



Notat Workshop: Second Homes i et lokalt utviklingsperspektiv 23. mars 2011

Torbjørn Hodne, cand.polit, forsker

Kommuners utfordringer i et nytt helsevesenregime

Noen tanker knyttet til hyttekommuners ansvar for helse-, omsorgs- og pleietjenester til hytteboere i et nytt "helsevesenregime", en aldrende befolkning, Samhandlingsreformen, og nye krav til tilgjengelighet for tjenesteyterne. Detaljeringsnivået vil variere noe på de ulike områdene ut fra en vurdering av relevans for Workshopen

Utgangspunktet for notatet er Kommunesektorens Interesse- og Arbeidsgiverorganisasjon (KS) sitt ønske i 2010 om å utrede kommunale pleie- og omsorgsoppgaver knyttet til hytte/fritidsbebyggelse. Agderforskning gjennomførte utredningen "Pleie- og omsorgstjenester for hytteboere" med målsetting om å skaffe et kunnskapsgrunnlag i forhold til kommunenes framtidige finansieringsmuligheter og rekruttering av personell.¹ I arbeid mitt i Agderforskning med Levekårsmonitoren for Aust- og Vest-Agder som er bestilt av Fylkestingene, har jeg gjort noen interessante funn som kan supplere materialet.

Sammendrag

Utredningen omhandler kommunale pleie- og omsorgsoppgaver relatert til hytte/fritidsbeboelse. Utgangspunktet er at borgere som er folkeregistrert i andre kommuner har grunnleggende rettigheter til pleie- og omsorgstjenester i fritidskommunene uten at disse kostnadene kan kreves refundert. Utredningen fokuserte primært på finansierings- og rekrutteringsproblematikken.

Norge hadde i 2008 ca. 420 000 fritidsboliger, et antall som forventes å vokse sterkt i fremtiden, og mange "fritidskommuner" i periferien legger til rette for store utbygginger. Behovet for pleie- og omsorgstjenester vil også øke i fremtiden. Det er flere grunner til dette og de viktigste er:

- Økning av sykdommer og kroniske helsetilstander
- En aldrende befolkning (eldrebølgen)
- Restrukturering av primærhelsetjenesten (Samhandlingsreform)
- Økte krav til kvalitet av tjenester
- Økt bruk av fritidseiendommer, spesielt av eldre
- Økt bevissthet i befolkningen om rettigheter

¹ Agderforsknings prosjektrapport nr. 8/2010: *Pleie- og omsorgstjenester for hytteboere*. Forfattere: Winfried Ellingsen, Torbjørn Hodne og Steinar Sørheim.



Det er derfor rimelig å fastslå at hyttekommunene vil oppleve økt press på ressursene for pleie- og omsorgstjenester; det gjelder både i forhold til sysselsettingsbehovet og kommunal økonomi.

Per i dag opplever de fleste hyttekommunene denne tjenesteytelsen til fritidsbefolkningen som lite utfordrende. Det er enten ansett ikke å være et reelt problem, kommunene har ikke oversikt over behovet for fritidsbefolkningen, eller ønsker ikke å utrede dette. 75 prosent av kommunene oppgir at merkostnadene beløper seg opptil kr. 22 500 årlig. Samtidig er det store sesongvariasjoner i behovet (64 prosent av hyttekommunene) og ca. like mange kommuner har ikke nok kvalifisert personell for å dekke den økte etterspørselen. Private løsninger og vikarbyråer er veldig lite brukt og det sesongmessige behovet dekkes gjennom:

- Vikarer fra andre land, videregående skoler
- Full stilling for deltidsansatte i perioden
- Full lønnsansiennitet
- Samarbeid med utdanningsinstitusjoner
- Interkommunalt samarbeid (ca. 40 prosent av hyttekommunene) for bedre fagmiljø

Flertallet av kommunene svarer at de forventer et økt behov i fremtiden og vi har derfor undersøkt ulike finansieringsmodeller.

1. Eiendomsskatt for fritidseiendommer brukes av 63 prosent av kommunene i undersøkelsen men genererer i snitt bare 2 prosent av den samlede kommuneøkonomien. Det er begrensninger på størrelsen på eiendomsskatt og synes derfor å være lite hensiktsmessig i forhold til utfordringer.
2. Kun en kommune har søkt om skjønnsmidler for å dekke merkostnaden knyttet til disse tjenestene. Skjønnsmidler tildeles etter søknad og er avhengig av en skjønnsmessig vurdering. Som finansieringsform er skjønnsmidler administrativ krevende, gir lite stabilitet og er derfor etter vår mening lite hensiktsmessig som fremtidig finansieringsmodell.
3. Bruk av egenbetalingsordninger er begrenset gjennom forskrift og må ses i sammenheng med brukerens inntekt. Det er en individualisert form for finansiering som generer administrative kostnader og vurderes derfor som lite hensiktsmessig som stabil fremtidig finansieringsstrategi for hyttekommuner.
4. $\frac{3}{4}$ deler av hyttekommunene ser for seg en refusjonsordning for pleie- og omsorgstjenester mellom kommunene, slik det praktiseres på andre tjenesteområder (skole, barnevern) og i Danmark. Det er en overvekt av hyttekommuner som ønsker en refusjonsordning etter reelle kostnader, alternativt etter statlig regulativ.

Vår anbefaling ble at en refusjonsordning er en egnet finansieringsmodell for å møte fremtidige utfordringer i pleie- og omsorgssektoren for hyttekommunene.



1 Innledning

Agderforskning AS fikk ved årsskiftet 2009/2010 oppdraget fra Kommunesektorens Interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (heretter KS) om å gjennomføre utredningen om kommunale pleie- og omsorgsoppgaver relatert til hytte/fritidsbeboelse. Fokus i utredningen skulle være kommunenes finansieringsmuligheter og rekruttering av pleie- og omsorgspersonell i forhold til behovet som kan variere ut fra sesongsvingninger i løpet av året. Utredningen tok utgangspunkt i de tendensene som bidrar til en forventet økning i hyttekommunenes pleie- og omsorgsoppgaver, og de problemstillinger dette reiser. Vi viste fremskrivninger relatert til hyttebruk og sykdomsutvikling i samfunnet og så nærmere på praksiser relatert til kommunale pleie- og omsorgsoppgaver for hyttebeboere i andre skandinaviske land (Sverige og Danmark) og hvordan finansiering mellom kommuner organiseres på andre tjenesteområder.

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Bakgrunnen for utredningen var todelt. På den ene siden kunne vi konstatere at mobiliteten øker i dagens samfunn. I tråd med økt velstand, fritid, behov for avkopling og et ønske om naturopplevelser øker også fritidsbebyggelsen i norske kommuner. Som regel er det urbane mennesker som søker seg til rurale områder, dvs. til kommuner med lavere befolkningstall og spredt befolkning. Hyttemobiliteten er sterk sesongavhengig og kan øke befolkningsgrunnlaget i mottakerkommunene i betydelig grad. I tillegg viser undersøkelser (Ericsson & Grefsrud, 2005) at hyttene eller sekundærboliger innredes i økende grad med helårs standard og at hyttebeboerne bruker fritidsboligen over lengre tid per år, i gjennomsnitt 50-75 dager per år i følge våre undersøkelser. Bruken øker med økt levealder. De fleste hyttekommunene ligger innenfor 4 timers reisetid fra nærmeste by(er) og Østlandet, med fylkene Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Oppland og Hedmark, er derfor den regionen med høyest forekomst av fritidsboliger. 47 prosent av det totale antallet fritidsboliger på ca. 420 000 og 50 prosent av befolkningen er lokalisert i dette området (Overvåg, 2009).

Hytter gir positive ringvirkninger

På den andre siden, gir hyttene positive ringvirkninger for vertskommunene, men også utfordringer spesielt hva gjelder pleie- og omsorgstjenester.

Den offentlige helsetjenesten i Norge kan deles inn i tre tjenesteområder: *kommunehelsetjenesten* (også kalt primærhelsetjenesten), *spesialisthelsetjenesten* (*sykehusene*) og tannhelsetjenesten. Prosjektet var avgrenset til kommunehelsetjenesten. Kommunenes ansvar for å yte helsetjenester er regulert i kommunehelsetjenesteloven. Kommunen er blant annet pålagt å ha et tilbud om fastlegetjeneste, legevaktsordning, fysioterapi, rehabilitering, hjemmesykepleie og sykehjem eller boform for heldags omsorg og pleie.

Kommunen har en lovpålagt plikt til å yte helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet.



Retten til helsehjelp

Retten til helsehjelp er regulert i Pasientrettighetslovens² § 2.1.1. Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Det vil si at kommunen plikter å legge til rette for forebyggende helsetjenester, behandling av sykdom, medisinsk habilitering og rehabilitering og pleie- og omsorgstjenester. Kommunen må holde et forsvarlig minstenivå på den helsehjelp som gis. Her ligger også rett til individuell plan (Pasientrettighetsloven § 2-5). Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en plan for sitt behandlingsopplegg. Det skal bare utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient. Pasienten må samtykke til at planen utarbeides og har rett til å delta i arbeidet med utarbeidelsen av planen.

Samhandlingsreformen

Ved gjennomføring av Samhandlingsreformen³ fra 1. januar 2012 vil kommunehelsetjenesten overta en rekke nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten uten at den kostnadmessige siden av dette er avklart. Dette er en ny utfordring for en allerede presset kommuneøkonomi, også i forhold til hyttebefolkningen.

Kommunenes tjenesteproduksjon er rettet mot egne innbyggere og eget næringsliv

Størstedelen av kommunenes tjenesteproduksjon er rettet mot egne innbyggere og eget næringsliv. Men en del offentlige oppgaver er av en slik karakter at forbruket av de tjenester og goder som tilbys ikke kan avgrenses til tjenesteytende myndighets geografiske ansvarsområde, blant annet har deler av helse – og sosialsektoren en slik karakter. Dette stiller vertskommunene overfor utfordringer spesielt på pleie- og omsorgstjenester. I henhold til lov om helsetjenester i kommunene har landets kommuner plikt til å yte helsehjelp til personer som oppholder seg midlertidig i kommunen (§1-1). Dette inkluderer også hjemmesykepleie og sykehjemsbehandling (§1-3). Det gis i hovedsak ikke mulighet for kommunene til å sende refusjonskrav til den kommunen der brukeren har bostedsadresse. Kommunene kan i dag kun sende refusjonskrav for opphold i institusjon eller bolig med heldags omsorgstjeneste⁴. For hyttekommunene på fjellet og ved kysten er det derfor ikke mulig å få kompensert kostnadene de har ved helse- og sosialytelser til ”hyttebefolkningen” og andre som av ulike årsaker oppholder seg midlertidig i kommunen. De eneste mulighetene er å vurdere størrelsen av egenbetaling der det er hjemmel for det, og å vurdere innføring av eiendomsskatt.

