



Variasjon i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester



Tittel: Variasjon i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester
Analysenotat i Samdata kommune

Nummer: 2/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Økonomi og analyse

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Beate.Margrethe.Huseby@helsedir.no

Sentralbord: 810 20 050

Nettsted: www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Kari Hårstad Mehus

Forsidebilder: © [JFPhoto](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [HalfPoint s. r. o.](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Wavebreakmedia](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [shalamov](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Cilla](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Suriya Verojn](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [racorn](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

Store forskjeller mellom kommunene

At helse- og omsorgstjenestene er kommunale betyr at det vil være geografiske variasjoner i tilbud og tilgjengelighet. Desentraliseringen av helse- og omsorgstjenestene medfører mulighet for lokale tilpasninger, lokalpolitisk kontroll og selvbestemmelse. I dette analysenotatet ser vi på omfanget av kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester. Analysene omfatter helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon¹.

Våre analyser viser at det er betydelig variasjon mellom kommunene i nivået av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonene er særlig store for mottakere av et dagsentertilbud, men om og i hvor stor grad dette skyldes forskjeller i koding- og registreringspraksis er vanskelig å si². Det er også betydelig variasjon i antall mottakere av korttids- og langtidsopphold på institusjon.

Små kommuner har ofte et høyere nivå av tjenestemottakere enn større kommuner, men forskjellene forklares langt på vei av ulikheter i behov for tjenester (alderssammensetning, dødelighet, antall innbyggere med psykisk utviklingshemming og ikke-gifte over 67 år). Om vi korrigerer for disse forholdene, er det få systematiske forskjeller knyttet til kommunestørrelse i nivået av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. For alle typer tjenester finner vi imidlertid at det er større variasjon mellom små kommuner enn mellom store.

For de eldre innbyggerne har de største kommunene et lavere nivå av helsetjenester i hjemmet enn små og mellomstore kommuner, mens for langtidsopphold i institusjon er det de mellomstore kommunene som ser ut til å ligge lavest.

Variasjonen mellom kommuner i mottakere av helse- og omsorgstjenester er lite endret fra 2009 til 2016, men vi finner at variasjonen har blitt noe mindre for bruk av korttidsopphold. Dette har trolig sammenheng med at omfanget av korttidsopphold har økt i perioden.

¹ Analyser av variasjon i bruk av fastlege og legevakt blir omtalt i et annet analysenotat.

² Dagsenter i denne rapporten består av det som rapporteres inn under tjenestekode 4, Dagsenter. En del kommuner har imidlertid dagsentre i tilknytning til institusjon og bruker i stedet tjenestekode 17, Dagopphold i institusjon.

VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

1. Innledning

At helse- og omsorgstjenestene er kommunale betyr at kommunene kan benytte den kommunale selvstyretten til å organisere og utforme tjenestetilbudet slik de mener det er best i egen kommune. Dette kan igjen bety at det vil kunne være geografiske variasjoner i tilbud og tilgjengelighet mellom kommunene. Desentraliseringen av helse- og omsorgstjenestene kan imidlertid også resultere i uønskede variasjoner i tjenestetilbudet som kan oppfattes som politisk uakseptable på nasjonalt nivå. Spørsmålet om kommunal variasjon er nært knyttet til prinsipielle spørsmål om demokrati, selvstyre og statlig styring. Det vil alltid være en viss motsetning mellom ønsket om geografisk likhet i tjenestetilbud og rom for lokale tilpasninger³.

For å kunne vurdere om kommunene tilbyr gode nok helse- og omsorgstjenester, må vi ha en standard å måle tjenestene opp mot. I utgangspunktet kan en slik standard være faglig begrunnet, ha et normativt og/eller politisk utgangspunkt for hvordan vi ønsker at helse- og omsorgstjenestene skal være, eller ha et komparativt utgangspunkt⁴. I dette analysenotatet har vi i stor grad satt landsgjennomsnittet som standard for definisjonen av om kommunenes nivå av helse- og omsorgstjenester er lavt eller høyt. Det imidlertid viktig å huske på at det også er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder innbyggernes behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, kostnader ved å produsere dem og forskjeller i hvordan kommunene organiserer tilbudet av tjenester. Noen kommuner har et godt tilbud av hjemmetjenester og et dårligere tilbud av institusjonsplasser og vice versa. I dette notatet forsøker vi i noen grad å ta hensyn til forskjeller i behov ved å korrigere for forhold som vi vet at har betydning for behovene for tjenester. Vi har tatt utgangspunkt i forhold som ligger til grunn for fordeling av rammetilskuddene til kommunene; alderssammensetning, dødelighet, antall personer med utviklingshemming over 16 år, antall ikke-gifte over 67 år og vertskommunetilskuddene.

I dette notatet beskriver vi omfanget av kommunal variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester. Analysene omfatter helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon⁵. Notatet belyser variasjon mellom kommunegrupper både for befolkningen totalt, de yngre eldre mellom 67-79 år og for eldre 80 år og over.

³ Kommunal variasjon har blitt diskutert i mange offentlige utredninger og planer, blant annet St. meld. Nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen, i NOU 2005:6 Samspill og tillit – om staten og lokaldemokratiet, i Omsorgsmeldingen fra 2006 (Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006)), Stortingsmeldingen fra 2012 om stat og kommune (Meld-St. 12 (2011-2012) Stat og kommune – styring og samspel), Primærhelsetjenestemeldingen fra 2015 (Meld. St. 26 (2014-15)), og i Ny kommunelov (NOU 2016:4).

⁴ For nærmere diskusjon av hvordan måle variasjon og kvalitet henviser vi til Samdata kommune (2017), IS-2575. Variasjon, med særlig fokus på somatiske helsetjenester for eldre, blir også utførlig diskutert og analysert i Eldrehelseatlas for Norge (2017), SKDE-rapport nr. 2/2017.

⁵ Variasjon i bruk av fastlege og legevakt blir beskrevet i et annet analysenotat.

2. Tilbudet av kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2016 mottok 6,7 prosent av befolkningen i Norge kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller på institusjon mot 6,9 prosent i 2009. Fem prosent mottar praktisk bistand og/eller helsetjenester i hjemmet. De kommunale registreringene viser videre at 0,9 prosent av innbyggere har behov for bistand til å kunne gjennomføre arbeid eller utdanning og 1,6 prosent har behov for bistand til å delta i organisasjonsarbeid, eller på kultur- og fritidsaktiviteter.

For de yngre eldre, de mellom 67-79 år, mottok nesten 13 prosent av innbyggerne helse- og omsorgstjenester enten i hjemmet eller på institusjon i 2016. Dette er en nedgang fra drøye 15 prosent i 2009. 9,8 prosent mottok praktisk bistand og/eller helsetjenester i hjemmet.

For den eldste aldersgruppen, de som er 80 år og eldre, mottok nesten 66 prosent av innbyggere helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller på institusjon i 2016, en nedgang fra nesten 69 prosent i 2009. 46,4 prosent av de eldre mottar praktisk bistand og/eller helsetjenester i hjemmet og om lag 17 prosent har hatt et korttidsopphold eller langtidsopphold i institusjon i løpet av året. 6,6 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen har deltatt på et dagsentertilbud og 31,5 prosent har trygghetsalarm.

Listen over kommunale helse- og omsorgstjenester i tabell 1 er ikke komplett. Tall for mottakere av fastlege- og legevaktstjenester omtales i et annet notat. Det samme gjelder tjenester fra private fysioterapeuter med driftsavtale med kommunene. I tillegg tilbyr kommunene en rekke ulike tjenester som vi ikke har gode pasient- og brukerdata fra i dag. Dette inkluderer blant annet helsestasjoner for barn og gravide, samt skolehelsetjenester. Opprettelsen av et kommunalt bruker- og pasientregister vil kunne bidra til at vi får flere, mer valide og reliable data på kommunenes tilbud av helse- og omsorgstjenester i årene framover.

VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Tabell 1: Mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere i 2009 og 2016

Tjenestetype	Befolkning totalt		67-79 år		Eldre 80 år+	
	2009	2016	2009	2016	2009	2016
Helse- og omsorgstjenester totalt	69	67	152	128	689	659
Praktisk bistand	29	24	65	44	332	272
Helsetjenester i hjemmet	39	43	92	86	395	410
Helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand	49	50	116	98	484	464
Andre tjenester til hjemmeboende	39	38	78	66	422	425
Dagsenter	5	6	10	10	55	66
Trygghetsalarm	19	18	42	34	308	315
Tidsbegrenset opphold i institusjon - totalt	11	12	29	30	151	170
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	4	5	11	13	64	84
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	3	3	8	9	35	42
Tidsbegrenset opphold - annet	4	4	12	11	66	67
Langtidsopphold i institusjon	10	9	19	15	177	168
Rehabilitering utenfor institusjon	7	7	15	15	60	71
Mottakere uten tildelt bolig/institusjonsplass	60	60	133	114	558	542
Mottakere av omsorgstjenester med IP	4	4	3	2	10	8
Behov for bistand til arbeid og utdanning	4	8	1	1	1	1
Behov for bistand til org.arb., fritid og kultur	10	14	16	19	84	102

3. Hvilke tjenester viser størst variasjon?

Befolkningen totalt

Figur 1 viser prosent avvik fra landsgjennomsnittet i nivået av mottakere av ulike kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i 2009 og 2016. Figuren illustrerer at det er større variasjoner i antall mottakere av dagsenter og langtidsopphold i institusjon enn det er i mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand.

