

## Stadig mer hjelp til dem under 67 år

**40**  
**prosent**  
av utgiftene i omsorg  
til brukere under  
67 år

Pleie- og omsorgstjenesten er et område i velferdsstaten som har gjennomgått store endringer de siste 20 årene. Flere bor nå i omsorgsboliger, og færre i institusjon. Hjemmetjenester har økt langt sterkere enn institusjonsplasser og boliger. Veksten i brukeren av tjenester er større i aldersgruppen under 67 år enn blant de eldste. Mens det er blitt tre ganger så mange brukere under 67 år, er det nå færre eldre som mottar hjelp enn for 20 år siden.

Antall brukere av institusjon, omsorgsbolig, hjemmesykepleie og praktisk bistand (se tekstboks 3) har økt med 20 prosent i løpet av de siste 20 årene, fra i 186 000 i 1994 til nesten 223 000 i 2013. Statistisk sentralbyrå har fra 2007 også opplysninger om brukere som kun får andre tjenester, som trygghetsalarm, støttekontakt, matombringing, omsorgslønn m.v. Dette gjelder ca. 50 000 personer. Alt i alt var det ved utgangen av 2013 vel 271 000 brukere av pleie- og omsorgstjenesten.

Samtidig har antall årsverk i tjenesten økt fra vel 68 000 til 133 000. Det er en økning på 95 prosent fra 1994 til 2013. De samlede bruttoutgiftene har økt fra 34 milliarder kroner til 66 milliarder, en økning på over 90 prosent fra 1994 til 2013, regnet i faste 2000-kroner (Borgan 2012; SSB 2013). I den samme perioden har tilbudet av tjenester og alderssammensetningen blant brukerne endret seg markant.

### Hjemme så lenge som mulig

Målet om «hjelp hjemme så lenge som mulig» ble lansert på 1950-tallet (Sosialdepartementet 1955) og forsterket på 1990-tallet. Gjærevollutvalgets utredning fra 1992 (NOU 1992), Velferdsmeldingen (St.m. 35, 1994-1995) og den etterfølgende Handlingsplanen for eldreomsorgen (1998-2004) sto sentralt i utviklingen. Omtrent samtidig kom HVPU-reformen, der ansvaret for personer med psykisk utviklingshemming ble flyttet fra spesialinstitusjoner til kommunene i perioden 1991-1995. Reformen krevde utbygging av boliger og tilgang på tjenester som gjorde det mulig å fungere i dagliglivet.

Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2008) ga kommunene et ansvar for botilbud og førstelinjetjenester til personer med psykiske lidelser og til rusmisbrukere. I de siste årene har det også skjedd endringer i sykehussektoren – kommunene fikk et større ansvar for pasienter som tidligere ble behandlet på sykehus. Samhandlingsreformen, et kraftig insentiv til kommunene til å overta pleie av ferdigbehandlede pasienter fra sykehus, ble riktignok først innført fra 2012, men den hadde vært «foregrepet» i mange kommuner.

På denne bakgrunnen - utvidet ansvarsområde, nye brukergrupper og endret innretning gjennom økt satsning på boliger og hjemmetjenester og mindre på institusjoner - kan økningen i antall brukere av de kommunale omsorgstjenestene i 1994-2013 virke nesten beskjeden: 37 000 flere brukere, eller en økning på 20 prosent, i tillegg til de om lag 50 000 som får andre typer hjelp (se figur 1).

### Færre i institusjon, flere i boliger

Antall institusjonsplasser, i overkant av 40 000, har holdt seg nokså uendret fra 1994 til 2013, men flere bor nå i omsorgsboliger. Den tilsynelatende nedgangen i 2007 og 2009 skyldes omlegginger av statistikken. Om en ser

#### Datagrunnlaget

Artikkelen bygger på Statistisk sentralbyrås pleie- og omsorgsstatistikk, og er en forkortet versjon av en artikkel i Tidsskrift for omsorgsforskning publisert i juni 2015.