Grensesnittet mellom helsetjenester og sosiale tjenester

Grensesnittet mellom helsetjenester og sosiale tjenester som pleie og omsorg kan være uklart. Retten til sosiale tjenester er forankret i Sosialtjenesteloven der forskriften av 4. desember 1992 med endringer fra 1. januar 1998. Der fastsetter § 8-1 kommunenes

² LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

³ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid

⁴ NoU 2005/18: Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommune, Kap. 8.5 *Håndtering av personer som ikke er folkeregistrert i kommunen*



adgang til egenbetaling for lovpålagte tjenester med unntak av de begrensninger som § 8-2 beskriver, blant annet hjemmesykepleie etter Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3.⁵

Kommunens adgang til selv å fastsette betalingssatser reguleres i forskriftens § 8-3. *Kommunens adgang til å fastsette betalingssatser m.v.* som sier at kommunen selv kan fastsette regler for betaling av vederlag og betalingssatser for de tjenester som er nevnt i § 8-1 begrenset til kommunens selvkost. For fritids- og hytteboere kan det imidlertid ikke kreves refusjon fra folkeregistrert bostedskommune. Når mulige framtidige refusjonsordninger drøftes, omfattes alle pleie- og omsorgstjenester inklusive helse-tjenester hjemlet i Lov om pasientrettigheter på generell basis, uavhengig av hvordan den enkelte kommune har organisert tjenester og betalingsordninger. Når vi bruker pleie- og omsorgsbegrepet i utredningen inkluderes også kommunale helsetjenester, unntatt fastlege.

En aldrende hyttebefolkning

Når vi vet at en stor andel av hytteeierne er over 60 år,⁶ vil utfordringene sannsynligvis øke i fremtiden. Situasjonen, spesielt i kystkommuner, forsterkes ved at kommunale ansatte i pleie- og omsorgstjenesten tar ut ferie i høysesongen. I tillegg er adkomsten til hyttene delvis upraktisk og forholdene i hyttene ikke tilrettelagt for hjemmesykepleie, noe som gjør oppgavene til personell mer tidskrevende. Alle faktorene, helårs standard på fritidsboligene, økt bruk, økt alder på eierne, og større forventninger av tjenestemottakerne, tilsier at det er viktig for vertskommunene å være forberedt på en situasjon hvor presset på helsetjenester kommer å øke i årene fremover. I henhold til St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid” av 19. juni 2009, vil en rekke helsetjenester som i dag utføres i spesialisthelsetjenesten bli overført til kommunene, noe som vil by på ytterligere utfordringer i forhold til ressursbruk.

Denne formen for kommunale tjenester er kostnadskrevende og nyere former for økende mobilitet mellom kommuner utfordrer derfor det som ligger til grunn for kommuneborgerskapet som gir rettigheter til borgere der hvor man bor og der hvor borgere i Norge betaler skatt (Carlsson, 2008). Det territoriell organiserte prinsippet om skattegrunnlag og inntektsoverføringer fra staten koplet til tjenesteytelse er ”i bevegelse”. Spørsmålene vi belyser i denne utredningen er derfor av prinsipiell og normativ karakter, og ikke minst av praktisk betydning for (fritids)kommunene. Vi vil understreke at prinsippet om tjenesteyting som fastlagt i lovverket ikke er til diskusjon

⁵ Forskrift 1992-12-04 nr. 915 Forskrift til: Kommunehelsesloven, Sosialtjenesteloven, Sosialtjenesteforskriften

Kapittel 8. Vederlag for sosiale tjenester og for opphold i institusjon m.v. Sosialtjenesteloven § 11-2 og Kommunehelsetjenesteloven § 2-3 femte ledd.

Rundskriv I-46/97 av 12.12.1997 fra Helse- og omsorgsdepartementet, HOD: Endring av forskrift om vederlag for sosiale tjenester, hjemmesykepleie og opphold i institusjon mv.

⁶ <http://www.agderforskning.no/hyttestatistikk/>



her, men at vi er interessert å finne frem til hvordan finansielle og personellmessige utfordringer av mobilitet i et territorielt system kan løses, og hvilke eventuelle reguleringer som kan være hensiktsmessig.

1.2 Problemstillinger

Oppdragsgivers problemstillinger fokuserte på kommunenes finansierings- og rekrutteringsmuligheter på kommunale pleie- og omsorgstjenester:

1. Hvordan kan/bør pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsboende finansieres?

Fire ulike finansieringsstrategier utredes:

1. Bruk av skjønnsmidler
2. Eiendomsskatt
3. Refusjonsordninger mellom kommuner
4. Bruk av egenbetalingsordninger

2. Hvordan skal hyttekommunene skaffe nok kvalifisert personell til pleie- og omsorg overfor en brukergruppe som varierer sterkt sesongmessig?

3. Konsekvenser av Samhandlingsreformen

4. Krav om universell utforming

2 Metode

Vår metodiske tilnærming i undersøkelsen er triangulering, dvs. at vi bruker flere metodiske tilnærminger i prosjektet. Dette bidrar til en beriking av analysen fordi problemstillingene kan undersøkes fra ulike perspektiver. De ulike data som produseres gjennom ulike metoder kan derimot ikke aggregeres, og vi forstår denne formen for metodebruk mer i forhold til å øke reliabiliteten av undersøkelsen og å få frem et rikere bilde av prosessene. Det er hensiktsmessig at dataproduksjonen ved ulike metoder gjennomføres i riktig rekkefølge. Det er derfor tre metodiske faser i prosjektet:

Fase 1: Dokumentstudier og pilotintervjuer

Fase 2: Survey til hyttekommuner på Østlandet

Fase 3: Intervjuer i enkelte hyttekommuner

Dokumentstudier og pilotintervjuer

Dokumentstudier og to pilotintervjuer (et med ledelsen i en kystkommune og et i en fjellkommune med betydelig innslag av hytter) danner et utgangspunkt for gjennomføringen av surveyen. Dokumentstudier og pilotintervjuene etablerer en grunnleggende forståelse av hvordan situasjonen oppleves og håndteres, type incentiver



og handlingsformer. Dette er viktig for presisjonsnivået i survey spørsmålene. Analysen av surveyen danner videre et utgangspunkt for en intervjuguide som gir anledning til en fordypning på enkelte områder, og for å følge opp enkelte svar eller gode praksiser. Den kvantitative analysen viser også hvilke kommuner som skiller seg ut, enten ved at det er stor press på pleie- og omsorgstjenester, eller at det er strategier på plass for å møte behovet, eller at det for eksempel er en form for interkommunalt samarbeid etablert.

Validitet, reliabilitet og representativitet

Som begrunnet innledningsvis øker triangulering etter vårt syn validiteten av resultatene. Vi mener også at sekvensen i tilnærmingen som er beskrevet øker reliabiliteten i undersøkelsen, dokumentstudier fører til mer nøyaktige spørsmål i surveyen, og surveyen gir anledning for presisering gjennom intervjuer. I tillegg bruker vi intern og ekstern kvalitetssikrer for en gjennomgang av hele analysen. Representativitet er etter vår oppfatning ivarettatt ved at hyttekommunene i utvalget representerer ca. 50 prosent av hyttemarkedet i Norge.⁷ Vi har også delvis et sammenligningsgrunnlag fra en annen survey som vi gjennomførte innenfor et NFR-prosjekt.

Dokumentstudie

I dokumentstudien inngår en gjennomgang av lovverk, stortingsmeldinger, NoU-er og forskrifter for å skaffe et helhetlig bilde av brukernes rettigheter og kommunenes plikter på pleie- og omsorgssektoren. I tillegg kan vi gjennom dokumentstudien se på hvordan ulike kommuner har møtt utfordringene, for eksempel ved å se på organiseringen av tjenesten i ulike kommuner. Vi ser spesielt etter de gode eksemplene: hvordan enkelte kommuner har funnet gode løsninger på tjenestenes nivå, organisering og finansiering til tross for store økonomiske og personellmessige utfordringer. Vi samler også erfaringer fra andre land med en tilsvarende stor andel av fritidsboliger. Eventuelle modeller fra disse land diskuteres opp mot norske forhold. Dette gjelder også for erfaringer og incentivordninger fra andre tjenestoområder og bransjer. Dokumentstudier bringes også inn i foresight om utvikling av kroniske sykdommer (tallmateriale fra WHO, Helsedirektoratet og andre relevante institusjoner).

Survey (kvantitativ tilnærming)

Surveyen i dette prosjektet retter seg spesifikt mot finansierings- og rekrutteringsproblematikken slik de er formulert i problemstillingene. Hovedmålet var å finne ut status for hvordan kommunene håndterer utfordringene og ikke minst hvilke oppfatninger som finnes om fremtidige utfordringer på pleie- og omsorgsfeltet for fritidsboende, og hvordan disse tjenestene bør finansieres. Utgangspunktet var dokumentstudier som kunne gi innspill om ulike praksiser, modeller, strategier og incentiver. Begrunnelse for å gjennomføre en survey var å få en oversikt over de ulike tilnærmingene som kan koples opp mot variansen i kommunenes forutsetninger.

⁷ ”At utvalget er representativt, vil si at resultatene blir tilnærmet de samme som en ville fått om en hadde undersøkt samtlige enheter” (Hellevik, 1991: 83).



Surveyen er gjennomført elektronisk med *SurveyMonkey* og har vært adressert til kommunalsjef med ansvar for pleie- og omsorgstjenester i kommunen respektive til pleie- og omsorgssjef /virksomhetsleder pleie og omsorg i kommunen, avgrenset til hyttekommuner på Østlandet (se kap.2.1).