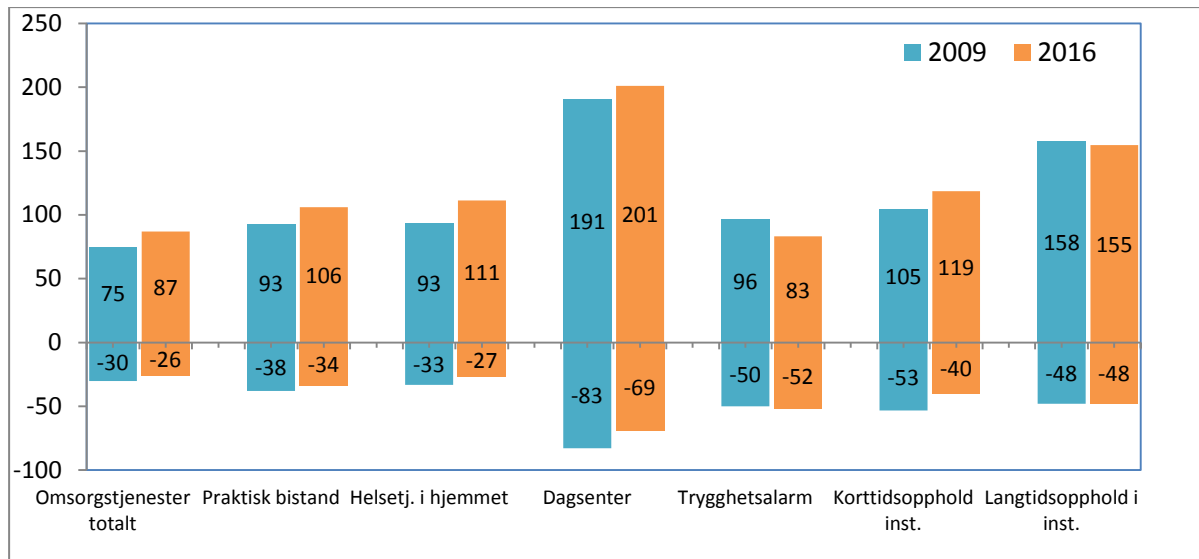
Statistisk sett vil det være større variasjon i tjenester som omfatter få enn mange. For noen av tjenestene er nivået så lavt at små forskjeller kan fremstå som betydelige prosentvise avvik fra landsgjennomsnittet. Den reelle forskjellen mellom kommunene i mottakere av dagsenter varierer fra 1 til 36 mottakere per 1 000 innbyggere. Det er også noen kommuner som mangler et dagsentertilbud. For 109 kommuner mangler vi opplysninger om antall mottakere av et

dagsentertilbud (befolkningen totalt). Disse kommunene inngår ikke i figuren og medfører i realiteten at den kommunale variasjonen er enda større enn figuren viser⁶.

Noen typer tjenester er ikke inkludert i figuren fordi det er så stor variasjon i nivået av tjenestemottakere at variasjonen i øvrige tjenester ville blitt utydelig. Dette gjelder blant annet for rehabilitering i og utenfor institusjon. I 2016 varierte kommunene mellom 0 og 28 mottakere av rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere, og selv om en forskjell på 0 og 28 mottakere per 1 000 innbyggere ikke fremstår som betydelig i seg selv, er den prosentvise avstanden fra landsgjennomsnittet høy (337 prosent). For rehabilitering utenfor institusjon var det en variasjon fra 0 til 94 mottakere per 1 000 innbyggere, noe som tilsvarer et prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet på 782 prosent.

Figuren viser videre at variasjonen mellom kommunene fremstår som større for kommuner som har et høyere nivå enn landsgjennomsnittet, enn for kommuner som har et lavere nivå enn landsgjennomsnittet. Ved beregning av landsgjennomsnittet er kommunenes størrelse hensyntatt (vektet gjennomsnitt⁷), og store kommuner tenderer til å ha et lavere nivå av mottakere enn mindre kommuner. Dette medfører at variasjonen over gjennomsnittet blir større enn variasjonen under gjennomsnittet. Kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester handler i større grad om at noen kommuner har et avvikende høyt nivå av enkelte tjenester enn om noen kommuner har et avvikende lavt nivå av tjenester.

Figur 1: Variasjoner mellom kommuner i tjenestemottakere etter type tjeneste i 2009 og 2016. 5 og 95 persentiler for prosent avvik fra landsgjennomsnittet



⁶ Dagsenter i denne rapporten består av det som rapporteres inn under tjenestekode 4, Dagsenter. Det er usikkert om og i hvor stor grad noe av variasjonen mellom kommunene kan forklares med at en del kommuner har dagsentre i tilknytning til institusjon og bruker tjenestekode 17, Dagopphold i institusjon.

⁷ I våre analyser opererer vi med to typer gjennomsnitt. Det ene er et landsgjennomsnitt (vektet gjennomsnitt) hvor alle mottakere er summert på nasjonalt nivå. Det andre er et gjennomsnitt for kommunene (uvektet gjennomsnitt). I det uvektede gjennomsnittet har vi først beregnet antall mottakere per innbygger i hver kommune, og deretter funnet gjennomsnittet for kommunene. Da teller hver kommune likt, uavhengig av hvor mange innbyggere det er i kommunen.

VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

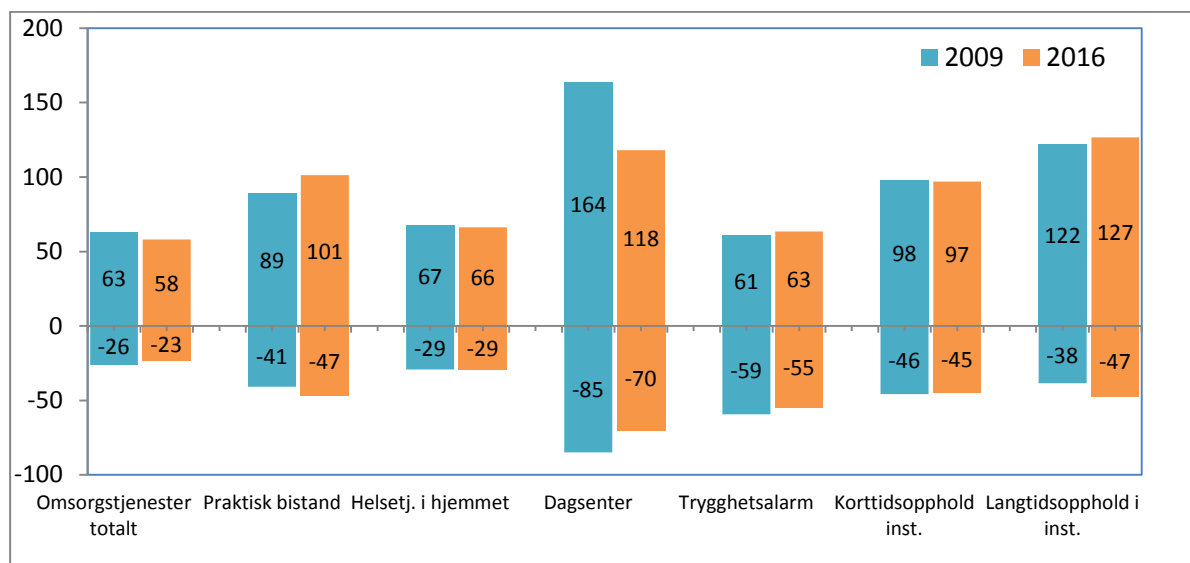
Figur 1 illustrerer også at variasjonen mellom kommunene er lite endret fra 2009 til 2016. Landsgjennomsnittet for de ulike tjenestene er beregnet for hvert år. Dette innebærer at figuren ikke kan fortelle om nivået av tjenestene har økt eller blitt redusert fra 2009 til 2016, men kun indikere om forskjellene mellom kommunene har blitt større eller mindre i perioden. For noen av tjenestene (helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, mottakere av dagsenter og korttidsopphold på institusjon) er det indikasjoner på at de kommunene som har det aller laveste nivået av tjenestemottakere har nærmet seg landsgjennomsnittet i perioden. For kommuner som avviker i form av et høyere tilbud av tjenestemottakere, er forskjellene uendret eller økt.

