

Øien, H. & Hagen, T. P. (2026). Pleie- og omsorgstjenestene. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 177–203). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180908>

8

Pleie- og omsorgstjenestene

Henning Øien og Terje P. Hagen

Kostnadene i pleie- og omsorgstjenestene var i 2023 om lag 202 milliarder kroner, tilsvarende 36 805 kroner per innbygger. Dette utgjorde nesten 40 % av de samlede kostnadene i helsetjenestene i Norge.

I dette kapittelet går vi nærmere inn på organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene og hvordan tildeling av tjenestene skjer (8.1). Omsorgstrappa er et begrep som beskriver det kommunale tilbudet av tjenester. Logikken i omsorgstrappa er at kommunene skal tilby differensierte tjenester, og at brukerne i utgangspunktet skal være på et så lavt nivå i trappa som samtidig er forsvarlig. Tradisjonelt har pleie- og omsorgstjenestene vært innrettet mot eldre brukere. Eldre brukere over 80 år utgjør fortsatt hoveddelen av mottakerne, men de siste årene har etterspørselsøkningen i hovedsak kommet fra yngre brukere, altså brukere under 80 år. Vi presenterer data om endringene og diskuterer mulige årsaker (8.2).

Brukere med særlig høye kostnader er en utfordring for kommunene, både på grunn av kostnadene og fordi dette er brukere med store behov som ofte trenger spesiell kompetanse. Vi presenterer data om disse brukerne og viser hvordan staten gjennom en øremerket tilskuddsordning avlaster kommunene for noen av utgiftene (8.3).

I Norge er egenbetalingen for offentlige tjenester generelt sett lav. Pleie- og omsorgstjenestene er imidlertid et område med brukerbetaling (8.4). Egenbetalingene varierer mye mellom tjenestene; for eksempel kan man betale opptil 80 % av inntekten for langtidsopphold i sykehjem, mens hjemmesykepleie er gratis for brukerne. Til sist i kapittelet (8.5) diskuterer vi effekter av konkurranseutsetting innenfor pleie- og omsorgstjenestene. I Norge benyttes konkurranseutsetting i lav grad, men som vi skal se, påvirkes både kostnadsnivå og lønnsnivå for de ansatte der det benyttes.

8.1 Organisering og tildeling av tjenester

I kapittel 6 så vi at kommunenes inntektsnivå i høy grad var bestemmende for hvor mye helse- og omsorgstjenester kommunene kunne tilby. Jo høyere inntektsnivået er, desto høyere volum av tjenester kan kommunene tilby. På

denne måten setter inntektene en begrensning på hva kommunene kan tilby av tjenester. Kommunene står overfor en budsjettrestriksjon.

Hvordan sammensetningen og fordelingen av tjenestene faktisk blir, avhenger imidlertid ikke bare av kommunenes inntektsnivå (det vi grovt kan kalle tilbudssiden). Det avhenger også av etterspørselen etter tjenester: hvilke behov for tjenester som finnes blant befolkningen i kommunen, og hvordan disse behovene kanaliseres inn mot de kommunale tjenestene. Kommunene skaffer seg informasjon om behovene dels gjennom det politiske systemet og dels gjennom direkte kontakt med brukerne.

Tildelingskontorene

Selve tildelingen av tjenester til brukere og pasienter skjedde tidligere ute i de tjenesteytende enhetene, for eksempel i fagteam, inntaksnemnder eller inntaksmøter. Etter tusenårsskiftet har flere kommuner opprettet egne tildelingskontorer (Gjerde mfl., 2016). Tildelingskontorene går under ulike navn som bestillerkontor, inntakskontor, forvaltningskontor eller koordinerende enhet. Tildelingskontorene skal sørge for å tildele tjenester etter behovsvurderinger av pasientene. Opprettelsen av slike kontorer startet i de større byene, men ble formalisert etter at helse- og omsorgsloven av 2011 (§ 7-3) stilte krav om at kommunene skal ha en koordinerende enhet. Utbredelsen av tildelingskontor må også forstås på bakgrunn av samhandlingsreformens ambisjoner om å gi kommunene en mer sentral rolle i helsetjenestene. Ved utgangen av 2013 oppga 60 % av kommunene i en nasjonal survey (N = 234) at reformen hadde bidratt til utskilling av tildelingsfunksjonen i en egen enhet. Formålet med etableringen av egne tildelingskontor blir gjerne beskrevet som å få til «økt kvalitet på vedtakene» og «mer og bedre samordning» (Ljunggren mfl., 2014).

Tildelingskontoret er ofte kontaktledd til sykehuset når det gjelder utskrivingsklare pasienter, og blir dermed en koordinerende institusjon mellom sykehuset og det kommunale tjenestetilbudet. I tillegg til tildeling, koordinering og kvalitetssikring av tjenester kan tildelingskontorene være tillagt planleggingsoppgaver, utarbeiding av statistikk, klagesaksbehandling og økonomiske oppgaver knyttet til vederlagsberegning og beregning av brukernes egenandeler.

Vedtaksbaserte tjenester

Etter helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-1) har kommunen plikt til å sørge for nødvendige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen (det vi kaller et sørge for-ansvar). Det er en helse- og sosialfaglig vurdering av den enkelte pasient eller brukers behov som skal være avgjørende for hva kommunen er forpliktet til å yte i den enkelte sak. I denne vurderingen må den enkeltes behov avveies mot fellesskapets behov, og kommunenes økonomiske situasjon kan tas i betraktning (Prop. 91 L (2010–2011), s. 345). I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd er det angitt enkelte viktige tjenester som kommunen plikter å ha tilbud om. Tjenestene som etter helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2) skal tilbys er:

- helsetjenester i hjemmet
- plass i institusjon, herunder sykehjem
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt
- nødvendig pårørendestøtte
- brukerstyrt personlig assistanse – BPA

For tildeling av disse tjenestene gjelder forvaltningslovens krav om enkeltvedtak – det skal fattes *formelle* vedtak om tildeling av tjenestene. I tillegg skal vedtakene baseres på reglene som finnes for habilitet, veiledningsplikt og taushetsplikt. Reglene skal sikre at partene har tillit til forvaltningens saksbehandling, og at de avgjørelsene som tas, er riktige. For andre typer tjenester, eller hvis tjenestene nevnt over bare skal ytes for en periode på inntil 14 dager, kreves ikke formelle vedtak i kommunen.

En utredning starter med at kommunen blir kjent med et (mulig) hjelpebehov. Dette kan skje på flere måter: En pasient/bruker henvender seg direkte til kommunen eller sender en søknad om tjenester, en pårørende eller nabo kontakter kommunens hjemmebaserte tjenester, en hjemmehjelp oppdager tegn til begynnende problemer, eller et oppsøkende team avdekker et hjelpebehov. Henvendelsen kan også komme fra fastlegen, fra spesialisthelsetjenesten, fra Pasient- og brukerombudet eller andre. Kommunen plikter å vurdere innkomne henvendelser løpende, og starte utredning og iverksette nødvendige tjenester innen forsvarlig tid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Når pasient/brukers behov skal utredes, må det gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som skal innhentes. Det er bare relevante

opplysninger som skal innhentes, det vil si opplysninger som kan si noe om pasientens/brukerens tjenestebehov. Kommunene er pålagt å samle inn personopplysninger, informasjon om funksjonsevne i dagliglivets aktiviteter samt andre relevante helseopplysninger, inkludert mottak og bruk av tjenester.

