

Brukere av kommunale hjemmetjenester:

# Får hjelp, savner sosial kontakt

**Kommunale hjemmetjenester gis først og fremst til de som har størst behov for hjelp. Til tross for at det er de med store hjelpebehov som får mest hjelp, oppgir også denne gruppen at de har relativt liten sosial kontakt med hjemmehjelpere og hjemmesykepleierne. Brukernes erfaringer med hjemmetjenestene er lite påvirket av deres bosted eller sosiale bakgrunn, men det er en svak tendens til at hushold med høy inntekt får mer hjelp enn andre. På tross av økte ressurser til de kommunale hjemmetjenestene, er den uformelle hjelpen som gis av slekt, naboer og venner av like stort omfang som det offentlige tilbudet.**

Jon Erik Finnvold

## Går hjelpen til de som trenger den?

I hvilken grad kan de kommunale hjemmetjenestene sies å være et velfungerende offentlig tjenestetilbud? Noe presist og entydig svar på dette spørsmålet er vanskelig å gi. Artikkelen<sup>1</sup> belyser temaet gjennom å undersøke i hvilken grad tre målsettinger er oppfylt:

For å sikre best mulig utnyttelse av knappe ressurser bør det være slik at de som har størst hjelpebehov, også er de som får mest hjelp. Dermed gis flest mulig pleietrengende anledning til å opprettholde den positive livskvalitet som er knyttet til det å bo i eget hjem på tross av sykdom og funksjonstap.

For det andre bør det være slik at omfanget og innholdet i hjelpen som gis, ikke er påvirket av brukernes sosiale bakgrunn. Det er ikke rimelig at individuelle ressurser som for eksempel høy utdanning eller inntekt skal ha betydning for den kvaliteten eller mengden som tilstås av et offentlig tjenestetilbud.

Og for det tredje skal offentlige tjenestetilbud ha en mest mulig likeverdig geografisk fordeling. Selv om nasjonale målsettinger om prioritering av hjemmebaserte tjenester kan komme i konflikt med prinsippet om kommunalt selvstyre, er det vanskelig å akseptere at bostedet skal ha avgjørende betydning for det tilbudet som gis.

Analysen tar utgangspunkt i et datamateriale hentet fra Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelsen 1995. I undersøkelsen ble det spurt om husholdningen de siste 14 dagene på grunn av skade, sykdom eller funksjonshemming hadde hatt behov for hjelp utenfra til pleie, husarbeid eller innkjøp. Til sammen 472 personer svarte bekreftende på

spørsmålet, og det er disse artikkelen handler om. Dette dreier seg i hovedsak om potensielle brukere av kommunale eldreomsorgstjenester. To tredjedeler var over 66 år, en like stor andel var kvinner, og omtrent halvparten bodde alene. Datagrunnlaget gir informasjon om hvordan denne gruppen erfarte at deres hjelpebehov ble ivaretatt. Spørsmålet er i hvilken grad behov, sosial bakgrunn eller bosted påvirket erfaringene til personer med subjektivt definerte behov for hjelp i hjemmet:

- *Udekkede hjelpebehov* analyseres ved å undersøke hvor mange som ikke fikk noen form for offentlig eller privat hjelp i 14-dagersperioden, og hva som kjennetegner de som har udekkede hjelpebehov.

- *Brukere av hjemmehjelp og hjemmesykepleie:* Hvor mange av de som hadde behov for hjelp hadde hatt besøk av hjemmehjelpere eller hjemmesykepleiere i 14-dagersperioden? Hva skiller de som fikk hjelp fra de som ikke fikk?

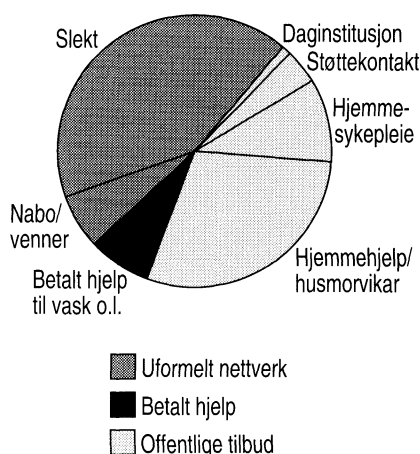
- *Omfang av hjemmehjelp og hjemmesykepleie:* For de som fikk hjemmehjelp og hjemmesykepleie var det betydelig variasjon i hvor mange timer hjelp de fikk i 14-dagersperioden. Hvilke faktorer påvirket denne variasjonen?

- *Sosial kontakt:* De som hadde fått hjelp fra kommunen, ble også bedt om å vurdere i hvilken grad det ble tid til en prat med hjemmehjelperen eller hjemmesykepleieren. Hva er typisk for de som i mindre grad mente det var tid til en prat?

## Like mye privat som offentlig hjelp

De hjemmebaserte tjenestene står sentralt i det offentlige tilbudet av

Figur 1: Omsorgsgivere til hjemmeboende hjelpetrengende. Antall timer hjelp siste 14 dager



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

kommunale helse- og omsorgstjenester. Øket satsing på slike tjenester har lenge vært et viktig politisk mål som delvis også er blitt innfridd (Olsen 1995). Begrunnelsen for satsingen er først og fremst at eldre mennesker i større grad opprettholder en høy livskvalitet dersom de kan bo hjemme. Før vi går videre i analyser av ulike sider ved hjemmetjenestene, kan det slås fast at familie og venner er en vel så viktig kilde til hjelp som det offentlige. I figur 1 går det fram at det vi kan kalle det uformelle nettverket, herunder slekt, venner og naboer, stod for nesten halvparten av den hjelpen som ble gitt. En nesten like stor del ble gitt av det offentlige hjelpeapparatet, dvs. hjemmehjelpere, hjemmesykepleiere, støttekontakter og daginstitusjoner. Vel 7 prosent av timene ble utført av ulike former for betalt hjelp.

### Hva betyr behov, bosted og sosial bakgrunn?

Under presenteres de ulike bakgrunnsegenskaper som antas å ha sammenheng med brukernes erfa-

ringer. Mer presise definisjoner er gitt i rammer bakerst i artikkelen, hensikten med dette avsnittet er å gi en begrunnelse for de variabler som er tatt med i analysene.