Yngre eldre 67-79 år

Variasjonen mellom kommunene i mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon er noe lavere for aldersgruppen 67-79 år enn for befolkningen totalt, når den måles som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet. For befolkningen totalt varierer nivået av mottakere fra 26 prosent under landsgjennomsnittet 87 prosent over landsgjennomsnittet. For yngre eldre mellom 67-79 år går variasjonen fra -23 til +58 prosent.

Også for denne aldersgruppen er det størst variasjon i antall mottakere av dagsentertilbud og langtidsopphold i institusjon. Variasjonen i antall mottakere av dagsentertilbud ser imidlertid ut til å ha blitt mindre i 2016 enn den var i 2009. I 2009 varierte antall mottakere fra -85 til +164 prosent fra landsgjennomsnittet, mens variasjonen var redusert til -70 til +118 prosent fra landsgjennomsnittet i 2016. For mottakere av praktisk bistand og langtidsopphold i institusjon ser variasjonen ut til å ha økt noe, mens for de andre tjenestetypene er det mindre endringer i perioden.

Figur 2: Variasjoner mellom kommuner i tjenestemottakere etter type tjeneste i 2009 og 2016. 5 og 95 persentiler for prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Data for innbyggere 67-79 år



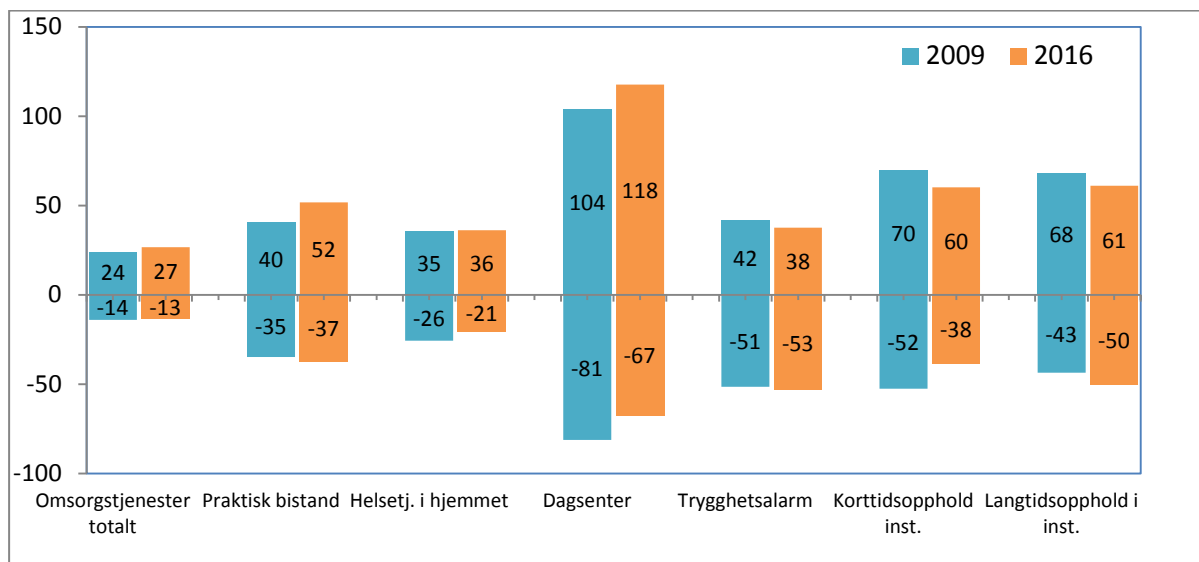
Eldre 80 år og over

Variasjonen mellom kommunene i mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon er noe lavere for eldre over 80 år enn for befolkningen totalt, når den måles som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet. For befolkningen totalt varierer nivået av mottakere fra 26 prosent under landsgjennomsnittet 87 prosent over landsgjennomsnittet. For eldre 80 år og over går variasjonen fra -13 til +27 prosent. Variasjonen mellom kommunene er større for befolkningen totalt enn for eldre over 80 år fordi innbyggerne over 80 år er en mer homogen gruppe i forhold til behovet for helse- og omsorgstjenester.

Også for eldre finner vi størst variasjon i mottakere av dagsenter og korttids- og langtidsopphold i institusjon. Det er ikke noen vesentlig endring i omfanget av kommunal variasjon fra 2009 til 2016, men for antall eldre mottakere av korttidsopphold i institusjon har variasjonen mellom kommunene blitt redusert. Dette skyldes trolig at korttidsopphold har økt i omfang.

Også når det gjelder tjenester for de aller eldste, handler kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester mer om at noen kommuner har et avvikende høyt nivå av enkelte tjenester enn om noen kommuner har et avvikende lavt nivå av tjenester. Dette skyldes at landsgjennomsnittet påvirkes sterkt av store kommuner, som har gjennomgående lavere nivå at tjenestemottakere enn mindre kommuner.

Figur 3: Variasjoner mellom kommuner i tjenestemottakere etter type tjeneste i 2009 og 2016. 5 og 95 persentiler for prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Data for innbyggere 80 år og over



VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

4. Ulike behov for kommunale helse- og omsorgstjenester

Tidligere analyser⁸ har vist at dekningsraten av ulike kommunale helse- og omsorgstjenester er gjennomgående høyere i små kommuner enn i store kommuner, og at de kan variere med hensyn til reiseavstand til sykehus. Dekningsraten kan også variere med hensyn til kommunenes inntekter (nivå av frie disponible inntekter og om kostnadene er bundet opp i stor eller liten grad)⁹.

Det kan være mange årsaker til kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester. Kommunene varierer med hensyn til demografi og alderssammensetning i befolkningen, samt en rekke strukturelle forhold knyttet til næringsgrunnlag, sysselsetting, kommunikasjon, klima og sosiale utfordringer. Dette gir også forskjeller i helsetilstand og levealder og gir ulike behov for helse- og omsorgstjenester.

Inntektssystemet for kommunene hensyntar en rekke ulike forhold som er knyttet til behovene for helse- og omsorgstjenester ved fordelingen av rammebevilgningen. Samtidig varierer også kommunene med hensyn til prioritering av hva de bruker penger på. Når vi skal vurdere variasjonen i kommunale helse- og omsorgstjenester, må vi ta hensyn til forskjeller i behov.

Når vi korrigerer for behov, har vi i likhet med ASSS-nettverket¹⁰ tatt utgangspunkt i de forholdene som er tillagt vekt i inntektsfordelingen til kommunene, det vil si delkostnadsnøkklene for kommunale helsetjenester i hjemmet og på institusjon (SSB: pleie- og omsorgstjenester). Disse inkluderer en vektning av alderssammensetningen i befolkningen, dødelighet, antall personer over 16 år med psykisk utviklingshemming, samt antall ikke-gifte over 67 år.

I kostnadsnøkklene inngår i tillegg tre komponenter knyttet til kommunestørrelse og sentralitet (sone, nabo og basis), men disse er ikke inkludert i korrigert innbyggertall. Komponentene sone, nabo og basis gir en viss kompensasjon for smådriftsulempet og reiseavstand, men når vi skal vurdere forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon mellom små og store kommuner, finner vi det lite hensiktsmessig å inkludere en korreksjon for at en liten kommune er liten.

I likhet med ASSS-nettverket i KS, har vi beregnet et korrigert innbyggertall for hver kommune som også hensyntar hvorvidt kommunen mottar et vertskommunetilskudd eller ei. Beregningen vil medføre at kommuner med høye behov for tjenester får noe økt innbyggertall, mens kommuner med lavere behov får redusert innbyggertall.

⁸ Se for eksempel IS-2427 Helsedirektoratet Samhandlingsstatistikk 2014-15.

⁹ SSB Rapporter 2015/44 Kommunal variasjon i omsorgstjenester.