Måling av funksjonsevne

Funksjonsvurderingene gir informasjon om aktiviteter i dagliglivet, kroppsfunksjoner og noen kognitive funksjoner. Vurderingene gir grunnlag for å vurdere grad av behov for bistand og helsehjelp. Alle opplysningene om funksjon skal registreres uavhengig av: 1) om personen har behov for bistand på registreringstidspunktet, 2) årsak, diagnose, alder og 3) hvor personen befinner seg.

Eksempel: Har brukeren behov for bistand/assistanse til å ta på og av seg klær og fottøy?

Dette vurderes på en skårinndeling som går fra 1 til 5:

- Skår 1 skal benyttes når brukeren ikke har problemer med å utføre handlingen.
- Skår 2: Brukeren har problemer med å utføre handlingen, men klarer den selv.
- Skår 3: Personen trenger noe bistand til en eller flere av aktivitetene. Et eksempel kan være der personen fint kan kle på seg selv når klærne er lagt fram, eller trenger bistand til å få av og på strømper og ellers klarer alle andre aktiviteter i beskrivelsen.
- Skår 4 skal benyttes hvis personen trenger bistand til alle aktiviteter og er delaktig sammen med bistandsyter.
- Skår 5 skal benyttes hvis personen trenger hjelp til alt og ikke er delaktig.

Informasjonen skal registreres i individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-registeret). Brukerens funksjonsevne vurderes basert på 18 indikatorer som dekker både personlige (for eksempel personlig hygiene, påkledning) og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (for eksempel håndtering av økonomi, matlaging). IPLOS-registeret fungerer som en journal for pleie- og omsorgstjenesten og danner grunnlaget for nasjonal statistikk innen helse- og omsorgssektoren. I tillegg til de lovpålagte opplysningene er det vanlig at kommunene, ofte gjennom et hjemmebesøk, samler inn informasjon om sosiale forhold, bosituasjon og familieforhold.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Kommunen må derfor aktivt hente inn pasientens/brukerens synspunkter når tjenestetilbudet utformes, og skal ikke vente på at pasienten/brukeren selv tar initiativ til dette.

Når pasientens eller brukerens hjelpebehov er tilstrekkelig klarlagt, må kommunen ta stilling til om vedkommende har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Hvis svaret er ja, må kommunen deretter ta stilling til hvordan behovet for helse- og omsorgstjenester skal oppfylles. Kommunen står langt på vei fritt når det gjelder på hvilken måte den skal oppfylle «sørge for»-ansvaret, så lenge de tjenestene som tilbys, oppfyller pasientens eller brukerens rett til nødvendige og forsvarlige tjenester.

Kommunen avgjør om den selv skal yte tjenesten, eller om tjenesten skal kjøpes fra en annen tjenesteleverandør (se kapittel 8.6). Hvis det anses hensiktsmessig og forsvarlig, og involverte personer ønsker det, kan kommunen også legge til rette for at tjenesten kan utføres av pårørende eller andre frivillige omsorgsytere, som da kan gis tilbud om omsorgsstønad. Uansett hvem som gis ansvaret for å utføre tjenestene, er det kommunens ansvar å sikre at tilbudet oppfyller retten til nødvendige og forsvarlige tjenester. Brukeren har lovfestet klageadgang.

Hva inngår i begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester»?

Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasient og bruker har rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen» (§ 2-1, andre ledd). Denne rettigheten har vært til stede siden kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1982, og innebærer at en domstol kan avgjøre hvorvidt en innbygger har mottatt «nødvendig helsehjelp» (Halvorsen, 2014). Tidligere var ikke slike tjenester rettighetsbaserte. Kommunene kunne tilby en rekke helse- og omsorgstjenester, men innbyggere hadde ikke mulighet til å gå til sak for å kreve tjenester. Rettskravet på ytelser må baseres på en avveining mellom borgernes behov og tilgjengelige tjenester. Lovverket krever at nødvendig hjelp skal være forsvarlig og basert på en individuell helsefaglig vurdering, men hjelpen er ikke ubegrenset. Tjenesten må være nødvendig, og kommunen må ha ressurser til å yte den (Prop. 91 L, 2010–2011, s. 340).

Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» er altså ikke klart definert i loven, og vurderingen hviler derfor på medisinsk skjønn (Halvorsen, 2014, s. 147). En positiv definisjon ville ha krevd en kartlegging av alle helse-tilstander og tilhørende tjenesteutløsning, noe som er vanskelig og lite hensiktsmessig. To personer med samme diagnose kan ha vidt forskjellige

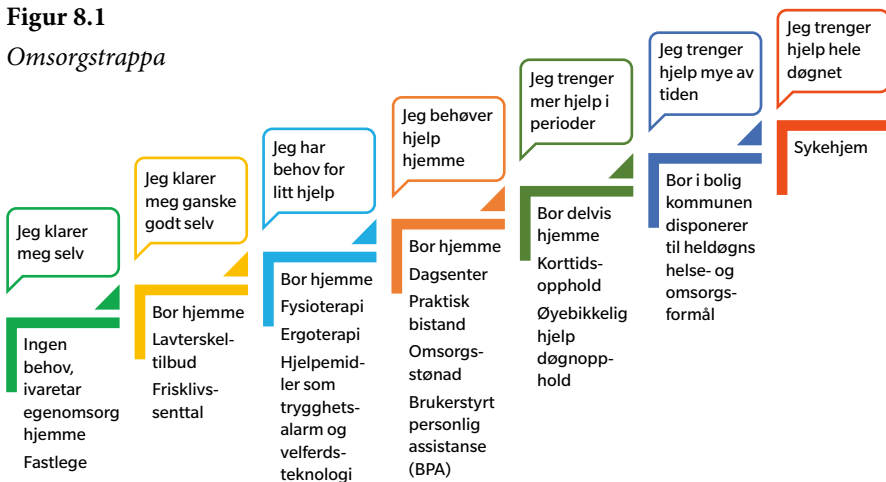
hjelpebehov, og det samme hjelpebehovet kan kreve ulike typer tjenester basert på personlige preferanser. Syse poengterer at terskelen for hva som regnes som nødvendige helsetjenester avhenger både av pasientens tilstand og ressursene som finnes rundt vedkommende. I norsk helsevesen skal det gjøres en individuell helsefaglig vurdering, som deretter veies opp mot samfunnets tilgjengelige ressurser.

8.2 Tilbudet av tjenester: «Omsorgstrappa»

Mange kommuner bruker begrepet omsorgstrapp for å beskrive tilbudet av tjenester. Målet med omsorgstrappa er todelt. For det første skal den illustrere hierarkiet i tjenesteproduksjonen: Tjenestene nederst i trappen er de som krever minst ressursinnsats fra kommunene, mens de som er på toppen, er de som krever størst ressursinnsats. For det andre gir omsorgstrappa retningslinjer for handling. Ideen er at pasienter med det laveste hjelpebehovet skal gis tjenester på det laveste trinnet, og at økende hjelpebehov møtes med økende og mer omfattende tjenestetilbud av ulike art – en beveger seg oppover trappen.

