

Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år

SAMDATA kommune

Rapport
IS-2809



Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	5
Bakgrunn	6
Definisjoner og datagrunnlag	7
2. Tildeling av tjenester til ungdom og voksne	9
Flest yngre menn, flere kvinner fra 30-årsalderen	10
Støttekontakt til ungdom, og helsetjenester i hjemmet til voksne	11
Flest med psykiske lidelser blant de med helsetjenester i hjemmet	12
Funksjonsvurdering for personer med helsetjenester i hjemmet	14
De færreste bor i kommunal bolig	15
Dødsfall blant voksne	16
Varigheten av vedtak	17
4. Kartlegging av helsetjenester i hjemmet i fem kommuner	19
Bergen kommune	20
Stjørdal kommune	21
Os kommune	21
Hobøl kommune	21
Lillesand kommune	22
5. Diskusjon	23
Hva skyldes veksten i unge brukere?	24
Bærekraftige tjenester	25
Nye registermuligheter i KPR	25



Sammendrag

Støttekontakt til ungdom, helsetjenester i hjemmet til voksne

I alt 81 000 personer i alderen 15-49 år mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i 2017. Blant ungdom i alderen 15-19 år er støttekontakt den vanligste tjenesten. Nær halvparten av ungdommene hadde støttekontakt i løpet av 2017. I overgangen fra ungdom til voksen endres dette bildet. Helsetjenester i hjemmet er den tjenesten som blir brukt av de fleste voksne. Mens 30 prosent av ungdommene hadde helsetjenester i hjemmet, var andelen dobbelt så høy i aldersgruppen 20-24 år (59 prosent). Og andelen øker med alderen, til 74 prosent i gruppen 45-49 år.

Stort innslag av psykiske helsetjenester

En egen kartlegging vi har gjort blant fem kommuner bekrefter at mange av helsetilbudene som gis til hjemmeboende gjelder psykisk helsehjelp fra kommunene. På spørsmål om hvilke typer tjenester som inngår i rapporteringen av helsetjenester i hjemmet svarer kommunene eksempelvis ambulerende psykiske helsetjenester, psykiatrisk hjemmesykepleie, oppfølging psykisk helse og booppfølging for psykiatri/rus. I tillegg kommer somatiske helsetjenester som hjemmesykepleie og vernepleie.

Registerdataene bekrefter dette bildet. Selv om diagnoser er underrapportert ser vi at blant ungdom og voksne som har mottatt helsetjenester i hjemmet er diagnosegruppen psykiske lidelser den vanligste. I alt har 17 prosent av de som mottar helsetjenester i hjemmet en eller flere diagnoser relatert til psykiske lidelser. Personer med utviklingshemming utgjør den nest største diagnosegruppen med 9 prosent.

Fra hjemmesykepleie til helsetjenester i hjemmet

Utvikling av nye typer kommunale helsetjenester, herunder psykiske helsetjenester, kan være bakgrunnen for noe av den veksten av unge tjenestemottakere de siste årene. I tillegg har definisjonen for hva som skal inkluderes i innsendingen av kommunedata blitt endret. Mens det for 10 år siden var hjemmesykepleie som skulle innrapporteres åpner definisjonen i dag opp for at flere typer helsetjenester kan registreres, og tjenestene kan ytes både i og utenfor brukers eget hjem.

Bærekraft for kommunene

Over flere tiår har antallet personer under 67 år som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester økt. Potensielt kan en fortsatt vekst i yngre brukere utgjøre en ekstra ressursutfordring for kommunene nå når det blir flere og flere eldre. Siden mye av økningen i tjenestemottakere under 67 år trolig er knyttet til

registreringspraksis og utvikling av nye kommunale tjenestetyper kan det være at denne utfordringen ikke er så stor som fryktet. I tillegg kan kommunenes oppgaver knyttet til forebygging og lavterskel-tjenester bidra til å avlaste andre helsetjenester og være et gode for pasientene som får tjenestene lokalt.

Nye registermuligheter i KPR

Funnene om at mye av helsetjenestene som kommunene gir er psykiske helsetjenester bekrefter funn fra andre undersøkelser om at kommunene i økende grad yter tjenester til personer med psykiske lidelser og ruslidelser. Dette kan også gi nye muligheter for innrapportering av kommunale data til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Videreutvikling av variabelen for helsetjenester i hjemmet kan gi flere opplysninger om tildeling av helsetjenester innen psykisk helse og hvem tjenestemottakerne er.

1. Innledning

Bakgrunn

Det gjøres daglig prioriteringer i de kommunale tjenestene, både på faglig nivå og i politisk og administrative budsjettprosesser, jf. prioriteringsutvalget for kommunene¹. Bærekraften i de kommunale tjenestene er diskutert i lys av de demografiske endringene med flere eldre og lengre levealder. I denne konteksten er det også viktig å vite mer om de yngre tjenestemottakerne for å kunne se helheten. Kommunale helse- og omsorgstjenester skal være et tilbud til alle med behov for tjenester, uavhengig av alder.

Over mange år har det vært en vekst i andelen yngre personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Fra 1992 til 2010 økte antallet hjemmetjenestemottakere under 67 år fra 20 000 til 66 000 personer². Nærmere analyser av personer som mottok tjenester i 2006 fant at de helsemessig besto hovedsakelig av to store og to litt mindre grupper. Mennesker som har én av mange ulike somatiske lidelser utgjorde den største gruppen (39 prosent). Blant disse dominerte nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag, og alvorlige hode- og ryggskader – ofte etter trafikkulykker. Mennesker med psykiske lidelser (37 prosent) utgjorde også en stor gruppe. De to mindre gruppene var mennesker med utviklingshemming (13 prosent) og personer med rusproblemer (9 prosent)³.

Tabell 1: Antall tjenestemottakere, 2014-2017.

	Antall tjenestemottakere gjennom året				Antall tjenestemottakere per 1000 innbyggere			
	0-17 år	18-49 år	50-66 år	67 år og over	0-17 år	18-49 år	50-66 år	67 år og over
Endring 2014-2017	0,3 %	14,4 %	9,3 %	2,9 %	-0,2 %	12,3 %	5,7 %	-5,4 %
2017	16915	75875	51583	217029	15,0	33,2	47,9	276,0
2016	17469	72475	50344	415289	15,5	31,8	47,4	281,1
2015	17370	69591	48501	213395	15,4	30,7	46,1	286,6
2014	16863	66346	47202	210917	15,0	29,6	45,3	291,8

Kilde: SSB, statistikkbanktabell 11642 og 07459

De siste fire årene har veksten i antall brukere vært størst for aldersgruppen 18-49 år (14,4 prosent), uavhengig av aldersgruppe (tabell 1). Dette gjelder også for den relative veksten målt i forhold til innbyggertallet i de ulike aldersgruppene

I dette analysenotatet har vi sett nærmere på personer som mottok hjemmebaserte tjenester i 2017. Utvalget i analysen er begrenset til personer i alderen 15-49 år. Tallene er vist med 5-årige alderskutt, hvor yngste gruppe er ungdom, mens den eldste gruppen vil være middeladrende voksne. Vi ønsker å belyse hvilke tjenester de typisk får, om det er variasjoner innad i aldersgruppen, hvor lenge de har hatt tjenester, hvilke diagnoser de har, og hvor stort omfang av tjenester de har.