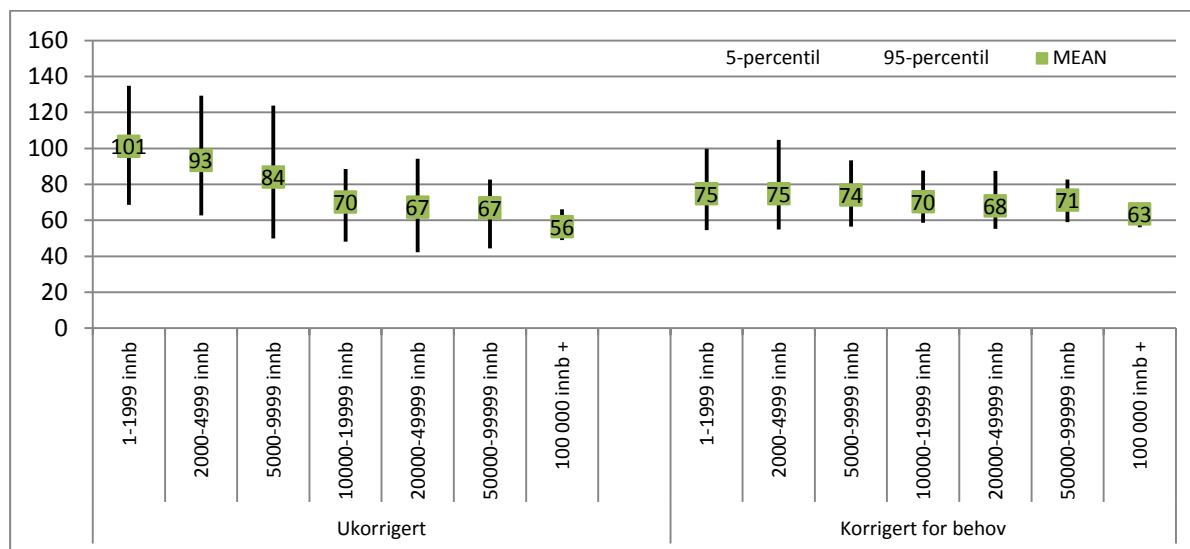
¹⁰ ASSS står for Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner. Nettverket består av de ti største kommunene i landet: Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim og Tromsø.

Vi har ikke korrigert innbyggertall på aldersfordelte rater. Dette skyldes at alderssammensetningen i befolkningen utgjør en vesentlig komponent i behovskorleksjonen, og at denne blir ivarettatt når vi analyserer rater for gitte aldersgrupper i befolkningen.

Figurene 4-7 viser gjennomsnitt (uvektet gjennomsnitt) og variasjon i dekningsrate (mottakere per 1 000 innbyggere) for ulike kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonen beskrives av lengden på stolpen, hvor nederste punkt indikerer minimumsverdien (tilsvarende 5-prosent persentil) og høyeste verdi representerer maksimum (95-prosent persentil) ¹¹.

Figurene viser at forskjeller i behov for kommunale helse- og omsorgstjenester forklarer en vesentlig del av variasjonen i dekningsrate av kommunale helse- og omsorgstjenester. Når vi ikke tar hensyn til behovet for tjenestene, har de minste kommunene 64 mottakere av helsetjenester i hjemmet per 1 000 innbyggere, men når vi korrigerer for behov er gjennomsnittet 47 mottakere per 1 000 innbyggere. Mer generelt viser figurene at det kun er små forskjeller i nivået av mottakere mellom små og store kommuner når vi korrigerer for behov. Variasjonen mellom kommunene innen hver størrelseskategori (lengden på stolpene) reduseres også vesentlig. Dette indikerer at forskjeller i behov forklarer en betydelig del av kommunal variasjon i mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon.

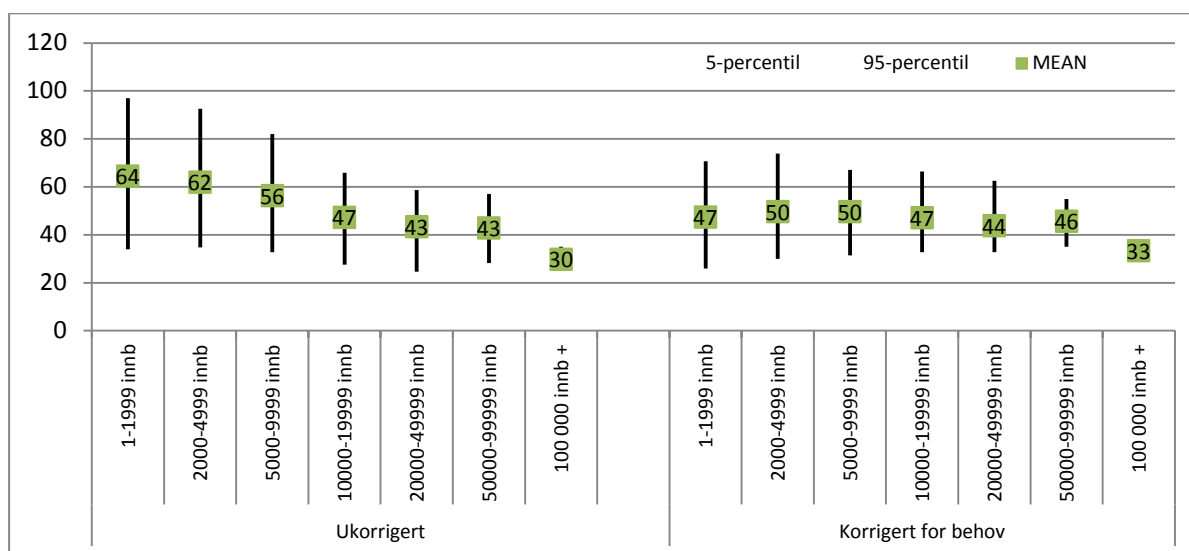
Figur 4: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 1 000 innbyggere. Data fra 2016 med og uten korrigert innbyggertall



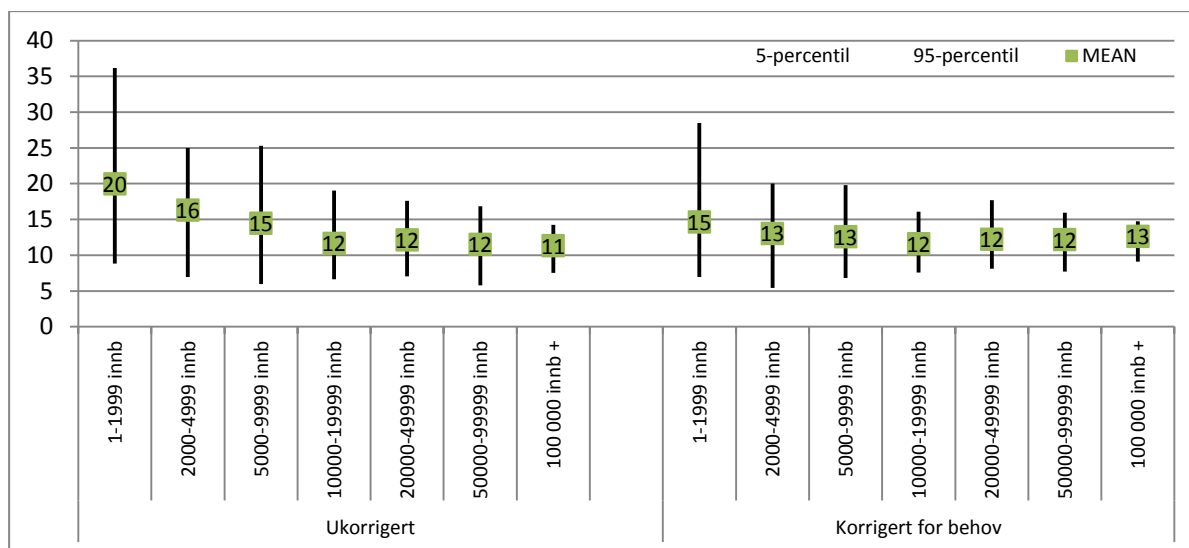
¹¹ Fordi mottakernivået for noen av tjenestene kan svinge betydelig i små kommuner og er avhengige av en enkelt mottaker fra eller til, har vi tatt utgangspunkt i 5- og 95-prosentpercentilene for å få mer robuste tall på variasjonen mellom kommunene.

VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

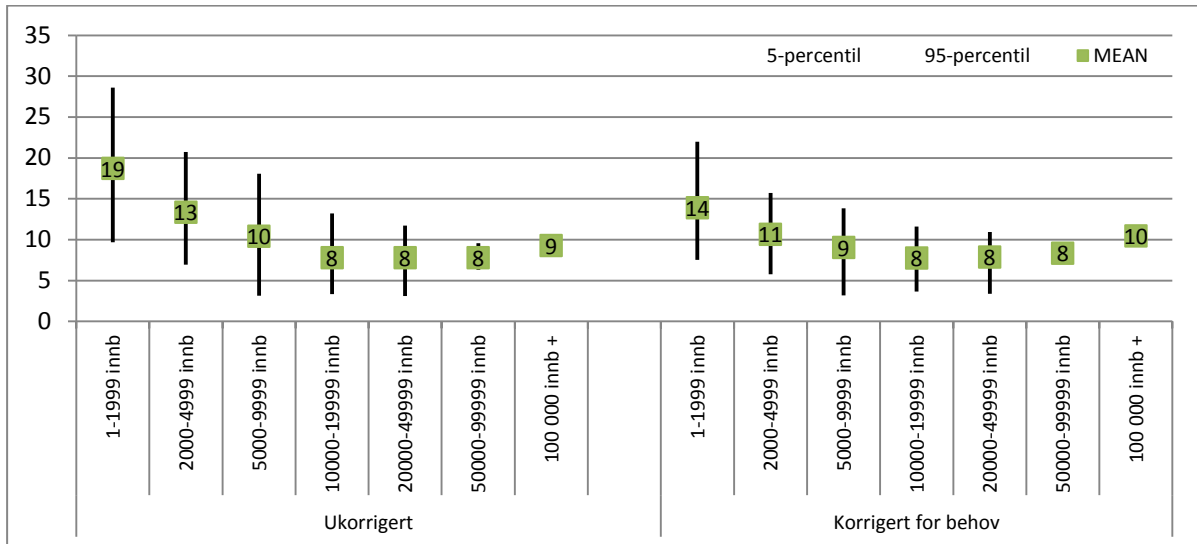
Figur 5: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av kommunale helsetjenester i hjemmet per 1 000 innbyggere. Data fra 2016 med og uten korrigerert innbyggertall



Figur 6: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av korttidsopphold per 1 000 innbyggere. Data fra 2016 med og uten korrigerert innbyggertall



Figur 7: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av langtidsopphold per 1 000 innbyggere. Data fra 2016 med uten korrigerert innbyggertall



5. Variasjon etter kommunestørrelse

Befolkningen totalt

Figurene 8-11 viser gjennomsnitt (uvektet gjennomsnitt¹²) og variasjon i dekningsrate (mottakere per 1 000 innbyggere) for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon.