Figur 8.1

Omsorgstrappa

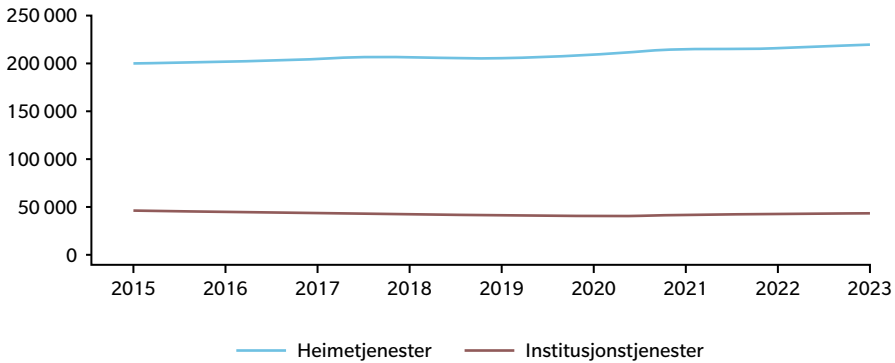


Kilde: Eigersund kommunes hjemmeside (lastet ned 22.7.2025)

En analyse gjort av Helsedirektoratet (2016) av de drøyt 60 000 nye brukerne av pleie- og omsorgstjenester i 2008 viste at mer enn en tredjedel ikke mottok tjenester det påfølgende året. Blant dem som fikk tjenester det påfølgende året, hadde et flertall startet som mottakere av hjemmetjenester. Det betyr at brukerne startet et godt stykke oppe i omsorgstrappa (trinn 4 i figur 8.1). På grunnlag av analysene delte Helsedirektoratet inn brukerne i tre grupper:

- *Personer med midlertidig behov.* Dette kan være pasienter utskrevet fra sykehus som trenger hjemmesykepleie i en overgangsperiode, eller som trenger opptrening eller rehabiliteringsopphold i institusjon i kommunal regi. Denne gruppen omfatter de som ikke fikk tjenester det påfølgende året.
- *Personer med permanente behov for bistand.* Brukergrupper med langvarige behov kan være hjemmeboende eldre med f.eks. demens, unge funksjonshemmede som bor i kommunale omsorgsboliger med hel-døgnspersonell, eller beboere i langtidsopphold i institusjon.
- *Personer som dør de første årene etter første tjeneste.* 40 % mottar hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand de siste årene før død og 70 % har hatt kort- eller langtidsopphold i institusjon.

Som vi så i kapittel 5.5, skjedde det en betydelig omstilling av pleie- og omsorgstjenestene i perioden 1987 til 2007, med nedbygging av institusjons-plasser og utbygging av hjemmetjenestene. Denne trenden har fortsatt senere. Figur 8.2 viser antall brukere fordelt på disse to tjenestetypene i perioden 2015–2023.

Figur 8.2*Antall brukere per år fordelt på hjemmetjenester og institusjonstjenester (2015–2023)***Kilde: SSB, Tabell 12003**

Det er en svak nedgang i antall som har vært i institusjonsopphold i løpet av året, fra om lag 46 400 i 2015 til om lag 43 600 i 2020. Deretter er antallet stabilt. Blant brukere som mottar hjemmetjenester, er det en jevn økning i hele perioden, fra om lag 201 100 i 2015 til om lag 220 900 i 2023.

Nærmere om sykehjemmene

Et interessant trekk ved sykehjemspopulasjonen er at gjennomsnittsalderen er fallende, fra 85 år i starten av 2017 til 82,8 år ved utgangen av 2021 (Hagen mfl., 2024). Om lag 77 % av pasientene var 80 år eller eldre ved inngangen til 2017. Prosentandelen i denne aldersgruppen faller til om lag 70 % ved utgangen av analyseperioden. I relative endringer er dette en reduksjon på om lag 10 %.

De største diagnosegruppene blant pasienter i langtidsopphold er hjertelidelser (46–47 % av alle pasienter), demens (41–44 % av alle pasienter) og nevrologiske lidelser som slag og hjerneblødning (19–24 % av alle pasienter) (Tabell 8.1). Dette er diagnoser som alle har en klar aldersgradient, og som tradisjonelt har vært de viktigste diagnosegruppene i kommunale sykehjem. Den sterkeste veksten fra 2018 til 2021 har vi blant pasienter med lungelidelser (Kols med mer), psykiske lidelser, rusmisbruk og psykisk utviklingshemming. I 2018 er antallet med rusmisbruk og psykisk utviklingshemming på et lavt

nivå. Dette må en ta hensyn til når en fortolker de relative endringene. Det er også økning i pasienter med ulike former for kreft.

Tabell 8.1

Diagnoser blant pasienter i langtidsopphold i kommunale institusjoner, 2018 og 2021

Diagnoser gruppert	Antall 2018 (A)	Andel 2018 (B)	Antall 2021 (C)	Andel 2021 (D)	Absolutt endring (C-A)	Relativ endring 2018–2021 ((D/B)*100)-100
Hjertelidelser	21271	45,5	22122	47,6	851,0	4,7
Demens	19228	41,1	20296	43,7	1068,0	6,3
Nevrologiske lidelser	10545	22,6	10985	23,7	440,0	4,9
Psykiske lidelser	9067	19,4	11009	23,7	1942,0	22,3
Brudd	6149	13,1	6378	13,7	229,0	4,5
Lungelidelser	5778	12,4	7888	17,0	2110,0	37,5
Diabetes	5420	11,6	5997	12,9	577,0	11,4
Kreft	4430	9,5	5095	11,0	665,0	15,8
Rusmisbruk	959	2,1	1368	2,9	409,0	43,7
Psykisk utviklingshemming	568	1,2	698	1,5	130,0	23,8
Andre	32873	70,3	33755	72,7	882,0	3,4
Antall unike pasienter	46762		46432			
Antall uten diagnosekoder	6825		5789			

Resultatene indikerer at konkurransen om langtidsplassene blir hardere: Et økende antall yngre pasienter (< 80 år) får nå langtidsopphold. Betyr dette at terskelen for å få langtidsplass i sykehjem heves, kanskje særlig for de eldre pasientene? Eller betyr det at behovene for langtidsplass faktisk er høyere i de yngre aldersgruppene? En måte å undersøke dette på er å sammenlikne de nyinnlagte pasientenes *funksjonsevne* mellom ulike tidsperioder og mellom aldersgrupper.

Høye verdier på disse variablene indikerer lavt funksjonsnivå og stort behov for hjelp. Vi deler de nyinnlagte pasientene i aldersgruppene 0–59 år, 60–79 år og 80 år og over, og sammenlikner funksjonsevnen blant nyinnlagte

i 2018 og 2021. Variablene som beskriver funksjonsevne, er basert på data fra året før henvisningen: fra 2017 for dem som var nyinnlagt i 2018, og fra 2020 for dem som var nyinnlagt i 2021.

Tabell 8.2

Funksjonsevne blant nyinnlagte til langtidsopphold etter aldersgrupper og år (gjennomsnitt), 2018 og 2021

Aldersgruppe (N)	Funksjonsmål	2018	2021	Signifikanstest (Wilcoxon)
> 80 år N=9823 i 2018 N=9443 i 2021	Sosial fungering	2,20	2,30	p < 0,001
	Kognitiv svikt	2,25	2,36	p < 0,001
	Egen helse	3,27	3,30	p=0,018
	Husholdning	3,61	3,63	p=0,117
	Omsorg	2,55	2,62	p < 0,001
60–79 år N=2020 i 2018 N=2290 i 2021	Sosial fungering	2,61	2,69	p=0,019
	Kognitiv svikt	2,55	2,62	p=0,019
	Egen helse	3,54	3,57	p=0,479
	Husholdning	3,71	3,76	p=0,125
	Omsorg	2,69	2,75	p=0,173
0–59 år N=746 i 2018 N=757 i 2021	Sosial fungering	3,11	3,09	p=0,833
	Kognitiv svikt	2,81	2,78	p=0,716
	Egen helse	3,77	3,75	p=0,474
	Husholdning	3,81	3,66	p=0,015
	Omsorg	2,92	2,80	p=0,071