Spørreundersøkelsen er basert på svar fra et utvalg av kommuner i Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Oppland og Hedmark. På bakgrunn av disse fylkene har vi trukket et utvalg av hyttekommuner uten bykjerne. Av i alt 86 utsendte spørreskjema responderte 67 kommuner. Dette gir en svarprosent på 78 % som vi mener gir et representativt bilde av de problemstillinger hyttekommunene møter. Til tross for dette er utvalget lite og kan gi enkelte metodiske problemer. Ved bruk av krysstabeller er det en svært lav frekvens fordelt på ulike svaralternativer og en fare for at fordelingen er tilfeldig og ikke stemmer overens med virkeligheten. Vi har derfor vektlagt frekvensfordelinger og ikke krysstabeller. Men vi vil bruke enkelte krysstabeller, hvor det er hensiktsmessig, for å beskrive enkelte tendenser i tallmaterialet. I tillegg har vi åpnet for individuelle kommentarer gjennom kommentarfelt i surveyen, og kommunene fikk også tilsendt surveyen som pdf-fil for interne diskusjoner.

Agderforskning har i tillegg tilgang til en survey gjennomført av samarbeidspartneren Senter for bygdeforskning, Trondheim, i et NFR-prosjekt relatert til forandringer i hyttekommuner. En mindre del av surveyen omhandler spørsmål knyttet til pleie-omsorgshåndteringen, bl.a. om bemanningssituasjonen. Vi brukte denne surveyen som sammenligningsgrunnlag der det er mulig, og ser på dette som en sjekk for å teste representativiteten av egen survey. Bygdeforsknings survey er derimot ikke tilpasset problemstillingene som gjelder finansiering (problemstilling 1) og er sendt til alle kommuner i landet, også bykommuner.

Kvalitativ studie (Intervjuer)

Med utgangspunkt i analysen av surveyen ble det foretatt intervjuer i 10 utvalgte kommuner for å få fordypning på enkelte områder, og for å følge opp enkelte svar eller gode praksiser. Dybdestudier i enkelte kommuner kompletterte surveyens breddeundersøkelse. Surveyen gir mulighet å avgrense kommuner med spesielle behov eller spesielle tiltak. Gjennom intervjuer ønsket vi å avdekke kommunenes problemforståelse i forhold til de ulike framskrivninger og scenarier. I hvilken grad har kommunene forstått de ulike problemstillingene knyttet til omsorgstjenester overfor fritidsboende og den nye utfordringen Samhandlingsreformen representerer. Er det tatt høyde for dette i de mellomlange og langsiktige kommuneplanene? Det var viktig å se på hvilke utfordringer kommunene i dag har ved å yte hjemmehjelp/hjemmesykepleie til hytteboerne og hvordan kommunen vil håndtere disse utfordringene i fremtiden. Spesifikke temaer som eksempelvis samarbeid med vikarbyråer, bruk av skjønnsmidler eller interkommunalt samarbeid er studert mer inngående og i detalj. Vi fikk dermed også informasjon om hvordan enkelte tiltak virker, og hvorfor kommunen vurderer noen modeller som mer hensiktsmessig enn andre. Intervjuene er gjennomført telefonisk med 10 kommuner med fra ca. 1950 til ca. 14000 innbyggere og fra ca.2100 til ca. 6500 hytter. De intervjuede kommunene har et ulikt utfordringsbilde og er både innlands- og



kystkommuner fra alle fylkene rapporten omfatter. Analysen av intervjuene er drøftet i forhold til surveyen for å kunne gå mer i dybden på de ulike problemområdene.

Avgrensninger

Oppdragsgiver avgrenset undersøkelsen til seks fylker på Østlandet: Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Oppland og Hedmark. Disse fylkene representerer ca. halvparten av hyttemarkedet, og vi synes derfor at de gir et representativt bilde av utfordringene på pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Vi har foretatt en videre avgrensning i forhold til størrelsen på hyttefenomenet i de enkelte kommuner i tråd med hyttestatistikken utviklet av Agderforskning (med SSB) hvor vi definerte hyttekommuner, urbane hyttekommuner (f.eks. Kragerø) og bykommuner. Bykommuner i disse fylkene er ikke relevant i forhold til denne undersøkelsen fordi hyttebefolkningen vil normalt være meget begrenset. Surveyen var adressert til alle typer hyttekommuner, men hovedfokuset i til dels dokumentstudier og intervjuene er rettet mot typiske hyttekommuner. Vi har definert hyttekommuner som mer enn 12,5 prosent hytter per innbygger⁸.

Hyttekommunene har ulike forutsetninger og flere faktorer vil påvirke kommunens evne for å løse oppgaven med å gi kvalifisert omsorg, for eksempel:

- Antall hytter i forhold til innbyggertall
- Størrelse/kapasitet og ressursbruk på pleie- og omsorgstjenesten
- Avstand fra større arbeidsmarked
- Kommunens inntektsgrunnlag
- Sammenfall av hyttesesong med avvikling av ferie
- Interkommunalt samarbeid

Statistisk sett blir dette for mange faktorer å ta hensyn til fordi utvalget er relativt begrenset, noe som vil gå utover representativiteten. Vi har derimot gjennomført intervjuer med ulike typer hyttekommuner på basis av nevnte variabler

3 Fremskrivninger for pleie- og omsorgstjenester i kommunene

Studien handler ikke bare om situasjonen for hyttekommunene i nåtid, men vi skulle også se nærmere på utviklingen fremover hva gjelder utvikling av de mest vanlige aldersrelaterte sykdommene og behovet for pleie- og omsorgspersonell i form av relevant tallmateriale som synliggjør omfanget av problemstillingene. Det gjelder fremskrivninger til 2020-2060 av befolkningen/fritidsboende som alderssammensetning, diagnosegrupper og kostnader knyttet til pleie- og omsorgstjenester; samt framskrivning til 2020/2030 av behov for kvalifisert personell.

Utfordringene knyttet til befolkningens helse vil fram mot 2030 vise en betydelig økning, i særdeleshet for kommunene som vil få et større ansvar. Dette er både en økonomisk utfordring og en utfordring knyttet til kompetanse og personell.

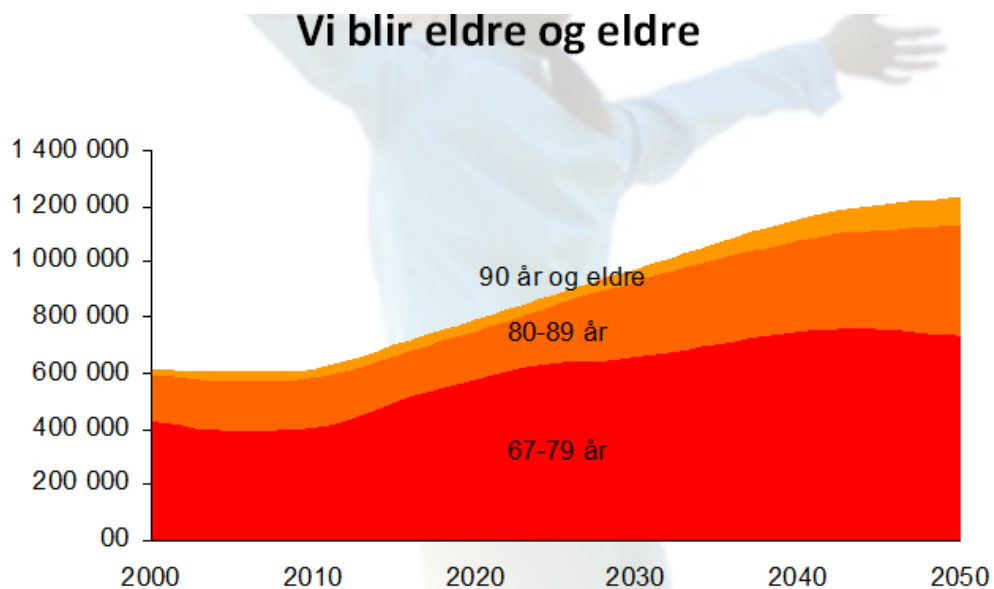
⁸ Det vil si at når det er 3 000 hytter i en kommune med 12 000 innbyggere er ratio på 25 prosent.



Hyttekommunene vil kunne merke dette i særlig stor grad. Gjennomføringen av samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 2008-2009) vil eventuelt stille nye krav til kommunehelsetjenesten, noe som vil få konsekvenser for kostnadene. I tillegg til å betjene kommunens egne innbyggere vil ”hyttebefolkningens” behov for helse- og omsorgstjenester øke presset.

Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden og øker fortsatt. Forventet levealder har økt jevnt og trutt i omtrent 200 år, gjennomsnittlig med litt over 0,2 år per kalenderår, og økningen har vært særlig sterk de siste 20 år, spesielt for menn. Imidlertid var økningen liten i 2007 og 2008, men skjøt fart igjen i 2009. Fra 2008 til 2009 økte forventet levealder ved fødselen med 0,1 år for kvinner og 0,3 år for menn. Dette er de høyeste registrerte verdier noensinne for Norge⁹.

Figur 1. Innbyggertall og befolknings sammensetning fram mot 2050

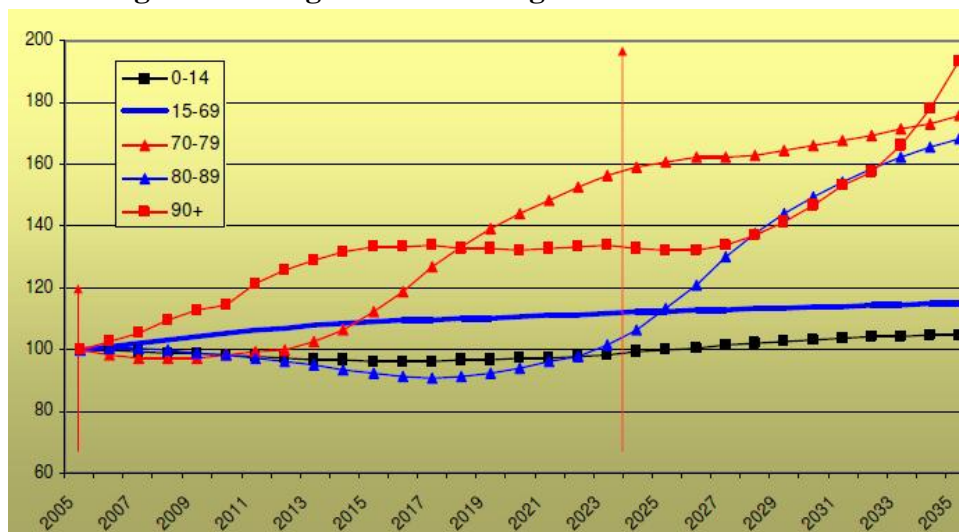


Kommunene får helt nye og svært ressurskrevende utfordringer som demens, dårlig mobilitet, og andre kroniske lidelser

Kilde: SSB

⁹ SSB 15.april 2010

Figur 2. Endring i befolknings sammensetning fra 2006 - 2035



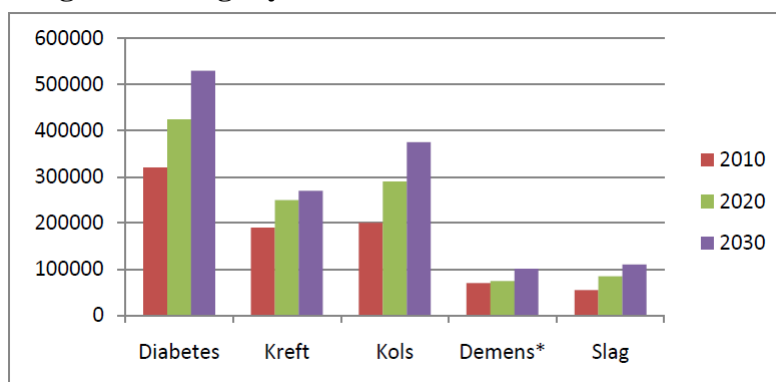
Antall eldre over 80 år vil øke med ca 50 % fra 2007 til 2030

Kilde SSB.