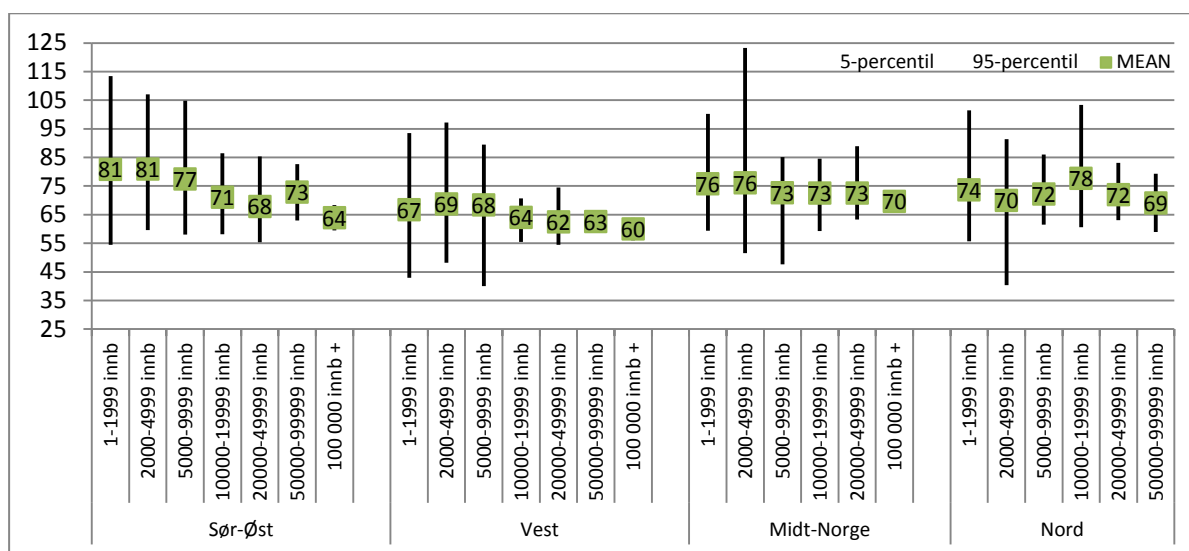
Variasjonen beskrives av lengden på stolpen, hvor nederste punkt indikerer minimumsverdien (5-prosent persentil) og høyeste verdi representerer maksimum (95-prosent persentil). Fordi nivået av mottakere kan svinge betydelig i små kommuner og avhenge av en eller få mottakere, har vi tatt utgangspunkt i 5- og 95-prosentpercentilene for å få mer robuste tall på variasjonen mellom kommunene. Forskjellene er korrigerert for behov ved at det er benyttet korrigerert innbyggertall.

Variasjonen mellom små kommuner er gjennomgående større enn for store kommuner. Dette er særlig tydelig for kort- og langtidsopphold i institusjon i Midt-Norge og Nord, hvor variasjonene mellom de aller minste kommunene er betydelig større enn for de større kommunene. For de fleste tjenestetypene er det ikke store forskjeller mellom små og store kommuner når vi korrigerer for behov. Det er imidlertid et tydelig trekk at de aller største kommunene har et lavere nivå i antall mottakere av helsetjenester i hjemmet enn de andre kommunegruppene, også når vi korrigerer for ulikt behov. Dette ser ut til å gjelde kommunene i alle regioner.

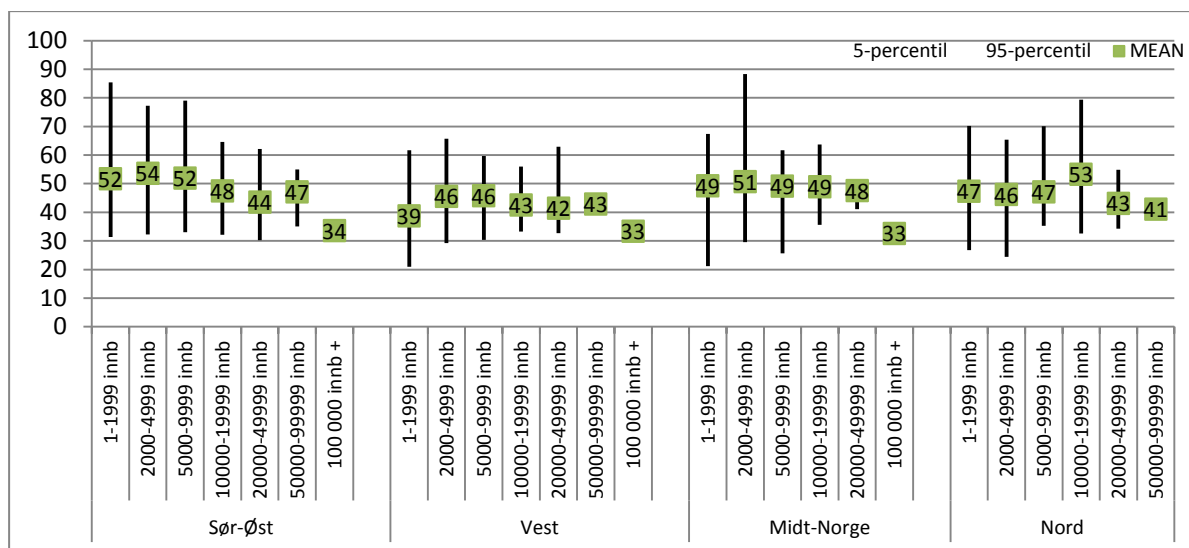
¹² Når vi skiller mellom små og store kommuner slik som figurene her viser, vil ikke forskjellene mellom vektet og uvektet gjennomsnitt være store.

VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

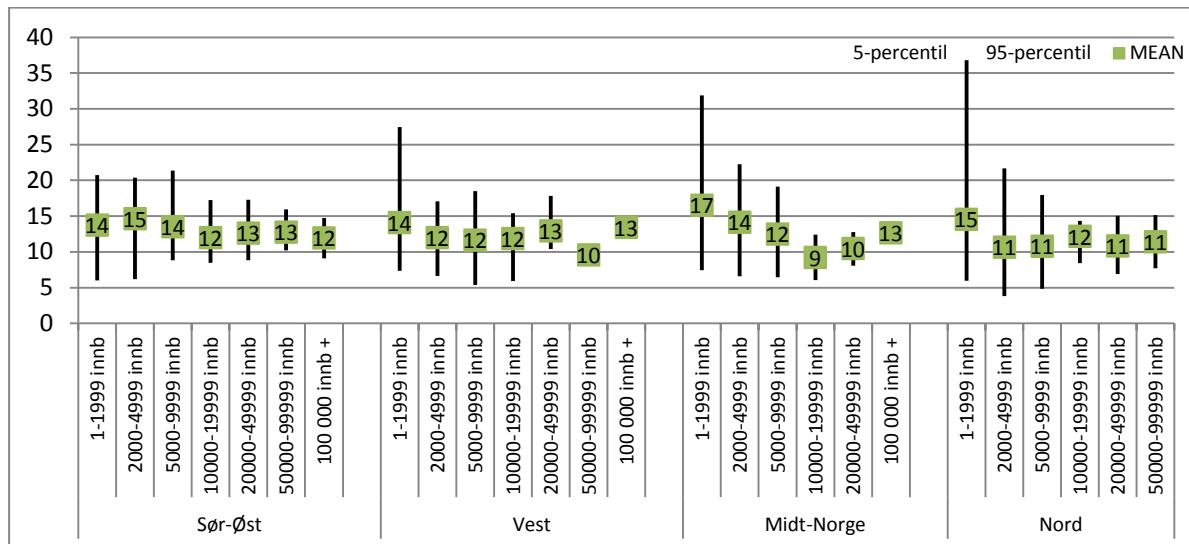
Figur 8: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 1 000 korrigerte innbyggere i 2016