**Berit Otnes**

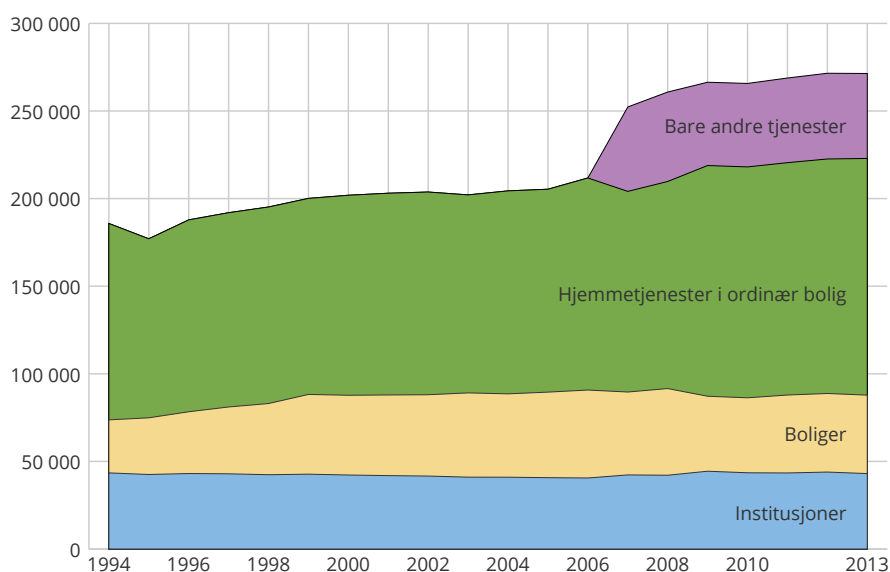
er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (berit.otnes@ssb.no)

bort fra dette, økte antallet brukere i omsorgsboliger med om lag 50 prosent i perioden vi ser på (se figur 2).

Omsorgsboliger (se tekstboks) og andre kommunale boliger for eldre og andre med spesielle behov økte mest i årene 1994 til 1998. Deretter flatet veksten ut. De siste årene har det vært omtrent like mange beboere i boliger og institusjoner innen pleie- og omsorgstjenesten, og ingen av tilbudene har økt.

Utbyggingen av omsorgsboliger er blitt betegnet som en *boliggjøring* av pleie- og omsorgstjenesten. Oppgradering og ombygging av institusjonene på 2000-tallet gjorde at andelen enerom økte fra 80 prosent i 1994 til over 95 prosent i 2005, og har siden holdt seg uendret. Mange fikk også eget bad og WC. Dette kan også ses på som en del av boliggjøringen. Noen av de mest uhensiktsmessige institusjonene er blitt bygd om og «avinstitusjonalisert», det

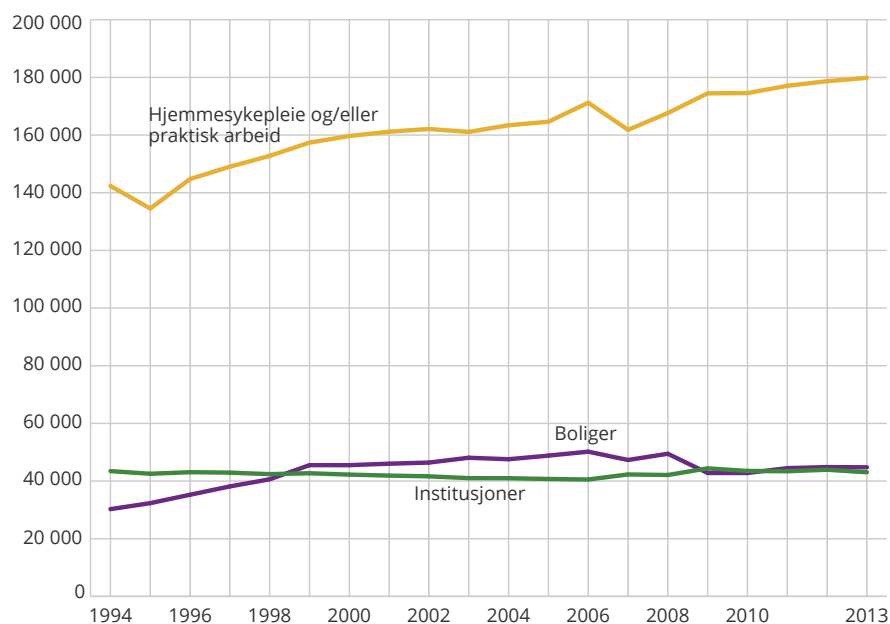
Figur 1. Antall brukere av ulike tjenestetyper, inkludert brukere med kun andre tjenester<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Andre tjenester kan for eksempel være trygghetsalarm, matombringing, støttekontakt etc. Disse tjenestene har vi ikke opplysninger om før fra 2007.

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Antall brukere i institusjoner og boliger og brukere av hjemmetjenester



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

### Pleie- og omsorgstjenestene

Omfatter hjemmetjenester, omsorgsboliger og institusjonsplasser.

*Hjemmetjenester* gis til dem som bor i en ordinær bolig eller omsorgsbolig. Tjenestene omfatter praktisk bistand (også kalt hjemmehjelp), hjemmesykepleie og en del andre tilbud til eldre og andre med hjelpebehov.