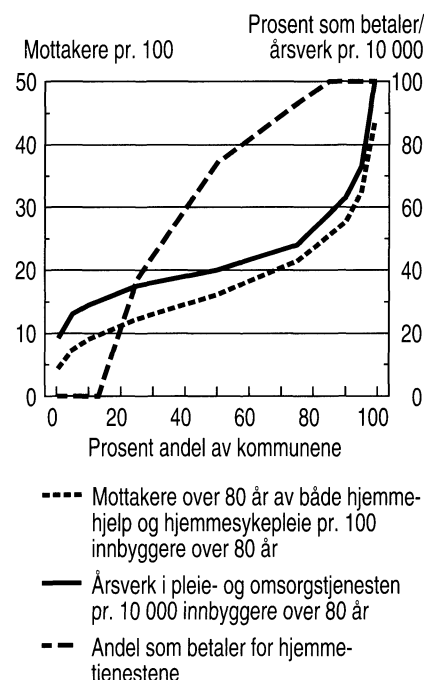
- **Funksjonsevne og sykkelighet:** En fornuftig tildeling av ressurser skulle tilsi at behovene er avgjørende for hvem som får hjelp, og hvor mye hjelp som gis. Indikatorene for behov inkluderer mål for sykkelighet og funksjonsevne. Variasjonene i sykkelighet fanges opp av spørsmål om egenvurdert helsetilstand og kronisk sykkelighet. Tre mål på funksjonsevne er tatt med. De intervjuede ble spurt om i hvilken grad sykdommer og funksjonshemninger virket inn på hverdagen, om de kunne gå i trapper uten å hvile, og i hvilken grad de kunne klare innkjøp av dagligvarer uten hjelp.

- **Demografiske kjennetegn:** De som bor alene, har uavhengig av funksjonsnivå et større hjelpebehov. Majoriteten av omsorgsgivere til hjelpetrengende eldre er deres familier, og ektefellen spiller en sentral rolle (Wærness og Ringen 1987). Et flertall av de aleneboende er enker og enkemenn, og mangler dermed den kanskje viktigste kilden til omsorg. Behovet for sosial kontakt er trolig større blant de som ikke har noen rundt seg i det daglige. Vi finner også en betydelig andel ugifte, og flere av disse har ikke barn som kan yte hjelp og omsorg. I tillegg til husholdningens størrelse er også alder og kjønn inkludert i analysene under.

- **Bosted:** Løpende statistikker over aktivitet og ressursinnsats i eldreomsorgen forteller oss at det er betydelig variasjon mellom kommunene (Statistisk sentralbyrå 1996). I figur 2 er omfanget av denne variasjonen vist for mål for kapasitet, ressursinnsats og bruk av egenbeta-

lingsordninger i kommunene. Spørsmålet er om denne variasjonen har konsekvenser for bruken av, og erfaringene med hjemmetjenestene. Figuren forteller blant annet at det finnes 43 kommuner, dvs. 10 prosent av landets kommuner, der mindre enn 9 prosent av alle over 80 år er mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Samtidig finnes et like stort antall kommuner der denne andelen er over tre ganger større, dvs. at over 27 prosent av alle over 80 år var mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Egenbetalingsordningen må ivareta motstridende hensyn. På den ene siden skal egenbetalingsordninger gi kommunen inntekter og begrense etterspørselen blant de minst hjelpetrengende. På den annen side skal brukere med

Figur 2: Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Kommunale variasjoner. 1995



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk 1995

lave inntekter eller store hjelpebehov skjermes mot for store betalingsbyrder. Kommunene står fritt til å sette satser for egenbetaling, men det offentlige har innført en grense for hvor mye kommunen kan kreve av husholdninger med lav inntekt. På intervjudtidspunktet var det satt et utgiftstak på 50 kroner i måneden. Kommunenes vilje til å kreve egenandeler for hjemmetjenestene varierer også mellom kommunene (Vigran 1994). Figur 2 viser at det i 13 prosent av kommunene ikke tas betaling for disse tjenestene, mens det i 15 prosent av kommunene tas betaling fra samtlige brukere. Også andre opplysninger om tilgjengeligheten til hjemmesykepleien er tatt med.

- *Sosial bakgrunn:* I stortingsmeldinger og andre offentlige dokumenter gjentas det ofte at alle skal sikres et likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av bosted eller sosial bakgrunn. I det senere er det blitt mer vanlig å kreve egenbetaling for hjemmetjenester (Olsen og Solem 1993), et forhold som aktualiserer analyser av sammenhenger mellom inntekt og tjenestebruk. Susan Lingsom peker på flere forhold som kan ha betydning (1991, 55-56). At høystatusgrupper oftere enn andre bor i eneboliger og har en større boflate, kan medføre større behov for hjelp. Det kan også tenkes at personer med høy inntekt eller utdanning, er relativt skriveføre, har tidligere erfaringer med offentlige institusjoner, eller et sosialt nettverk å spille på som kan være en fordel når behovene for hjelp skal formidles til kommunen. Bedre utstyrte boliger og tilgang på bil peker mot et mindre hjelpebehov blant høystatusgrupper, det samme gjør en generelt bedre funksjonsevne. Disse momentene peker i noe ulike retninger. Tidligere studier av hjemmehjelpstjenestene har imid-