3.1 Utviklingen av viktige sykdommer og kroniske helsetilstander fremover

Nye helseutfordringer er synliggjort i arbeidet med St.meld. nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen der det pekes spesielt på 13 grupper av pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenesten som vil kreve økt innsats fra kommunehelsetjenesten.

Figur 3: Utviklingen av viktige sykdommer/kroniske helsetilstander fram mot 2030



Sykdom/kronisk helse tilstand	2010	2020	2030
Diabetes	320000	425000	530000
Kreft	190000	250000	270000
Kols	200000	290000	375000
Demens*	70000	74000	101000
Slag	55000	85000	110000
Antall enkelt diagnoser	835000	1122000	1386000
Andel av befolkningen	17,20 %	21,75 %	25,80 %
Folketall	4 858 199	5 156 023	5 363 269

*I hovedsak over 65 år

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet, SSB og Helse og omsorgsdepartementet



Alle disse diagnosegrupper vil en kunne finne i hyttebefolkningen. Av de 13 fokusgruppene vil de viktigste i forhold til eldreomsorg være diabetes, kreft, kols, demens (eldre med sammensatte problemer og lidelser) og slag. Det er disse vi skal se nærmere på. I tillegg vil gruppene sjeldne sykdommer og funksjonshemminger, multifunksjonshemmede barn og personer med utviklingshemninger ha betydning. Det store presset vil imidlertid komme fra den eldre delen av befolkningen.

Noen helseutfordringer

25% av statsbudsjettet er helsekostnader

- Norge bruker 70 milliarder kroner årlig på helse
- 120 000 betalte årsverk, vel 100 000 produsert ubetalt.
- 260 000 mennesker er brukere av helsetjenestene, hvorav 40 000 er storbrukere
- Dette vil øke i årene framover
- Nesten 40 % av kommunenes utgifter går til helse- og omsorgstjenester

Noen nøkkeltall fra SSB (2010) knyttet til helse viser at

- 3 av 10 sier at de har helseproblemer som påvirker hverdagen
- 1 av 4 har en sykdom i muskler eller skjelettet
- 10-15 prosent har psykiske problemer
- 1 av 8 har ligget på sykehus det siste året
- 1 av 10 i yrkesaktiv alder er uføretrygdet
- 21 prosent av 16-74 åringer røyker daglig (2008)
- 2 av 5 dør av hjerte- og karsykdom

Dette må defineres som et folkehelseproblem og er en utfordring som til sist er kommunenes ansvar. Folkehelseutfordringen, kommunes netto driftsutgifter til helsetjeneste og pleie- og omsorg og implementering av Samhandlingsreformen gir kommunene et helt nytt utfordringsbilde hva gjelder både økonomi, kompetanse og infrastruktur. Ved en økende hyttebefolkning slår dette med dagens finansieringsordninger spesielt uheldig ut.

3.2 De store folkehelseutfordringene

Diabetes

Den internasjonale diabetesføderasjonen (IDF) anslår at 247 millioner mennesker hadde diabetes i 2007. Tallet er økende og skyldes en sterk økning i type 2 diabetes. I 2025 er det anslått at 333 millioner voksne i aldersgruppen 20-79 år vil ha diabetes. Helsedirektoratet anslår at antallet personer med diabetes i Norge i 2004 til ca. 265 000, og at halvparten av disse hadde ikke fått diagnostisert sykdommen¹⁰. For Norge vil dette

¹⁰ ”DIABETES Forebygging, diagnostikk og behandling” (2009)



bety at en med utgangspunkt i antall diagnostiserte pr. i dag vil kunne ha økning på mer enn 100 % fram mot 2030.

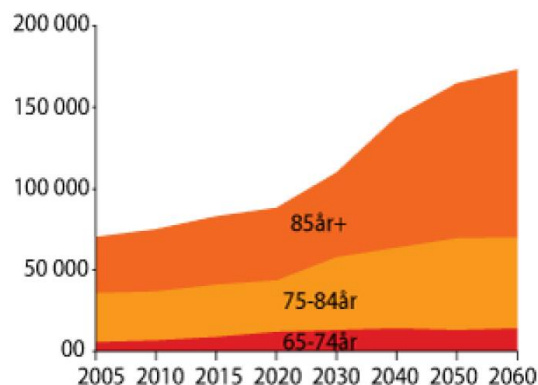
Kreft

Kreft rammer alle aldersgrupper, men spesielt eldre. De fleste nordmenn som får kreft er eldre enn 50 år - denne gruppen utgjør 90 prosent av de mannlige og 85 prosent av de kvinnelige pasientene. Over halvparten av tilfellene inntreffer etter fylte 70 år. Ca. 191 000 har per i dag en kreftdiagnose. Antall krefttilfeller kommer til å øke med om lag 30 prosent frem mot 2020, og nesten 31 000 nordmenn vil få en kreftdiagnose dette året¹¹. Mot 2030 vil økningen være ca. 40 %. Det vil si at i 2030 vil ca. 270 000 ha en kreftdiagnose. Den økte kreftforekomsten henger sammen med økt størrelse på befolkningen, økt levealder og økt risiko for enkelte kreftformer samt livsstil faktorer som overvekt og røyking.

KOLS

Om lag 200 000 nordmenn har trolig kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. I følge WHO vil KOLS i 2030 være den 4. hyppigste dødsårsak i verden. Fordi det ikke finnes noe komplett register over personer med KOLS, kan ikke antallet personer med KOLS fastslås presist. Data fra 1996-97 viser at om lag 7 % eller om lag én av 14 nordmenn i alderen 26-82 år har KOLS. Det innebærer det at noe over 200 000 voksne personer har KOLS og at ca. 20 000 voksne får KOLS hvert år. Forekomsten av KOLS er høyest i aldersgruppen 60-74 år. Undersøkelsen viser 25 % økning i forekomsten av KOLS i Norge i løpet av de siste 15 årene. Med utgangspunkt i at ca. 7 % av nordmenn i alderen 26-82 år har kols, vil et estimat for 2030 være ca. 375 000.¹²

Figur 4: Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060



Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for alderdemens 2005¹³

¹¹ Kreftregisteret

¹² Kilder: Helse og omsorgsdepartementet: Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011, Folkehelseinstituttet og WTO



Slag

Et hjerneslag, også bare kalt "slag", er en felles betegnelse for hjerneinfarkt og hjerneblødning. Det er den tredje hyppigste dødsårsak av alle sykdommer og en av de viktigste sykdomsårsakene til alvorlig invaliditet i den vestlige verden. Det blir nesten 15 000 nye tilfeller av hjerneslag i Norge hvert år og koster det norske samfunnet ca. tolv milliarder kroner i året. Basert på en undersøkelse i Nord-Trøndelag kan vi anta at 55 000 lever med hjerneslag i Norge. På grunn av at vi har en aldrende befolkning, kan antallet øke til 110 000 i 2030.¹⁴ Hjerneslag er årsak nummer en til uførhet, nummer to til innleggelse i sykehjem samt nummer tre som dødsårsak. I 2006 døde i alt 3583 personer av hjerneslag. Siden 1970 har det vært en klar nedgang i dødeligheten av hjerneslag. Det er imidlertid ikke observert en entydig nedgang i risikoen for hjerneslag i de senere år i de nordiske land, men flere overlever etter et hjerneslag og flere lever lenger. I de senere år har nok bedret slagbehandling det meste av æren for den observerte nedgangen i dødelighet. Men vi savner systemetiske, standardiserte registreringer av hjerneslagtilfeller i befolkningen som kan si oss noe sikkert om dette i Norge. Slike registreringer gir grunnlag for studier av tidstrender og geografiske sammenligninger som er avgjørende for å forstå betydningen av ulike risikofaktorer for hjerneslag, identifisere risikogrupper og planlegge forebyggende tiltak.

Det er et ulikt forløp for diagnostisering og behandling av de ulike diagnosene, og sykdomsrisiko/forekomst øker med alder. Det må her presiseres at mange kan ha flere av lidelsene. Antallet mennesker med dobbelt- eller trippeldiagnoser øker med øket levealder. De fleste over 65 år med én av de her nevnte diagnosene har gjerne en eller flere av de andre. En kan derfor ikke uten videre legge sammen gruppene. På den annen side er behandlingen av de ulike diagnosene forskjellig. En person med eksempelvis trippeldiagnose vil kunne ha tre ulike parallelle behandlingsforløp som der hvert enkelt i seg selv er ressurskrevende.

Det vil være stor usikkerhet i framskrivningene da en i dag ikke har god nok kunnskap om framtidige behandlingsmetoder, og heller ikke har god nok kunnskap om effekten av livsstils endringer og forebygging. Uansett vil en med bakkgrunn i dagen kunnskap peke på store utfordringer for helsevesenet fram mot 2030.