*Praktisk bistand (hjemmehjelp)* gis i form av bistand til dagliglivets gjøremål, som rengjøring, vask av klær, matlaging og annet praktisk arbeid i forbindelse med husholdningen.

*Hjemmesykepleie* er medisinsk basert pleie, for eksempel medisiner, sårstell, hjelp til daglig personlig hygiene.

Andre tjenester kan være matombringing, trygghetsalarm, avlastning eller rehabilitering utenfor institusjon.

*Omsorgsbolig* er egentlig et begrep resevert for boliger finansiert av Husbanken, med krav til bygningen og om tilgang til hjelp fra hjemmetjenesten. Det finnes også andre kommunale boliger som blir tildelt eldre og andre med behov for pleie og omsorg. For enkelhets skyld vil vi her bruke omsorgsbolig som en samlebetegnelse på alle kommunale boliger for denne gruppen.

Den viktigste forskjellen mellom institusjon og bolig er at brukerne i en institusjon betaler vederlag for pleie, kost og losji og får tildelt et rom, det vil si at brukeren trekkes for en betydelig del av inntekten sin, men beholder et beløp til personlige utgifter. Brukerne i omsorgsboliger betaler husleie for en bolig de selv disponerer.

vil si gjort om til omsorgsboliger. Dette har bidratt til at tallet på institusjonsplasser ikke har økt, til tross for bygging av nye institusjoner.

Omsorgsboliger organiserer tjenestene til beboerne litt ulikt. Noen har fast tilknyttet personale hele døgnet, andre har personale deler av døgnet, mens andre igjen har tjenester som leveres via den vanlige hjemmetjenesten i kommunen, på lik linje med brukere som bor i ordinære boliger. Brukerne i disse tre typene boliger er ikke hjelpetrengende i samme grad, de har ulike bistandsbehov (se tekstboks).

Boliger med fast tilknyttet personale har flere brukere med omfattende bistandsbehov enn boliger uten fast personale eller med personale deler av døgnet. Det kan se ut til at boliger med fast tilknyttet personale hele døgnet kan ta hånd om brukerne med de største hjelpebehovene, nesten på linje med institusjonene, mens brukerne i boliger uten fast tilknyttet personale har omtrent samme bistandsbehov som brukere som får hjelp i sin egen bolig.

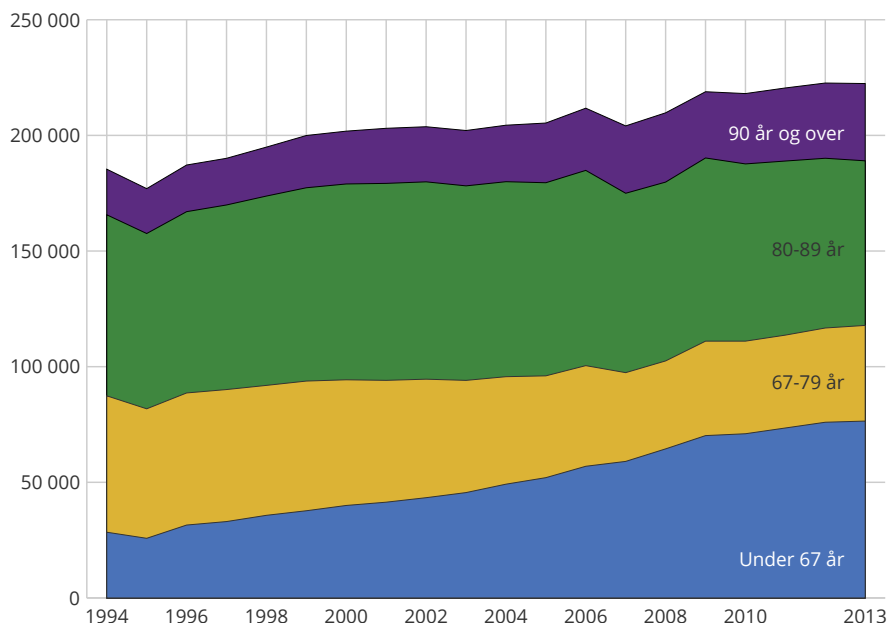
Hjemmetjenesten har vokst fra 140 000 brukere i 1994 til 180 000 brukere i 2013. Veksten og stagnasjon i antall som har plass i institusjon har medført at driftsutgiftene til hjemmetjenester har økt sterkere enn utgiftene til institusjonsdrift. I 2007 var utgiftene til hjemmetjenester for første gang større enn utgiftene til institusjonsdrift (Borgan 2012).