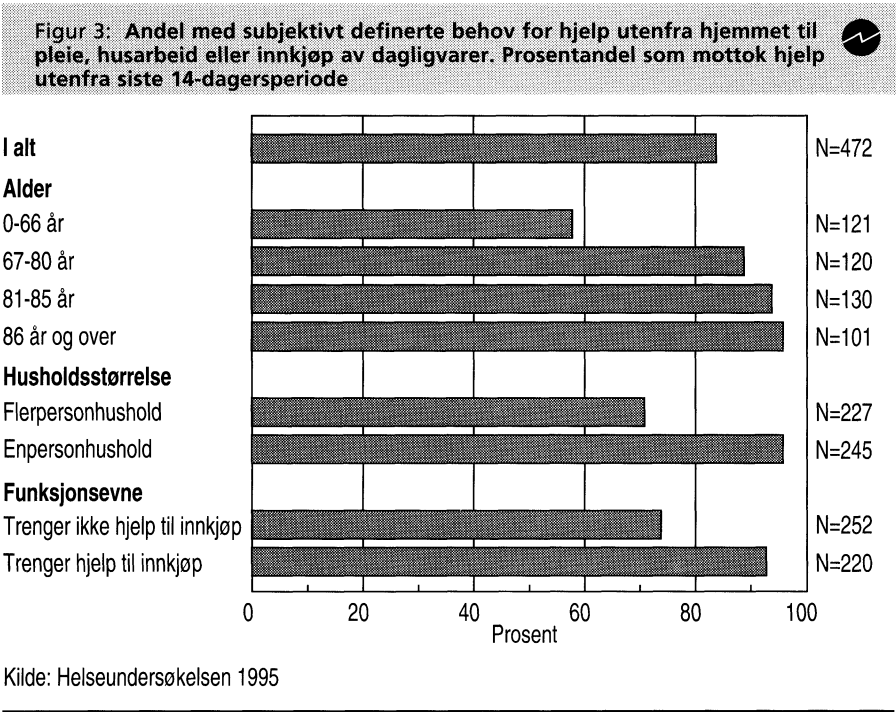
lertid vist at sosial status i liten grad påvirker omfanget av den hjelp som gis (Lingsom 1991). Heller ikke en nylig gjennomført studie av hjemmetjenestene finner at inntekt, utdanning eller yrkesmessig status påvirker bruken av hjemmehjelp og hjemmesykepleie som motas, når det er tatt hensyn til behov (Dahl og Gautun 1997). Disse studiene har stort sett undersøkt sammenhenger mellom sosial bakgrunn og hvem som får eller ikke får hjemmetjenester. I analysene under er husholdningens høyeste inntekt og utdanningslengde, som særlig er aktuelt når det gjelder byråkratisk kompetanse, brukt som indikatorer på sosial bakgrunn.

Nesten alle hjelpetrequende får hjelp

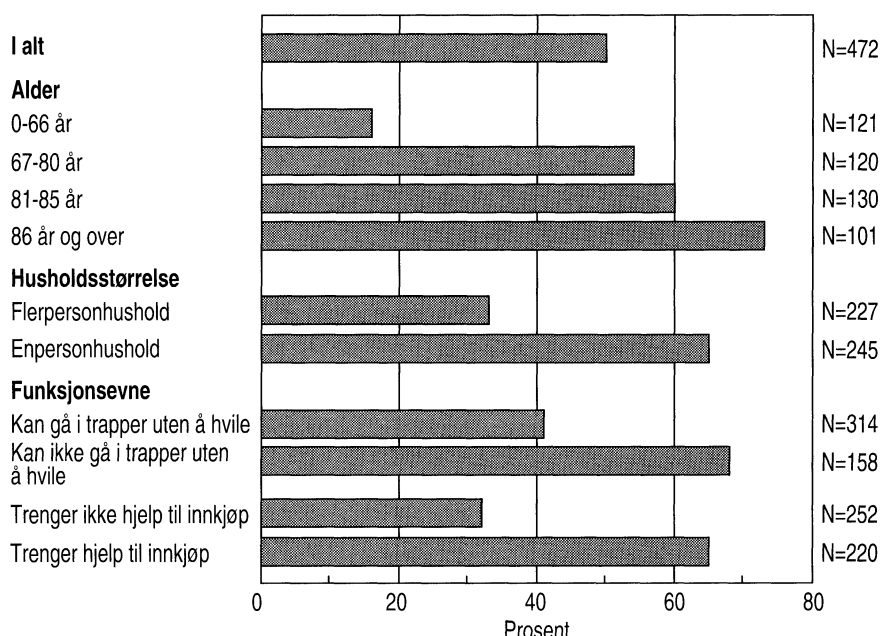
Resultatene viser at 84 prosent av de som oppgav at de hadde behov for hjelp utenfra den siste 14-dagersperioden også hadde fått hjelp, enten fra private eller offentlige omsorgsgivere. Typisk for de som

fikk hjelp, var relativt høy alder og nedsatt funksjonsevne, mens bare 4 prosent av de som bodde alene var uten hjelp (se første ramme, modell I og figur 3). Med udekkede hjelpebehov menes altså de som ikke fikk hjelp i det hele tatt. Dette er en svært snever definisjon av udekkede hjelpebehov. Trolig vil det blant de som får hjelp også eksistere udekkede hjelpebehov.

Halvparten av de som fikk hjelp hadde hatt besøk av hjemmehjelper og hjemmesykepleier de siste 14 dagene. Hjemmetjenestene prioriterer de eldre (se første ramme, modell II og figur 4). Uavhengig av alder har også funksjonsevne betydning for om man får hjelp fra hjemmetjenestene eller ikke. I tillegg virker husholdningsstørrelse inn. Når det er tatt hensyn til andre faktorer, er det slik at aleneboende har større sannsynlighet enn andre for å være mottakere av hjemmetjenester. Det kan se ut til at de som bor i mindre sentrale strøk oftere enn



Figur 4: Andel med subjektivt definerte behov for hjelp utenfra hjemmet til pleie, husarbeid eller innkjøp av dagligvarer. Prosentandel som mottok hjemmehjelp/hjemmesykepleie siste 14-dagersperiode



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

andre er mottakere, uten at forskjellen er stor nok til å være statistisk signifikant. Det er ikke påvist noen sammenhenger mellom andre trekk ved bostedet og bruk av hjemmetjenester.

Disse resultatene er i samsvar med tidligere undersøkelser, som har vist at det blant hjemmeboende eldre er svært få som faller helt utenfor et privat eller offentlig hjelpetilbud (Lingsom 1991). En annen undersøkelse konkluderer med at de aller fleste eldre med store hjelpebehov får offentlig hjelp, og at de udekkede behovene blant eldre uten offentlig tilbud er ganske beskjedne (Kitterød 1995). At det er behovene, målt som funksjonsevne, som bestemmer hvem som får hjemmehjelp og hjemmesykepleie, er også konklusjonen i en analyse

fra levekårsundersøkelsen i 1995<sup>2</sup> (Dahl og Gautun 1997).

### Funksjonsevne viktig for omfang av hjelp

De som fikk hjelp av de kommunale hjemmetjenestene, mottok i gjennomsnitt 5,8 timer hjelp i løpet av de 14 dagene. En analyse av variasjonen av hjelp som ble gitt, viser at det er funksjonsevne som er avgjørende for omfanget av den hjelpen man fikk (se ramme bakerst i artikkelen, modell III og figur 5). Eldre med funksjonstap mottar klart mer hjelp enn de som ikke har funksjonstap, målt ved indikatorer som evne til å gå i trapper eller behov for hjelp til innkjøp. På tross av de tydelige forskjellene, er det likevel en begrenset del av variasjonen i antall timer som statistisk sett kan føres tilbake til variasjoner i behov.