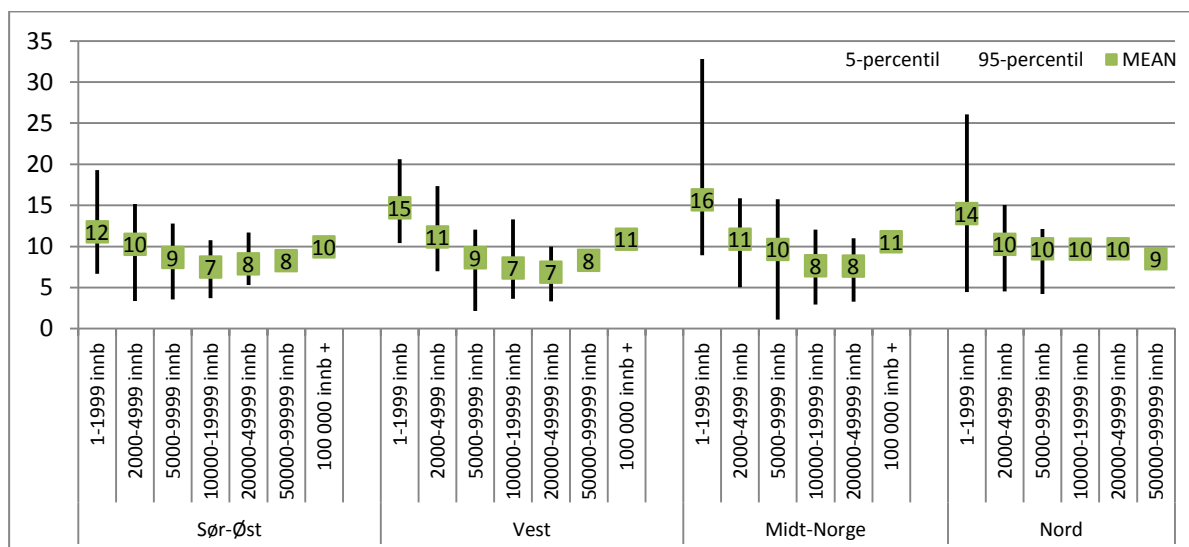
Figur 9: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av helsetjenester i hjemmet per 1 000 korrigerte innbyggere i 2016



Figur 10: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon per 1 000 korrigerede innbyggere i 2016



Figur 11: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av langtidsopphold i institusjon per 1 000 korrigerede innbyggere i 2016



Innbyggere 67-79 år

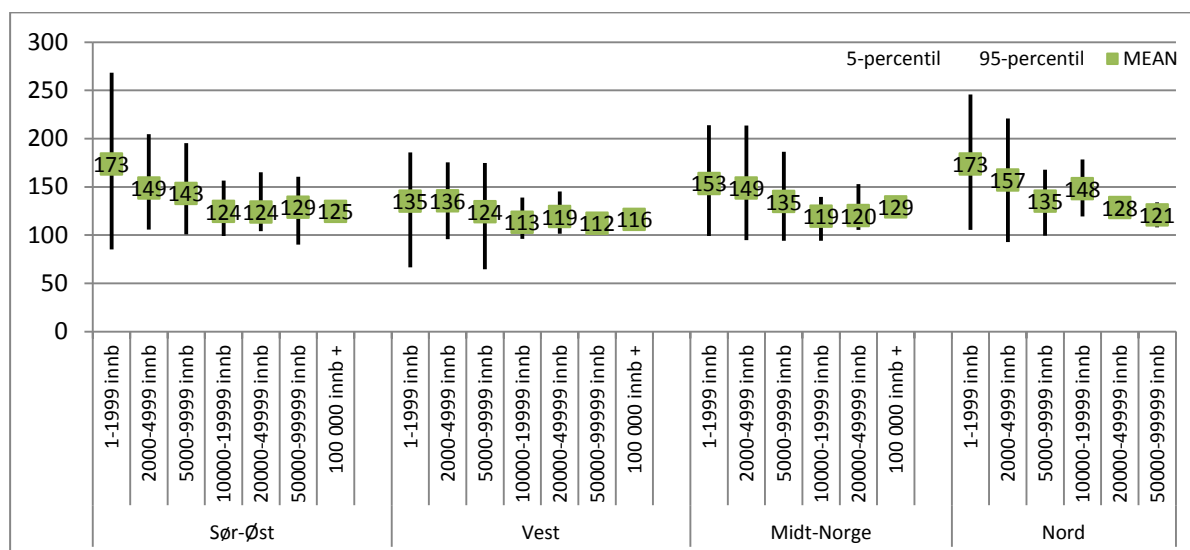
For de yngre eldre, innbyggere mellom 67-79 år, varierer antall mottakere mellom kommunene fra 65 til 268 mottakere per 1 000 innbyggere. Det gjennomsnittlige nivået i antall mottakere per 1 000 innbyggere 67-79 år er høyere i de små kommunene enn i de mellomstore og største kommunene. Dette ser ut til å gjelde i alle regioner.

VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

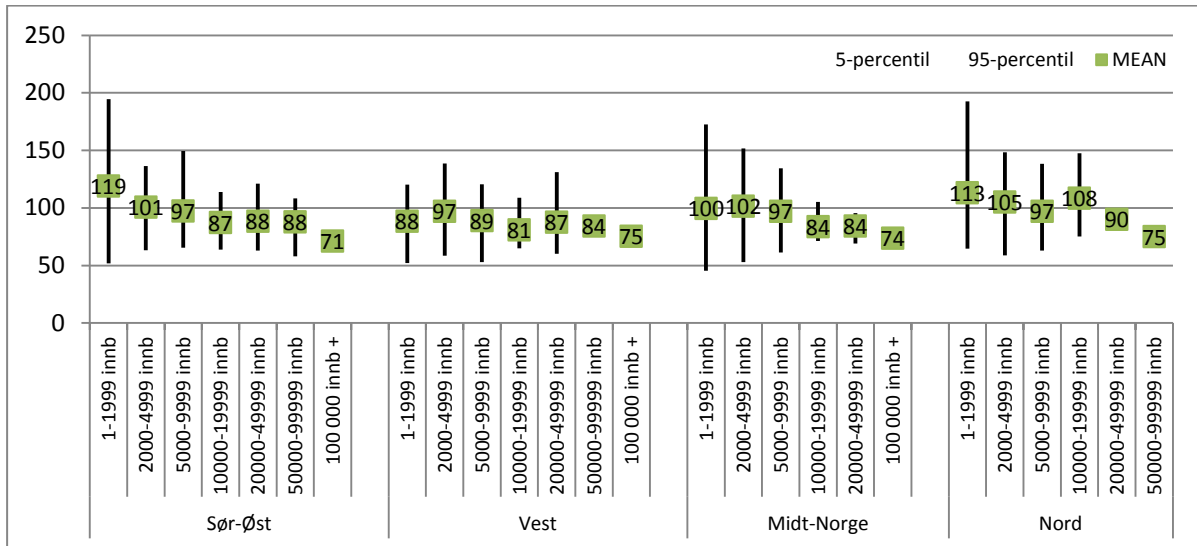
Også for helsetjenester i hjemmet er det et mønster at det gjennomsnittlige nivået i antall mottakere er lavest i de største kommunene. I Sør-Øst er det de minste kommunene som har flest mottakere, mens i de andre regionene har også de mellomstore kommunene også et relativt høyt nivå.

Antall mottakere av korttidsopphold i institusjon for aldersgruppen 67-79 år varierer fra 9 til 136 mottakere per 1 000 innbyggere. Det er i Nord at variasjonen mellom kommunene er størst. For mottakere av langtidsopphold er det et tydelig mønster at det er de aller minste kommunene med færre enn 2 000 innbyggere som i gjennomsnitt har flest mottakere i aldersgruppen 67-79 år. Dette gjelder for alle regioner. I Vest og i Midt-Norge er nivået lavest i de mellomstore kommunene med 10 000-20 000 innbyggere.