### Mer hjemmesykepleie, mindre praktisk bistand

Litt over halvparten, 70 000 av hjemmetjenestebrukerne, fikk kun praktisk bistand i 1994, mens vel 20 000 (15 prosent) fikk kun hjemmesykepleie. Tjue år senere, i 2013, var dette forholdet snudd: vel 40 000 (25 prosent) fikk bare praktisk bistand og 75 000 (vel 40 prosent) fikk bare hjemmesykepleie. Gjennom hele perioden har antallet som både får hjemmesykepleie og praktisk bistand økt litt, men som andel av alle brukere har denne gruppen hele tiden utgjort omkring 35 prosent.

Flere forhold ligger bak denne utviklingen. Egenbetalingsordningen for praktisk bistand ble innført på begynnelsen av 1990-tallet, gradert etter mottakerens inntekt, mens hjemmesykepleie fortsatt var gratis. Dette understreket at hjemmesykepleie var en prioritert og nødvendig innsats. For de mer velstående kunne det lønne seg å betale for privat hjelp til nødvendig husarbeid

Figur 3. Antall brukere av pleie- og omsorgstjenester, etter alder



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

### Bistandsbehov

Hvor mye hjelp den enkelte trenger til nødvendige daglige gjøremål, registreres av tjenesteyterne i pleie- og omsorgstjenesten, og omregnes til et samlet mål på bistandsbehov. Formålet med dette er blant annet å sørge for at det er et visst samsvar mellom bistandsbehov og hvor mye hjelp som tildeles. For en nærmere beskrivelse av hvordan bistandsbehov registreres og beregnes, se (Helse- og omsorgsdepartementet 2014, Mørk et. al 2014).

### Historikken

Kommunale pleie- og omsorgstjenester, slik vi kjenner dem i dag, er et relativt nytt fenomen i historisk sammenheng. Tradisjonelt var omsorg for syke og eldre familiens ansvar. Den kommunale fattigforsorgen tok seg av dem som ikke hadde nær familie.

Utover 1800 og 1900-tallet ble det vanlig med kommunale aldershjem, mens det var private, veldedige organisasjoner som etablerte hjemmesykepleien og de første pleiehjemmene (sykehjem). I 1970 kom en sykehuslov som ga fylkene ansvar for sykehjem for de mest pleietrengende, mens aldershjem forble et kommunalt ansvar.

Det har skjedd mye innen pleie- og omsorgstjenesten i perioden fra 1960 til 2013: Alt ansvar for disse tjenestene er lagt til kommunene, og aldershjem finnes nesten ikke lenger. I stedet er det bygd ut omsorgsboliger, og hjemmetjenestene er langt mer omfattende enn tidligere. For en oversikt over utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene i 1962-2010, se Borgan 2013, eller Otnes 2012.

framfor å betale høye egenandeler for kommunal hjelp. Mens det før kanskje var nok å være over pensjonsalderen for å få tildelt et par timer rengjøringshjelp i uken, er dette etter hvert blitt begrenset til personer med mer omfattende helse- og førlighetsproblemer.

### Sterkere vekst i tjenester til yngre enn til eldre

Store deler av ressursveksten i pleie- og omsorgstjenesten har gått til de yngre brukerne. Mens det i 1994 var 28 000 under 67 år som mottok pleie- og omsorgstjenester, hadde antallet i 2013 økt til 77 000, nesten en tredobling. I samme periode gikk antall brukere i aldersgruppen 67-79 år markert ned, og det var en viss nedgang også for aldersgruppen 80-89 år. Blant de eldre er det bare i aldersgruppen 90 år og over at det har vært noen økning de siste 20 årene (se figur 4).

De absolutte tallene for ulike aldersgrupper viser hvor mange som har fått tjenester, men det er interessant å se nærmere på dekningsgraden, altså brukere av tjenester i forhold til det totale antall personer i de ulike aldersgruppene. Figur 4 viser dekningsgrad for *hjemmetjenester*. Tilbudet til 90-åringene har økt, også i forhold til antall 90-åringer i befolkningen, fram til rundt 2008. Deretter har det så vidt holdt tritt med veksten i befolkningen. Dekningsgraden for hjemmetjenester har gått ned både for de yngste eldre, 67-79 år, og for eldre i aldersgruppen 80-89 år.