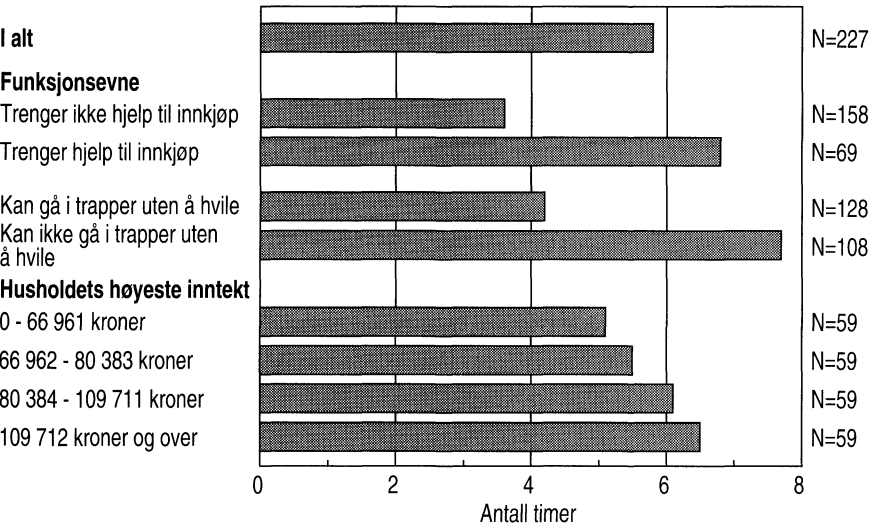
Dette betyr at det innenfor grupper med store hjelpebehov finnes betydelige variasjoner i omfang av hjelp som ble mottatt i 14-dagersperioden. Det er mulig at flere og mer detaljerte mål for funksjonsevne vil kunne forklare en del av denne variasjonen.

Heller ikke i denne analysen ble det funnet noen sammenhenger mellom ulike trekk ved intervjupersonenes bostedskommune og bruken av hjemmetjenester. Men analysen viser at det igjen er en tendens til at de som bor i mindre sentrale strøk mottar flere timer hjelp, uten at denne sammenhengen er stor nok til å være statistisk sikker. Den multivariate analysen viste også en statistisk sikker sammenheng mellom husholdets høyeste inntekt<sup>3</sup> og hvor mye hjelp som ble gitt. Som vist i figur 5, øker antall timer hjelp som ble gitt fra 5,1 blant de med lavest inntekt til 6,5 blant de med høyest inntekt. Denne sammenhengen er likevel ikke tydelig nok til at vi kan påstå at inntektsnivået har en avgjørende betydning for hvor mye hjemmehjelp eller hjemmesykepleie man får (se ramme bakerst i artikkelen, modell III). Dette betyr at det innenfor den enkelte inntektsgruppe er betydelige variasjoner i hvor mye hjelp som mottas.

### Hjemmehjelp og hjemmesykepleie: To ulike tjenester

Hittil i analysene er hjemmehjelp slått sammen med hjemmesykepleie. Dette er gjort fordi utvalget er lite, mulighetene til å analysere tjenestene hver for seg er begrensede. Selve innholdet i hjemmesykepleiernes arbeidsoppgaver har i lang tid utviklet seg innenfor et medisinsk fagmiljø. Sykepleievitenskap er blitt et universitetsfag som utdanner pedagogisk personale til landets sykepleiehøgskoler. Sykepleierne er blitt det vi kan kalle en

Figur 5: Hjelp i hjemmet etter funksjonsevne og inntekt. Antall timer hjemmehjelp/hjemmesykepleie siste 14 dager



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

profesjon eller semi-profesjon (Berg 1987), der det er medisinsk-faglige vurderinger som bestemmer innholdet i hjelpen som gis. Utviklingen for hjemmesykepleien hevdes å være preget av en økende konsentrasjon om de sykeste pasientene. Disse får flere, men kortere besøk enn før, samtidig som en økende andel av arbeidstiden til pleierne går med til møter, dokumentasjon og administrasjon (Næss og Wærness 1996).

Hjemmehjelpstjenesten har i større grad representert en uformell omsorgskultur, der yrkesutøveren i betydelig grad kunne bestemme innholdet i hjelpen med utgangspunkt i den hjelpetrequendes definisjon av sine behov. Det er den hjelpetrequende, og ikke hjelpeapparatet, som bestemmer behovene. Næss og Wærness hevder at også hjemmehjelpstjenesten er inne i en profesjonaliseringsprosess som innebærer at ...tjenesten i stadig større grad får preg av et formalisert medisinsk

hjelpeapparat på bekostning av det personlige, uformelle og sosiale preget som i utgangspunktet var det dominerende i denne omsorgstjenesten (Næss og Wærness 1996:14).

En mer formalisert og medisinsk omsorgskultur ser altså ut til å være på vei inn i hjemmetjenestene. Men det finnes også momenter som tilsier at denne endringen ikke bare skyldes yrkesgruppens endrede profesjonelle tilnærming. Det ser ut til at brukerne av hjemmetjenester er blitt mer pleietrengende enn før

(Olsen 1995), og en mer behandlingskrevende brukergruppe vil kunne kreve en mer medisinsk tilnærming enn det som tidligere har vært vanlig.

Er det tid til en prat med hjemmesykepleierne?

I hvilken grad opplever brukerne at det er tid til en prat med hjemmehjelperen eller hjemmesykepleieren? Det var til sammen 46 prosent som oppgav at det av og til eller aldri var tid til å slå av en prat med hjemmehjelperen eller hjemmesykepleieren. Nesten like mange, 43 prosent, oppgav at det nesten alltid var tid til en prat. På bakgrunn av de to tjenestenes ulike karakter er det ikke uventet at denne fordelingen er påvirket av om det er hjemmehjelper eller hjemmesykepleier den eldre har hatt kontakt med. Graden av sosial kontakt oppleves som klart mindre blant de som har hatt kontakt med hjemmesykepleien, disse er i større grad tilbøyelige til å svare at det av og til eller aldri er tid til å slå av en prat. Og mens 49 prosent av de som fikk hjelp av hjemmehjelper nesten alltid hadde en prat, var tilsvarende andel 29 prosent hos de som hadde hjelp av hjemmesykepleien. Undersøkelsen gir ikke svar på om det er tjenestens profesjonelle tilnærming som er bakgrunnen for denne forskjellen. Noe av svaret kan også ligge i at mottakere av hjemmesykepleie har

