektiv bruk av korttidsplasser være av avgjørende betydning når brukere i større grad skal behandles i de kommunale helsetjenestene. Samhandlingsreformen har som mål at det skal legges økt vekt på habilitering og rehabilitering. Videre er det tydeliggjort at kommunene skal ha et tydeligere ansvar på dette feltet. Det gjelder både tilstrekkelige ressurser, faglig bredde og kvalitet. Det er naturlig at en del av denne veksten bør realiseres gjennom korttidsplasser til rehabilitering for brukere og pasienter i alle aldersgrupper. For å følge med på denne utviklingen er det bla viktig å følge med på bruken av kortidplasser til rehabilitering.^{xv}

IPLOS gir ny informasjon om bruken av korttidsplasser. Statistikken fra dette registeret kan følge den enkelte tjenestemottaker. Vi får langt flere opplysninger om hvordan korttidsplassene brukes. Hvilken faglig kvalitet dette tilbudet holder vet vi imidlertid lite om i dag. Vi vet heller ikke nok om behovet for rehabilitering. IPLOS gir kun informasjon om bistandsbehov og funksjonsevne hos brukere av pleie og omsorgstjenester.

Det er behov for en bedre tilrettelegging for rapportering av individbaserte aktivitetsdata fra de ovennevnte kommunale tjenestene til et sentralt helseregister. IPLOS kan være et aktuelt register, men det er også mulig at slike data kan rapporteres til andre registre. For eksempel et evt. nytt register for primærhelsetjenesten, eller et felles pasientregister for både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Videre bør koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene føre journal over pasienter, og rapportere individbaserte aktivitetsdata på samme meldingsformat som de øvrige virksomhetene. Disse meldingene må inneholde fødselsnummer, slik at opplysningene om individuell plan kan sammenholdes med øvrige data om tjenester og forløp.

Datainnhenting om alle typer korttidsopphold i kommunen er i dag mangelfull og gir ikke gode svar på kvaliteten på det tilbudet som tilbys og de resultater som oppnås. Det bør derfor opprettes spesifikke kvalitetsindikatorer og resultatindikatorer for de ulike typer plasser. Blant annet bør det innenfor rehabiliteringsplassene stiller krav til et minimum av tjenester/tverrfaglig bemanning ved tilbud på institusjon.

Statistikken må gjøre det mulig å få oversikt over individuelle pasientforløp på tvers av forvaltningsnivå. Tydeligere krav til bruk av individuell plan er her viktig. Mer kunnskap om alder og diagnose på de som mottar rehabilitering er avgjørende for å få mer informasjon om rehabiliteringstilbudet til yngre mennesker med behov for rehabilitering. Målene i samhandlingsreformen tilsier at også denne gruppen i fremtiden skal kunne få tilbud om intensivt, tverrfaglig og målrettet rehabiliteringstilbud i kommunene. Det vil være naturlig at en del av dette bør tilbys som korttidsplasser på institusjon.

ⁱ SSB, Rapport 9/2009 ”Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008”

ⁱⁱ Evalueringsrapport K 2015 fra NIFU STEP, des. 2010.

ⁱⁱⁱ SSB, Rapport 9/2009 ”Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008”

^{iv} Egne beregninger basert på grunnlagsdata i HELSEMOD og utdanningsstatistikk

^v Gjennomstrømningsstatistikk fra SSB til K 2015, gjelder 2008 – 2009.

^{vi} St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid s 58

^{vii} Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren^{viii} TF rapport nr. 280 2011

^{viii} Hvordan unngå sykehjemskø? Hans Knut Otterstad & Harald Tønseth Aldring og livsløp – 4 / 2007

^{ix} Fordeling og bruk av korttidsplasser i sykehjem. Sykepleien 2004 92(07):48-51

^x IPLOS Rapport 33/2011. Tabell A20

^{xi} IPLOS Rapport 33/2011. Tabell 21A

^{xii} IS 1929 ”Fra tro til kunnskap” Veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter Helsedirektoratet 2011

^{xiii} Forskrift om habilitering og rehabilitering med merknader

^{xiv} IPLOS - Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester IS-1112 Helsedirektoratet 2009

^{xv} Rapport IS-1947 om avkaring av ansvars og oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet.