



Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende



Nr. 02/2017

 HelseDirektoratet

Analysenotat 02/17 SAMDATA kommune

Tittel: Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende

Nr.: 02 /2017

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Økonomi og analyse

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Julie Kjelvik, Avdeling helseregistre

Eirik Jønsberg, Avdeling helseregistre

Illustrasjon: Bente Restad

SAMMENDRAG

To års gjennomsnittlig botid i sykehjem

Gjennomsnittlig botid i sykehjem i Norge, for beboere som avslutter sykehjemsoppholdet på grunn av død, er to år. Dette gjelder personer med vedtak om langtidsplass. Variasjonen i botid er imidlertid svært stor – alt fra død rett etter innflytting, til 26 års botid i sykehjem. Botiden er noe kortere i 2016 enn den var i 2014.

Vi finner betydelige forskjeller mellom kommunene. Av de største kommunene er gjennomsnittlig botid lengst i Tromsø med 2 år og 4 måneder, mens Fredrikstad har betydelig kortere botid på 1 år og 7 måneder.

Analysene tar utgangspunkt i beboere på sykehjem som døde i løpet av 2016. Av de 13 763 dødsfallene var 28 % registrert døde innen 6 måneder etter oppholdets start. Tromsø har lavest andel døde innen 6 mnd., med 19 prosent. I de øvrige ti kommunene er andelen døde innen 6 mnd. mellom 24 og 34 prosent.

Gjennomsnittlig alder for de som døde i sykehjem var 87,5 år i 2016. I de 11 store kommunene varierer gjennomsnittlig levealder for sykehjemsbeboerne med fem år.

Analysene viser forskjeller i botid i sykehjem knyttet til kommunenes sentralitet. Med sentralitet menes i denne sammenhengen en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter med sentrale funksjoner. Sykehjemsbeboere i kommuner med lav sentralitet bor ofte lengre tid i sykehjem enn beboere i kommuner med høyere sentralitet. En nærliggende forklaring på dette kan være at det vil være mer ressurskrevende å yte omfattende hjemmetjenester i kommuner med lav sentralitet enn i kommuner med høyere sentralitet. Personer med økende omsorgsbehov som er bosatt i kommuner med lange reiseavstander vil derfor oftere kunne få tilbud om langtidsopphold i et tidligere stadium av alderdommen og sykdommen enn personer med tilsvarende helsetilstand i mer sentrale kommuner.

Vi har også sett nærmere på forskjeller i botid knyttet til fem ulike diagnosegrupper. Personer med demens og personer med psykiske lidelser har noe lengre botid på sykehjem med 2,4 år enn personer med kreft og lungelidelser (henholdsvis 1,5 og 1,8 år).

Videre belyser notatet også varigheten av de hjemmebaserte tjenestene som ble gitt i 2016. Helsetjenester i hjemmet har noe kortere gjennomsnittlig varighet og en høyere andel av tjenesteperioder som er kortere enn 2 måneder enn andre tjenester til hjemmeboende

(praktisk bistand, BPA, støttekontakt). Hver tredje tjenesteperiode av helsetjenester i hjemmet var kortere enn 2 måneder.

Mottakere av praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), støttekontakt og helsetjenester i hjemmet fikk tildelt nærmere 99 millioner timer tilsammen i 2016. Dette vil kunne tilsvare mer enn 50 000 årsverk, herunder 20 000 årsverk på helsetjenester i hjemmet og 3 500 årsverk til BPA.

BOTID I SYKEHJEM

OG VARIGHET AV TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE

1. Botid ved norske sykehjem

De fleste som flytter inn på en langtidsplass på sykehjem avslutter sitt liv på sykehjemmet. I gjennomsnitt bor de der i to år. Variasjonen er imidlertid svært stor – alt fra død rett etter innflytting, til 26 år botid i sykehjem. Dette kommer også til uttrykk gjennom den vesentlige differansen mellom gjennomsnittlig varighet på 2,02 år og medianverdien av varigheten som er på 1,31 år for 2016.

Varigheten av sykehjemsoppholdene var litt kortere i 2016 enn i 2014, både målt i gjennomsnitt og median. Mens medianoppholdet i 2014 var på 1 år og 5 måneder, var det i 2016 en måned kortere, på 1 år og 4 måneder. I den videre analysen bruker vi kun tall for 2016.

Tabell 1: Botid for beboere på langtidsopphold i sykehjem. Data fra 2016.

	2014 (N= 13 331)	2016 (N= 13 763)
Botid, gjennomsnitt	2,08	2,02 år
Botid, median	1,40	1,31 år
Andel, inntil en måned	8 %	7 %
Andel, fra 1 mnd. til et halvt år	20 %	21 %
Andel, fra halvt til 1 år	14 %	15 %
Andel, fra 1 til 2 år	20 %	20 %
Andel, fra 2 til 10 år	37 %	36 %
Andel, 10 år og over	1 %	1 %

Kilde: IPLOS-registeret

Data og metode

Data fra IPLOS-registeret er benyttet. Det er kun personer på langtidsopphold i institusjon, som er registrert død i løpet av 2016, som er grunnlag for analysen. Beregning av botid gjøres ved å beregne antall dager mellom tjenestestart og dato for død.

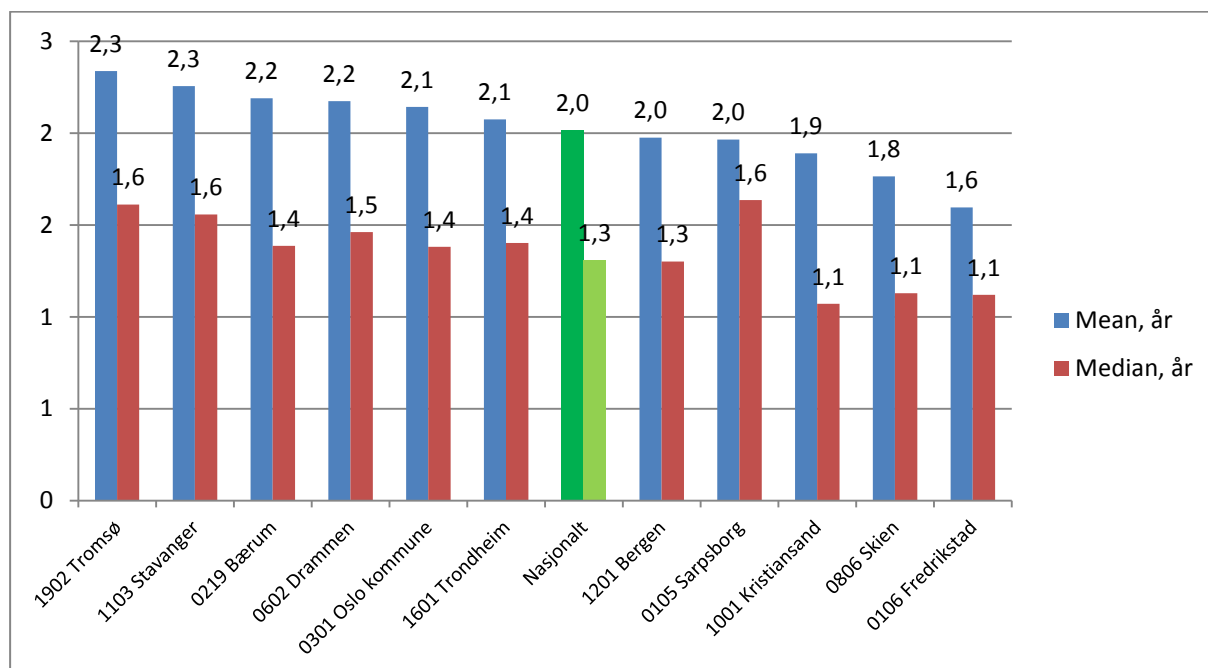
Kommunal variasjon

Vi finner variasjoner mellom kommunene i botid. Her har vi sett nærmere på de 11 kommunene som hadde flest døde i sykehjem, og finner at Tromsø har en gjennomsnittlig botid på 2 år og 4 måneder i sykehjem (2,34 år), mens Fredrikstad har tilsvarende botid på 1 år og 7 måneder (1,59 år). Sykehjemsbeboere i Tromsø har altså nærmere 50 prosent lengre botid enn Fredrikstad. Forskjellene mellom kommunene gjelder også ved bruk av median. Ved bruk av median har Tromsø 6 måneder lengre botid enn Fredrikstad, og Tromsø har 45 prosent lengre botid enn Fredrikstad.

Antallet dødsfall på sykehjem i de 11 kommunene utgjør en tredjedel av det totale antallet dødsfall i landet, og varierer mellom 130 og 1800 dødsfall per kommune. Dette gir relativt robuste anslag på

botid i sykehjem før død. De minste kommunene i Norge har få dødsfall per år i sykehjem og dette vil ikke gi et godt grunnlag til å beregne gjennomsnittlig botid før død for disse kommunene.

Figur 1: Botid for beboere på langtidsopphold i sykehjem, 11 største kommuner. Data fra 2016 (N=4587).



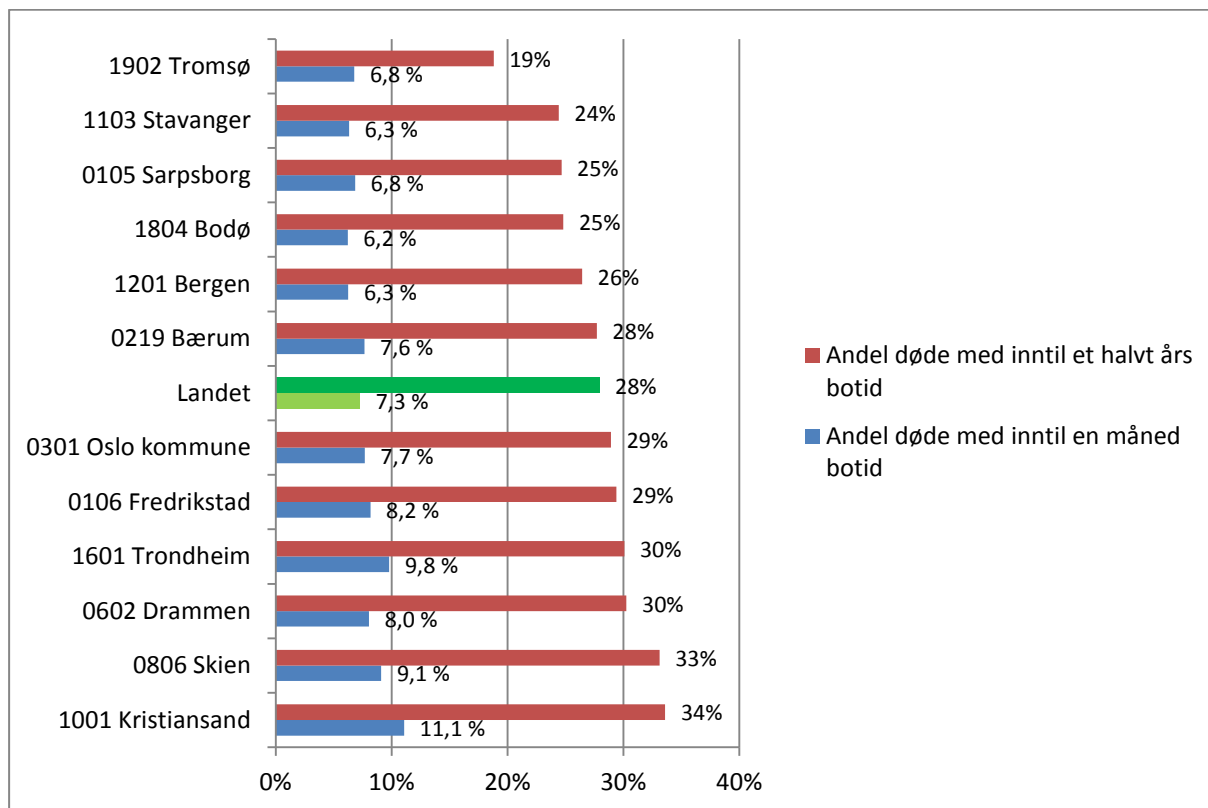
Kilde: IPLOS-registeret

Av de 13 763 dødsfallene var 28 % registrert døde innen 6 måneder etter oppholdets start. Ser vi nærmere på de 11 kommunene har Tromsø lavest andel døde innen et halvt år med 19 prosent. I de øvrige ti kommunene er andelen mellom 24 og 34 prosent.

Variasjon mellom kommuner i botid kan skyldes mange faktorer. Tilbudet av sykehjemsplasser varierer betydelig mellom kommunene. Høy andel dødsfall kort tid etter innleggelse kan være en indikasjon på høy terskel for tildeling av og tilgang på sykehjemsplass. At beboeren dør kort tid etter flytting til sykehjemmet kan også forklares med andre forhold som omfanget av og organiseringen av det hjemmebaserte tilbudet samt bruken av korttidsopphold i institusjon. Kultur og tradisjon kan også variere, og ideen om å ta vare på de eldre i eget hjem kan stå sterkere i enkelte strøk, både blant pårørende og ansatte i omsorgstjenestene.

BOTID I SYKEHJEM OG VARIGHET AV TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE

Figur 2: Andel døde etter 1 og 6 mnd. etter langtidsopphold i sykehjem, 11 største kommuner. Data fra 2016. (N=4587).



Kilde: IPLOS-registeret

Sentralitet

Sentralitet¹, er et mål som fanger opp hvorvidt kommunene har tettsteder av en viss størrelse eller ligger i nærheten av slike. De mest sentrale kommunene vil generelt ha kortere kjøreavstander enn de minst sentrale.

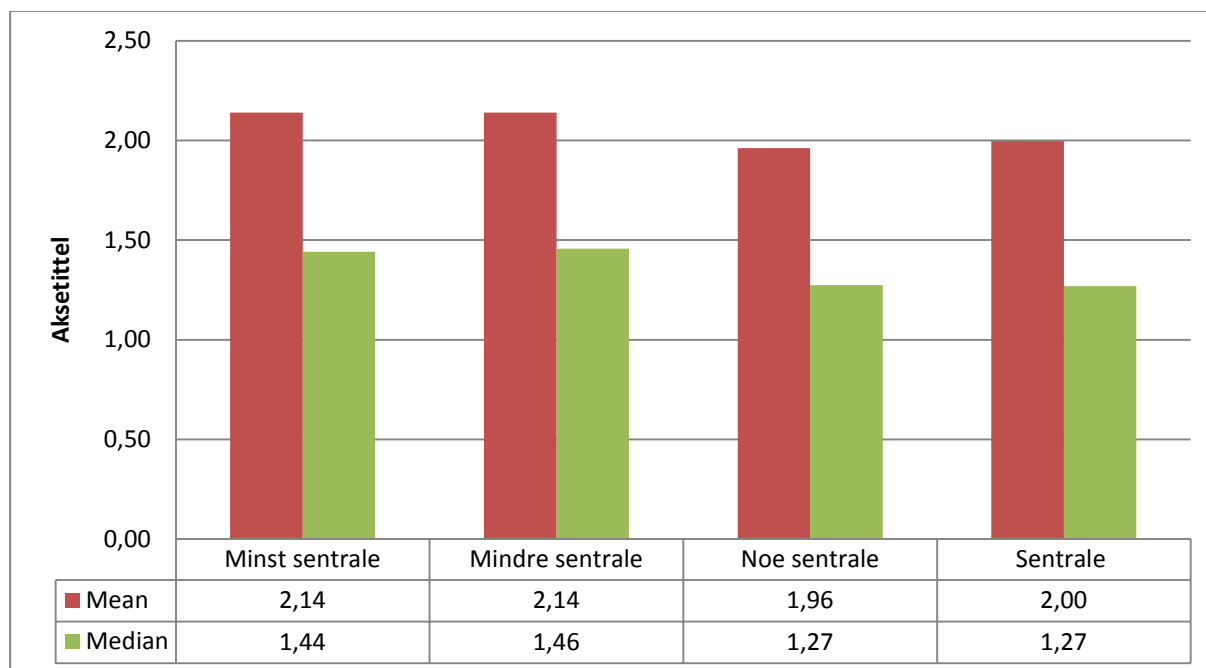
I kommuner med store avstander kan terskelen for innvilgelse av sykehjemsplass være lavere enn i andre kommuner, rett og slett fordi et omfattende tilbud ikke lar seg gjennomføre i brukerens eget hjem. Vi har derfor sett nærmere på betydningen av kommunenes sentralitet for botid i sykehjem.

Beboere i sentrale/noe sentrale kommuner har noe kortere botid i sykehjem enn i kommuner som er kategorisert som mindre/minst sentrale.

¹ Målet Sentralitet forvaltes av Statistisk sentralbyrå, se <http://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/927/nb>

En nærliggende forklaring på dette kan være at eldre personer med økende omsorgsbehov som er bosatt i mindre sentrale kommuner får tilbud om og flytter inn i sykehjem i et tidligere stadium av alderdommen og sykdommen enn innbyggere i mer sentrale kommuner. Forskjellene kan være knyttet til vurderinger av forsvarligheten ved å bo i eget hjem, samt ta hensyn til muligheter og kostnader som kommunen vil ha ved å trappe opp helse- og omsorgstiltakene i brukerens eget hjem.

Figur 3: Botid i langtidsopphold i sykehjem etter kommunenes sentralitet. Data fra 2016 (N= 13 763).



Kilde: IPLOS-registeret

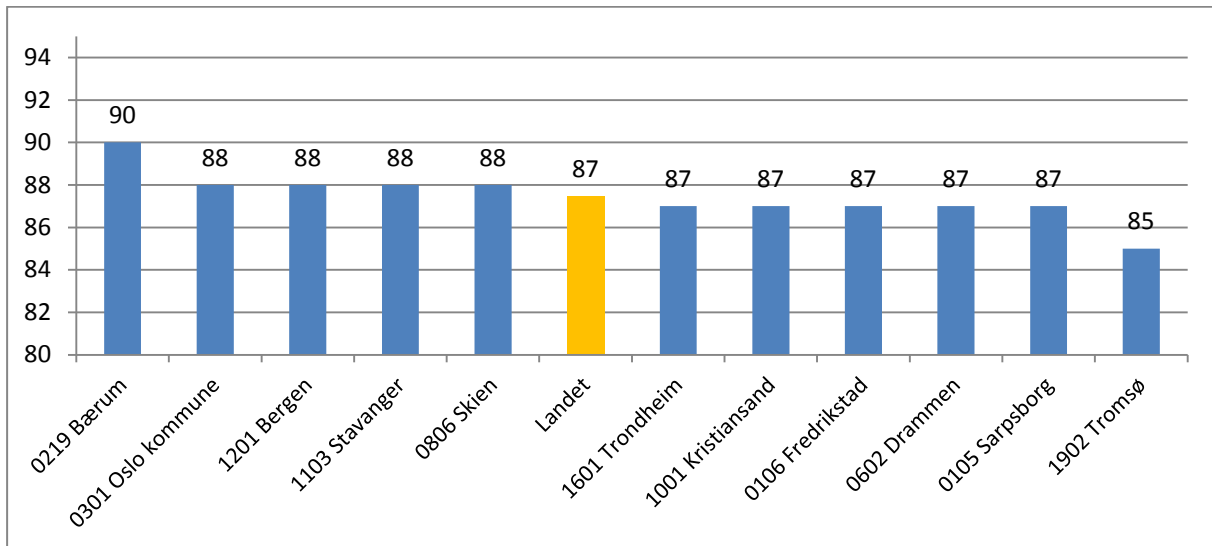
Levealder for sykehjemsbeboere

Gjennomsnittlig levealder for de som døde i sykehjem var 87,5 år i 2016. Blant de 11 kommunene varierer gjennomsnittlig alder med fem år mellom kommunen med lengst og kortest gjennomsnittlig levealder i sykehjem. Mens levealderen for sykehjemsbeboere i Bærum kommune var på 90 år, var tilsvarende i Tromsø 85 år. Levealder for sykehjemsbeboere vil ha sammenheng med levealder i kommunenes befolkning for øvrig. I kommuner med høy forventet levealder er det naturlig at også levealderen for de i sykehjem er høy.

BOTID I SYKEHJEM

OG VARIGHET AV TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE

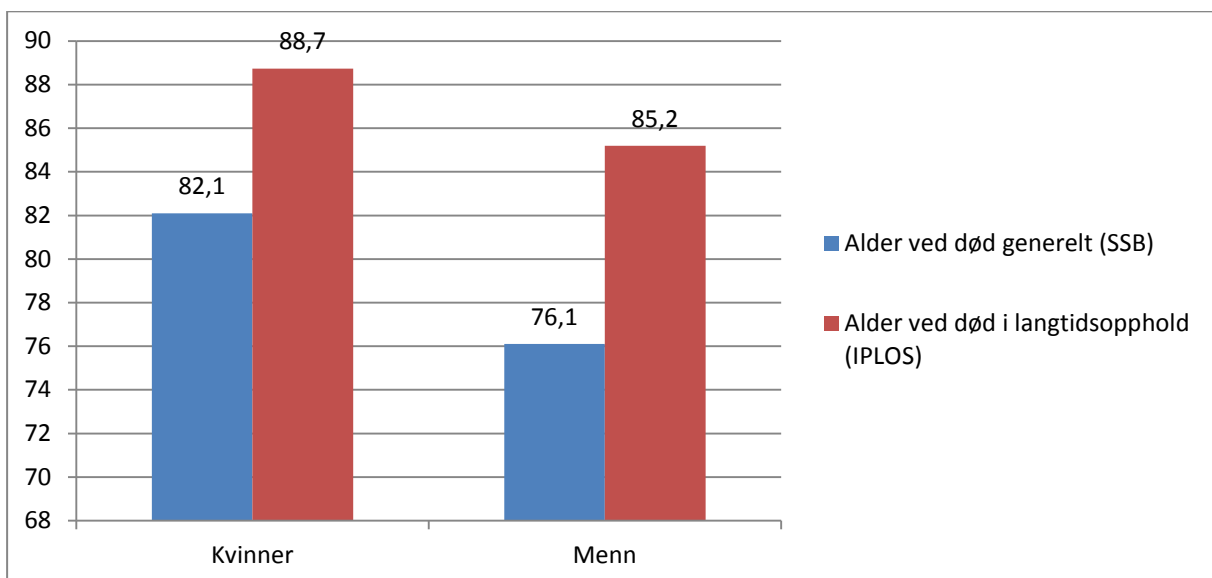
Figur 4: Gjennomsnittlig alder ved død for beboere i langtidsopphold, 11 største kommuner. Data fra 2016 (N= 4587).



Kilde: IPLOS-registeret

Levealderen for sykehjemsbeboere er generelt høyere enn gjennomsnittlig levealder i Norge. I 2016 var det i alt 40 726 døde i Norge med gjennomsnittlig levealder på 82,1 år for kvinner, og 76,1 år for menn². Levealderen for kvinner i sykehjem var på 88,7 år og 85,2 år for menn.

Figur 5: Gjennomsnittlig alder ved død, totalt og blant beboere i langtidsopphold. Data fra 2016.