Tabell 1: Brukervurdering av sosial kontakt

|                 |       | "Er det noen ganger tid til å slå av en prat med hjemmehjelperen/hjemmesykepleieren?" |                  |               |            |       |
|-----------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|------------|-------|
|                 |       | Ja, nesten alltid                                                                     | Ja, mange ganger | Ja, av og til | Nei, aldri | (N)   |
| Tjeneste        | I alt |                                                                                       |                  |               |            |       |
| I alt           | 100   | 43                                                                                    | 11               | 33            | 13         | (373) |
| Hjemmehjelp     | 100   | 49                                                                                    | 10               | 29            | 12         | (253) |
| Hjemmesykepleie | 100   | 29                                                                                    | 14               | 42            | 15         | (123) |

relativt store behov for tjenester, og dermed et større behov for sosial kontakt (se under).

Denne informasjonen forteller oss noe om brukernes vurdering av innholdet i kontakten mellom den hjelpetrengende og yrkesutøveren. Det kan argumenteres for at opplysningene om sosial kontakt kan betraktes som en indikator på kvaliteten i tilbudet. God kontakt med hjemmehjelperen eller hjemmesykepleieren kan være avgjørende for brukernes muligheter til å få formidlet sine behov. Innenfor helse-tjenesteforskning betones ofte betydningen av den sosiale kontakten i møtet mellom pasient og behandler: *Talk is the main ingredient in health care!* Og selv om hjemme-

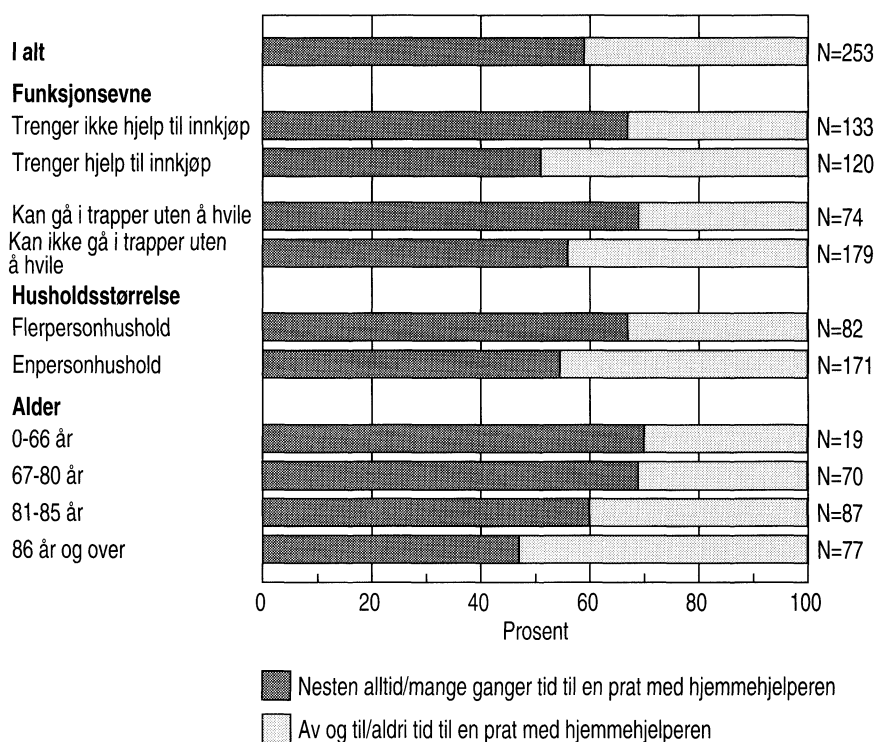
hjelperne og hjemmesykepleierne først og fremst bidrar med praktisk hjelp og pleie, er det liten tvil om at den sosiale kontakten besøkene innebærer, har en betydelig verdi i seg selv for mange eldre som bor alene.

Alternativt kunne man ha stilt direkte spørsmål om hvor fornøyd den eldre var med den hjelpen han eller hun fikk. Dette ble ikke gjort ut fra en forventning om at særlig eldre mennesker i en intervju-situasjon vil ha vanskelig for å uttrykke misnøye, og at resultatet blir en overrepresentasjon av positive, sosialt akseptable svar. Den eldre kan la være å rapportere om misnøye for ikke å bli oppfattet som klagende eller utakknemlig, eller

føler det som et lojalitetsbrudd å gi negative vurderinger av den hjelpen man får. Det kan også være vanskelig å uttrykke misnøye med et tilbud man er avhengig av, og ofte ikke har noe alternativ til. I mange tilfeller vil pårørende være en mer pålitelig kilde for opplysninger om kvaliteten i tjenestetilbudet (Wilson 1993).

I hvilken grad mottakere av hjemmetjenester synes det blir tid til en prat med hjemmesykepleieren eller hjemmehjelperen avhenger av flere forhold (se ramme bakerst i artikkelen, modell IV). De som bor alene mener klart oftere enn andre at det ikke er tid til en prat, men også de som har funksjonstap synes å oppleve mindre sosial kontakt enn andre (figur 6). I noen grad er det også slik at de med høy alder erfarer at yrkesutøveren i mindre grad har tid til en prat.

Figur 6: Sosial kontakt mellom brukere og hjemmehjelpere. Etter funksjonsevne og husholdningsstørrelse. Prosent. 1995



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

### Når undersøkelsen de sykeste?

En frafallsanalyse (se Liv Belsbys artikkel i dette nummer) viser at Helseundersøkelsen 1995 i mindre grad når fram til befolkningsgrupper med antatt høy sykkelighet. Analysen viser blant annet at frafallet er spesielt stort blant de eldste. Bare halvparten av bruttoutvalget over 80 år ble intervjuet. Det er grunn til å anta at personer med relativt store hjelpebehov er overrepresentert i frafallet. Trolig er det slik at personer med svak helse og omfattende funksjonstap i større grad enn andre vil vegre seg mot å få besøk av intervjuere de ikke kjenner. Behovet for hjelp i den undersøkelsespopulasjonen som nås gjennom intervjuundersøkelser, er derfor trolig mindre enn det som reelt sett er tilfellet<sup>4</sup>. Resultatene fra undersøkelsen gjelder derfor sannsynligvis en relativt funksjonsfrisk del av de som har behov for hjemmetje-

nester. Dette kan bety at andelen som får hjelp er noe høyere, og omfanget av hjelp som gis er større enn det som er dokumentert over.