¹ NOU 2018:16. Det viktigste først.

² Borgan, JK (2012): Pleie og omsorgsstatistikk 1962-2010, SSB, Rapporter 10/2012.

³ Romøren, TI (2006): Yngre personer som mottar hjemmetjenester: hvem er de, hva slags hjelp får de og hvorfor øker antallet så sterkt?; Høgskolen i Gjøvik, Rapportserie 2006 nr.8

Definisjoner og datagrunnlag

Grunnlaget for analysen er data fra IPLOS-registeret for 2017. IPLOS-registeret vil fra 2017-årgangen også finnes som datakilde i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dataene er kvalitetssikret og renset for innhold som åpenbart ikke skal inngå i statistikken, men det vil fortsatt inneholde inkonsistent informasjon.

Tjenestemottakere er definert som alle personer med registrert tjeneste på variabelen som angir type tjeneste. Tjenester påbegynt i 2018 eller avsluttet før 2017 er ekskludert fra datamaterialet. Vi har også ekskludert personer som var registrert døde før 2017. I analysen av vedtakenes varighet inngår ikke observasjoner lengre enn 30 år i gjennomsnittsberegningene.

Variabelen som i dag heter helsetjenester i hjemmet har hatt ulik veiledningstekst opp gjennom årene. Slike endrede inklusjonskriterier for hva som skal rapporteres inn vil nødvendigvis påvirke sammenlignbarheten når tidsserier skal analyseres.

Utgivelsesår	Veiledningstekst
2019 ⁴ og 2015 ⁵	<p><i>Med helsetjenester i hjemmet menes ulike helsetjenester som ytes til hjemmeboende.</i></p> <p><i>I Pasient- og brukerrettighetslovens kap. 1-3 bokstav c defineres helsehjelp på denne måten: "Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende eller pleie- og omsorgsformål...". Det betyr at det er helsetjenester som ytes til hjemmeboende som skal rapporteres. Det kan også innebære at helsetjenester som ytes utenfor hjemmets fire vegger skal rapporteres her....".</i></p> <p><i>" «Helsetjenester i hjemmet» er alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten eller med utgangspunkt i pasientens hjem. Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Også regelmessige samtaler mv. til personer med rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser kan tilbys som helsetjenester i hjemmet, dersom behovet tilsier dette. Hvilke helsetjenester som kan ytes i hjemmet vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering."</i></p>
2009 ⁶	<p><i>Hjemmesykepleie, herunder psykiatrisk sykepleie som ytes i hjemmet. Vedtak fattet etter lov om helsetjenesten i kommunene § 2-1, jf. §1-3 andre ledd nr. 4.</i></p>

⁴ Helsedirektoratet (per jan. 2019): Veileder for registrering av IPLOS-data i kommunen, IS-1112: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-registrering-av-iplos-data-i-kommunen>

⁵ Helsedirektoratet (2015): IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester; IS-1112. I tillegg var utdypende tekst publisert på IPLOS nettside under "Ofte stilte spørsmål" (FAQ). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>

⁶ Helsedirektoratet (2009): IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester, 03/2009, IS-1112

Øvrige kommunale tjenester som er omtalt i analysen er:

- Praktisk bistand: Tjenesten gjelder bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. Formålet med praktisk bistand – opplæring er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet
- Støttekontakt: Formålet med støttekontakttjenesten er å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid og samvær med andre.
- Omsorgsstønad: Kommunen skal ha tilbud om omsorgsstønad til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.
- Dagaktivitetstilbud: Formålet med tjenesten dagaktivitetstilbud kan være hjelp til egenomsorg, sosial støtte, aktivisering og opplæring i dagliglivets gjøremål og lignende.

Diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret er innrapportert fra kommunene både etter ICPC-1, ICPC-2 og ICD-10. I denne analysen er diagnoser konvertert til ICPC-2 og aggregert til diagnosegrupper. Tilsvarende er gjort i tidligere rapporter og dokumentert i detalj der⁷.

Funksjonsvariable: Alle tjenestemottakere registreres med vurdering av funksjonsnivå. Veileder for registreringen inneholder utdypende informasjon om den enkelte variabel. Funksjonsområdene er:

1. Sosial deltakelse
2. Skaffe seg varer og tjenester
3. Beslutninger i dagliglivet
4. Ivareta egen helse
5. Bevege seg innendørs
6. Alminnelig husarbeid
7. Personlig hygiene
8. På og avkledning
9. Lage mat
10. Spise
11. Toalett
12. Bevege seg utendørs
13. Syn
14. Hørsel
15. Hukommelse
16. Kommunikasjon
17. Styre atferd
18. Ivareta egen økonomi

⁷ Helsedirektoratet (2014): Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester, IS-0427

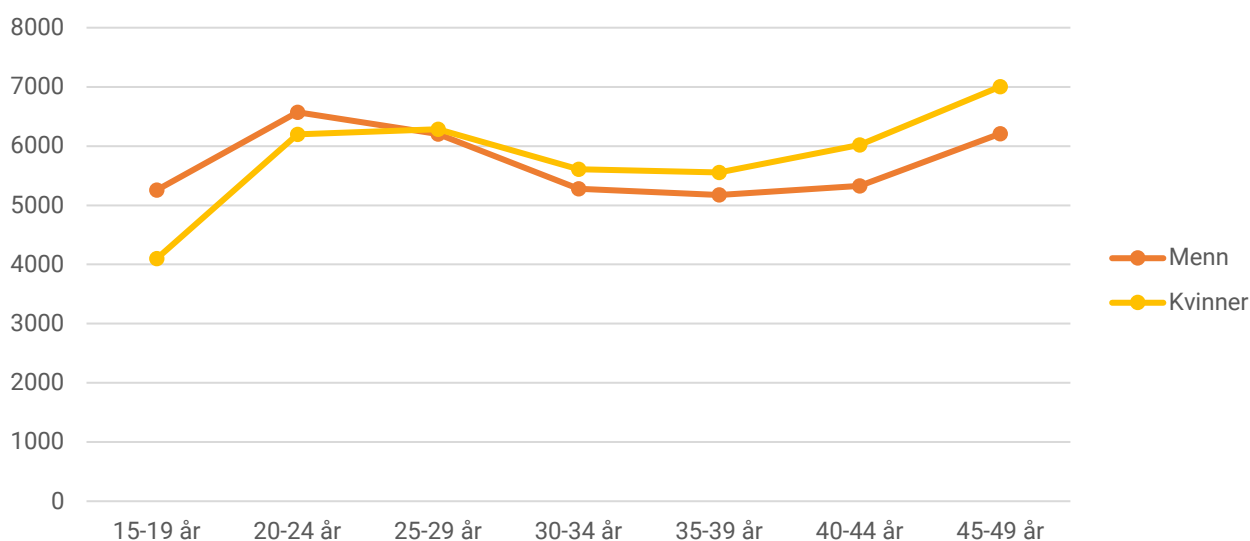
2. Tildeling av tjenester til ungdom og voksne

Flest yngre menn, flere kvinner fra 30-årsalderen

Vi finner at nærmere 81 000 personer i alderen 15-49 år hadde mottatt en eller flere typer kommunale omsorgstjenester i 2017. Dette utgjør 22 prosent av alle som mottok kommunale tjenester det året⁸. Blant ungdommene er det en overvekt av gutter, mens i 30-års alder er det flere kvinner enn menn, og forskjellene øker med alder.