3.3 Fremtidig behov for helsepersonell og økonomiske konsekvenser

Frem mot 2030 vil det bli en betydelig økning i behovet for helsepersonell.¹⁵ Det utdannes altfor få helsefagarbeidere, og det kan også bli mangel på sykepleiere, bioingeniører, fysioterapeuter, helsesøstre og jordmødre. Den samlede mangelen vil i 2030 være 40.000 personer. Dette gjelder særlig helsefagarbeidere (de tidligere hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) og sykepleiere. En viktig grunn er at en

¹³ Hentet fra: St.meld. nr. 25(2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer

(<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>)

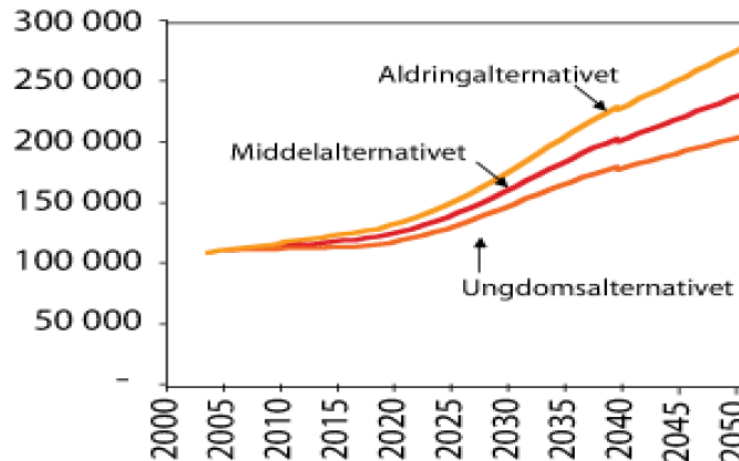
¹⁴ Kilde: Statens helsetilsyn

¹⁵ Statistisk sentralbyrås rapport 2009/9 *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell* Fram mot år 2030 Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008.



framskriving helt fram til 2030 blir mer preget av den sterke veksten i antall personer over 80 år som vil komme etter 2020.

Figur 5: Sysselsettingsbehovet (2000–2050) ved ulike forutsetninger i befolkningsframskrivningen, målt i antall årsverk. Familieomsorgen er holdt konstant på 2002-nivå.



Kilde: Økonomiske Analyser nr 4/2006. SSB

220 milliarder i årlige helsekostnader.

Kostnadene til helse i Norge er samlet på over 220 milliarder årlig. Endringer i sosiale mønstre, befolkningens forventninger og rettigheter er også forhold som vil bidra til økt etterspørsel etter helsetjenester. Tjenesteveksten som følger av dette vil også over tid innebære store kostnadsøkninger. Det er vanskelig å foreta en god framskriving av helsekostnadene fram mot 2030, og det enda vanskeligere å beregne hvordan dette slår ut i forhold til kommunene. Det er flere årsaker til dette. Den medisinske utviklingen fører til krav om bedre og kostbarere behandling. Samhandlingsreformens konsekvenser mht. hvor behandlingen skal finne sted, og hvordan helsetjenestene skal finansieres er ikke utredet godt nok til å kunne utarbeide rimelig sikre estimater. Denne usikkerheten fører til at den enkelte kommune ikke vil kunne ha forutsigbarhet i forhold til egne ressursbehov, verken økonomiske eller personellmessige. Dette vil igjen gi usikkerhet om ressursbehovet knyttet til helsetjenester til hyttebefolkningen. Noen eksempler på denne usikkerheten er at behandling av nyresvikt nå kan foretas i hjemmene med mobile dialyseapparater. Dersom dialyse i framtida blir en kommunal oppgave vil en hyttebeboer i prinsippet kunne bo på hytten og bli behandlet der. Ved medisinsk rehabilitering etter eksempelvis slag vil en slagrammet hyttebeboer i prinsippet kunne kreve behandlingen gjennomført i hyttekommunen. Dette vil kunne føre til et betydelig større ressursbruk knyttet til hyttebeboerne enn det en ser i dag.

Den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbilde viser at de samfunnsmessige effektene over tid kan få et omfang som sterkt utfordrer samfunnets bæreevne. Samhandlingsproblemene er store og vokser med spesialiserte personell-

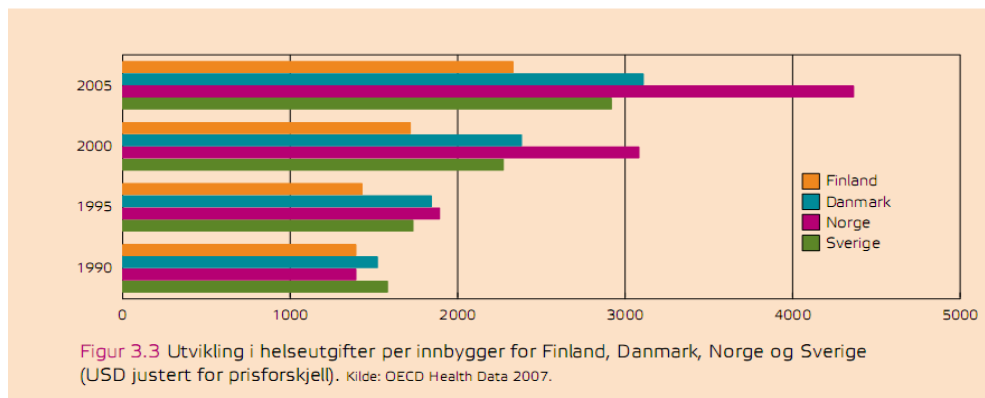


grupper, behandlingskompleksitet, funksjonsdeling og nye pasientgrupper, og fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre.

Nesten 40 % av kommuneakken brukes nå til helsetjenester, pleie og omsorg

I løpet av siste fem år har kommunens andel til pleie og omsorg økt fra 32,7 pst til 34,5 pst av samlede utgifter.¹⁶ Dette dekker pleie og omsorg til både eldre og yngre innbyggere med pleie og omsorgsbehov. I tillegg kommer kommunehelse som utgjør ca. 5%. Yngre brukere (under 67 år) utgjør en stadig større andel av samlet antall brukere av pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. I 2009 utgjorde yngre brukere om lag en tredel av brukerne, og brukte om lag to tredeler av ressursene i de hjemmebaserte tjenestene. Dette rokker ved oppfatningen av at pleie og omsorgstjenester i hovedsak dreier seg om eldreomsorg. Om lag 48 pst. av kommunenes pleie og omsorgsutgifter brukes til hjemmebaserte tjenester. Resten går til pleie og omsorg i institusjon og boliger med heldøgns bemanning, samt aktivisering. Andel innbyggere over 80 år i institusjon har vært tilnærmet uendret siste fem år, mens andelen eldre som bor i omsorgsboliger har økt.

Figur 6. Ressursutviklingen i helsetjenesten

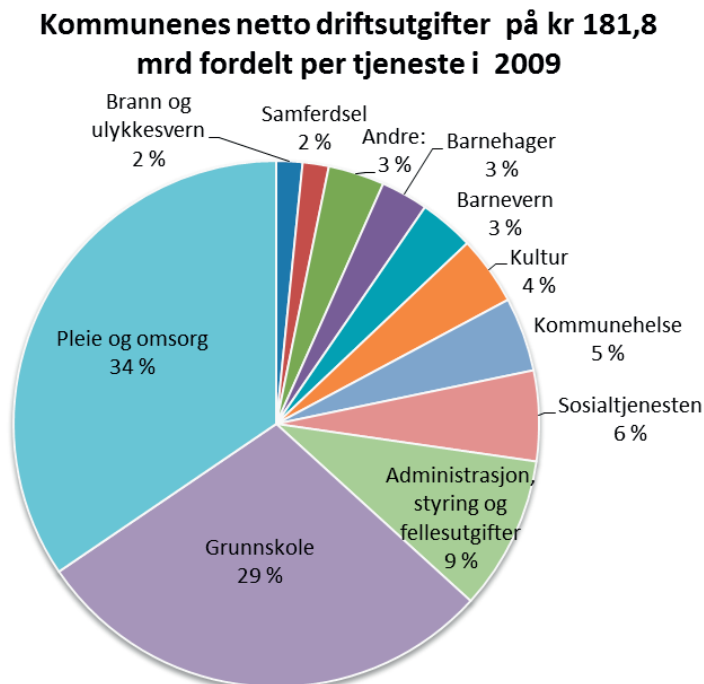


Norge har størst kostnadsvekst per innbygger i Norden og dårligere effektivitetsvekst (kostnad per liggedøgn kostnad per behandling). Utviklingen i helseutgiftene per innbygger er dramatisk og vil sannsynligvis fortsette fordi stadig nye, kostbare behandlingsmetoder tas i bruk samtidig som det blir en større andel av eldre, og en kraftig økning i livsstilsrelaterte sykdommer.

Dette blir en formidabel utfordring for kommunene når Samhandlingsreformen gjennomføres og mye av den behandlingen som i dag forgår i sykehusene overføres til kommunene

¹⁶ Kilde: KS november 2010

Figur 7. Kommunenes utfordringsbilde på helse- og omsorgssektoren.



Kilde: KS: Kommunene og norsk økonomi 1/2011. Nettoutgifter er hovedsaklig bruttoutgifter fratrukket øremerkede tilskudd og egenbetalinger i tjenesten

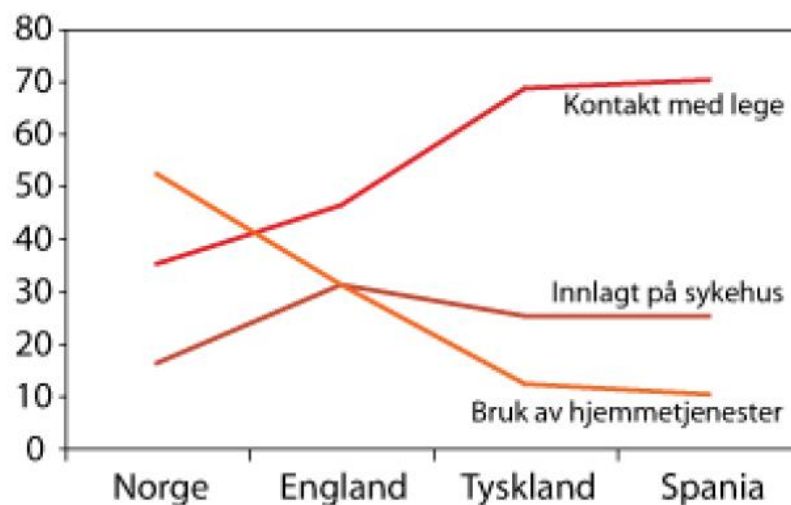
Samhandlingsreformen vil innebære at kommunehelsetjenesten skal overta mange tjenester som i dag ligger under spesialisthelsetjeneste og at medisinske funksjoner blir kommunale oppgaver. Hvilke oppgaver som skal overføres eller hvordan finansieringen blir er foreløpig ikke avklart. Det er imidlertid antydning av en overføring av rundt 25 % av tjenestene. Dette vil være kompetansekrevende funksjoner som er ofte av tverrfaglig art og krever i noen grad spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester som eksempelvis:

- Tidlig intervensjon ved for eksempel type 2 diabetes, kols, demens og rus.
- Tverrfaglige team, herunder ambulante, med særskilt fokus på kroniske sykdommer som type 2-diabetes, kols, demens, rehabilitering/ habilitering, lindrende behandling, psykisk helse og rus.
- Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse;
- Behandling av eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i stedet for innleggelse i sykehus.
- Observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus.
- Etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem.