### Oppsummering

Vel 16 prosent av de som hadde behov for hjelp utenfra, hadde *udekkede hjelpebehov*, dvs. at de ikke hadde fått hjelp av offentlige eller private omsorgsgivere. Typisk for de som hadde udekkede hjelpebehov, var at de tilhørte flerpersonshushold, var relativt unge og hadde færre funksjonstap enn andre. Svært få eldre aleneboende hadde fullstendig udekkede hjelpebehov. Halvparten av de hjelpetrengende hadde hatt besøk av hjemmehjelper eller hjemmesykepleier den siste fjortendagersperioden. Sannsynligheten for å være *bruker av hjemmetjenester* økte dersom den hjelpetrengende hadde funksjonstap, høy alder eller tilhørte en enpersonshusholdning. Blant brukere av hjemmetjenester var det klare sammenhenger mellom *omfanget* av den hjelpen som ble gitt og mottakernes funksjonsevne. Alle disse resultatene peker i retning av et offentlig tilbud som tar hensyn til de hjelpetrengendes behov. Resultatene viser også at den sosiale situasjonen, dvs. tilgang på uformell hjelp, er et kriterium for tildeling av hjelp, og at det dermed er et samspill mellom den offentlige og private omsorgen. Behovene har altså klar innvirkning på både muligheten til å få hjelp og omfanget av hjelpen som gis. Men denne konklusjonen er ikke entydig. Det kan se ut til at høyinntektsgrupper får noe mer hjelp enn andre. Dette bryter med et innarbeidet prinsipp i en sosialdemokratisk velferdsstatstype der det er behovene som skal bestemme tildelingen av offentlige goder, ikke inntekt eller sosial bakgrunn. Det er ikke mulig med dette datagrunnlaget å avgjøre hvilken mekanisme som formidler

den relativt svake sammenhengen mellom inntekt og tildeling av hjelp.

Gitt de store variasjonene når det gjelder kapasitet og organisering av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, er det overraskende at det ikke ble påvist noen sammenhenger mellom bosted og erfaringer med hjemmetjenestene. En årsak kan ligge i at utvalget består av få personer, dermed vil bare markerte forskjeller være statistisk sikre. Det kan også være at de målene vi har for kapasitet i eldreomsorgen ikke godt nok fanger opp reelle kommunale variasjoner. La oss for eksempel tenke oss to kommuner der en like stor andel eldre over 80 år er mottakere av hjemmetjenester. Dette er ikke nødvendigvis en indikasjon på at kapasiteten er den samme, brukerne i den ene kommunen kan motta tre ganger så mange besøk som brukerne i den andre. Vi vet at ulikheter i kommunenes satsing på eldreomsorgen i stor grad er et resultat av at kommuner med store behov også har prioritert tjenester rettet mot eldre (Finnvold 1993). Ved beregning av mål for årsverk pr. innbygger må det i større grad tas hensyn til at kostnadene ved tjenesteyting varierer mellom kommunene, og at variasjonen mellom kommunene blir betydelig redusert hvis det tas hensyn til dette. Utover egenbetaling og tilgang på døgnkontinuerlig hjemmesykepleie, som er med i analysene over, kan det finnes andre organisatoriske forhold som har konsekvenser for brukerne, og som ikke blir fanget opp av løpende statistikker.

### Hvordan dekke kontakt-behovene?

Det er en tydelig tendens til at jo større hjelpebehovene er, jo mindre opplever brukerne at det er tid til å slå av en prat med hjemmehjelpe-

ren eller hjemmesykepleieren. Blant de aller eldste (over 86 år) var andelen som av og til eller aldri mente at det var tid til en prat med hjemmehjelperen 53 prosent, mot 28 prosent for aldersgruppen 67-80 år. Disse resultatene kan synes paradoksale. Likevel er funnene helt i tråd med det flere undersøkelser av tilfredshet med offentlige tilbud har vist: Jo større problemene og behovene er, jo større er misnøyen. Det kan være mange årsaker til dette. Når graden av sosial kontakt etter intervjupersonenes egne vurderinger er minst blant de mest funksjonssvake, kan forklaringen rett og slett være at omfanget av praktiske arbeidsoppgaver yrkesutøveren må ta seg av, svekker mulighetene til å føre en samtale med den hjelpetrengende. Et annet forhold er at de subjektive behovene for sosial kontakt trolig varierer med funksjonsevne, og ikke minst husholdsstørrelse. En som bor alene, vil trolig være mer tilbøyelig til å mene at det sjelden er tid til å slå av en prat med hjemmehjelperen. Dette fordi vedkommende ikke har fått sine behov ivaretatt, selv om hjemmehjelperen rent faktisk brukte like mye tid hos den aleneboende som hos andre hjelpetrengende.

På bakgrunn av de påviste sammenhenger mellom behov og sosial kontakt, kan det reises spørsmål ved hvilke muligheter et hjemmebasert kommunalt omsorgsapparat har til å ivareta behovene til de eldste og mest pleietrengende. Dette dreier seg om mennesker i en livsavslutningsfase, der behovet for sosial kontakt er stort. Kanskje gir ulike former for institusjonalisering større muligheter til å inngå i et sosialt fellesskap, noe som kan sikre en bedre livskvalitet for denne gruppen?

Data og metoder

Tabell A: Personer med subjektivt definerte behov for hjelp i hjemmet på grunn av sykdom, skade eller funksjonshemming. Faktorer som påvirker sannsynligheten for å motta hjelp i hjemmet. Stegvis logistisk regresjon, hjelpetrengende som fikk hjelp = 1, øvrige = 0. (N=448)

| Variabel/<br>rangering <sup>2</sup> | Modell I <sup>1</sup>            |                    | Modell II <sup>1</sup>           |                    |                                                                                          |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | P-verdi<br>(rang. <sup>2</sup> ) | O. R.<br>(95% K I) | P-verdi<br>(rang. <sup>2</sup> ) | O. R.<br>(95% K I) |                                                                                          |
| Bevegelighet                        |                                  |                    | 0,0304<br>(4)                    | 1,7<br>(1,0-2,7)   | Svarpersoner som ikke kan gå i trapper opp og ned en etasje uten å hvile = 1, øvrige = 0 |
| Hjelp til innkjøp                   | 0,0159<br>(3)                    | 2,2<br>(1,1 -3,3)  | 0,0027<br>(2)                    | 2,0<br>(1,1-3,3)   | Svarpersoner som ikke kan klare innkjøp av dagligvarer = 1, øvrige = 0                   |
| Husholdningsstørrelse               | 0,0002<br>(2)                    | 4,4<br>(2,0-9,7)   | 0,0190<br>(3)                    | 1,7<br>(1,1-2,7)   | Enpersonhushold = 1, flerpersonhushold = 0                                               |
| Alder                               | 0,0001<br>(1)                    | 1,0<br>(1,0-1,0)   | 0,0001<br>(1)                    | 1,0<br>(1,0-1,0)   | Numerisk variabel, median = 80 år                                                        |