Det er flere som mottar tjenester i 20-års alder enn det er i 30-års alder. Dette kan ha sammenheng med overgangen fra ungdom til voksen. Å bo i egen bolig, og å håndtere jobb eller studier som voksen, kan kreve behov for økt hjelp i en periode. Dette for å kunne lære seg å mestre det nye livet som voksen.

Figur 1: Antall personer som mottok kommunale omsorgstjenester, etter alder og kjønn. 2017 (n=80 789 personer)



⁸ Mørk, E m.fl. (2018): Kommunale helse og omsorgstjenester 2017. Statistisk sentralbyrå, Rapporter 2018/26

Støttekontakt til ungdom, og helsetjenester i hjemmet til voksne

Blant de hjemmebaserte tjenestene er det helsetjenester i hjemmet som er den tjenestetypen som flest mottar – 64 prosent av alle i utvalget har hatt tjenesten i 2017. Unntaket er blant ungdommene.

Ungdom

Blant ungdom i alderen 15-19 år er støttekontakt den vanligste tjenesten. Nær halvparten av ungdommene hadde støttekontakt i løpet av 2017. Helsetjenester i hjemmet gis til 30 prosent av de unge brukerne.

Ungdom i alderen 15-19 år vil være i en annen livssituasjon enn andre i gruppen yngre voksne. De bor som regel ennå i foreldrenes hjem, og derav har en del av pårørende fått innvilget omsorgsstønad – 23 prosent av ungdommene har vedtak om dette. De øvrige tjenestene vi har undersøkt er mindre brukt til ungdom.

Voksne

Fordelingen av type omsorgstjeneste endrer seg imidlertid en god del i overgangen fra ungdom til voksen. Helsetjenester i hjemmet er den tjenesten som blir brukt av de fleste voksne. Mens 30 prosent av ungdommene hadde helsetjenester i hjemmet, var andelen dobbelt så høy i aldersgruppen 20-24 år (59 prosent). Og andelen øker med alderen, til 74 prosent i gruppen 45-49 år.

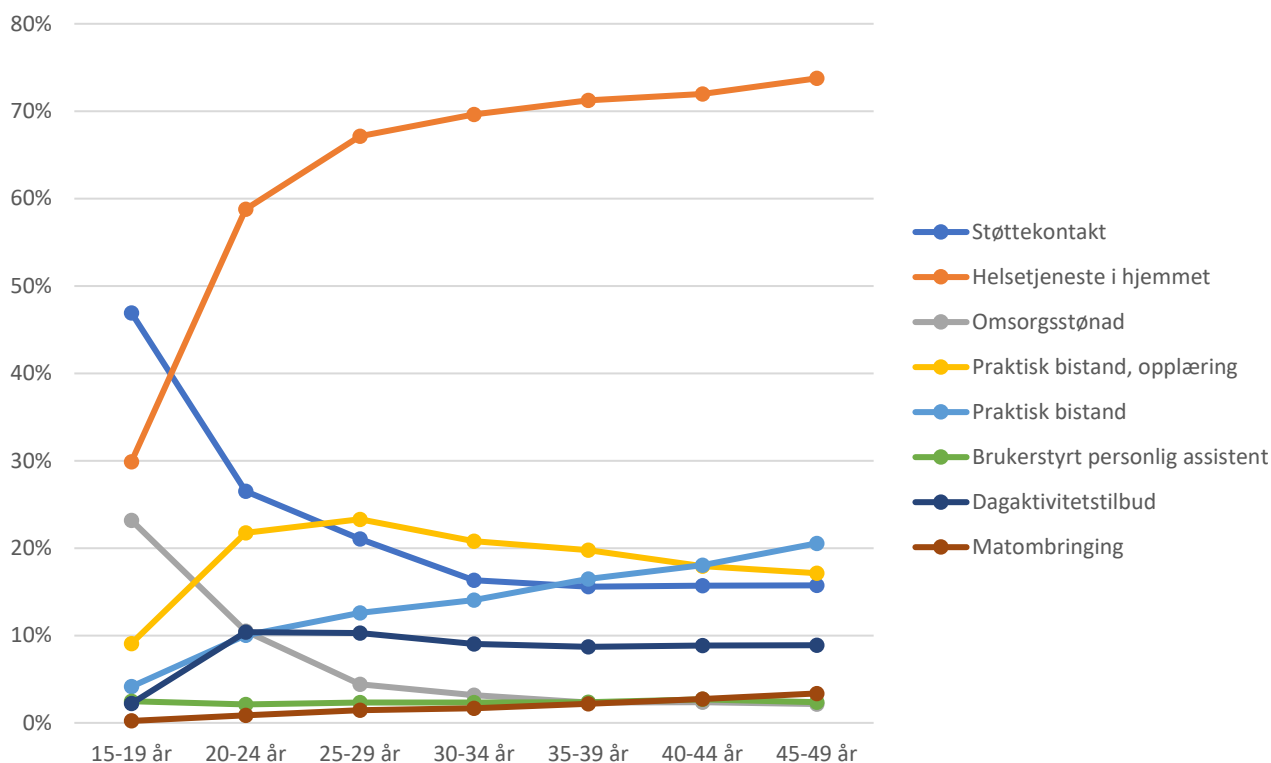
De øvrige tjenestetypene er mindre brukt og de har heller ikke like store variasjoner mellom aldersgruppene. Tjenesten praktisk bistand øker noe med alder; blant dem i 20-24 års alder har 10 prosent mottatt tjenesten, mens andelen i aldersgruppen 45-49 år er på 20 prosent. Tjenesten praktisk bistand/opplæring er mest brukt blant de i 20-årene, og bruken avtar noe i de høyere aldersgruppene.

Bruken av støttekontakt avtar merkbart i overgangen fra ungdom til voksen. Mens nær halvparten av ungdommene hadde støttekontakt, er andelen 27 prosent for de yngste voksne, og under 20 prosent for de over 30 år. Dagaktivitetstilbud gis fra 20 års alder, og andelen er da på 9-10 prosent.

Omsorgsstønad skal gis til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Stønaden gis i størst grad til personer som yter omsorgsarbeid til ungdom (23 prosent). Bruken denne ypen ytelse avtar med alder.

Andelen som mottar brukerstyrt personlig assistent (BPA) er på 2-3 prosent for de aldersgruppene vi ser på her.

Figur 2: Andel tjenestemottakere med hjemmebaserte tjenester, etter alder. 2017 (n=80 789 personer)



Flest med psykiske lidelser blant de med helsetjenester i hjemmet

Vi har funnet at helsetjenester i hjemmet er den tjenestetypen som flest i aldersgruppen 15-49 år mottar. 64 prosent av tjenestemottakere i aldersgruppen har hatt tjenesten i 2017, i alt gjelder dette mer enn 51 000 personer. Med dette som utgangspunkt har vi hatt et ønske om å få mer informasjon om gruppen som mottar tjenester. Dette kan gjøres ved å kombinere opplysningene med informasjon om alder, kjønn, diagnoser og funksjon fra registeret.

Opplysninger om diagnose sendes inn til registeret, men ikke alle tjenestemottakere har registrert opplysninger. For aldersgruppene vi her følger er andelen med diagnoseopplysninger fra 18 til 33 prosent, og stigende med alder. Tolkning av diagnoseopplysninger må gjøres med forbehold av flere grunner. Diagnosene er ikke nødvendigvis årsaken til tjenestetildelingen til personene som mottar tjenestene, men det er sentral relevant opplysning for pasientbehandlingen og vil dermed bli dokumentert i journal. Diagnoser kan også ligge i journal, og dermed i registeret, selv om de ikke lengre er gjeldende.

Opplysninger om diagnose rapporteres inn med enkeltkoder, men er for denne analysen samlet i grupper⁹. Blant ungdom og voksne som har mottatt helsetjenester i hjemmet er diagnosegruppen psykiske lidelser den vanligste. I alt har 17 prosent av de som mottar helsetjenester i hjemmet en eller

⁹ For dokumentasjon av diagnosegruppene, se rapport IS-0511 fra Helsedirektoratet, Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester

flere diagnoser relatert til psykiske lidelser. Gruppen omfatter de fleste diagnoser innen kapittel P i ICPC, men demens og utviklingshemming er holdt utenfor.

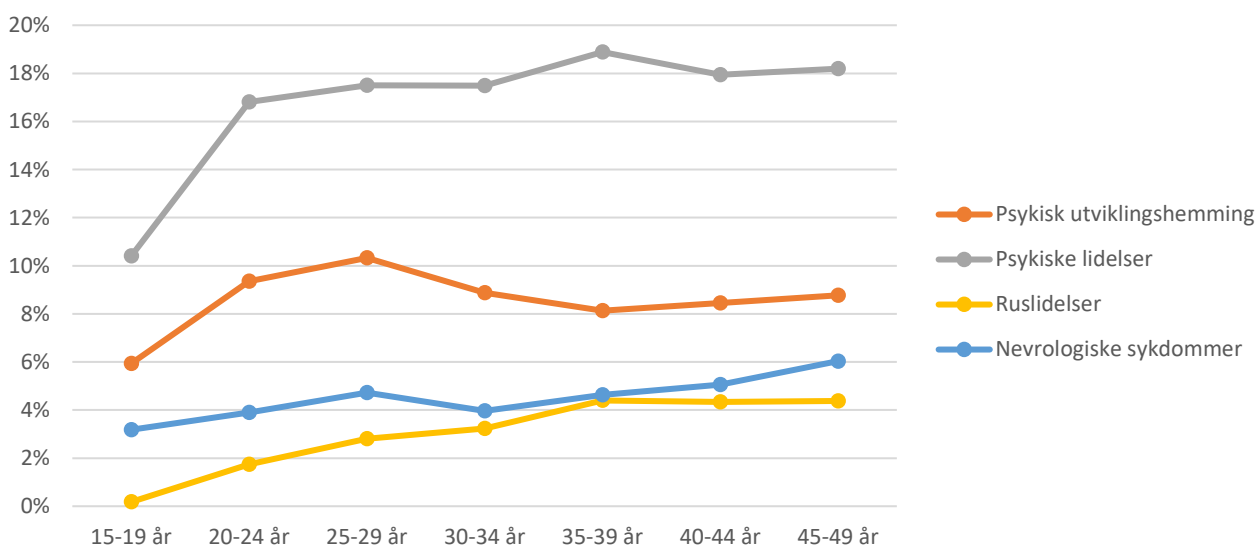
Tabell 2: Andel personer 15-49 år med helsetjenester i hjemmet, etter diagnoseregistrering. 2017

	Har ikke diagnose i registeret	Har diagnose i registeret	Total	Andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i registeret
15-19 år	2280	517	2797	18 %
20-24 år	5563	1941	7504	26 %
25-29 år	5989	2398	8387	29 %
30-34 år	5456	2125	7581	28 %
35-39 år	5323	2318	7641	30 %
40-44 år	5619	2544	8163	31 %
45-49 år	6511	3229	9740	33 %

Personer med utviklingshemming utgjør den nest største diagnosegruppen med 9 prosent. Tidligere analyser har vist at de vanligste tjenestene til personer med utviklingshemming er helsetjenester i hjemmet, støttekontakt, praktisk bistand til daglige gjøremål og dagaktivitetstilbud.¹⁰

Nevrologiske lidelser og ruslidelser utgjør henholdsvis 5 og 3 prosent¹¹.

Figur 3: Andel personer 15-49 år med helsetjeneste i hjemmet, etter diagnosegrupper (n=51 819).



Noen sykdommer og lidelser har overvekt av menn eller kvinner. Dette gjelder for eksempel ruslidelser hvor de som har fått helsetjeneste i hjemmet i større grad er menn, 67 prosent. Brudd og hjertesykdommer har også høyere andel menn. Kun når det gjelder kreftsykdommer er kvinner i overtall.

¹⁰ Helsedirektoratet (2017): Samdata kommune, kap 7 om tjenester til personer med psykisk utviklingshemming, IS-2575

¹¹ Andre diagnosegrupper har lavere andel og er ikke inkludert i figuren. Personer kan forekomme i flere diagnosegrupper.

Tabell 3: Antall personer 15-49 år med helsetjenester i hjemmet, med diagnoseregistreringer, etter kjønn.

Diagnose	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne
Psykisk utviklingshemming	2521	2051	55 %	45 %
Psykiske lidelser	4619	4408	51 %	49 %
Ruslidelser	1168	564	67 %	33 %
Nevrologiske lidelser	1380	1054	57 %	43 %
Kreft	116	199	37 %	63 %
Diabetes	336	259	56 %	44 %
Bruddskader	100	56	64 %	36 %
Lungelidelser	245	256	49 %	51 %
Hjertesykdommer	373	238	61 %	39 %
Muskel- og skjellettlidelser	244	270	47 %	53 %

Funksjonsvurdering for personer med helsetjenester i hjemmet

Alle personer som tildeles omsorgstjenester registreres med opplysninger om funksjon. Opplysningene er registrert for de fleste tjenestemottakere¹². Funksjonsvariablene registreres og vedlikeholdes av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i tjenesten. Funksjonsvurdering gir informasjon om:

- aktiviteter i dagliglivet, kroppsfunksjoner og noen kognitive funksjoner
- personens ressurser og funksjon på registreringstidspunktet og grad av behov for bistand og helsehjelp

Vi har sett nærmere på mottakere av helsetjenester i hjemmet i alderen 15-49 år og hvilke funksjonsnivå de er registrert med. I alt er det 18 funksjonsvariable som registreres. Oversikt over funksjonsvariablene finnes i kapitlet 'Definisjoner og datagrunnlag'.

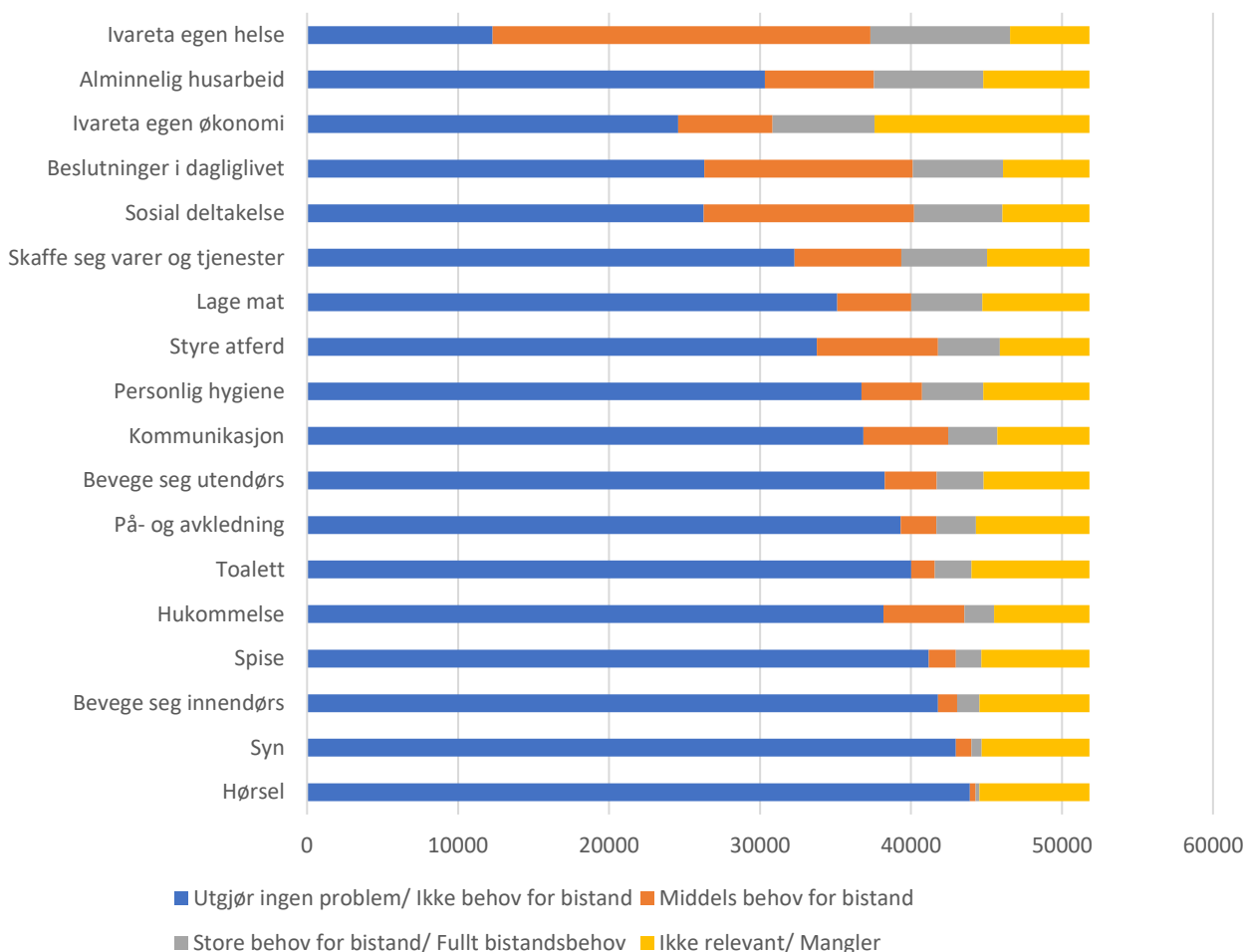
For aldersgruppen vi har fulgt er det ett funksjonsområde som spesielt peker seg ut med høyere score og større hjelpebehov enn de andre, og det er 'Ivareta egen helse'.

Ivareta egen helse: Har behov for bistand/assistanse til å håndtere egen sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, til å ta kontakt med behandlingsapparatet når symptomer eller skade oppstår, følge behandlingsopplegg og håndtere egne medisiner.

Skalaen går fra 1 til 5 hvor høy score indikerer dårligere funksjon og større behov for bistand, mens 9 er 'Ikke relevant'. 18 prosent av de 51 813 tjenestemottakerne er scoret med verdi 4 eller 5 på 'Ivareta egen helse' og er da vurdert til å ha store behov for bistand eller fullt bistanndsbehov. 48 prosent er vurdert til å ha middels behov for bistand, score 3.

¹² Beyrer, S m.fl. (2018): Kvalitet i IPLOS-registeret 2017; SSB Notater 2018/41

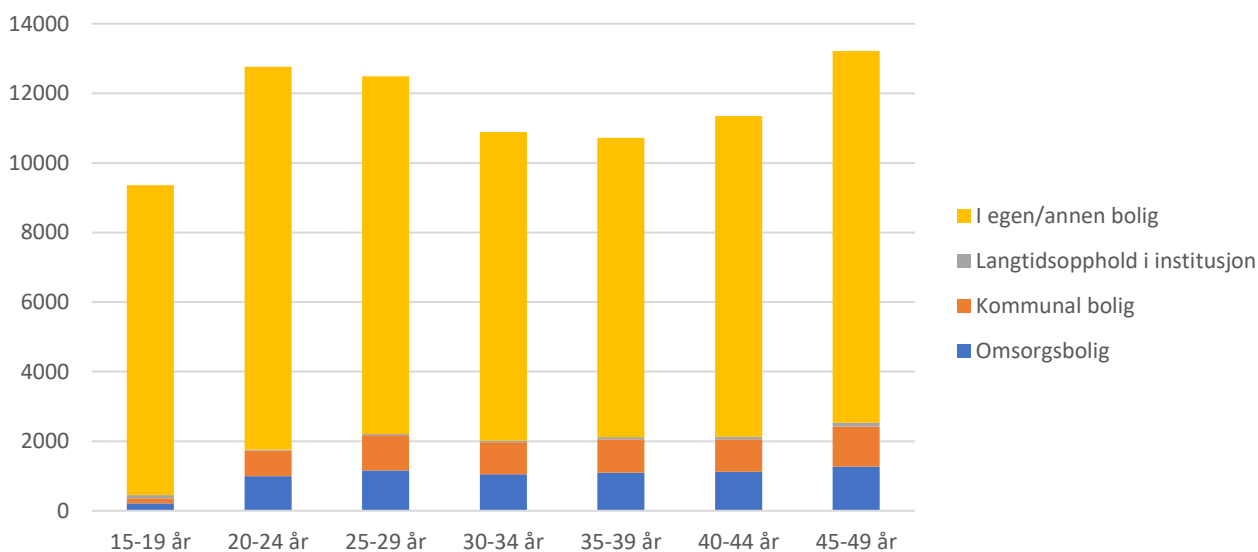
Figur 4: Funksjonsvurdering for personer 15-49 år som mottok helsetjenester i hjemmet i 2017. (n=51813)



De færreste bor i kommunal bolig

Av de 81 000 personene i aldersgruppen er det mindretallet som bor i kommunal bolig. Om lag hver femte tjenestemottaker blant de i 30- og 40-årsalderen hadde kommunal bolig i 2017, og andelene var lavere for de yngste. Kommunal bolig gjelder omsorgsbolig og tildeling av annen type bolig. Det er svært få med vedtak om langtidsopphold i aldergruppen som er studert, og blant ungdom kan dette gjelde vedtak om for eksempel barnebolig uten at dette er spesifisert som egen tjenestetype.

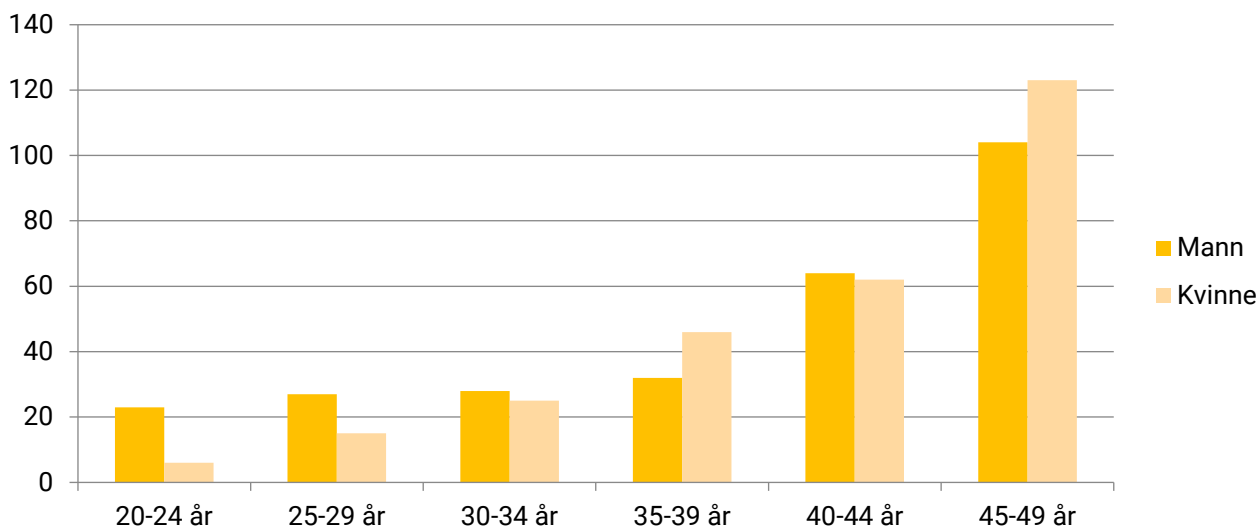
Figur 5: Andel av tjenestemottakerne 15-49 år, etter bosituasjon. 2017



Dødsfall blant voksne

Av de 81 000 tjenestemottakerne, som er ungdom eller voksne, er det relativt sett få dødsfall. I alt var det registrert 564 voksne i alderen 20-49 år som døde i løpet av 2017. Disse hadde mottatt en eller flere kommunale tjenester i 2017. Av dødsfall blant personer i 20-årsalderen er det en overvekt av menn, mens det for personer i 30- og 40-årsalderen i sum er noen flere kvinner som dør.

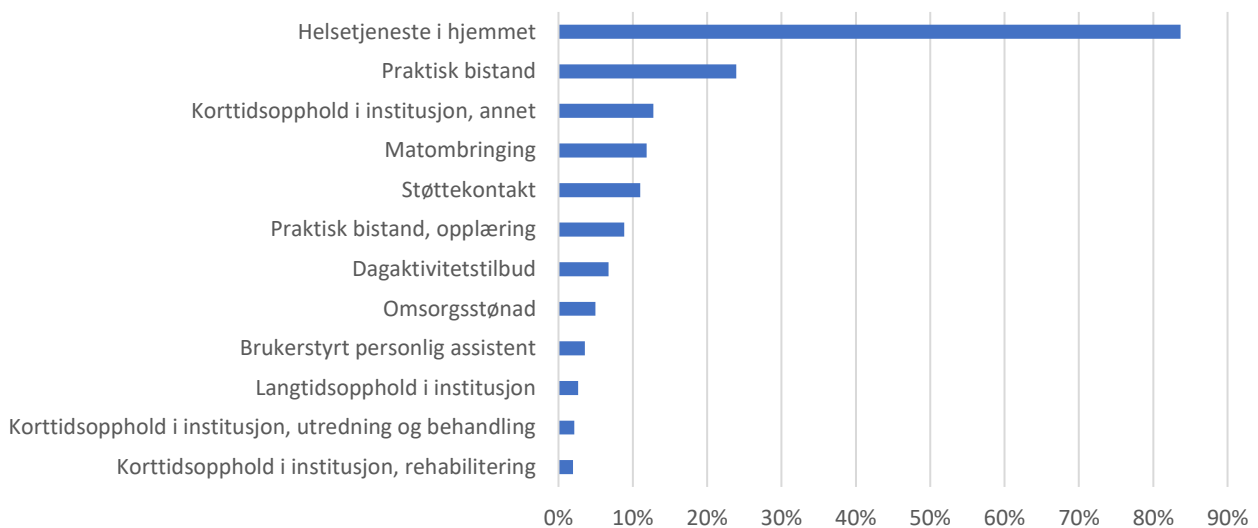
Figur 6: Antall døde tjenestemottakere, etter alder og kjønn. 2017¹³



84 prosent av personene som døde hadde hatt helsetjeneste i hjemmet i løpet av 2017, mens 24 prosent hadde hatt tjenesten praktisk bistand. De øvrige tjenestene, inklusive institusjonstjenester var det færre som hadde hatt.

¹³ Aldersgruppen 15-19 år er utelatt pga. små tall.

Figur 7: Andel døde tjenestemottakere, etter type tjeneste. 2017 (n=564)



Vi har ikke sett nærmere på omfanget av omsorgstjenester før død, men annen litteratur har vist at kommunale omsorgstjenester bruker mest ressurser året før død for de aller yngste (0-29 år) og de aller eldste (90 år og eldre), målt i kroner per bruker. Aldersprofilen for ressursbruk før død er annerledes i somatiske sykehus hvor det blir brukt mye tjenester på middelaldrende, og vesentlig mindre på de over 90 år.¹⁴