Dette er tjenester som hyttebeboere vil ha rett til uten at kommunene med gjeldende lovgivning kan ta egenbetaling eller kreve refusjon fra ”hyttepasientens” folkeregistrert kommune. En framskrivning av utviklingen vil ha mange usikkerhetsfaktorer, da det i de fleste modeller for framskrivning opereres med en tidshorisont 2030-2050. Men med den kunnskapsbasen vi har i dag kan en med rimelig sikkerhet peke på følgene så langt det ikke skjer betydelige endringer i folks livsstil eller radikale gjennombrudd innen medisinsk behandling. Aldersrelatert sykdom med stort samhandlingsbehov vil øke.

Figur 8: Andel av personer i alderen 85år + som har: 1) vært innlagt på sykehus, 2) mottatt hjemmetjenester siste 12 måneder, 3) hatt kontakt med lege siste måned, i Norge, England, Tyskland og Spania.



Kilde: Daatland og Herlofson 2004

Endret alderssammensetning

En vesentlig faktor er at befolkningens alderssammensetning ved at antall eldre over 80 år vil øke med ca. 50 % fra 2007 til 2030. Hjemmehjelp og hjemmesykepleie er for Norges del de to sentrale tjenestene for hjemmeboende eldre. Når vi sammenligner bruk av hjemmesykepleie er tilgangen høyere i England, men en større andel eldre mottar hjemmesykepleie i Norge sammenlignet med Tyskland og Spania (Figur 7). Norge ligger også høyt over de samme landene i bruk av alders- eller sykehjem.

Flere utviklingstrekk peker i retning av en økning av standarden på tjenestetilbudet i framtida. Morgendagens eldre vil ha andre preferanser enn dagens eldre, og det kan komme krav om kvalitetsforbedringer fra flere hold. Nye teknologiske muligheter og nye rettigheter kan også øke standarden på tjenestene. Dette fører til en sterk økning i ressursbehovet til nesten 420 000 årsverk i 2050, noe som representerer en økning på over 280 prosent i forhold til 2003. Økningen forsterkes av at de som får familieomsorg også vil kreve en økning av standarden, og denne økningen vil komme i form av omsorgstjenester fra det offentlige. Framskrivningen illustrerer at krav og forventninger om økning i standarden tidlig i perioden vil kunne få større konsekvenser for personellbehovet enn de demografiske utfordringene omsorgstjenesten står overfor.



Istedenfor en økning av standarden på tjenestetilbudet, bør de mulighetene den demografisk sett stabile perioden de neste 15 år først og fremst benyttes til å ruste opp tjenestetilbudet for å møte de framtidige utfordringene. De neste tre figurene viser hvordan ulike faktorer virker inn på sysselsettingsbehovet i helsesektoren. Vi ser nærmere på befolkningsøkning, antakelser om sykkelighet i befolkningen og standardøkning.

Usikre framskrivninger

Det er mye usikkerhet knyttet til disse framskrivninger og f.eks. ett gjennombrudd i demensforskningen vil kunne føre til en betydelig justering. I forhold til en ren framskrivning av utgiftene på helsetjenester på et overordnet nasjonalt nivå der spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten sees under ett, vil bl.a. følgende momenter kunne trekke i retning av lavere utgifter: En positiv velferds- og økonomisk utvikling vil kunne bedre helsen. Høyere utdanningsnivå vil kunne føre til bedre helse og større evne til egen mestring. En større andel av framtidens eldre blir menn, som har et lavere forbruk av helse- og omsorgstjenester enn kvinner. Faktorer som trekker i retning av økte utgifter er: Potensialet for familieomsorg holdes forholdsvis konstant, noe som innebærer at veksten i omsorgsbehovet må dekkes av det offentlige, standardforbedringer og høyere reallønn i sektoren som følge av rekrutteringsstrategier og lav produktivitetsvekst. En del faktorer kan slå ut i begge retninger: den medisinske utviklingen kan gi folk en bedre helsetilstand, men vil også føre til at flere med svak helse kan leve lenger; og en bedring i Eldres ressurser samt et mer individualistisk verdisyn kan føre til at flere ønsker å klare seg selv, men også at de kan bli mer krevende brukere. I tillegg er omsorgstjenesten avhengig av hvordan kapasiteten i sykehus og spesialisthelsetjenesten utvikler seg. For kommunene er Samhandlingsreformen den faktor som vil bidra til de største utfordringene ved den store usikkerheten som ligger i gjennomføringen av denne.

Behovet for sykehjemsplasser og omsorgsboliger vil øke betydelig. En stor utfordring i årene framover er å bygge ut kapasiteten for det samlede bo- og institusjonstilbudet, slik at vi ikke havner på etterskudd når den store økningen i behovet for omsorgstjenester kommer rundt 2020. I 2005 var det i overkant av 40 000 institusjonsplasser for eldre, og nesten 50 000 boliger til omsorgsformål, hvorav halvparten var omsorgsboliger. Til sammen utgjør dette om lag 90 000 boenheter tilrettelagt for pleie og omsorg. Med utgangspunkt i de forutsetninger som er lagt til grunn i SSBs framskrivninger av personellbehovet, er det gjort tilsvarende framskrivninger av behovet for boenheter til omsorgsformål. Høyere bostandard, universell utforming av boliger og omgivelser og bedre økonomi hos alderspensjonistene vil gi brukerne større mulighet til å finansiere tilrettelegging av egen bolig, eller betale høyere husleie, innskudd og vederlag ved opphold i sykehjem. Det legges til grunn at det offentlige først og fremst skal sikre botilbud for personer som har behov for omfattende omsorgstjenester/ døgntjeneste. Behovet er begrunnet i følgende forhold: SSB sine framskrivninger viser at Norge fra rundt 2020 må forvente en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år (årlig vekst mellom 3,5-7 prosent). En del kommuner vil imidlertid møte veksten tidligere (folkerike



kommuner i Akershus) mens andre vil få en reell nedgang i antall eldre. Utvidelse av kapasiteten i den enkelte kommune må starte i god tid før veksten inntreffer.

Kommunene har i dag et udekket behov for egnede boliger til yngre tjenestemottakere med omfattende tjenestebehov, herunder både mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelser. Sosial- og helsedirektoratet har dokumentert behov for 2 700 boliger til personer med psykiske lidelser og omfattende tjenester ut over opptrappingsplan for psykisk helse. Ut over det ordinære vedlikehold er det et løpende behov for utskifting av gamle bygninger som ikke oppfyller hensynet til effektive driftsformer, krav til tilgjengelighet, arbeidsmiljø og brannsikkerhet. Som et anslag antydes det behov for om lag 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2030. Anslaget omfatter både eldre og yngre personer med behov for heldags omsorgstjenester. En del av de 60 000 enhetene kan finansieres av brukerne. Et jevnt utbyggingsnivå de nærmeste 20 årene innebærer 3 000 plasser og boenheter per år. Imidlertid kan en tenke seg at investeringstakten fram mot 2030 vil være økende, og at takten de nærmeste årene er noe lavere. Husbanken skal stimulere til livsløpsstandard og universell utforming av boliger og omgivelser. Dette forebygger og utsetter behovet for tilbud i sykehjem og omsorgsboliger.

I langtidsprogrammet (2002- 2005) ble det foretatt framskrivninger av utgiftene til offentlig finansiert eldreomsorg, dvs. utgifter til omsorgstjenester til henholdsvis personer over 67 og 80 år. Utgiftene for personer over 67 år er framskrevet under ulike forutsetninger om endringer i eldres funksjonsevne. Alle beregningene er gjort under antagelsen om lik forventet levetid. Som andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) vil utgiftene for aldersgruppen over 67 år øke fra 2,9 prosent i 1998 til 4 prosent i 2030, hvis det ikke skjer en endring i eldres funksjonsevne. Dette innebærer en relativ økning på 40 prosent. For gruppen over 80 år, vil den relative økningen være på knapt 50 prosent.

Legger en til grunn en fortsatt forbedring av eldres funksjonsnivå i samme takt som de siste 10-15 årene antyder, vil omsorgstjenestenes andel av BNP kunne stabiliseres fram mot 2030 til tross for økningen i antall eldre. Det understrekes imidlertid at framskrivningene bygger på svært få variabler for å beskrive funksjonsevne.

Statistisk sentralbyrå har foretatt framskrivninger av utgiftene til sektoren fram til 2050 ved hjelp av MSG-modellen som er en generell likevektsmodell for norsk økonomi som benyttes til å belyse utviklingen i samlet produksjon, fordeling, sysselsetting og real-kapital på ulike sektorer, privat og offentlig konsum, priser på varer og reallønns-utvikling på lang sikt.