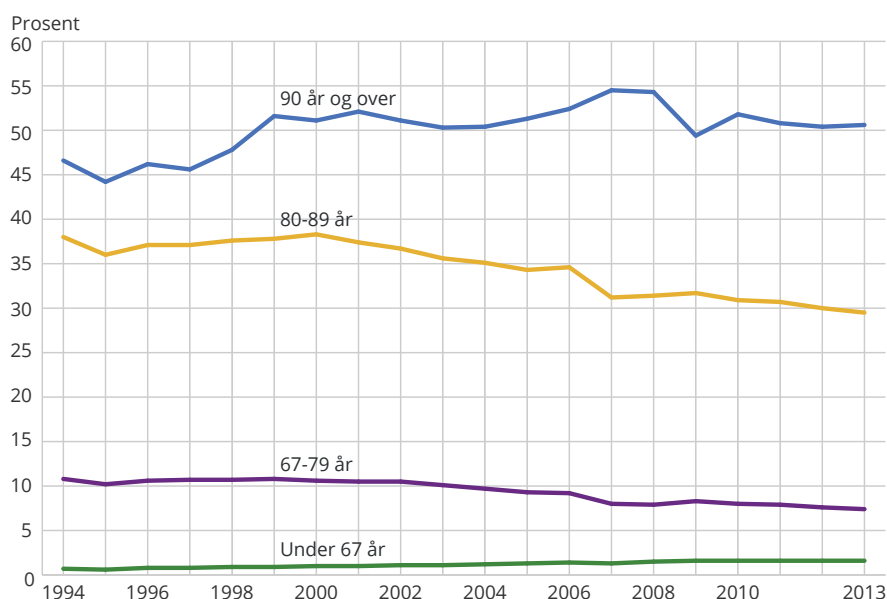
Dekningsgraden for *institusjonsplasser* for 90-åringene har gått ned fra vel 45 prosent i 1994 til vel 30 prosent i 2013. Også i aldersgruppen 80-89 år har andelen med plass i institusjon gått ned, fra 15 prosent i 1994 til 10 prosent i 2013, mens dekningsgraden for yngre aldersgrupper har vært nokså uendret.

Yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester (under 67 år) har økt kraftig i antall (se figur 3). Hele økningen har skjedd i hjemmetjenester – det er et mål å unngå at noen under 67 år må flytte til institusjon. Dekningsgraden har også økt blant de i alderen 0-67 år, fra 0,7 til 1,6 prosent. Det er knapt synlig i figur 4, men det er mer enn en fordobling på 20 år.

### Eldre i institusjon, yngre i omsorgsboliger

Fra 1994 til 2013 er omsorgsboliger blitt et vanligere tilbud til eldre enn det var 20 år tidligere. Blant *brukere* over 90 år gikk andelen som bodde i omsorgsboliger opp fra 10 prosent i 1994 til 20 prosent i 2013, mens andelen

Figur 4. Andel av befolkningen i ulike aldersgrupper som mottar hjemmetjenester



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

som bodde i institusjon gikk ned fra 49 til 38 prosent. Blant 90-åringe brukere har altså over halvparten enten en omsorgsbolig eller en plass i institusjon, se figur 5.

Det er fortsatt mer vanlig for yngre brukere å bo i omsorgsbolig enn for eldre – 25 prosent av brukere under 67 år bodde i boliger i 2013. Hjemmetjenester i ordinær bolig er den mest vanlige formen for hjelp i alle aldersgrupper, unntatt for 90-åringene.

Det kan være flere grunner til at eldre mottar færre timer med hjelp per uke enn yngre. Flere studier tyder på at kommunene forholder seg til ulike standarder når de gir tjenester til yngre enn når de gir til eldre (Gautun et.al. 2012, Hamran og Moe 2012). Og det er et uttalt mål at institusjonsplassering for yngre brukere så langt som mulig bør unngås.

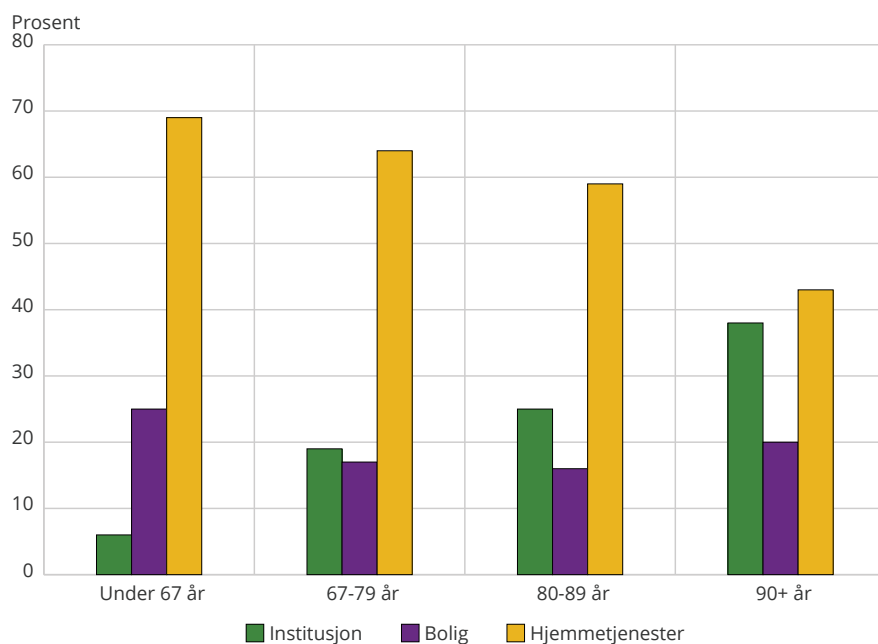
Blant brukere med omfattende bistandsbehov hadde en av fem i de yngste aldergruppene plass i institusjon, mens tre av fire eldre brukere over 80 år var i institusjon. Med andre ord: Eldre brukere med omfattende bistandsbehov blir ofte tildelt en institusjonsplass, mens yngre brukere med omfattende behov kan bli tildelt omfattende hjelp i sin egen bolig.