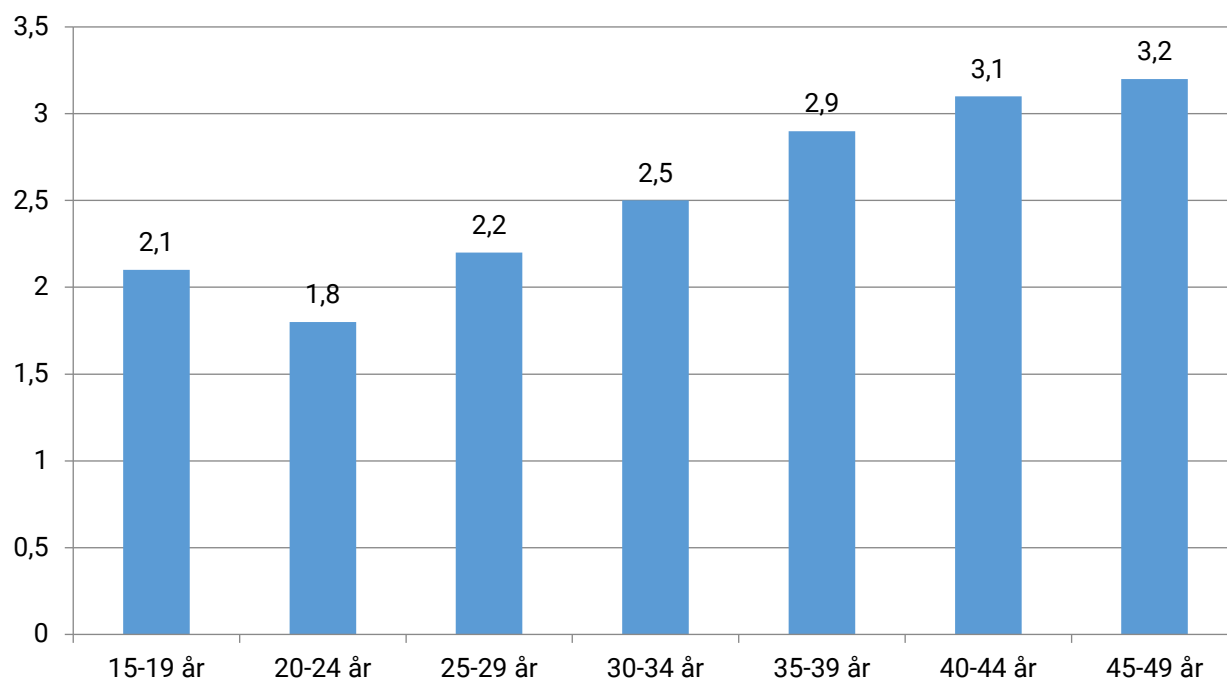
Varigheten av vedtak

Vi har hatt et ønske om å undersøke hvor lenge tjenestemottakere har hatt tjenester. Noen kan ha hatt tjenester hele livet, mens andre vil ha midlertidige behov. Med tilgang på kun én årgang fra registeret, er det begrenset med informasjon om dette temaet. For hver person finnes det informasjon om starttidspunkt for den aktuelle tjenesten de får. Dette gjelder imidlertid kun for det aktuelle vedtaket, og sier ingenting om hvilke vedtak som var aktive før dette tidspunktet.

Figur 6 viser derfor gjennomsnittlig lengde på det tjenestevedtaket som har vart lengst for hver person. De eldste personene i utvalget hadde hatt kontinuerlige vedtak lengst med 3,2 år, mens vedtakene for personer i alderen 20-24 år hadde vart i 1,8 år. Ved overgangen fra ungdom til voksen vil det trolig være mange som har behov for nye vurderinger om hvilke tjenester de trenger i en annen livssituasjon, kanskje i egen bolig eller i jobb.

¹⁴ SINTEF/Kalseth J (2019): Kapittel 2.11 Kostnader ved livets slutt, i rapporten Helhet og sammenheng, Helsedirektoratet, IS-2765

Figur 8: Varigheten av vedtak for personer som fikk tjenester i 2017.



4. Kartlegging av helsetjenester i hjemmet i fem kommuner

I februar 2019 ble det sendt ut en kartlegging på epost til fem kommuner. Formålet med spørsmålene var å innhente informasjon om kommunenes praksis for registrering av personer under 50 år med helsetjenester i hjemmet. Bakgrunnen er at helsetjenester i hjemmet er i IPLOS rapporteringsveileder definert ganske bredt¹⁵. Dette er mer beskrevet i kapittel om definisjoner og datagrunnlag.

Spørsmålene som ble sendt ut var:

- Gjelder rapportering av "helsetjenester i hjemmet" kun personer med hjemmesykepleie? Andre eksempler her kan være kommunale psykiske helsetjenester, fysioterapi, ergoterapi mm. til hjemmeboende.
- Kan dere anslå hvor stor andel som går til de ulike typene helsetjeneste i hjemmet dere spesifiserer?
- Blir tjenestene som omfattes av "helsetjenester i hjemmet" som regel utført i brukernes egne hjem, eller utenfor?
Kan dere anslå fordelingen her?

Bergen kommune

Svaret fra Bergen bekrefter at helsetjenester ikke gjelder bare hjemmesykepleie. Også psykiatri, rustjenester og tjenester til utviklingshemmede rapporteres som helsetjenester.

Som i Stjørdal har heller ikke Bergen kommune ergoterapi- og fysioterapitjenesten koblet til IPLOS tjenestetypen. Mottakere av disse tjenestene vil ikke gjenfinnes i registeret. Bergen opplyser om at tjenesten oppfølging psykisk helse utføres i all hovedsak på kontoret og ikke hjemme hos bruker.

Tabell 5: Helsetjenester i hjemmet, Bergen kommune. 2018

	Rapporteres som helse-tjenester i hjemmet	Antall 0-49 år	Andel 0-49 år
Hjemmesykepleie	Ja	350	19 %
Psykiatrisk hjemmesykepleie	Ja	461	25 %
Oppfølging psykisk helse	Ja	670	36 %
Vernepleie til hjemmeboende	Ja	41	2 %
Vernepleie i bofellesskap	Ja	304	16 %
Booppfølging psykiatri/rus	Ja	53	3 %
		1879	100 %

¹⁵<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-registrering-av-iplos-data-i-kommunen/seksjon?Tittel=rapportering-av-tjenester-med-11392#helsetjenester-i-hjemmet>

Stjørdal kommune

Stjørdal sendte en oversikt som detaljerer helsetjenester i Stjørdal for 2018. Tabellen viser at det finnes et mangfold av tjenestetyper lokalt i kommunen, tjenestetyper som alle er helsetjenester, men med ulike formål og innhold. I tillegg til å spesifisere tjenester som inngår i rapporteringen av helsetjenester i hjemmet, har Stjørdal også gitt tall på andre helsetjenester som ikke inngår i rapporteringen til IPLOS-registeret.

Tabell 4: Helsetjenester i hjemmet, Stjørdal kommune. 2018

	Rapporteres som helse- tjenester i hjemmet	0-49 år	SUM alle aldre	0-49 år	SUM alle aldre
Psykisk helsetj.ambulerende	Ja	274	279	27 %	9 %
Psykisk helsetj.i omsorgsbolig	Ja	7	13	1 %	0 %
Hjemmsykepleie ambulerende	Ja	42	586	4 %	19 %
Hjemmsykepleie i omsorgsbolig	Ja	41	268	4 %	9 %
Hverdagsmestring	Ja	71	375	7 %	12 %
Demenssykepleie	Nei	*	134	*	4 %
Kreftsykepleie	Nei	11	90	1 %	3 %
Rask psykisk helsehjelp Lavterskel	Nei	162	211	16 %	7 %
Fysioterapi	Nei	253	409	25 %	13 %
Ergoterapi	Nei	130	551	13 %	18 %
Rehabilitering utenfor institusjon	Egen variabel	25	130	2 %	4 %
		1016	3046	100 %	100 %

Os kommune

Os kommune i Hordaland hadde til sammen 246 personer i alderen 0-49 år som mottok helsetjenester i hjemmet i løpet av 2017. Kommunen opplyser at utviklingshemmede og yngre funksjonshemmede, rus og psykiatri er den største potten. Kommunen registrerer det som helsetjenester også når det er psykiatri og rus, men ikke når det er fysioterapi og ergoterapi.

I Os kommune er aldersgruppen 0-66 år den største og hurtigvoksende gruppen. Det er 3 % av befolkningen i denne gruppen som mottar helsetjenester i hjemmet. Tjenestene blir i all hovedsak utført i eget hjem, enten det er privat eid eller leid kommunal bolig.

Hobøl kommune

Hobøl kommune hadde til sammen 111 personer i alderen 0-49 år som mottok helsetjenester i hjemmet i løpet av 2017. Hobøl kommune har gitt følgende svar:

- Gjelder "helsetjenester i hjemmet" til disse personene kun hjemmesykepleie?

Helsetjenester i hjemmet er i tillegg til hjemmesykepleie samtaler i psykisk helseteam. Andre eksempler her kan være kommunale psykiske helsetjenester, fysioterapi, ergoterapi mm.