<sup>1</sup> Responsvariablene er definert på følgende måter: I **modell I** fikk de som svarte ja på spørsmålet "Har husholdningen hatt behov for hjelp utenfra til pleie, husarbeid eller innkjøp av dagligvarer de siste 14 dagene på grunn av sykdom, skade eller funksjonshemming?" og nei på spørsmål om husholdningen hadde fått hjelp utenfra, kodet til verdien 0 (N=63), de øvrige verdien 1 (N=385). I **modell II** er de som svarte ja på begge spørsmål, og som har ført opp at de mottok hjelp fra hjemmehjelpere eller hjemmesykepleiere, kodet til 1 (N=223), øvrige = 0 (N=225). I disse to modellene undersøkes hvilke faktorer som øker sannsynligheten for å ta verdien 1, altså for å få hjelp.

<sup>2</sup> Rangering: De signifikante variablene er rangert slik at den variabelen som alene har den største forklaringskraft, tas med først, så de to variablene som alene har størst forklaringskraft osv.

SAS-prosedyren PROC LOGISTIC/SELECTION = STEPWISE er benyttet.

Variabler som ikke var signifikante:

**Generell funksjonsevne:** Respons på spørsmål om i hvilken grad sykdom eller funksjonshemming virker inn på hverdagen. Svarpersoner som svarte i høy grad = 1, i noen grad = 2, i liten grad = 3, ikke i det hele tatt = 4. **Egenvurdert sykkelighet:** Respons på spørsmålet "Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?" Skala med 5 verdier der 1 = meget god og 5 = meget dårlig. **Kronisk sykdom:** Svarpersoner som har en varig sykdom som har vart mer enn et halvt år = 1, øvrige = 0. **Kjønn:** Mann = 1, kvinne = 0. **Inntekt:** Numerisk variabel, husholdets maksimumsinntekt. Median = 95 000 kroner. **Utdanning:** Numerisk variabel, utdanningslengde med en skala fra 2 (kortest utdanning) til 7 (lengst utdanning). **Sentralitet:** Svarpersoner som bor i mindre sentrale kommuner, dvs. sentralitetsnivå 0 og 1 i Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering = 1, øvrige = 0. **Storby:** Bosatte i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger = 1, øvrige = 0. **Kapasiteten i hjemmetjenestene i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Prosentandel av alle over 80 år i bostedskommunen som er mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Median = 15. **Ressurser i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten pr. 100 innb. over 80 år. Median = 39. **Tilgjengelighet, hjemmesykepleie:** Bosatte i kommuner der hjemmesykepleie er tilgjengelig hele døgnet = 1, øvrige = 0. **Egenbetaling, hjemmetjenester i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Prosentandel i kommunen som betaler for hjemmetjenester. Median = 50. **Egenbetaling, hjemmesykepleie i bostedskommunen:** Bosatte i kommuner som ikke tar egenbetaling for hjemmesykepleie = 1, øvrige = 0. I modell I var heller ikke bevegelighet signifikant.

Tabell B: Multivariat regresjonsanalyse av variasjoner i antall timer hjelp fra hjemmetjenestene siste 14-dagers-periode/indeks for omfang av sosial kontakt

| Variabel/<br>rangering <sup>1</sup> | Parameter<br>estimat | P-verdi | R <sup>2</sup> kum. |                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|----------------------|---------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Modell III</b>                   |                      |         |                     |                                                                                                                                                                                                  |
| 1. Bevegelighet                     | 1,1772               | 0,0001  | 0,09                | Svarpersoner som ikke kan gå i trapper opp og ned en etasje uten å hvile = 1, øvrige = 0                                                                                                         |
| 2. Hjelp til innkjøp                | 1,4791               | 0,0142  | 0,11                | Svarpersoner som ikke kan klare innkjøp av dagligvarer = 1, øvrige = 0                                                                                                                           |
| 3. Husholdets høyeste inntekt       | 0,0000               | 0,0351  | 0,13                | Numerisk variabel, husholdets maksimumsinntekt. Median = 95 000 kroner                                                                                                                           |
| <b>Modell IV</b>                    |                      |         |                     |                                                                                                                                                                                                  |
| 1. Hjelp til innkjøp                | 0,4649               | 0,0001  | 0,6                 | Svarpersoner som ikke kan klare innkjøp av dagligvarer = 1, øvrige = 0                                                                                                                           |
| 2. Husholdningsstørrelse            | 0,5383               | 0,0022  | 0,9                 | Enpersonhushold = 1, flerpersonhushold = 0                                                                                                                                                       |
| 3. Bevegelighet                     | 0,5689               | 0,0077  | 0,12                | Svarpersoner som ikke kan gå i trapper opp og ned en etasje uten å hvile = 1, øvrige = 0                                                                                                         |
| 4. Alder                            | 0,0295               | 0,0227  | 0,13                | Numerisk variabel, median = 80 år                                                                                                                                                                |
| 5. Generell funksjonsevne           | -0,3089              | 0,0411  | 0,15                | Respons på spørsmål om i hvilken grad sykdom eller funksjonshemming virker inn på hverdagen. Svarpersoner som svarte i høy grad = 1, i noen grad = 2, i liten grad = 3, ikke i det hele tatt = 4 |

<sup>1</sup> Rangering: De signifikante variablene er rangert slik at den variablen som alene har den største forklaringskraft, tas med først, så de to variablene som alene har størst forklaringskraft osv. SAS-prosedyren PROC LOGISTIC/SELECTION = STEPWISE er benyttet.

I modell III analyseres variasjonen i antall timer hjelp som ble gitt i 14-dagersperioden av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere. Metoden som er valgt, er lineær regresjon, som også er anvendt i modell IV, sosial kontakt.