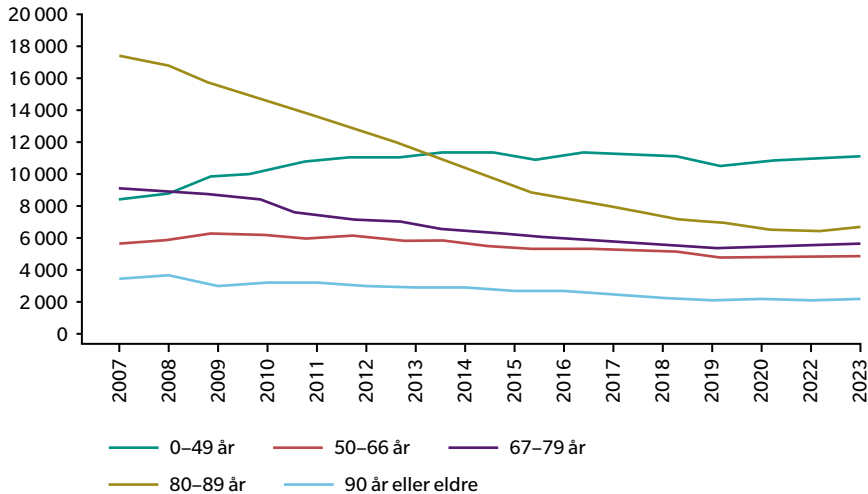
Det er en signifikant reduksjon i funksjonsevnen (høyere verdier på funksjonsmålene) til de nyinnlagte pasientene i den eldste aldersgruppen fra 2018 til 2021. Endringen er signifikant for fire av de fem funksjonsmålene. Det er også en reduksjon i funksjonsevne i den nest yngste gruppen, men ikke alle endringene i funksjonsmålene er signifikante. For den yngste aldersgruppen er det ingen signifikante endringer over tid.

Dette indikerer at terskelen for å få langtidsplass for de eldre har blitt høyere over tid når vi betrakter landet som helhet. Samtidig ser vi at funksjonsevnen er lavere og hjelpebehovet større jo lavere aldersgruppene er. Selv om terskelen for å få langtidsplass blir høyere for de eldre pasientene, er den enda høyere for de yngre gruppene. Dette gjelder også for funksjonsmålet «kognitiv svikt», der vi i utgangspunktet hadde forventet at den eldste aldersgruppen hadde de høyeste verdiene (dårligst funksjonsevne).

Nærmere om hjemmetjenestene

En høyere terskel for å få sykehjemsplass medfører at eldre personer i økende grad tilbys hjemmetjenester. Dette har økt andelen eldre med høyt bistandsnivå også i hjemmetjenesten. Samtidig er dette bare en av årsakene til at antall brukere i hjemmetjenesten har økt. Den viktigste årsaken til endringen er den sterke økningen av yngre brukere med store hjelpebehov etter HVPU-reformen (Brevik, 2010a). I tillegg til at HVPU-reformen ga en sterk økning i antall brukere, får yngre brukere tildelt flere timer hjemmetjenester enn eldre brukere med samme omsorgsnivå (Kjelvik, 2011).

Hjemmetjenestene omfatter som nevnt flere tjenester, blant annet praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet (blant annet hjemmesykepleie) og omsorgsboliger. Praktisk bistand inkluderer hjelp til å handle mat, matlaging, vask av klær og bolig, og hjelp til egenomsorg, samt opplæring i personlig stell og egenomsorg. Figur 8.3 viser antall brukere som får praktisk bistand (enten praktisk bistand alene eller praktisk bistand i kombinasjon med helsetjenester i hjemmet) etter aldersgruppe i perioden 2007–2024.

Figur 8.3*Antall mottakere av praktisk bistand***Kilde: SSB**

For brukere under 50 skjer det en økning fra om lag 8800 brukere i 2007 til 11400 brukere i 2023. For alle de andre aldersgruppene skjer det en reduksjon. For aldersgruppen 80–89 år er reduksjonen markant, med en reduksjon i antall brukere fra om lag 17600 i 2007 til om lag 7100 i 2023. I samme tidsperiode har befolkningen i aldersgruppen 80–89 år økt fra om lag 185 000 til om lag 210 700 i 2023. Dette betyr at brukerandelene reduseres fra 0,095 (9,5 %) i 2007 til 0,034 (3,4 %) i 2023.

Brukere og brukerandeler

Tabell 8.1 viser antall brukere etter aldersgrupper. Antall brukere vil imidlertid være avhengig av flere forhold, blant annet størrelsen på befolkningsgruppen. Antall brukere kan relateres til størrelsen på aldersgruppen ved følgende formel:

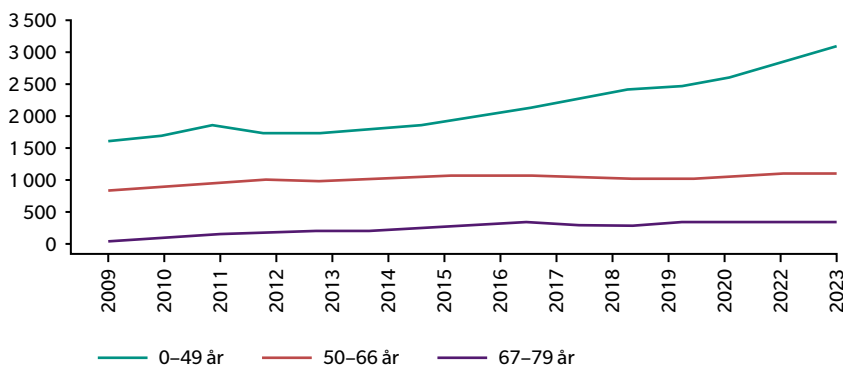
$$\text{Andel brukere} = \frac{\text{Antall brukere}}{\text{Antall i aldersgruppen}}$$

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA-ordningen) er et alternativ til tildeling av tjenester, f.eks. i form av praktisk bistand. Ordningen er særlig rettet inn mot organisering av hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Gjennom ordningen har brukeren rollen som arbeidsleder og påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Innen de timerammer som kommunens vedtak om praktisk bistand angir, kan brukeren i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som hjelper(e), hva assistenten(e) skal gjøre, hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. Målet med ordningen er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sterk funksjonshemming. Tjenesten skal være en del av de samlede kommunale omsorgstjenestene og knyttes til personen – ikke til boligen.

Ordningen har vært prøvd ut siden 1994 og ble rettighetsfestet fra 1. januar 2015 (§ 2-1 d i pasient- og brukerrettighetsloven). Som figuren under viser, skjedde det en klar økning i antallet som fikk tildelt BPA etter 2015. Det ble ikke bare flere brukere; det skjedde også en økning i antall timer som ble tildelt den enkelte. I 2009 fikk en bruker i aldersgruppen 0–49 år i gjennomsnitt tildelt 29 timer per uke. Dette økte til 51 timer per uke i 2023.