- Kan dere anslå hvor stor andel som går til de ulike typene helsetjeneste i hjemmet dere spesifiserer?
Samtaler psykisk helseteam = ca 102 vedtak. Resten er hjemmesykepleie gitt i hjemmet.
- Blir tjenestene som omfattes av "helsetjenester i hjemmet" som regel utført i brukernes egne hjem, eller utenfor?
Kan dere anslå fordelingen her?
Samtaler psykisk helse utføres i ca 70% av tilfellene utenfor hjemmet.

Lillesand kommune

I Lillesand kommune var det 319 personer i alderen 0-49 år som mottok helsetjenester i hjemmet i 2017. 77,5 prosent av disse får psykisk helsetjeneste. Psykisk helsetjeneste blir i all hovedsak utført utenfor hjemmet, mens øvrige tjenester i all hovedsak blir utført i hjemmet.

Tabell 6: Helsetjenester i hjemmet, Lillesand kommune. 2017

Tjeneste	Antall brukere (0-49 år)	Andel (%)
Hjemmesykepleie	50	15,5
Psykisk helsetjeneste	247	77,5
Fysioterapi og ergoterapi	22	7
Totalt	319	100

5. Diskusjon

Hva skyldes veksten i unge brukere?

Veksten i antall yngre hjemmetjenestemottakere i perioden 1992-2004 er tidligere forklart med endrede tilbud som følge av en rekke helse- og sosialpolitiske reformer siden begynnelsen 1990-årene: HVPU-reformen, Opptrappingsplanen for psykisk helse, Helseforetaksreformen og reformer innen rusomsorgen.¹⁶

Veksten de siste årene kan skyldes flere sammenfallende faktorer. I dette analysenotatet har vi ikke studert årsakssammenhenger, men vil i det følgende peke på faktorer som de siste 10 årene kan ha hatt betydning for fortsatt vekst i yngre brukere.

- Nye kommunale tjenester: Type tjenester som kommunene tilbyr og innholdet i de kommunale tjenestene vil til enhver tid være i utvikling. Kommunene vi har spurt har i dag flere typer tjenester som et tilbud til psykisk syke. Hvorvidt disse tjenestene har eksistert tilbake i tid har vi ikke kartlagt, men kommunale årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid har økt fra 13 131 i 2015 til 15 894 i 2018. Årsverkene går både til boliger med fast personell, behandling, hjemmetjenester og ambulante tjenester til hjemmeboende.¹⁷ En god del av pasientene og brukerne til årsverkene vil være inkludert i IPLOS/KPR. I tillegg registreres tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i den årlige undersøkelsen Brukerplan¹⁸.
- Endring i definisjoner: Som beskrevet i teksten om definisjoner og datagrunnlag har veiledningsteksten blitt endret betydelig opp gjennom årene på variabelen som i dag heter helsetjenester i hjemmet. Slike endrede inklusjonskriterier vil naturlig nok føre til at sammenlignbarheten over tid er utfordrende. Man kan stille spørsmål ved om veksten av unge brukere av helse- og omsorgstjenester er reell.
- Samhandlingsreformen: Tidligere analyser har vist at samhandlingsreformen trolig førte til tidligere utskrivninger fra sykehus og flere som mottok helsetjenester i kommunene etter utskrivning, men at en del av de kommunale tjenestene var av mer kortvarig karakter.¹⁹
- Endring i befolkningsgrunnlag: Bare i perioden 2014-2017 har det blitt 50 000 flere innbyggere i alderen 18-49 år. Dette i seg selv kan generere flere tjenestemottakere gitt antakelsen om at helsetilstanden og behovene er konstante i befolkningen. I tabell 1 viste vi imidlertid at også andelen tjenestemottakere av befolkningsmengden har økt i perioden, målt i antall tjenestemottakere per 1000 innbyggere.
- Endring i innbyggernes forventninger: Eldre og yngre personer med behov for tjenester kan ha ulike krav til nivå og kvalitet på offentlige helsetjenester. Yngre brukere og yngre pårørende oppleves som grupper som er godt kjent med sine rettigheter som (for)brukere og som er i posisjon til å stille krav. Eldre brukere er mindre kjent med sine rettigheter og stiller ofte ikke krav.²⁰

¹⁶ Romøren, TI (2006): Yngre personer som mottar hjemmetjenester: hvem er de, hva slags hjelp får de og hvorfor øker antallet så sterkt?; Høgskolen i Gjøvik, Rapportserie 2006 nr.8

¹⁷ Ose, SO m fl (2018): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018; SINTEF-rapport 2018:01346

¹⁸ Helse Stavanger (2018): Brukerplan årsrapport 2017

¹⁹ Helsedirektoratet (2016): Samhandlingsstatistikk; kap 11 Hjemmetjenester i kommunene, IS-2427

²⁰ Hamran T og Moe S (2012): Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling; Universitetet i Tromsø/Senter for omsorgsforskning Nord, Rapportserie nr. 3

- Endring i sykelighet: Vekst i uføretrygging blant unge²¹. Tall fra NAV viser at varig uføretrygdede under 30 år er fordoblet siden 2006. Andelen uføretrygdede under 30 år har økt ganske jevnt fra 0,8 prosent av befolkningen i 1992 til 1,7 prosent i 2016.

Bærekraftige tjenester

Over flere tiår har antallet personer under 67 år som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester økt. Potensielt kan en fortsatt vekst i yngre brukere utgjøre en ekstra ressursutfordring for kommunene når det blir flere eldre. Siden mye av økningen i tjenestemottakere under 67 år trolig er knyttet til registreringspraksis og utvikling av nye kommunale tjenestetyper kan det være at denne utfordringen ikke er så stor som fryktet. I tillegg kan kommunenes oppgaver knyttet til forebygging og lavterskel-tjenester bidra til å avlaste andre helsetjenester og være et gode for pasientene som får tjenestene lokalt.

Nye registermuligheter i KPR

IPLOS-registeret har eksistert som selvstendig register siden 2008, med SSB som forvalter av dataene (databehandler) og Helsedirektoratet som overordnet ansvarlig for forvaltningen og forskriften (databehandlingsansvarlig). Med etableringen av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er alt ansvar overført til Helsedirektoratet og dataene vil oppbevares i samme register som andre kommunale data. KPR-forskriften regulerer hvilke data dette gjelder.

I denne rapporten finner vi at mye av helsetjenestene som kommunene gir til hjemmeboende personer er psykiske helsetjenester. Denne kunnskapen kan også gi nye muligheter for innrapportering av kommunale data til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Videreutvikling av variabelen for helsetjenester i hjemmet kan gi flere opplysninger om tildeling av helsetjenester innen psykisk helse og hvem tjenestemottakerne er. Med muligheter for kobling av KPR med Norsk pasientregister vil man framover også kunne studere pasientforløp og se nærmere på hvor mange av disse tjenestemottakerne som også har hatt tjenester i spesialisthelsetjenesten.

²¹ Bragstad, T (2018): Vekst i utføretrygging blant unge; NAV/Arbeid og velferd, nr.2/2018

**Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i
alderen 15-49 år**

Utgitt

Mars 2019

Forfatter

Julie Kjelvik

Bestillingsnummer

IS-2809

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 810 20 050

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Forsidefoto

Hans Christiansson/Mostphoto

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no