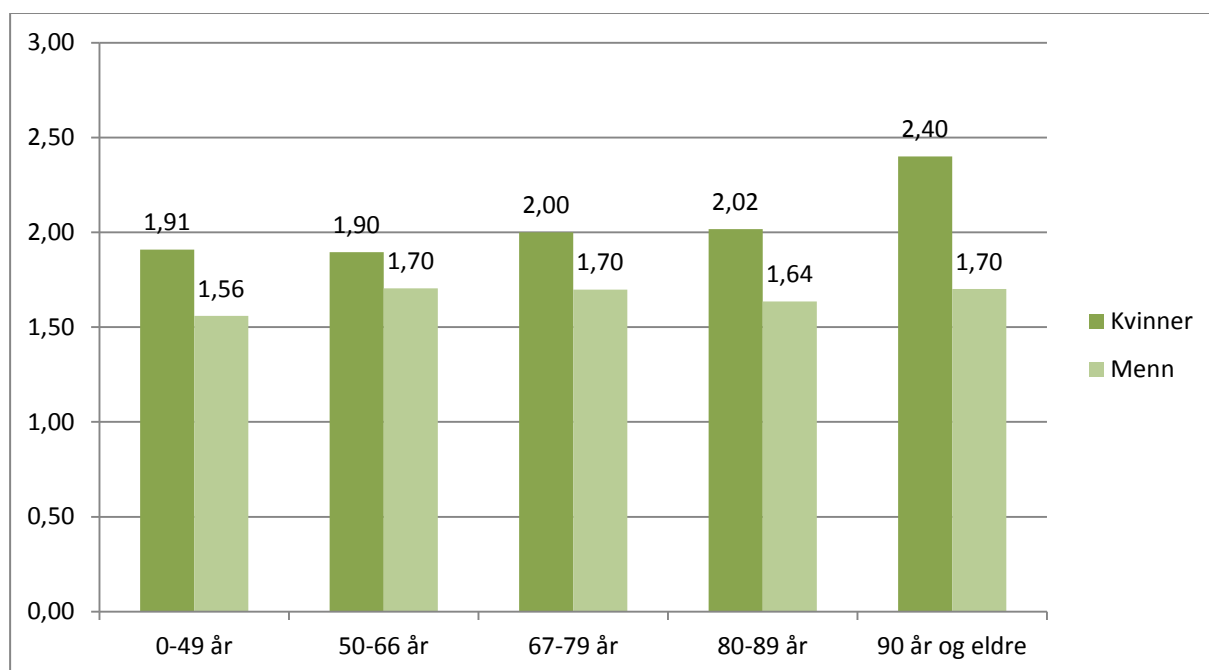
Kilde: www.ssb.no/dode og IPLOS-registeret

² SSB (2017) www.ssb.no/dode

Botid, alder og kjønn

Det er tydelige forskjeller mellom menn og kvinner i hvor lenge de bor på sykehjem. De eldste kvinnene, 90 år og eldre, har i gjennomsnitt bodd 2 år og 5 måneder på sykehjem når de dør (2,4 år), mens menn på samme alder har bodd der i 1 år og 8 måneder (1,7 år).

Figur 6: Gjennomsnittlig botid for beboere på langtidsopphold i sykehjem etter alder og kjønn. Data fra 2016 (N= 13 763).



Kilde: IPLOS-registeret

Botid og diagnose

Registrering av diagnose i fagsystem og rapportering av opplysningene til IPLOS-registeret har vært og er fortsatt ufullkomment, men andelen med diagnose i registret er forbedret de siste årene grunnet eget prosjekt på dette i regi av Helsedirektoratet³. For beboere på langtidsopphold er 74 prosent registrert med diagnoseopplysninger i registeret. Multimorbiditet er vanlig blant sykehjemsbeboere og de aller fleste har flere diagnoser i registeret.

Vi har sett nærmere på fem utvalgte sykdomsgrupper⁴. Blant de fem gruppene er flest registrert med hjerte- og karsykdom og demenssykdom. Gjennomsnittlig botid i sykehjem er beregnet for hver av

³ Helsedirektoratet (2017): Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret.

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-data-fra-iplos-registeret>

⁴ Se nærmere om hvordan gruppene er sammensatt i tidligere rapport (Helsedir 2015):

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1028/Diagnosestatistikk%20for%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.%20Data%20fra%20IPLOS-registeret.%20IS-0511.pdf>

BOTID I SYKEHJEM

OG VARIGHET AV TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE

gruppene og vi finner at personer med demens og psykiske lidelser bor lengre på sykehjem enn beboere med lungelidelser og kreft. For beboere med demens og psykisk sykdom var gjennomsnittlig botid 2,4 år, mens tilsvarende for beboere med kreft var 1,5 år. Tilsvarende funn er gjort i en amerikansk studie som fant at høy husholdningsinntekt, å være mann, samt diagnosene kreft, høyt blodtrykk, diabetes, lungesykdommer og hjertesykdommer var forbundet med kortere botid i sykehjem⁵.

Det er knyttet noen forbehold til diagnoseopplysningene. Den første er som tidligere nevnt underrapporteringen av diagnoser. I tillegg vil det, jo lengre man har et på langtidsopphold i institusjon, bli økt sannsynlighet for at en eller flere diagnoser blir registrert. Det er også en viss usikkerhet rundt gyldigheten av diagnoser som ikke er kroniske, og spørsmål knyttet til om kommunene har gode rutiner på å fjerne/avslutte diagnoser som ikke lengre er gyldige for pasienten.

Tabell 2: Botid for beboere på langtidsopphold i sykehjem etter utvalgte diagnosegrupper. Data fra 2016

	Antall beboere	Gjennomsnittlig botid, år
Demens	4537	2,42
Psykisk sykdom	1752	2,41
Hjerte-/karsykdom	6236	1,94
Lungelidelser	1728	1,77
Kreft	1613	1,52

Kilde: IPLOS-registeret

Andre studier av botid i sykehjem

Det finnes også andre studier av varigheten av sykehjemsopphold i Norge. I 2011 ble det funnet at 30 prosent av alle de avsluttede langtidsoppholdene varte i to år eller mer, hvorav flere hadde vart i over ti år⁶. I en undersøkelse blant et utvalg kommuner hvor 70 sykehjemsbeboere døde i måleperioden, var gjennomsnittlig botid om lag 2,5 år, men varierte fra et døgn til 18 år. De med lengst botid led ofte av kroniske sykdommer⁷.