Figur 8.4

Antall mottakere av brukerstyrt personlig assistanse (BPA), 2009–2023

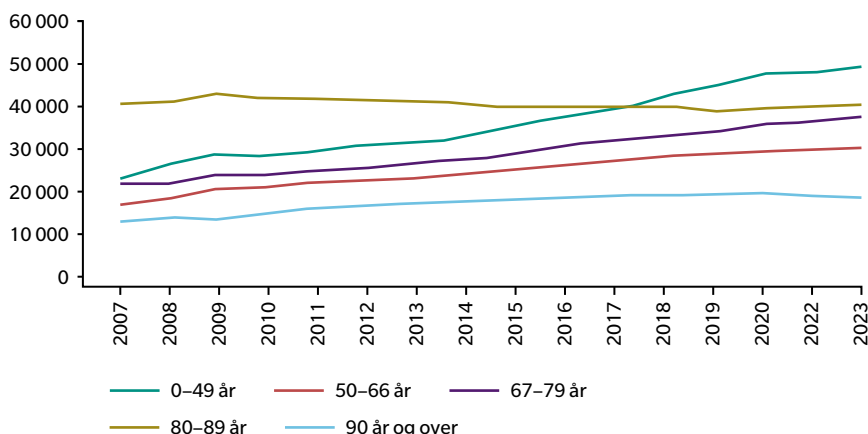


Vi ser at økningen primært skjer i aldersgruppen 0–49 år. Rettigheten til BPA gjelder kun til brukerne er 67 år. Det er imidlertid noen brukere også i aldersgruppene over 80 år.

Figur 8.5 viser antall brukere av helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapitjenester).

Figur 8.5

Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet (2007–2023)



For helsetjenester i hjemmet er antall brukere i aldersgruppen 80–89 år om lag stabilt i perioden. Siden antall innbyggere i aldersgruppen har økt, innebærer det reduserte brukerandeler – fra 0,22 i 2007 til 0,19 i 2023. I aldersgruppen 90 år og over skjer det en økning i antall brukere som får tjenester fram til 2017. Etter 2017 er antallet brukere i den eldste aldersgruppen nokså stabilt. Det skjer en økning i antall brukere i alle aldersgruppene under 80 år i hele perioden. I de lavere aldersgruppene skjer det også en økning i antall tildelte timer per uke.

En viktig del av hjemmetjenestene er omsorgsboligene. Dette er boliger som blir betraktet som *brukerens private hjem*. Utviklingen av pleie- og omsorgssektoren i nyere tid har vært kjennetegnet ved en kraftig tilvekst av omsorgsboliger og en vridning i antall brukere fra tradisjonelle institusjonsplasser (sykehjem) til omsorgsboliger. Omsorgsboliger har siden 1994 mottatt ulike typer etableringstilskudd gjennom Husbanken, og er derfor formet etter retningslinjene for disse tilskuddene. Viktige kriterier for å få tilskudd er at kommunene må ha etablert hjemmetjeneste som er tilgjengelig døgnet rundt, og at boligen må være tilrettelagt for muligheten til å motta døgntjenester. Brukeren eier eller leier boligen og mottar pleie- og

omsorgstjenester etter behov på samme måte som brukere som bor i private hjem. Ettersom omsorgsboliger er å anse som en privat bolig, er beboerne omfattet av det samme regelverket for helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Omsorgsboliger er alt fra selvstendige boliger til bokollektiver med personalbase og heldøgnsbemannning.

8.3 Kostnadskrevende brukere

Det er godt kjent at en liten gruppe med tjenestemottakere står for en stor andel av de totale kostnadene i helsevesenet. En systematisk litteraturstudie, som inkluderer 55 studier fra vestlige land (med sterk overvekt av studier fra USA og Canada), viser at de 1 %, 5 % og 10 % mest kostnadskrevende brukerne i snitt står for henholdsvis 24 %, 55 % og 68 % av kostnadene til helse-tjenester innenfor et gitt år (Wammes mfl., 2018). Disse kostnadskrevende brukerne, som i internasjonal språkbruk ofte kalles «high cost users», er en interessant gruppe for beslutningstakere. Det er fordi brukerne legger beslag på betydelige ressurser, og man tror at de mottar et dårlig tjenestetilbud som følge av mangelfull koordinering mellom institusjoner i tjenestene (Amelung mfl., 2021). Av disse årsakene har det også blitt innført flere helsepolitiske reformer og tiltak de siste tiårene som tar sikte på å dempe kostnadsveksten og bedre kvaliteten i tjenestetilbudet for denne gruppen av tjenestemottakere. Samhandlingsreformen hadde for eksempel fokus på å bedre samhandlingen for pasienter med kroniske lidelser (Helsedepartementet, 2009).

For å kunne utvikle og sette inn målrettede tiltak rettet mot høykostnadsbrukerne/kostnadskrevende pasienter må en vite mest mulig om hvem de er. Hva er deres alder, sosioøkonomiske status, diagnoser og mønstre for tjenestebruk? Dette vet vi en del om fra den eksisterende forskningslitteraturen. Litteraturgjennomgangen til Wammes mfl. (2018) viser at de mest kostnadskrevende brukerne typisk har flere kroniske sykdommer (multimorbiditet), mer alvorlige psykiske lidelser, lavere sosioøkonomisk status og at de er eldre enn de øvrige tjenestemottakerne i befolkningen. Det finnes også flere studier som viser at pasienter i den siste fasen av livet, uavhengig av alder, er

overrepresentert blant høykostnadsbrukerne (Hakkinen mfl., 2008; Melberg mfl., 2013; Zweifel mfl., 1999).

Det finnes lite forskning om høykostnadsbrukere i Norge. Et viktig bidrag er Kalseth og Halvorsen (2020). I studien skiller de mellom kostnader for helsetjenester (fastlege, spesialisthelsetjenester for somatikk og mental helse og reseptbelagte medisiner) og pleie- og omsorgstjenester. Resultatene viser at kostnader for pleie- og omsorgstjenester utgjør om lag 25–30 % av de samlede kostnadene for de fleste aldersgruppene under 75 år. Dette er relativt høyt sammenliknet med andre vestlige land. Andelen stiger deretter kraftig for de eldre aldersgruppene. Fra åttiårsalderen utgjør kostnader for pleie- og omsorgstjenester over 50 % av de samlede kostnadene. Analysen viser at brukerandelene for de fleste pleie- og omsorgstjenestene (antall brukere per 100 personer) er lave for de yngre aldersgruppene. Til gjengjeld viser den at kostnaden per bruker i snitt er betydelig høyere for de yngre aldersgruppene innenfor flere av pleie- og omsorgstjenestene.

Høykostnadsbrukerens profil

En analyse av Holte mfl. (2023), som kun omfatter bruk av pleie- og omsorgstjenester, definerer høykostnadsbrukere som de 5 % av mottakerne av pleie- og omsorgstjenester som har de høyeste kostnadene. Ved denne definisjonen er grensen for å bli definert som høykostnadsbruker kr. 968 000. Analysen identifiserte 13 676 pasienter som høykostnadsbrukere. For pasientene som er definert som høykostnadsbrukere (tabell 8.3), er gjennomsnittskostnaden knapt 2,2 millioner kroner (medianverdien er 1,6 mill. kr). For pasienter som defineres i gruppen av ikke-høykostnadsbrukere, er gjennomsnittskostnaden vel 186 000 kroner (median 42 575 kroner). De samlede kostnadene for de 5 prosentene som defineres som høykostnadsbrukere, var 29,7 mrd. kroner, eller om lag 39 % av totale utgifter til pleie- og omsorgstjenester slik disse ble definert i studien.

Analysen viser videre at det er betydelige forskjeller mellom de to gruppene når det gjelder hvilke tjenester som benyttes, og som dermed genererer kostnader. For høykostnadsbrukerne skapes nesten 90 % av kostnadene gjennom bruk av hjemmetjenester. Den høyeste kostnaden er forbundet med praktisk bistand – opplæring (36,2 %). Formålet med «praktisk bistand – opplæring» er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, dvs. at en

gir opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og det som kalles boveiledning. I gjennomsnitt benyttes nærmere 790 000 kroner på disse tjenestene. Det er videre høye kostnader til helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapi) og «praktisk bistand – daglige gjøremål», som omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. BPA-ordningen utgjør også høye kostnader blant høykostnadsbrukerne – knapt 170 000 kroner årlig.