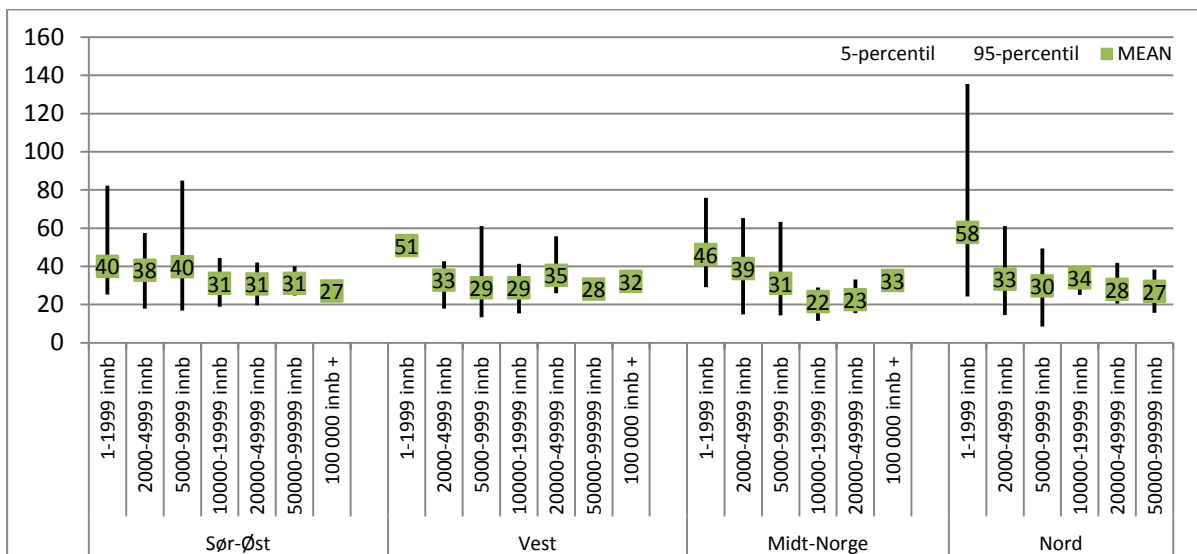
Figur 12: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 1 000 innbyggere 67-79 år i 2016



Figur 13: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av helsetjenester i hjemmet per 1 000 innbyggere 67-79 år i 2016

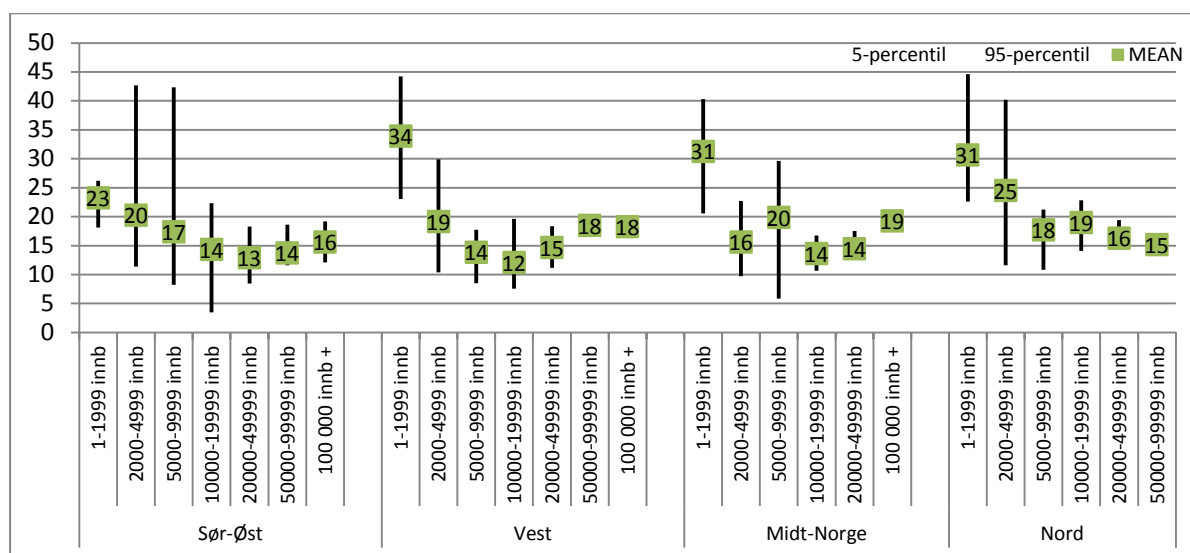


Figur 14: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon per 1 000 innbyggere 67-79 år i 2016



VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Figur 15: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av langtidsopphold i institusjon per 1 000 innbyggere 67-79 år i 2016



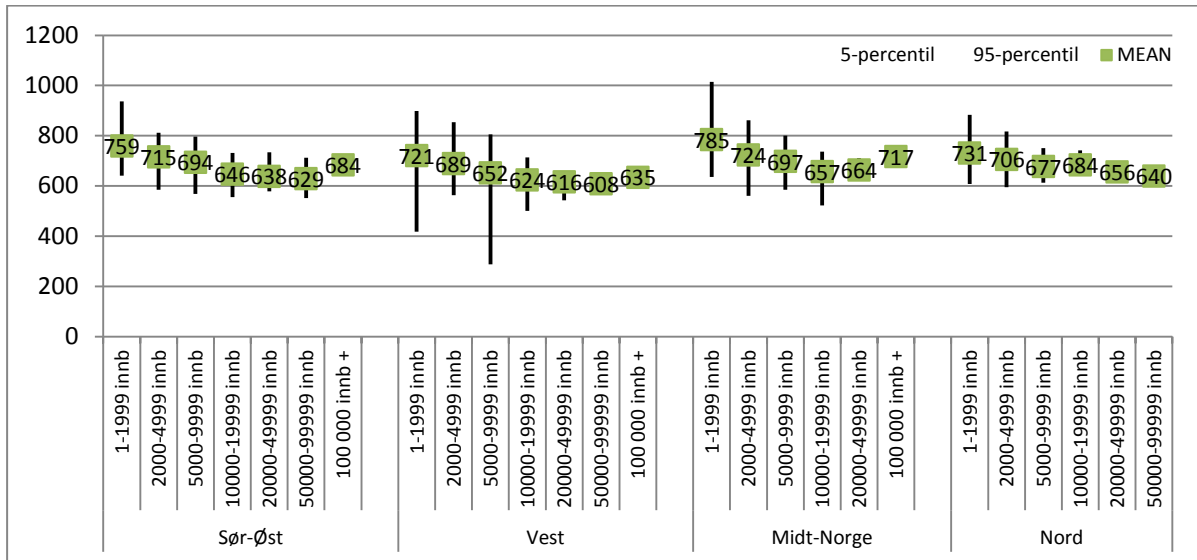
Innbyggere 80 år og eldre

Innbyggere 80 år og eldre er en mer homogen gruppe med hensyn til behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester enn befolkningen totalt. Variasjonene mellom kommunene er derfor generelt mindre enn for befolkningen totalt, men nivået av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester varierer likevel fra 288 til 1 015 mottakere per 1 000 innbyggere 80 år og eldre. Det er en tendens i alle regioner at gjennomsnittlig antall mottakere per 1 000 innbyggere 80 år og eldre er høyere i de små kommunene enn i de større.

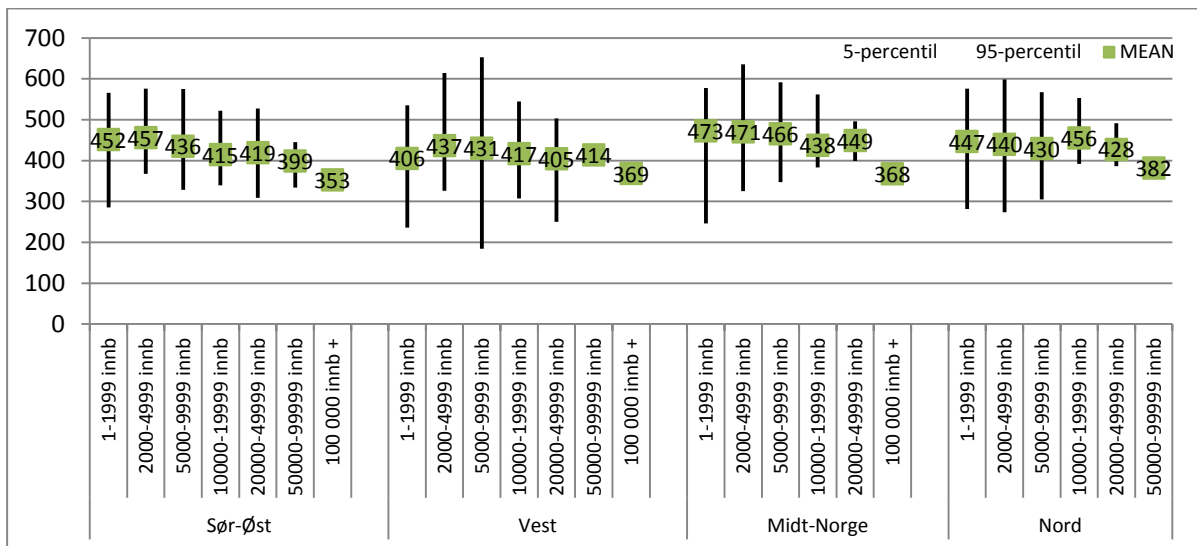
Mottakere av helsetjenester i hjemmet 80 år og eldre varierer fra 185 til 653 mottakere per 1 000 innbyggere, men det er mindre variasjon i gjennomsnittsverdier mellom små og store kommuner. Det er likevel en tendens at de største kommunene har et noe lavere nivå enn gjennomsnittet for små og mellomstore kommuner.