En annen studie av 94 pasienter på et sykehjem i Oslo viste botid på 2,4 år⁸. Larviksundersøkelsen, en studie av over 400 mennesker i alderen 80-102 år, fant gjennomsnittlig varighet på 3,2 år for permanente opphold i sykehjem⁹. I en tidligere studie blant 977 sykehjemsbeboere i Trøndelag var

⁵ Kelly m.fl. (2010): Lengths of Stay for Older Adults Residing in Nursing Homes at the End of Life <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2945440/pdf/nihms216108.pdf>

⁶ SSB (2013): <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldres-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester>

⁷ KS/Agenda Kaupang (2012): En naturlig avslutning på livet <http://www.ks.no/contentassets/84913fec5e104276a01dccc832e6fade/r7543-ks-en-naturlig-avslutning-pa-livet-sluttrapport.pdf>

⁸ Vibe, Sørbye og Grue (2002): <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hvordan-vet-du-det-dokumentasjon-i-sykehjem>

⁹ Romøren, T I (2001): *Den fjerde alderen*



botiden på 2,8 år¹⁰. I studien *Respekt for livet – respekt for døden* var botid for 226 døde i ni sykehjem i Oslo på 2,8 år. Gjennomsnittlig alder for de døde var på 85,9 år¹¹.

De nevnte analysene varierer med hensyn til metode, og hvorvidt de analyserer botid for levende eller døde beboere. Utvalgene i de ulike studiene varierer også noe i antall, geografi og alder, slik at resultatene ikke vil være direkte sammenlignbare.

Enda mer utfordrende er det å sammenligne botid i norske sykehjem med tilsvarende i andre land. Dette skyldes forskjeller i organisering, ulike lovverk som styrer tjenestene og forskjeller knyttet til privat versus offentlig tjenesteyting. Noen land har forsikringsbaserte helsetjenester og landenes grenseganger mellom formell og uformell omsorg kan også være forskjellige. I en mindre studie med et utvalg på 1817 beboere fra USA¹² ble botid i sykehjem beregnet til å være 13,7 måneder i gjennomsnitt og 5 måneder i median. Studien viste at 53 prosent døde i løpet av de første seks måneder etter innflytting. Det er også gjort en svensk undersøkelse av 1103 personer over 65 år i eldreheim i en bydel i Stockholm¹³. En tredjedel av beboerne var døde i løpet av det første halve året hvor de bodde på eldreheimet. De fant også at botiden ble signifikant redusert i løpet av perioden fra 2006 til 2012.

Avgrensninger

Formålet med analysen har vært å tallfeste og belyse varigheten av opphold i sykehjem. Analysene berører ikke innholdet i et sykehjemsopphold, tjenestene som gis og kvaliteten på det som skjer innenfor sykehjemmene. Det er brukt data fra IPLOS-registeret som inneholder opplysninger på individnivå om mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er kun langtidsopphold i institusjon som er inkludert i tallene. Korttids institusjonsopphold og andre tjenestetypene er holdt utenfor. I denne analysen er langtidsopphold benevnt som sykehjemsopphold. Beregning av botid gjøres ved å beregne antall dager mellom tjenestestart og dødsdato, for observasjoner der disse opplysningene finnes.

¹⁰ Sletvold O, Solbu H, Hofstad T (1999): Kvalitet i sykehjem. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr. 2/99.

¹¹ Sørbye, L W (1988), *Respekt for livet – respekt for døden*
<http://www.nb.no/nbsok/nb/8ad761bb23d3397dd0325caa48f21993?index=1#65>

¹² Kelly m.fl. (2010): Lengths of Stay for Older Adults Residing in Nursing Homes at the End of Life,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2945440/pdf/nihms216108.pdf>

¹³ Schön, Lagergren og Kåreholt (2015): Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study

2. Varighet og omfang av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

I analysen som følger er det varigheten for tjenester til hjemmeboende i 2016 som er beregnet, for deretter å estimere ressursinnsats målt i årsverk for utvalgte tjenester.

Data og metode

Data fra IPLOS-registeret er benyttet. Det er varigheten for hver *uavbrutte* tjenesteperiode som ligger til grunn. Dette er beregnet som antall dager mellom tjenestestart og tjenesteslutt for hver registrerte tjenesteperiode. Hver person kan motta hjemmetjenester i flere perioder, enten med pauser imellom eller uavbrutt, men likevel med datoer for slutt og start. Fornyng av en eksisterende tjenestetype blir dermed regnet som flere tjenesteperioder i denne analysen. Varigheten er målt *innenfor kalenderåret 2016*. Dette betyr at kun tjenesteytingen i 2016 er inkludert, ikke den eventuelle perioden hvor mottakerne har mottatt tjenester året før og året etter. Bakgrunnen er den videre analysen for å estimere årsverksinnsats i 2016 på de enkelte tjenestetypene.

Tabell 3: Tjenesteperioder og varighet for fem utvalgte tjenester til hjemmeboende. Data fra 2016

	Antall registrerte tjenesteperioder	Gjennomsnittlig varighet per tjenesteperiode, dager	Antall tjenesteperioder per bruker	Andel tjenesteperioder mindre enn 2 mnd.
Praktisk bistand – daglige gjøremål	151 068	228	1,41	18 %
Praktisk bistand – opplæring, daglige gjøremål ¹⁴	32 324	238	1,32	16 %
BPA	6 053	221	1,59	17 %
Støttekontakt	48 325	241	1,30	14 %
Helsetjenester i hjemmet	365 148	170	1,63	32 %