Tabell 8.3

Gjennomsnittlige kostnader per tjenestemottaker, totalt og etter tjenestetype, gruppert etter om pasienten er klassifisert som ikke-høykostnadsbruker eller høykostnadsbruker. 2019

Kostnadstyper	Ikke-høykostnadsbrukere		Høykostnadsbrukere	
	Gjennomsnitt	%-andel av kostnader	Gjennomsnitt	%-andel av kostnader
Avlastning utenfor institusjon	4730	2,5	31737	1,5
Avlastningsopphold (i institusjon)	3842	2,1	139995	6,4
BPA	3139	1,7	169882	7,8
Dagopphold	1683	0,9	1530	0,1
Helsetjenester i hjemmet	46737	25,1	617909	28,4
Langtidsopphold	86971	46,7	28288	1,3
Nattopphold	85	0,1	364	0,0
Praktisk bistand – daglige gjøremål	10984	5,9	329615	15,2
Praktisk bistand – opplæring	9126	4,9	785922	36,2
Tidsbegrensede opphold	18053	9,7	66433	3,1
ØHD/KAD	785	0,4	2068	0,1
Totale pleie- og omsorgskostnader	186135	100,0	2173743	100,0

Gjennomsnittsalderen for pasientene i analysen er 65 år, men det er variasjon mellom de to gruppene. Blant brukerne i gruppen av ikke-høykostnadsbrukere er gjennomsnittsalderen 66 år, mens gjennomsnittsalderen blant høykostnadsbrukerne er 46 år.

Antall diagnoser for kroniske lidelser er signifikant høyere i ikke-høykostnadsgruppen enn i gruppen av høykostnadsbrukere, selv om forskjellene

ikke er store (1,6 vs. 1,5 diagnoser). Derimot er det store forskjeller mellom de to gruppene når vi ser på enkeltdiagnoser. I gruppen av ikke-høykostnadsbrukere er 40,2 % registrert med en hjertelidelse, 30,5 % med en psykisk lidelse og 19,6% med nevrologiske lidelser. Blant høykostnadsbrukerne er 56,1 % registrert med en psykisk utviklingshemming, 30,4 % med en psykisk lidelse og 29,6 % med en nevrologisk lidelse. Funksjonsevnen er klart dårligere blant brukerne i høykostnadsgruppen enn blant brukerne i gruppen av ikke-høykostnadsbrukere.

Statlige tilskudd til ressurskrevende brukere

I Norge har vi en egen toppfinansieringsordning, en øremerket tilskuddsordning, for brukere med særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Ordningen innebærer at kommuner kan søke staten om delvis refusjon for lønnsutgifter knyttet til disse brukerne. Formålet med ordningen er å «legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottaker som har krav på omfattende helse- og 19 omsorgstjenester» (Rundskriv IS-4/2023). Det er kun direkte lønnsutgifter som dekkes, og det gis refusjon for 80 % av utgiftene som overstiger et fastsatt innslagspunkt (i 2023: 1 526 000 kroner). Brukere over 67 omfattes ikke av ordningen, og det er ingen begrensninger med tanke på diagnoser hos brukeren. En viktig begrunnelse for ordningene er at det har vist seg vanskelig å finne kriterier som fanger opp kommunenes behov på dette området, og som derfor kan benyttes i rammeoverførings-systemet. Variasjoner i etterspørselen etter ressurskrevende tjenester er også mer krevende å håndtere for små kommuner. Dette gjør det vanskelig å løse problemet gjennom en generell rammeoverføring.

Antallet mottakere det kompenseres for i ordningene har økt fra 3 398 i 2004 til 8 129 i 2022, og utbetalinger i løpende millioner kroner har økt fra 1 506 i 2004 til 8 129 i 2022 (NOU 2022:10). Det er med andre ord en svært ekspansiv ordning. Borge mfl. (2015) har gjennomført en analyse av ordningen. I analyseperioden 2007–2014 var det en kraftig vekst i tilskuddet til ressurskrevende brukere (20,6 pst. årlig endring). En utfordring med ordningen er at den ikke gir kommunene sterke insentiver til kostnadskontroll. Det er også vanskelig å utforme kriterier for rammefinansiering som fanger opp variasjonen i ressurskrevende brukere. En mulig modifisering diskutert av forfatterne er å knytte toppfinansieringen til kommunestørrelse, siden

større kommuner vil kunne håndtere svingninger i antallet ressurskrevende brukere per år bedre enn små kommuner. En analyse av Lunder mfl. (2020) vurderte både toppfinansieringsordningen og det såkalte PU-tilskuddet i inntektssystemet for kommunene. PU-tilskuddet gis for personer med psykisk utviklingshemming som er 16 år og eldre, og bidrar til å øke rammetilskuddet til kommuner som har et høyt antall personer med denne diagnosen relativt til innbyggertallet. Evalueringen finner få tegn til at ordningene påvirker omfang, innretning og organisering av tjenestetilbudet, men stiller derimot spørsmål ved om de er rause nok til å kompensere for utgiftsbehovet som de aktuelle brukerne har, særlig i mindre kommuner.

8.4 Egenbetalingsordninger

Kommunene har innført egenbetalinger (også beskrevet som brukerbetalinger eller egenandeler) for en rekke ulike tjenester. For enkelte tjenester, som de tekniske tjenestene renovasjon og vannforsyning, kan brukerne betale tilnærmet selvkost – det vil si den faktiske kostnaden for å levere tjenesten. For andre tjenester, som helse- og omsorgstjenester, er egenbetalingen betydelig lavere. Grunnen til dette er at den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal sikre at «borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi» (NOU 2018:16, s. 24). Kommunenes mulighet til å kreve egenbetaling for pleie- og omsorgstjenester er derfor regulert i en egen forskrift (forskrift 16. desember 2011 nr. 1349), og mulighetene er sterkt begrenset. Kommunene kan i praksis kreve egenbetalinger for praktisk bistand i hjemmet og for korttids- og langtidsopphold i institusjon/sykehjem. Disse egenandelene dekker cirka 1 og 15 % av utgiftene til henholdsvis hjemme- og institusjonstjenester (NOU 2018:16). For helsetjenester i hjemmet er det ingen egenandeler.

Inntektsgradering og skjermingsordninger

Det er to hovedgrunner til at vi har egenbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten. For det første ønsker man å legge en pris på tjenester med lav nytte, og der etterspørselen ikke utelukkende bestemmes av behovet.

For disse tjenestene, der praktisk bistand kan stå som eksempel, ønsker en å begrense forbruket. For det andre bidrar egenbetaling til finansiering av tjenestene og til å opprettholde tilliten til skattesystemet, ved at de som bruker tjenesten, også er med på å finansiere den direkte. Dette gjelder dels praktisk bistand, men kanskje i enda høyere grad egenbetaling for sykehjem. Derimot ønsker en ikke egenbetaling for helsetjenester som personer med funksjonsnedsettelse er avhengige av, slik som helsetjenester i hjemmet.