I de framskrivningene som hittil har vært laget av norsk økonomi og offentlige finanser til 2050-60, for eksempel i Perspektivmeldingen¹⁷, er det antatt at dagens alders-spesifikke helsetilstand ikke endres. Hensikten med de nye beregningene er å vise betydningen av alternative forløp for helsetilstanden for offentlige finanser. Konkret ser vi på forløpet fram til 2050 under følgende alternative forutsetninger om helsetilstand:

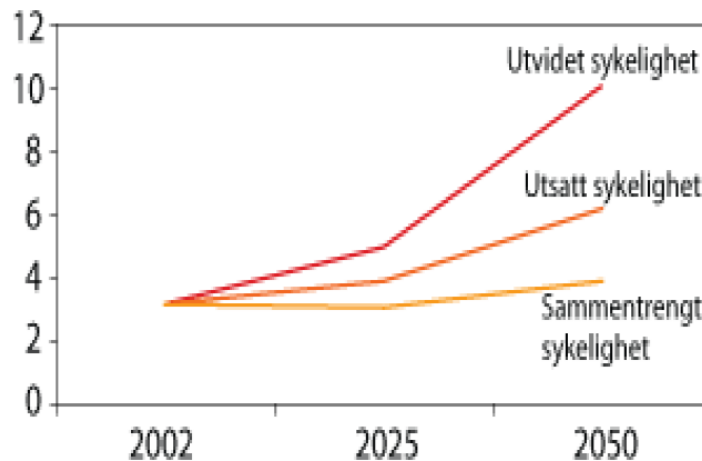
¹⁷ St.meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen 2009



- utsatt sykkelighet: Forventet antall år med alvorlig sykdom og funksjonstap holdes på 2002-nivå, men utsettes ved lengre levealder
- utvidet sykkelighet: Helsetilstand holdes konstant som i 2002, og utvides med økt levealder
- sammentrengt sykkelighet: Forventet antall år med alvorlig sykdom og funksjonstap blir færre enn i 2002

I alle tre alternativene holdes frivillig og familiebasert omsorg konstant, og det forutsettes ingen endringer i oppgavefordelingen mellom spesialisttjenesten og kommunene. Figur 9 gir utviklingen i lønnskostnadene for omsorgstjenesten som andel av BNP for de tre helsealternativene.

Figur 9: Lønnskostnader i pleie- og omsorgssektoren som andel av BNP fastlands-Norge under ulike forutsetninger om helsetilstand og der familieomsorgen er holdt konstant på 2002 nivå.



Kilde: SSB Rapport 21/2006

Forutsetningene om befolkningens helsetilstand vil ha stor betydning for utviklingen i utgiftene til pleie og omsorg i årene framover. Framskrivningen viser at omsorgstjenestens utgifter vil øke fra 3,4 prosent av BNP i 2005 til 4,7 prosent i 2030 og 6,4 prosent i 2050, under forutsetning av at perioden med nedsatt funksjonsevne på slutten av livet er uendret, men utsettes ved forlenget levealder («Utsatt sykkelighet»). I alternativet med «Utvidet sykkelighet» vil utgiftene utgjøre hele 10,5 prosent av BNP i 2050. Hvis derimot helseutviklingen fører til at befolkningen i gjennomsnitt får en kortere periode med stort omsorgsbehov før død («Sammentrengt sykkelighet»), vil det bli en forholdsvis moderat økning i de relative utgiftene, og det vil til og med bli en nedgang i disse fram mot 2020.

Demografiske framskrivninger viser at framtidens brukere av de kommunale omsorgstjenestene vil bli flere. Samtidig ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de seneste tiår er personer under 67 år. Morgendagens brukere vil ha andre



behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem. Framtidas brukere vil både bestå av nye generasjoner eldre og flere yngre tjenestemottakere som krever et mer mangfoldig tjenestetilbud. Framtidas eldre vil både ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. I større grad enn dagens eldre vil de også være vant til, og forventer, å kunne bestemme over egen tilværelse, noe som innebærer at de selv vil styre sin egen fritid, og hvor de vil tilbringe fritiden.

4 Praksiser for finansiering

Hvordan løses utfordringer relatert til pleie- og omsorgstjenester for hyttebeboere i andre skandinaviske land med lignende hyttebefolkninger, dvs. Sverige og Danmark, og hvordan er finansiering denne sektoren?

4.1 Regelverk og praksis i Sverige og Danmark

Sverige

I Sverige er det forvaltningsloven som fastsetter kommuners ansvar i forhold til bl.a. pleie- og omsorgstjenester regulert gjennom *vistelsesprinsippet*, som innebærer at hver person som besøker en annen kommune har rett til pleie- og omsorgstjenester (Socialhjælpslagen referert i SOU, 2009). Inntil 1980-tallet krevde Sverige interkommunale erstatninger som da tatt bort ut fra et resonnement om at det utgjør et lite antall enheter i forhold til administrative kostnader. Flere offentlige utredninger har belyst spørsmålet, ikke minst på grunn av tvister mellom kommuner. Særsilt attraktive feriekommuner savnet rettferdighet i fordelingen.

Danmark

Mens Sveriges forvaltningspraksis på kommunal tjenesteytelse for pleie- og omsorg ligner den norske, har Danmark organisert det annerledes. Danmark har ca. 200 000 fritidsboliger, såkalte sommerhuse, hvorav 18 300 er helårsbruk (Miljø- og Planlægningsutvalget, 2009). Dette har ført til en sterk økning av pensjonister i fritidskommunene, ikke minst fordi pensjonistreglen (Planloven § 41) gjør det lovlig å bo i fritidsboligen hele året. Dette understøtter vår påstand at pensjonister bruker sine fritidsboliger/hytter i større omfang, også i Norge.

Forvaltningslov i Danmark innebærer at hyttebeboere har krav på pleie- og omsorgstjenester fra hyttekommunen uten egenandel utover den statlig regulerte. Imidlertid kan hyttekommunen pålegge en del begrensninger (se retningslinjer fra Fanø kommune under), og finansieringen er ordnet etter et strengt territorielt prinsipp. Det er "gjestens" egen hjemkommune som skal betale for pleie og omsorgstjenester herunder også hjelpemidler. Hjelpen vil være den samme som i egen kommune eller etter fritidskommunens standarder. Det blir etablert kontakt mellom forvaltningen i fritids- og hjemkommunen. Det er dermed en etablert refusjonsordning mellom kommunene, og det er de faktiske utgifter i fritidskommunen som skal refunderes av hjemkommunen.



4.2 Praksiser for finansiering og rekruttering på ulike tjenesteområder

Kommunene har et utstrakt samarbeid på ulike sektorer som er regulert gjennom kommuneloven. Områdene der interkommunalt samarbeid er mest fremtredende er tekniske sektorer (brannvern, renovasjon og veivedlikehold), men også ved administrative tjenester (regnskap, data, etc.). Det som kjennetegner alle samarbeidsområdene- og formene er at det foreligger robuste avtaler om kostnadsrefusjoner og at samarbeidsklimaet er godt. Avtalene kan være forskjellige på de ulike feltene, men de tar utgangspunkt i de reelle kostnadene og fordeles kommunene imellom med folketallet som førende for fordelingsnøkklene.

Ved drøftingen av mulige refusjonsordninger for kommunale tjenester til innbyggere fra andre kommuner, dvs. hyttebeboere og eventuelt andre med folkeregistrert adresse utenfor kommunen, så en på hvordan dette er gjort på andre samfunnssektors tjenesteområder der det finnes ulike refusjonsordninger. Ordningene er ulike og med ulike hjemler. Felles for dem er prinsippet om at det er kommunen som vedkommende har folkeregistrert adresse i som skal betale for de tjenester som mottas i andre kommuner. To sentrale sektorer som har robuste lovfestede retningslinjer for dette er utdanningssektoren og barnevernet, mens for helsetjenester er slike typer hjemler eller avtaler fraværende. Det er naturlig å benytte disse som modeller for hvordan en kan innrette seg mht. helsetjenester i kommunene fordi begge er offentlige sektorer som har benyttet dette refusjonsregime i en årrekke.

Refusjonsordninger for undervisningssektoren

I forskrift til opplæringsloven beskrives kommunens økonomiske ansvar for elever (gjerne benevnt som gjesteelever) som får opplæring utenfor bostedskommunen sier § 18-1- b, andre ledd¹²:

12 FOR 2006-06-23 nr 724 til Opplæringsloven.

Om ikkje anna blir avtalt, skal den kommunen som ber det økonomiske ansvaret, betale for vanleg undervisning det som ein elev i den kommunen der eleven har opphald, kostar i gjennomsnitt. For spesialundervisning og spesialpedagogisk hjelp fastset bustadkommunen omfanget etter ei sakkunnig tilråding frå vertskommunen. Det økonomiske ansvaret følgjer av det å fastsette omfanget.

Kapittel 18 beskriver også i detalj hvordan dette skal reguleres i ulike situasjoner det eleven er under barnevernet, på institusjon eller i fosterhjem. I kapittel 19 beskrives fylkeskommunens økonomiske ansvar for videregående opplæring.

Refusjonsordninger i barnevernet

Loven om barneverntjenester (barnevernloven) gir i kapittel 9 klare føringer for hvor det økonomiske ansvaret ligger ved omsorgsovertakelse for barn, og når omsorgsansvaret legges til andre kommuner en hjemkommune¹³.

Omsorgskommunen er den kommune som etter lovens § 8-4 jf. § 9-1 har ansvaret for å treffe vedtak om tiltak og for gjennomføring av tiltaket, samt for utgiftene forbundet med tiltaket. Dette er den kommune som har truffet vedtak om plassering utenfor hjemmet, dersom det ikke senere er avtalt at ansvaret skal



overføres til en annen kommune. Begrepet omsorgskommune benyttet her forutsetter således ikke at det formelt sett er truffet vedtak om omsorgsovertakelse for barnet.

For Kommune-Norge vil dette kunne være mulige tilnæringsmåter dersom det ønskes å få gjennomslag for lovfestede refusjonsordninger for hytteboere og andre som oppholder seg i kommunene uten å ha folkeregistrert adresse i disse.

4.3 Finansiering av pleie- og omsorgstjenester til hytteboere

Hvordan kan/bør pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsboende finansieres? Det er i dag ingen gode lovforankrede løsninger for hvordan pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsboende skal/kan finansieres og hvordan kommunene kan få dekket inn utgifter i forbindelse med disse tjenestene. Spesifikt undersøker vi fire ulike modeller/strategier for finansiering av pleie- og omsorgskostnader for ”transkommunale” borgere:

- Bruk av skjønnsmidler
- Bruk av eiendomsskatt
- Bruk av refusjonsordninger mellom kommunene
- Bruk av egenbetalingsordninger

Før vi så nærmere på de ulike strategiene var det viktig å vite hvor store utgiftene er for hyttekommunene og i hvilken grad utgiftene kan knyttes til hyttebeboere. Vi ba derfor kommunene i spørreundersøkelsen å beregnet/stipulert hvor store ekstra utgifter det er tilknyttet til mottakere med bostedsadresse i andre kommuner. De fleste kommunene oppgir imidlertid at de ikke bruker ekstra penger på grunn av økt bruk av på pleie- og omsorgstjenester. Minst 25 prosent av kommunene har oppgitt null i ekstrautgifter. Legger vi til grunn 50 prosent av kommunene, oppgir at de vil maks få inntil kr. 10.000 i ekstra utgifter. Den høyeste kostnaden som er oppgitt er to millioner kroner, som er et klart unntak og som bidrar til at gjennomsnittet økes betraktelig. De fleste kommunene får imidlertid ikke særlig økte merkostnader innen pleie- og omsorgstjenester som følge av fritidsbefolkningen utfra dagens situasjon.