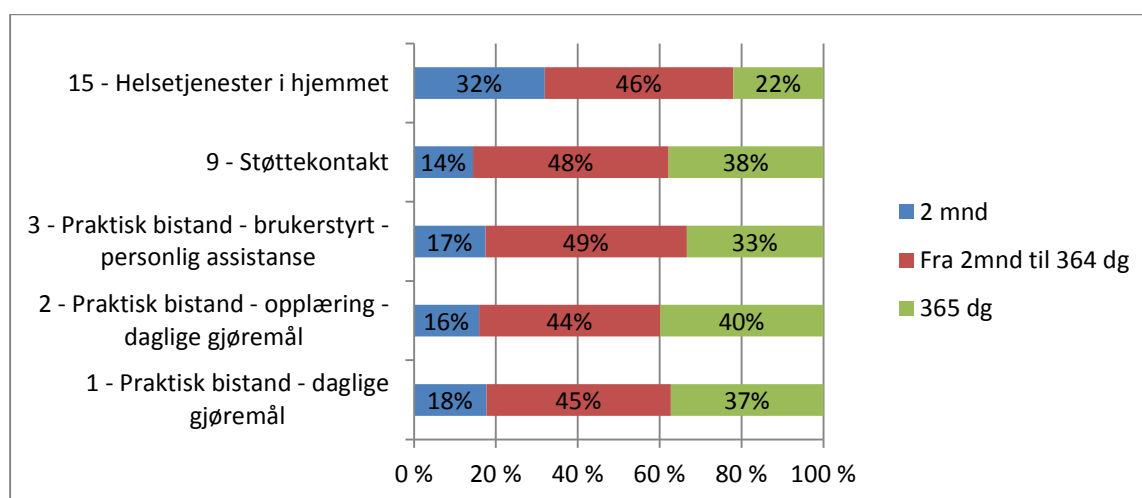
Kilde: IPLOS-registeret

Praktisk bistand, BPA og støttekontakt har gjennomsnittlig varighet på 220-240 dager. Helsetjenester i hjemmet skiller seg ut fra de andre tjenestetypene med kortere varighet, på 170 dager. Helsetjenester i hjemmet har også høyere andel tjenesteperioder som er kortere enn 2 måneder.

¹⁴ At opplæring i daglige gjøremål har lengre varighet enn praktisk bistand – daglige gjøremål, kan skyldes registreringspraksis for tjenester til personer som bor i omsorgsbolig.

Hver tredje tjenesteperiode av helsetjenester i hjemmet var kortere enn 2 måneder. Til gjengjeld er det flest tjenesteperioder per bruker for helsetjenester i hjemmet, noe som kan bety at det oftere er behov for revurderinger og forlengelser av tjenesten. Ulik kommunal praksis for registrering av revurdering og forlengelser av tjenester kan være årsaken til at noen registrerer en løpende tjeneste uten stopp, mens andre registrerer *tildato* med tanke på revurdering av behovet og videreføring av tjenesten.

Figur 7: Varighet for fem utvalgte tjenester til hjemmeboende. Data fra 2016.

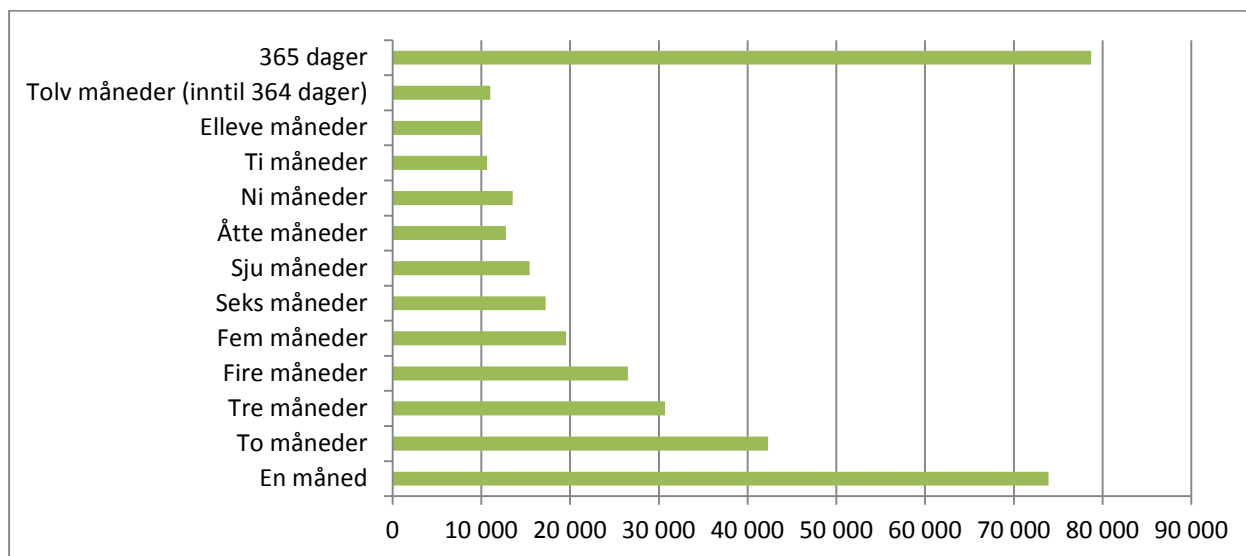


Kilde: IPLOS-registeret

Helsetjenester i hjemmet har en lavere andel mottakere med tjenesteperioder som har vart uavbrutt gjennom hele året (22 prosent) enn andre typer tjenester (33-40 prosent). Figuren nedenfor viser antallet tjenesteperioder av helsetjenester i hjemmet, etter en månedlig inndeling. 20 prosent av tjenesteperiodene hadde varighet på en måned eller mindre. Dette inkluderer både mottakere som har hatt kun én måned med tjeneste i 2016, men også mottakere som hadde tjenester i 2015 og avsluttet tjenester i løpet av januar 2016, samt personer som hadde oppstart av tjeneste i desember 2016 og fortsatte tjenesten i 2017. Men kun dagene for 2016 er telt med.

Figur 8: Varighet for tjenesteperioder for helsetjenester i hjemmet. Data fra 2016 (N=362 364).