I tilfellene hvor kommunene kan kreve egenbetalinger i pleie- og omsorgstjenesten, er det lagt inn krav om inntektsgradering og skjermingsordninger. Inntektsgradering innebærer at egenbetalingene er lavere for personer med lavere inntekter, slik at belastningen på privatøkonomien reduseres. Det finnes også skjermingsordninger for å hindre at personer med store behov for tjenester møter egenbetalinger som blir for belastende (se tabell 8.4 med eksempel fra Trondheim kommune).

Tabell 8.4

Inntektsgradering. Eksempel fra Trondheim kommune, 2024

Eksempel på inntektsgradering. Praktisk bistand i Trondheim kommune (2024)			
Inntekt i G*	Inntekt i kroner	Pris i kr per time	Maks utgift i kr per måned
Inntil 2G	237 240	230	230
2–3G	237 241–355 860	563	1689
3–4G	355 861–474 480	563	2252
Over 4G	474 481	563	2815

*Grunnbeløpet (G) i folketrygden per 01.05.2023 var kr 118 620

Kommunen kan ta betaling for langtidsopphold i institusjon, herunder sykehjem. Betalingen dekker alle utgifter forbundet med oppholdet, inklusive husleie, mat, utgifter til medikamenter, legetjenester og andre kommunale helsetjenester. Betalingen er relativt høy, men dette må ses i sammenheng med at den dekker både husleie og mat. Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrullet et fribeløp, kan det kreves betalt 75 % årlig. Betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 % av folketrygdens grunnbeløp i tillegg til fordelingen av fribeløpet. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 %. Det skal gjøres fradrag i beregningen av

vederlaget dersom beboeren har forsørgeransvar eller pga. hensynet til hjemmeboende ektefelle. Egenbetalingen kan imidlertid ikke overstige kostnaden ved tilbudet.

For korttidsopphold i institusjon kan kommunen kreve egenandel etter satser fastsatt av staten.

Effekter av egenbetalingsordningene i pleie- og omsorgstjenestene

Siden egenbetalingen for sykehjem varierer med inntekten, mens egenbetalingen for omsorgsboliger ikke gjør det, kan dette gi kommuner og bydeler økonomiske insentiver. Mer konkret kan det gi insentiver til å velge sykehjemsplasser for personer med høy inntekt som trenger omsorg, og hjemmebasert omsorg i omsorgsboliger for personer med lav inntekt. Er det slik? Dette er en problemstilling som nylig er undersøkt av Hernæs mfl. (2023). Studien bruker empiriske data fra Oslo kommune for å belyse problemstillingen. Forfatterne finner ingen støtte for et slikt syn. Det betyr at tildelingen av offentlige omsorgstjenester (i alle fall i dette tilfellet) bestemmes av individuelle behov, og at økonomiske insentiver ikke påvirker tildelingen.

8.5 Konkurransetsetting og bruk av private tilbydere

Innslaget av konkurranseutsetting og bruk av private tilbydere i pleie- og omsorgstjenestene er lite i Norge når vi sammenlikner med andre land. Et unntak er barnevernet, som vi ikke kommer til å dekke i detalj i denne boken. I kapittelet om spesialisthelsetjenestene skal vi også se at det er store innslag av private tilbydere innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling.

Sentrale begreper

Med *konkurranseutsetting* menes at produksjonen av en offentlig tjeneste eksponeres for konkurranse. Konkurransetsetting må ikke forveksles med privatisering, som innebærer at det offentlige selger deler av eller hele

virksomheten til en privat aktør. Ved konkurranseutsetting har politiske myndigheter fortsatt ansvaret for virksomheten. Selve konkurransen kan organiseres på ulike måter. I diskusjoner om offentlig tjenesteyting tenker en seg vanligvis at konkurransen organiseres som en anbudskonkurranse mellom offentlig eide og privateide foretak, eller som i spesialisthelsetjenestene mellom private aktører. En offentlig myndighet definerer hvilke tjenester som skal leveres, og har dermed rollen som «arrangør» eller «bestiller». Den finansierer også tjenesten på vegne av innbyggerne.

Private tilbydere er av to typer. Det kan være *ideelle* organisasjoner som Røde Kors eller Norsk Folkehjelp, og det kan være *kommersielle organisasjoner* som f.eks. Norlandia eller Aleris. Som vi så i del A av boken, har private aktører alltid hatt en viss plass i de norske helsetjenestene. Innslaget av private aktører var langt større på midten av forrige århundre enn i dag.

Et tredje begrep som går igjen i diskusjonen om organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene, er *fritt brukervalg*. Ved fritt brukervalg kan en bruker som er tildelt tjenester, velge mellom for eksempel offentlige og private leverandører. Fritt brukervalg innebærer som regel at kommunen har inngått kontrakt med private leverandører, men i prinsippet kan en også tenke seg valg mellom offentlige leverandører.

Omfanget av private aktører i pleie- og omsorgstjenestene

En analyse fra SSB (Abrahamsen mfl., 2019) viser at andelen brukere som mottar tilbud fra private, er relativt lav innenfor de tjenestemrådene som er undersøkt – institusjonsplasser, hjemmetjenester og avlastningsplasser (Tabell 8.5). Om lag 85 % av brukerne får tilbud av kommunale organisasjoner, mens andelen som mottar avlastningstjenester fra kommunale organisasjoner, er litt lavere (80 %).

Tabell 8.5*Brukere av IPLOS-tjenester, etter KOSTRA-funksjon og sektor.**Per 31.12.2017. Antall og prosent*

	Totalt	Kommunale	Private kommer- sielle	Private ideelle	Andel med feil eller manglende org.nr.
Institusjonstjenester	42 765	85 %	6 %	5 %	3 %
Hjemmetjenester	188 750	85 %	2 %	0 %	15 %
Dagaktivitetstilbud	22 993	80 %	2 %	2 %	15 %

Kilde: KOSTRA, PLOS-registeret, SSB. Reprodusert fra Abrahamsen mfl. (2019)

Vi ser også at den private andelen fordeler seg om lag likt mellom frivillige og kommersielle organisasjoner. Organiseringen i Norge er på dette punktet svært forskjellig fra Danmark og Sverige, der innslaget av private er langt høyere (Bjørn mfl., 2019).

Innslaget av private aktører i pleie- og omsorgstjenestene er lavt, og det finnes også få studier av effekter av privatisering. To spørsmål som er undersøkt, er om privatisering av sykehjem påvirker sykefravær og lønnsnivå (Øien mfl., 2023). Studien benytter et landsdekkende utvalg der også Oslo inkluderes. Oslo er særlig interessant fordi innslaget av private sykehjem er større enn i andre kommuner, og fordi Oslo er et eget forhandlingsområde for lønn. Studien finner ingen entydige forskjeller i sykefravær mellom offentlig og privat drevne sykehjem. Det er heller ingen vesentlige forskjeller i lønnsnivå hos heltidsansatte utenfor Oslo. For deltidsansatte ligger derimot månedslønnen henholdsvis 6 og 2 % lavere ved kommersielle og ideelle sykehjem sammenliknet med kommunale sykehjem. I Oslo er det vesentlige lønnsforskjeller mellom ansatte i private og offentlige sykehjem. Ansatte ved kommersielle sykehjem i hovedstaden tjener 14 % mindre enn ansatte ved kommunale sykehjem. Månedslønnen for ansatte ved ideelle sykehjem er 8 % lavere enn ved kommunale sykehjem. Forskjellene er størst for deltidsansatte. En del av forklaringen er at lønnsnivået i de kommunale sykehjemmene i Oslo ligger over landsgjennomsnittet.