### Yngre blir tildelt mer hjelp enn eldre

Yngre brukere av hjemmetjenester får i gjennomsnitt langt flere timer per uke med hjelp enn eldre. De som er under 50 år får i gjennomsnitt 16-17 timer per uke, mens brukere over 67 år får 4-5 timer. Aldersgruppen 50-66 år kommer i en mellomstilling, med om lag 12 timer per uke med hjelp. Det har vært en svak, men konsistent økning i timetall per uke i perioden vi har statistikk for. Gjennomsnittsbrukeren fikk 6,7 timer per uke i 2007 og 8,4 timer per uke i 2013.

Det er unge brukere med omfattende bistandsbehov (se tekstboks) som får mange timer per uke, og særlig de i den mest «arbeidsføre» alderen, 18-49 år. I gjennomsnitt får disse brukerne over 60 timer per uke. Målet for hjelpen til denne gruppen er å gi dem mulighet til et så aktivt liv som mulig, med utdanning, arbeid, selvstendig bolig og sosialt liv, og dette krever stor innsats fra hjelpetjenestene. Også brukere med omfattende behov i alderen 50 til 66 år får relativt mye hjelp, i overkant av 40 timer per uke i gjennomsnitt. Eldre

Figur 5. Andel brukere med ulike tjenestetyper. Aldersgrupper. 2013



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

over 80 år får langt færre timer med hjelp i hjemmet, selv de som har omfattende bistandsbehov får ikke mer enn 10-12 timer per uke i gjennomsnitt (se figur 6).

Dersom vi ser på timer til hjemmesykepleie for seg, blir bildet litt annerledes: Sammenhengen mellom alder og hvor mange timer hjemmesykepleie brukerne mottar er svak. De yngste (under 18 år) får riktignok klart flere timer per uke, vel ti timer i snitt, men bortsett fra det er gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie omtrent det samme i alle aldersgrupper, om lag fem timer. Derimot er det klar sammenheng mellom bistandsbehov og antall timer hjemmesykepleie man blir tildelt: Brukere med avgrenset bistandsbehov får i snitt knapt to timer per uke, mens de med omfattende bistandsbehov får 13 timer per uke.

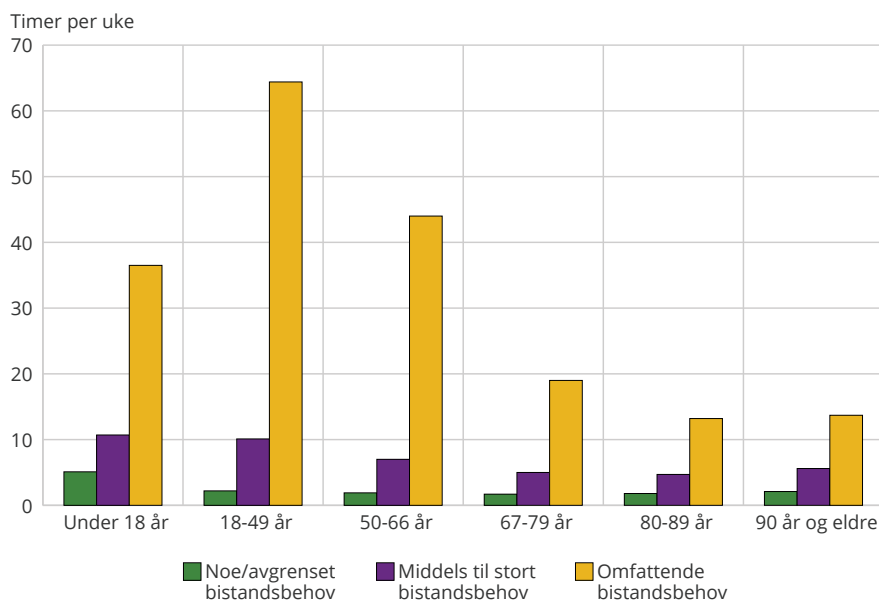
Antall timer med praktisk bistand henger klart sammen med alder: De yngste får i snitt mer enn 25 timer per uke, og dette faller bratt for aldersgruppen over 67 år, som får to til tre timer per uke. Den store forskjellen skyldes at den yngste gruppen har et relativt stort innslag av mennesker med psykisk utviklingshemming. Det kan være ressurskrevende å gi et tilfredsstillende hjelpetilbud til disse brukerne. (Romøren, 2012). Bistandsbehovet påvirker omfanget av praktisk bistand enda sterkere: Fra én time i snitt for personer med avgrenset behov til 28 timer per uke for de med omfattende behov.