BOTID I SYKEHJEM OG VARIGHET AV TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE



Kilde: IPLOS-registeret

Omfang og estimert ressursbruk i utvalgte tjenester

For hver av disse tjenestene skal det registreres vedtakstimer¹⁵. Dette oppgis som gjennomsnittlig antall timer per uke med tjenester for tjenestemottaker. For hver tjenesteperiode er det summert hvor mange vedtakstimer som er «medgått» direkte for brukeren og i alt er det medgått nærmere 99 millioner timer til hjemmeboende brukere av disse tjenestene. Det ble utført mer enn 40 millioner timer med helsetjenester i hjemmet. Dette er den enkelttjenesten med størst timebruk.

De fem utvalgte tjenestetypene utføres i hovedsak som en-til-en-tjeneste (individuelle tjenester), dvs. at man kan regne et timeverk for en ansatt per time til tjenestemottakeren¹⁶. Tiden som registreres er kun den tiden som er avsatt direkte hos/med bruker. Annen tid som for eksempel reisetid, møtetid og tid til administrasjon inkluderes ikke i vedtakstimerne. I forsøk om statlig finansiering av omsorgstjenestene benyttes vedtakstimer som grunnlag for stykkprisfinansiering av tjenestene i de fire forsøkskommunene. Begrepet direkte brukertid anvendes på vedtakstiden, i motsetning til indirekte brukertid som inkluderer reisetid, møtetid og administrasjon.

Ressursfordelingen mellom direkte og indirekte brukertid varierer med blant annet tjenestetype og reiseavstand¹⁷. Anslag på direkte brukertid ligger mellom 50 og 100 prosent avhengig av tjenesten som utføres, tid på døgnet og hvor tjenesten utføres.

¹⁵ Se registreringsveileder for nærmere informasjon om vedtakstimer:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>

¹⁶ Det er tilfeller med ressurskrevende brukere som krever mer enn en-til-en-bemanning. Noen tilfeller av det motsatte kan også finnes, altså at det er gruppebaserte tilbud. Dette har vi ikke hatt opplysninger til å beregne inn.

¹⁷ Helsedirektoratet 2015: Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester; Rapport IS-2392

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1019/IS-2392%20Finansieringsmodell%20for%20omsorgstjenester.pdf>



I vår analyse har vi videre beregnet ressursbruk i årsverk tilknyttet disse tjenestene. Dette er gjort ved å bruke en årsverksinnsats på 1950 timer i året¹⁸.

Med utgangspunkt i denne metoden finner vi at årsverksinnsatsen i direkte brukertid for de fem utvalgte tjenestene utgjør drøyt 50 000 årsverk, hvorav 20 000 utfører helsetjenester i hjemmet og 3 500 utfører BPA-tjenester.

¹⁸ I tilfeller hvor personellinnsatsen vil være på kveld og natt og inngå i turnus vil det være like plausibelt å regne med 35,5-timers uke. Et årsverk utgjør da 1845,5 timer. Den beregnede innsatsen for de fem tjenestene blir da på 53 600 årsverk.

BOTID I SYKEHJEM

OG VARIGHET AV TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE

Tabell 4: Vedtakstimer og beregnet årsverksinnsats for fem utvalgte tjenester til hjemmeboende. Data fra 2016¹⁹.

	Sum vedtakstimer	Andel	Beregnet årsverksinnsats
Praktisk bistand – daglige gjøremål	18 029 720	18 %	9 246
Praktisk bistand – opplæring, daglige gjøremål	27 862 178	28 %	14 288
BPA	6 843 487	7 %	3 509
Støttekontakt	5 864 536	6 %	3 007
Helsetjenester i hjemmet	40 310 166	41 %	20 672
Totalt	98 910 086		50 723

Kilde: IPLOS-registeret

Nasjonal statistikk viser at det i 2016 var utført 138 000 årsverk i kommunale omsorgstjenester²⁰. Av disse er det 102 000 årsverk som går til brukerrettet arbeid innen omsorgstjenestene, og av disse igjen er det 60 000 årsverk som utføres som hjemmebaserte tjenester. De beregnede årsverkene fra vedtakstimerne i IPLOS spesifiserer dermed i mer detalj hvordan de 60 000 brukerrettede årsverkene til hjemmebasert omsorg benyttes til ulike typer tjenester.

Differansen mellom de 50 000 beregnede årsverkene og de 60 000 brukerrettede årsverkene som er registrert i statistikken har to forklaringer. For det første er personell til andre tjenester til hjemmeboende ikke inkludert i den beregnede årsverksinnsatsen. Dette gjelder for eksempel dagaktivitetstilbud, matombringing, trygghetsalarm og avlastning. For det andre inkluderer vedtakstimerne i IPLOS som tidligere nevnt kun direkte tid hos/med bruker.

¹⁹ Sum vedtakstimer er høyere enn hva SSB har publisert som forbruk av timebaserte tjenester, <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/mer-detaljert-informasjon-om-kommunale-omsorgstjenester>. Årsaken er ulik behandling av vedtak om timebaserte tjenester som mangler timerapportering.

²⁰ SSB 2017: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Tabell 5: Brukerrettede årsverk innen omsorgstjenester. 2016

	Brukerrettet pleie og omsorg i alt	Praktisk bistand og aktivisering (hjemmet)	Institusjon
Sum sykepleier inkl. jordmor og helsesøster	30 162	14 006	16 156
Sum hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeidere	47 276	24 447	22 829
Ufaglærte	24 495	21 751	12 774
Totalt	101 933	60 204	51 759

Kilde: SSB

Avgrensninger

For å gjøre beregningene som er beskrevet i dette notatet har det vært nødvendig å håndtere feilkilder. Inkonsistente datoer kan forekomme, men er ikke korrigert. Manglende timeregistreringer på vedtak er håndtert ved å bruke landsgjennomsnittet for den gjeldende tjeneste. Dubletter (tjenester som har lik personID, tjenestetype, datoer og timetall) er holdt utenfor beregningene.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no