Et hovedargument for å konkurranseutsette drift av offentlige tjenester er kostnadskontroll og kvalitetsinnovasjon. I Oslo ble det i 2001 mulig å konkurranseutsette sykehjem, med mål om å tilby bedre tjenester til lavere kostnader og gi brukerne større valgfrihet (Bystyremelding I/98). Teoretiske argumenter taler for at privat produksjon av offentlige tjenester kan gi billigere og bedre tjenester (Hart mfl., 1997). I den enkleste modellen er kvalitet og kvantitet kontraktsfestet, mens innsatsen for kostnadsreduksjon forblir privat informasjon. Privat drift blir derfor kostnadseffektiv, ettersom private aktører beholder besparelsene, i motsetning til offentlige ansatte med fast lønn som har færre incentiver for kostnadsreduksjon. I virkeligheten er det imidlertid vanskelig å kontraktsfeste kvalitet og innovasjon som kan redusere kostnader og bedre kvaliteten. Dette åpner for kvalitetsforringende kostnadsbesparelser, og i slike tilfeller kan offentlig tjenesteyting være mer effektiv.

Det er utfordrende å måle effektene av konkurranseutsetting på kvalitet i sykehjem. Kvalitet er ofte vanskelig å observere og kvantifisere, og dermed også vanskelig å kontraktsfeste. Kvalitet vurderes gjerne gjennom innsats-, prosess- og resultatindikatorer, der økonomisk litteratur ofte setter søkelys på utfallsindikatorer som helseutfall for pasientene. I tillegg kan pasientpreferanser ved valg av sykehjem føre til seleksjonsskjevhet. Sykehjem i områder med sykere eldre kan ha mer komplekse pasientgrupper enn sykehjem i områder med friskere eldre, noe som kompliserer målingen av faktisk kvalitet.

Det finnes noen analyser av kommunale kostnader ved konkurranseutsetting. Analyser utført av Oslo Economics (2013) og NyAnalyse (2016) viser at enhetskostnadene for sykehjemsdrift i Oslo er lavere ved privat enn ved offentlig drift. Disse rapportene konkluderer med at Oslo kommune har spart penger på konkurranseutsetting. Imidlertid er det lite diskusjon om hvordan kostnadsbesparelsene faktisk oppnås. Det er mulig at en del av besparelsene går på bekostning av ansatte, noe som antydes i studien diskutert over om lønnsbetingelser for ansatte i kommersielle sykehjem.

8.6 Oppsummering

Dette kapittelet analyserer pleie- og omsorgstjenestenes organisering, utvikling og utfordringer. Tjenestene kostet 202 milliarder kroner i 2023 og utgjør nesten 40 % av helsetjenestenes totale kostnader.

Kommunene har etablert tildelingskontor for å koordinere vedtaksbaserte tjenester som hjemmesykepleie og institusjonsplasser. Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» er ikke klart definert i loven og hviler på medisinsk skjønn og ressursavveining. Omsorgstrappa beskriver hierarkiet i tjenester, der målet er at brukere skal få tjenester på lavest mulig nivå som samtidig er forsvarlig.

Mens eldre over 80 år fortsatt utgjør hoveddelen av mottakerne, har etterspørselsøkningen hovedsakelig kommet fra yngre brukere. Dette skyldes særlig HVPU-reformen og økte behov innen psykisk helse og rus. Sykehjemmenes gjennomsnittsalder har sunket fra 85 til 82,8 år, og terskelen for å få langtidsopphold har økt for eldre. Hjemmetjenestene har ekspandert kraftig, med vekst i alle aldersgrupper under 80 år.

De 5 % mest kostnadskrevende brukerne står for 39 % av totale utgifter. Disse er typisk yngre (gjennomsnitt 46 år), har psykisk utviklingshemming eller alvorlige psykiske lidelser, og mottar hovedsakelig hjemmetjenester. Staten kompenserer kommunene gjennom toppfinansieringsordningen for brukere med kostnader over 1,5 millioner kroner.

Kommunene kan kreve egenbetaling for praktisk bistand og institusjonsopphold, men ikke for helsetjenester i hjemmet. Ordningene er inntektsgradert med skjermingsmekanismer, og egenbetalingen kan utgjøre opptil 80 % av inntekten for sykehjemsbeboere.

Norge har lavt innslag av private tilbydere (ca. 15 % av brukerne) sammenliknet med andre nordiske land. Studier viser at private sykehjem kan ha lavere kostnader, men også lavere lønnsnivå for ansatte.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 8

1. Analyser utviklingen i brukersammensetningen i pleie- og omsorgstjenestene. Hvordan har HVPU-reformen og endringer i psykisk helsevern påvirket tjenestenes profil og ressursbehov?
2. Diskuter begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» og utfordringene ved å operasjonalisere dette i praksis. Hvordan balanseres individuelle behov mot tilgjengelige ressurser?
3. Forklar logikken bak «omsorgstrappa» og vurder om denne modellen fungerer i praksis når terskelen for institusjonsopphold øker og yngre brukere får mer omfattende hjemmetjenester.
4. Analyser profilen til kostnadskrevende brukere (tabell 8.3). Hvilke utfordringer skaper disse brukerne for kommunene, og hvordan fungerer toppfinansieringsordningen som løsning?
5. Sammenlign egenbetalingsordningene for ulike pleie- og omsorgstjenester. Hvilke prinsipper ligger bak forskjellene, og hva er de fordelings- og effektivitetsmessige konsekvensene?
6. Evaluer Norges lave grad av konkurranseutsetting i pleie- og omsorgstjenestene sammenliknet med andre nordiske land. Hvilke fordeler og ulemper kan dette ha?
7. Diskuter funnene om lønnsnivå og arbeidsforhold i private versus offentlige sykehjem. Hvilke implikasjoner har dette for kvalitet og bærekraft i tjenestene?
8. Analyser endringene i funksjonsevne blant nyinnlagte i sykehjem (tabell 8.2). Hva forteller dette om utviklingen i tjenestens rolle og brukernes behov?
9. Vurder utviklingen av BPA-ordningen (brukerstyrt personlig assistanse). Hvilke prinsipper ligger bak denne tjenesten, og hvorfor har den vokst så kraftig etter 2015?
10. Kritisk analyse: Diskuter spenningen mellom målsettingen om «lavest mulig nivå i omsorgstrappa» og realitetene rundt ressursbegrensninger og økende kompleksitet i brukernes behov.

Del C

Spesialisthelsetjenestene

Også denne delen starter med en historisk introduksjon (kapittel 9) der hovedvekten legges på endringer i eierskapet til og organisering av sykehusene. Av spesiell viktighet her er diskusjonene på 1970-, 1980- og 1990-tallet som ledet fram til dagens modell der spesialisthelsetjenestene er organisert innenfor fire helseregioner.

Hovedtemaet i kapittel 10 er betalings- eller finansieringssystemene for sykehusene. Norge har vært gjennom tre distinkte perioder; kurdøgnfinansiering (fram til 1980), rammefinansiering (1980–1997) og aktivitetsbasert finansiering (1997-) som speiler de grunnleggende betalingsmåtene vi gjorde rede for i kapittel 3. Her illustrerer vi effektene av de tre modellene nærmere og diskuterer avveiningene forbundet med om aktivitetsbasert finansiering bør være høy eller lav.

Helseforetaksmodellen som ble innført i 2002, er ofte utsatt for kritikk, særlig for det mange mener er mangelfull politisk styring. I kapittel 11 gjør vi rede for hvordan styringen skjer, fra departementet, via de regionale helseforetakene og helt ned til den enkelte tjenesteleverandør. I kapittelet går vi også inn på bruken av private leverandører.