### Over 40 prosent av utgiftene går til yngre

De yngre brukerne i pleie- og omsorgstjenesten har økt mest i antall, og mange av dem får tildelt flere timer hjelp i eget hjem. Dette gjenspeiler seg i hvor stor andel av utgiftene som går til henholdsvis yngre og eldre. Det finnes tall for de to årene 1998 og 2010. Andelen som gikk til yngre brukere økte fra 26 prosent i 1998 til 41 prosent i 2010. I 2010 utgjorde de yngre 36 prosent av alle brukere med tradisjonelle tjenester. En kan derfor kanskje si at de får noe mer enn sin forholdsmessige del av utgiftene. I 1998, da 18 prosent av alle brukerne var under 67 år, fikk denne aldersgruppen 26 prosent av brutto driftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenester.

Dette betyr at en yngre bruker koster mer enn en eldre bruker, henholdsvis 450 000 og 320 000 kroner per år i 2010. Om lag to tredeler av utgiftene til hjemmetjenester gikk til yngre brukere i 2010, mens 90 prosent av utgiftene

Figur 6. Timer per uke med hjelp til brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand sett under ett. Etter alder og bistandsbehov. 2013



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

til institusjonsbeboere gikk til eldre brukere. Dette illustrerer den ulike satsningen på hjemmetjenester og institusjonsplasser for eldre og yngre pleietrengende.

### Mer «lønnsomme» for kommunene?

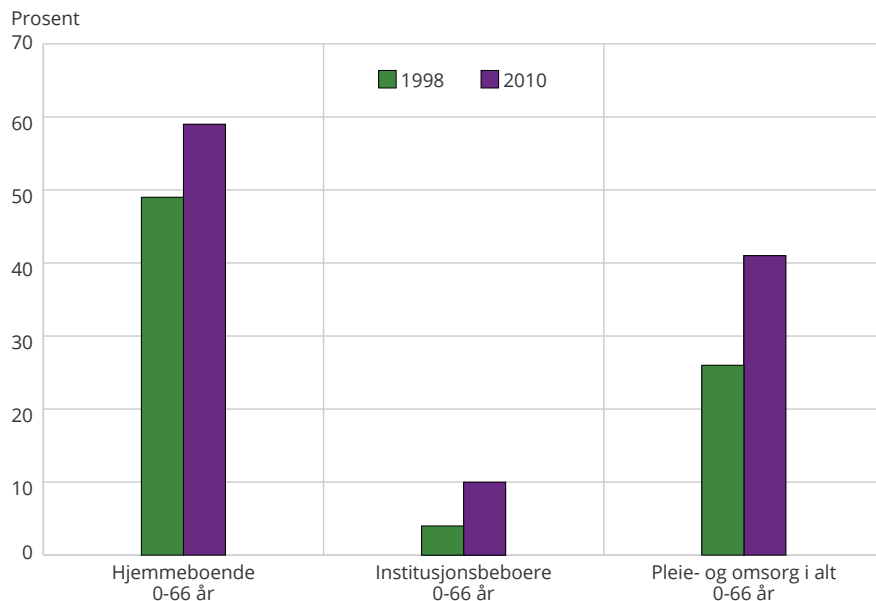
Flere studier har belyst den sterke veksten i yngre brukere av pleie- og omsorgstjenestene (Brevik 2010, Gautun et. al.2012). Gautun og kolleger oppsummerer drivkreftene slik:

- Det har vært en endring i ideologi for god omsorg. Målet har vært nedbygging av institusjoner og økt omfang av tjenester utenfor institusjon.
- Press fra yngre brukergrupper (pårørende og organisasjoner).
- Endringer i sykehussektoren. Kommunene får ansvar for flere pasienter som tidligere fikk behandling i sykehus.
- Egen refusjonsordning for ressurskrevende yngre brukere (staten dekker 80 pst av utgifter utover et gitt beløp, 1 010 000 pr år i 2013).