For omfang av sosial kontakt er det konstruert en indeks basert på de to spørsmålene om hjemmehjelp og hjemmesykepleie, "Er det noen ganger tid til å slå av en prat med hjemmehjelperen/hjemmesykepleieren?" De som svarte "ja, nesten alltid" fikk verdien 1, de som svarte "ja, mange ganger" verdien 2 osv. En additiv indeks basert på summen av de to spørsmålene hadde minimumsverdi på 1 (de som bare mottok hjemmesykepleie eller hjemmehjelp, og svarte ja, nesten alltid) og maksimumsverdi på 8 (de som fikk både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, og som aldri opplevde at det var tid til en prat). I analysen under spør vi hvilke faktorer som har betydning for sannsynligheten for å gi høyere eller lavere verdier.

Variabler som ikke var signifikante:  
**Egenvurdert sykkelighet:** Respons på spørsmålet "Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?" Skala med 5 verdier der 1 = meget god og 5 = meget dårlig. **Kronisk sykdom:** Svarpersoner som har en varig sykdom som har vart mer enn et halvt år = 1, øvrige = 0. **Kjønn:** Mann = 1, kvinne = 0. **Utdanning:** Numerisk variabel, utdanningslengde med en skala fra 2 (kortest utdanning) til 7 (lengst utdanning). **Sentralitet:** Svarpersoner som bor i mindre sentrale kommuner, dvs. sentralitetsnivå 0 og 1 i Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering = 1, øvrige = 0. **Storby:** Bosatte i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger = 1, øvrige = 0. **Kapasiteten i hjemmetjenestene i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Prosentandel av alle over 80 år i bostedskommunen som er mottakere av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Median = 15. **Ressurser i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten pr. 100 innb. over 80 år. Median = 39. **Tilgjengelighet, hjemmesykepleie:** Bosatte i kommuner der hjemmesykepleie er tilgjengelig hele døgnet = 1, øvrige = 0. **Egenbetaling, hjemmetjenester i bostedskommunen:** Numerisk variabel. Prosentandel i kommunen som betaler for hjemmetjenester. Median = 50. **Egenbetaling, hjemmesykepleie i bostedskommunen:** Bosatte i kommuner som ikke tar egenbetaling for hjemmesykepleie = 1, øvrige = 0.

I modell III var heller ikke generell funksjonsevne, alder eller husholdningsstørrelse signifikant. Inntekt var ikke signifikant i modell IV.

1. Forfatteren vil takke Bjørn Olsen (SSB) og Heidi Gautun (FAFO) for nyttige kommentarer til artikkelen, og Bjørn Olsen for bidrag til arbeidet med å utvikle statistikkgrunnlaget artikkelen bygger på.

2. De bivariate sammenhengene utviser samme tendens i de to undersøkelsene. Resultatene fra de multivariate analysene er ikke helt de samme. Helseundersøkelsen (HU) viser at alder er avgjørende for om man får hjelp fra hjemmetjenestene eller ikke, men også at husholdningsstørrelse har betydning. Disse sammenhengene er ikke signifikante i Dahl og Gautuns undersøkelse når det kontrolleres for funksjonsevne. Bakgrunnen for dette kan ligge i at HU kun har med de som selv mente de hadde behov for hjelp, uansett alder, mens analysene fra levekårsundersøkelsen (LVK) bygger på et representativt utvalg eldre over 65 år. LVK har et større utvalg enn HU, og skiller i motsetning til HU mellom hjemmehjelp og hjemmetjenester.

3. Bruk av husholdets gjennomsnittsinntekt gir en lignende fordeling som vist i figur, gjennomsnittlig antall timer øker fra 5,3 i den laveste inntektsgruppen til 6,6 i den høyeste inntektsgruppen. Sammenhengen er derimot ikke statistisk signifikant i modell IV. ( $P=0,1200$ ).

4. Beregninger fra GERIX-prosjektet viser at det antall timer hjemmetjenestene planlegger å tildele brukerne ligger over dobbelt så høyt som det brukerne selv rapporterer at de får. Beregningen er basert på planlagte og ikke faktisk utførte timer, og ergoterapeuter/fysioterapeuter er også inkludert. Disse og andre momenter tilsier at beregningsmåten er noe av årsaken til forskjellen mellom brukernes vurderinger av omfanget hjelp de får, og yrkesutøvernes planer. Likevel er forskjellen så stor at noe av forklaringen må søkes i at utvalgsundersøkelser ikke fanger opp de mest hjelpetrengende gruppene godt nok.

## Litteratur

Berg, Ole (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisins sosiologi og politikk*, Universitetsforlaget.

Dahl, Espen og Heidi Gautun (1997): Use of home help and home nursing services among elderly in a socialdemocratic welfare state, *Croatian Medical Journal*, **38**, 1, 1997.

Finnvold, Jon Erik (1993): Personellinnsatsen i helsetjenesten: Behov eller øko-

nomi avgjør? *Samfunnsspeilet* 1993, 2, Statistisk sentralbyrå.

Kitterød, Ragni Hege (1995): *Funksjonsnivå og hjelpebehov blant brukere og ikke-brukere av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*, Statistisk sentralbyrå, Notater 95/57.

Lingsom, Susan (1991): *Hjelp etter behov. Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*, INAS-rapport 91:5.

Næss, Sturle og Kari Wærness (1996): *Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-1995*, SEFOS, Bergen.

Olsen, Bjørn og Per Erik Solem (1993): *Egenbetaling for hjemmetjenester - stadig i støpeskjeen*, Rapport 93:5, Norsk Gerontologisk Institutt.

Olsen, Bjørn (1995): "Hjemliggjøring" av eldreomsorgen på 1990-tallet? *Samfunnsspeilet* 1995, 4, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (1996): *Pleie- og omsorgsstatistikk 1994*, NOS C344.

Vigran, Åsne (1994): *Egenbetaling for hjemmetjenester i kommunene i 1993 og 1994*, Statistisk sentralbyrå, Notater 95/57.

Wilson, Geraldine (1993): Users and providers. Different perspectives on community care services, *Journal of social policy* **22**, 4, 507:26.

Wærness, Kari og Stein Ringen (1987): Women in the welfare state: The case of formal and informal care. *International journal of sociology*, **XVI**, 3-4.

**Jon Erik Finnvold** er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.