Det er betydelig variasjon mellom kommunene i hvor stor andel av de eldste som mottar et tilbud om institusjonsopphold, både korttids- og langtidsopphold. For langtidsopphold kan det se ut som at de mellomstore kommunene har et noe lavere gjennomsnittsnivå enn både små og store kommuner.

Figur 16: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere totalt av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon per 1 000 innbyggere 80 år og eldre i 2016

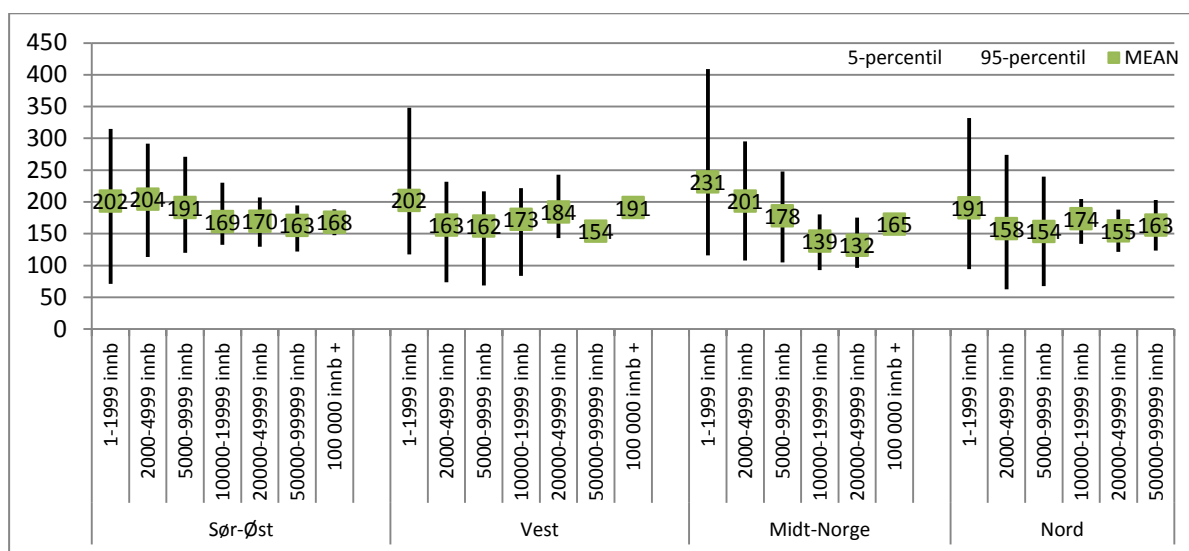


Figur 17: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av helsetjenester i hjemmet per 1 000 innbyggere 80 år og eldre i 2016

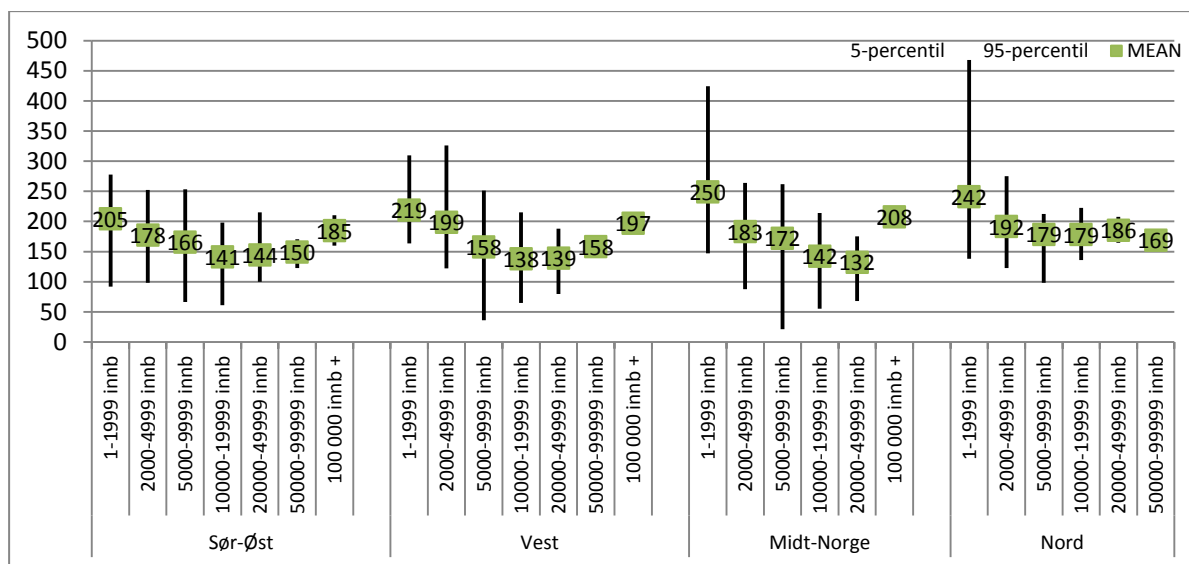


VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Figur 18: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon per 1 000 innbyggere 80 år og eldre i 2016



Figur 19: Gjennomsnitt og variasjon i mottakere av langtidsopphold i institusjon per 1 000 innbyggere 80 år og eldre i 2016



6. Datagrunnlag og definisjoner

Vi har benyttet data fra IPLOS-registeret (Individbasert Pleie- og omsorgsstatistikk) fra 2009 til og med 2016. Data er utlevert av SSB. IPLOS-registeret inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Formålet er å gi grunnlag for forskning, kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgssektoren. IPLOS-registeret har siden 2007 vært hovedkilde for statistikk over mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Registeret er hjemlet i Helseregisterloven (2001-05-18 nr. 24)¹³. Helsedirektoratet er databehandleransvarlig for IPLOS-registeret og finansierer utvikling og drift av registeret. Statistisk sentralbyrå (SSB) er databehandler og har levert dataene som er analysert i dette kapitlet. SSB publiserte i 2016 rapporten *Kvalitet i IPLOS-registeret* (2016-09-28)¹⁴. I følge rapporten har kvaliteten å dataene bedret seg siden oppstarten av registeret, og er relativt god på de fleste områder det lages statistikk for. Det trekkes imidlertid frem at det bør og vil arbeides mot en bedre dekningsgrad av diagnoseopplysninger. Det vil kunne bidra med mer informasjon om den delen av befolkningen som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon i dag.

Vi har analysert følgende variabler fra IPLOS-registeret:

- Mottakere totalt gjennom året av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon (tjenestetypetype=1-20)
- Mottakere gjennom året av praktisk bistand (tjenestetypetype=1,2,3)
- Mottakere gjennom året av dagsenter (tjenestetypetype=4)
- Mottakere gjennom året av helsetjenester i hjemmet (tjenestetypetype=15)
- Mottakere gjennom året av tidsbegrenset opphold i institusjon (tjenestetypetype=8, 18, 19, 20)
- Mottakere gjennom året av langtidsopphold i institusjon (tjenestetypetype=21)
- Mottakere gjennom året av andre tjenester til hjemmeboende (tjenestetypetype=4,5,6,7,9,11,12,12,16,17,22)
- Mottakere gjennom året av trygghetsalarm (tjenestetypetype=6)

Navnet på tjenestetypetype 15 het tidligere hjemmesykepleie, men begrepet endret seg til helsetjenester i hjemmet ved ny Helse- og omsorgslov i 2011¹⁵. Selv om begrepet tidligere var hjemmesykepleie etter gammelt lovverk, så omfattet det også rapportering av psykisk helsetjeneste og noe fysio- og ergoterapitjenester før 2011. Andelen av denne typen tjenester kan ha økt noe på bakgrunn av nytt lovverk, men denne endringen har trolig skjedd over lang tid fordi det har blitt jobbet mye med å øke forståelsen av hva som skal rapporteres under helsetjenester i hjemmet.

Det mangler IPLOS-data fra noen kommuner. Vi har valgt å ta ut befolkningstall fra beregninger der det mangler tall eller tall ikke er tilgjengelig. Dette vil kunne medføre at enkelte kommunegrupper vil

¹³ Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger. LOV-2001-05-18 nr. 24.

¹⁴ SSB (2016): Kvalitet i IPLOS-registeret. 28-09.2016.

¹⁵ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon m.m. LOV-2011-06-25-30.

VARIASJONER I BRUK AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

bestå av kun få kommuner og dermed gi et mer avvikende resultat enn om alle kommunene ble inkludert.

Data på antall korttidsplasser ved institusjon og antall langtidsplasser ved institusjon er hentet fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Befolkningstallene er fra SSB.



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