De stiller spørsmålet om hvorfor disse drivkreftene ikke fungerer for eldreomsorgen, og antyder disse svarene:

- Lange tradisjoner i eldreomsorg. Den har «alltid» vært der, mens «yngreomsorgen» måtte bygges opp på nytt.
- Refusjonsordningen gjelder bare yngre, derfor lønner det seg for kommunene å gi eldre med tilsvarende behov plass i institusjon.
- Forståelsen av behov avhenger av hvilken del av livsløpet en bruker er i.
- Yngre står mer på for egne rettigheter enn eldre. Pårørende til eldre presser ikke på som pårørende til yngre.
- Arbeidslinja gjør at yngre må få hjelp til å aktiviseres og klare seg selv. For eldre er målet mer «et hyggelig liv her og nå».
- Kulturforskjeller fra tidligere særomsorg følger med. For eksempel stor vekt på samvær, trening og mestring av dagliglivet i omsorg for utviklingshemmede, men ikke for eldre.

Figur 7. Andel av brutto driftsutgifter i pleie- og omsorgstjenesten som går til brukere under 67 år



Kilde: Kjelvik 2012, Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

## Referanser

Brevik, Ivar (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*. NIBR-rapport 2010:2, Norsk institutt for by- og regionforskning.

Borgan, Jens-Kristian (2012). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010*, [Rapporter 10/2012](#), Statistisk sentralbyrå.

Gautun, Heidi, Anne Skevik Grødem og Åsmund Hermansen (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere*, Fafo-rapport 2012:62.

Hamran, T. og Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv*. Senter for omsorgsforskning, Nord-Norge/Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø, 2012.

Helsedirektoratet (2014). IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Holmøy, Erling, Julie Kjelvik og Birger Strøm (2014). *Utviklingen i arbeidskraftbehovet innen helse- og omsorg fremover*. [Rapporter 14/2014](#), Statistisk sentralbyrå.

Kjelvik, Julie (2012). Aldring og eldre i velferdsstaten – et økonomisk perspektiv. I Daatland, Svein Olav og Marijke Veenstra (red.): *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA, Rapport 2/2012.

Mørk, Eiliv, Brith Sundby, Berit Otnes og Marit Wahlgren (2014). *Pleie- og omsorgstjenesten 2013*. [Rapporter 33/2014](#), Statistisk sentralbyrå.

NOU (1992:1). *Trygghet, verdighet, omsorg* (Gjærevollutvalget).

Otnes, Berit (2012): *Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene*, I Daatland, Svein Olav og Marijke Veenstra (red.): *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA, Rapport 2/2012.

Romøren, T.I.: *Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere? – en kvantitativ analyse*. Høgskolen i Gjøviks rapportserie nr. 4/2012.

Sosialdepartementet (1955). *Innstilling fra komiteen til utredning av boligspørsmålet og andre spørsmål vedrørende omsorgen for de gamle* (Strøm-komiteen).

SSB 2013: SSB (2013): *Pleie- og omsorgstjenester, 2013, førebelse tal*. Stadig meir helsetjenester i heimen. Publisert 8. juli 2014, Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aarforelopige/2014-07-08>

St.m. 35, 1994-1995: *Velferdsmeldingen*, Sosialdepartementet.

St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse*.

## Utviklingen framover

Det er vanskelig å spå om fremtiden, men kanskje er veksten i tjenester til yngre brukere i ferd med å flate ut? Veksttakten har vært noe mindre de siste fem årene, og det er vanskelig å se for seg at nye store grupper av personer under pensjonsalderen vil melde seg med behov for omsorgstjenester, slik som vi har sett med personer med psykisk utviklingshemming, psykiske problemer eller rusmisbruk i løpet 1990- og 2000-tallet. På den annen side kan sykehusene tenkes å ville korte ytterligere ned på liggetiden, slik at flere, både yngre og eldre, må få pleie av kommunen.

Store årskull nærmer seg alderen da mange får behov for omsorgstjenester – fra 2025 begynner de store etterkrigskullene å passere 80 år. Dette er grupper som kanskje vil ha bedre helse, og som generelt er mer ressurssterke enn dagens eldre. Behov for omsorgstjenester vil kanskje melde seg på et senere tidspunkt i livet, mange vil ha boliger med livsløpsstandard, og flere enn i dag vil ha ressurser til selv å betale for private tjenester til husarbeid og personlig stell.

Summen av dette kan bli at de eldre igjen blir en mer dominerende del av tjenestemottakerne. Samtidig kan man se for seg at fremtidens eldre vil være mer kravstore, og forlange tjenester levert i eget hjem, selv når omsorgsbehovet er omfattende. Nesten uansett hvilke forutsetninger man bygger på vil den kommende veksten i eldrebefolkningen bety at mer av samfunnets ressurser vil gå til helse- og omsorgstjenester (Holmøy et. al. 2013).