Dette kan tolkes på to måter:

- En synliggjøring av kostnadene ved pleie- og omsorgstjenester til hytteboere ikke har noen hensikt da det oppfattes som en relativ liten kostnad i budsjettssammenheng.
- Kommunene har ikke tro på at et krav om en lov/forskrift der hjemstedskommunen pålegges å betale for pleie- og omsorgstjenester ytet av andre kommuner, vil føre fram.

Vi tolker kommunenes samlede svar som at dette er et så lite problem at de velger ikke å bruke ressurser på det. Når en ser på framskrivningen av demografi, folkesykdommer og gjennomføring av samhandlingsreformen vil bildet imidlertid kunne bli et helt annet, noe kommunene tydeligvis ikke har tatt inn over seg. Ytterst få har tatt høyde for samhandlingsreformen i langtidsplanene. Denne nye situasjonen vi aktualisere et ønske



om en refusjonsordning for helse- og omsorgstjenester til hytteboere. Derfor bør det settes i gang en prosess for å utarbeide robuste forskrifter for en slik ordning.

Vi vil derfor anbefale å vurdere de ordningene som brukes innen undervisningssektoren og barnevernet for pleie- og omsorgstjenester. Ikke minst vil vi anbefale at dette gjennomføres i nær fremtid for å møte den kostnadmessige økningen som kommer

5 Universell utforming

Regjeringens handlingsplan for økt tilgjengelighet gjennom universell utforming sikter mot å bedre tilgjengeligheten for alle og har særlig fokus på personer med nedsatt funksjonsevne¹⁸. Dette inkluderer funksjonsnedsettelse knyttet til syn, hørsel, bevegelse, forståelse og følsomhet for miljøpåvirkning.

Planen skal samle og styrke innsatsen for økt tilgjengelighet til bygninger, utemiljø, produkter og andre viktige samfunnsområder. Den er utarbeidet av Miljøverndepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet i nært samarbeid med andre berørte departementer. Handlingsplanen omfatter satsinger fordelt på 15 departementer. Miljøverndepartementet er koordinerende departement.

Miljøverndepartementets gjennomfører flere omfattende tiltak for å styrke tilgjengelighet og universell utforming innen planlegging. Det gjelder blant annet endringer i plan- og bygningsloven, endringer i forskrift om konsekvensutredninger, utarbeidelse av rikspolitiske retningslinjer og nettverk av pilotkommuner for universell utforming.¹⁹

Tilgjengelighet i sin videste konsekvens slik det er beskrevet i Regjeringens handlingsplan bidrar til ytterligere utfordringer til hyttekommunenes helse- omsorgs- og pleietjenester hva gjelder både hytteboernes tilgjengelighet til disse tjenestene, både når de oppsøkes eller blir utført i fritidsboligen. Det er gode eksempler fra Bamble der kommunen har hytteboere som skal ha daglig pleie, der omsorgspersonalet både må i båt og klatre. På sikt vil krav om universell utforming ved regulering av nye hytteområder med styr sannsynlighet bli en realitet.

¹⁸ Norge universelt utformet 2025. Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009-2013:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rapporter_planer/planer/2009/norge-universelt-utformet-2025-regjering.html?id=570031

¹⁹ http://www.regjeringen.no/nb/dep/md/tema/planlegging_plan-_og_bygningsloven/universell_utforming.html?id=1323



6 Oppsummering og konklusjon

Jeg skal foreta en kort oppsummering og trekke en konklusjon på dette noe fragmenterte notatet der utgangspunktet var Agderforskningens utredning av pleie- og omsorgstjenester for hyttebeboere og framtidige utfordringer knyttet til dette og funn gjort i Levekårsmonitoren for Aust- og Vest-Agder. Fokus er primært rettet mot utviklingen i Helse-Norge hva gjelder sykdomsframskrivning, finansieringsmuligheter, personalbehov, og i hvilken grad kommunene er forberedt på nye utfordringer i årene fremover og supplert dette med tabeller og figurer.

Det tegner seg et klart bilde av at kommunene pr. i dag ikke vurderer pleie- og omsorgstjenester til hyttebeboerne som spesielt problematisk. Enkelte peker imidlertid på at sesongsvingningene kan være utfordrende.

Hyttene endrer karakter fra å være ferie- og rekreasjonssted i kortere eller lengre perioder til å bli ”til og fra boliger”. Ved en slik utvikling vil en kunne oppleve at eldre mennesker bor så lenge det er mulig på hyttene sine der hyttekommunene har bedre helsetilbud enn hjemkommunen. Bygging av fritidsboliger har hatt en aggregert vekst på 14 prosent siden 2000 og det forventes en ytterligere vekst de neste 10 årene. Dataene for store hyttekommuner avdekker i tillegg en klar tendens til at det ytes helsehjelp til flere fritids- og hyttebeboere. Det er en klar tendens til at hyttene brukes stadig lengre i takt med endring i arbeids- og fritidsmønster og med økende standard på fritidsboligene. Det er også en tendens til større grad av ”permanent bosetning” i fritidsboligene uten at det meldes flytting til folkeregisteret. For enkelte kommuner er utfordringen at hyttene kan ligge uveisomt til slik at hjemmesykepleie til beboere kan by på logistiske utfordringer.

Folkehelseprognoser fram mot 2020 og 2030 viser en betydelig økning i den delen av befolkningen som vil trenge helsehjelp både fra spesialisthelsetjenesten, og fra kommunehelsetjenesten. Samtidig overføres i henhold til Samhandlingsreformen en rekke helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Behovet for helsetjenester som hytteboerne har rett på er så stor, og vil øke så betydelig fram mot 2020-2030 at det blir en uforholdsmessig stor ressursmessig utfordring for den enkelte hyttekommune, selv om det ikke kan fremlegges god dokumentasjon for kostnadsutviklingen. En må i tillegg kunne forutsette at behovet for helsehjelp til hytteboerne vil øke i takt med at denne tjenesten blir bedre kjent.

På et tidspunkt vil dette kunne bli så utfordrende at et regime for refusjonsordninger vil kunne tvinge seg fram. For å være føre var vil det være fornuftig allerede nå å fremme et forslag om refusjonsordninger slik at et regelverk for refusjon av kostnadene for pleie- og omsorgstjenester til fritids- og hyttebeboere fra folkeregistrert bostedskommune er på plass før utfordringene begynne å bli for store.

Til tross for at 1/3 del av kommunene er urolige over situasjonen kan vi ikke se at kommunene har tatt noen politiske eller administrative grep for å forberede seg på situasjonen som framskrivningene peker på. Den mest fremtredende usikkerheten ligger i konsekvensene av Samhandlingsreformen som vil føre til store endringer i Helse-Norge knyttet til hvilke oppgaver som skal legges til kommunene, men der



finansieringsordningene fremdeles er uklare. **Samhandlingsreformen overskygger andre utfordringer.**

Det kan også med rimelig sikkerhet slås fast at kommunene ikke forholder seg aktivt til konsekvensene av den demografiske utviklingen og de fremskrivninger som foreligger mht. folkehelsen. Det foreligger bare løse antakelser fra hyttekommunene om utfordringsbildet og ressursbehovet knyttet til dette, og lite er gjort i forhold til kommunale planer.

Det anbefales derfor at det allerede nå oppfordres til at hyttekommunene utreder utfordringer og konsekvenser av lovpålagt rett til pleie- og omsorgstjenester til fritids- og hyttebeboere og tar dette inn i kommuneplanene. Videre vil vi anbefale at der ses på et forslag til refusjonsordninger. Utgangspunktet kan være de ordninger som gjelder for utdannings- og barnevernsektoren der en også trekker inn erfaringene fra Danmark. En refusjonsordning mellom kommuner er etter vår vurdering den mest hensiktsmessige finansieringsmodellen.



Litteraturliste

Carlsson, Y. (2008) Når folk bor på mer enn et sted – utfordringer for de kommunale pleie- og omsorgstjenester. KS-notat

Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2004) *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. NOVA-rapport 7/2004

Ericsson, B. & Grefsrud, R. (2005) *Fritidshus i innlandet: Bruk og lokaløkonomiske effekter*. ØF-rapport 6/2005. Østlandsforskning, Lillehammer.

Jentoft, Nina, Torbjørn Hodne, Ingunn Kvamme, Ann Christin Eklund Nilsen (2010) *Plan med Plan? Om bruk av individuell plan i individuelt oppfølgingsarbeid*. FoU-rapport Agderforskning nr. 8/2010

Overvåg, K. (2009) *Second Homes in Eastern Norway*. PhD thesis. NTNU, Trondheim.

St.meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen 2009

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

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

St.meld. nr. 30. (2000-2001). Langtidsprogrammet 2002–2005. Tilråding fra Finansdepartementet av 30. mars 2001

LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene. § 2-1. (Rett til helsehjelp)

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Lov-1991-12-13- nr.81 Lov om sosiale tjenester m.v. (Sosialtjenesteloven)

NoU 2005: 18 Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommune

NoU 2004:1 Modernisert folketrygd – Bærekraftig pensjon for framtida

SOU 2009: 38 Ingen får vara Svarte Petter – Tydligare ansvarsfordeling inom socialtjänsten

Statistisk sentralbyrå: Økonomiske analyser nr. 4/2006.

Statistisk sentralbyrå (2006), Et grående Norge: Betydningen av økt behov for eldreomsorg og makroøkonomi og offentlige finanser mot 2050. Rapport 21/2006

Statistisk sentralbyrå (2006), KOSTRA

OECD (2007) Health Data 2007

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/nasjonal-strategi-for-kols-området-2006-.html?id=430087

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=121097#Kap3>