

Ivar Brevik og Lars Nygård

Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene

Tittel: Mønstre og mangel på mønster i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene

Forfatter: Ivar Brevik og Lars Nygård

NIBR-notat: 2013:104

ISSN: 0801-1702
ISBN: 978-82-7071-980-8
Prosjektnummer: 2938
Prosjektnavn: Omsorgstjenestenes innretning og den forebyggende strategien

Oppdragsgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Prosjektleder: Ivar Brevik

Referat: Notatet omhandler 3 forhold. Først beskrives mangfold og variasjon i kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Deretter analyseres dette mangfoldet for om mulig å identifisere og beskrive hvilke innretninger som kan sies å være typiske innretninger. For det tredje beskrives kommunenes relative og faktiske stabilitet i innretning i tidsrommet 1996 til 2010.

Sammendrag: Norsk

Dato: Juli 2013

Antall sider: 90

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21
0349 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2013

Forord

Notatet presenterer resultater fra et prosjekt om *Omsorgstjenestenes innretning* utført på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet.

Datagrunnlaget er i hovedsak basert på registerdata fra Statistisk sentralbyrå (KOSTRA), hvorav noe er levert spesielt for dette prosjektet uten tidligere å ha vært publisert.

Notatet er et resultat av samarbeid mellom NIBR og *Ressursenter for omstilling i kommunene (RO)*.

Vi håper notatet kommer til nytte i departementets og kommunenes videre arbeid med utvikling og forming av pleie- og omsorgstjenestene.

Oslo, juli 2013

Knut Onsager
forskningsjef

Innhold

| | |
|---|----|
| Forord..... | 1 |
| Tabelloversikt | 5 |
| Figuroversikt..... | 6 |
| Sammendrag..... | 7 |
| 1 Oppdraget..... | 10 |
| 1.1 Vårt utgangspunkt: det kommunale mangfoldet | 10 |
| 1.2 Vårt perspektiv er kommunenivået. | 11 |
| 1.3 Vårt konkrete oppdrag. | 11 |
| 1.4 Departementet har bestemt opplegget for fase 2 | 12 |
| 2 Operasjonalisering av dimensjoner som beskriver det kommunale mangfoldet | 13 |
| 2.1 Hva skal analyseres: ressursbruk eller tjenesteprofil..... | 13 |
| 2.1.1 Generelle forbehold om datakvaliteten..... | 14 |
| 2.2 Operasjonalisering av institusjonsomsorgen | 15 |
| 2.2.1 Dimensjon 1: Institusjonsorientering..... | 15 |
| 2.2.2 Samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenestene målt gjennom institusjonsomsorgens tilgjengelighet | 18 |
| 2.3 Operasjonalisering av hjemmebaserte omsorgstjenester | 23 |
| 2.3.1 Hva inngår i begrepet hjemmetjenester. | 23 |
| 2.3.2 Om begrepene rate og dekningsgrad..... | 24 |
| 2.3.3 Forventet sammenhenger mellom intensitet og rate i hjemmetjenestene. | 24 |
| 2.3.4 Operasjonalisering av hjemmetjenesterater for yngre: Sterk vekst i antall yngre brukere..... | 25 |
| 2.3.5 Operasjonalisering av hjemmetjenestenes rater for eldre..... | 27 |
| 2.3.6 Intensitet..... | 28 |
| 2.3.7 Valg av mål for hjemmetjenestenes intensitet til yngre | 32 |
| 3 Beskrivelse av den kommunale variasjonen i innretning av pleie og omsorgstjenester | 34 |
| 3.1 Gruppering av kommuner | 34 |
| 3.1.1 Begrunnelse for her å sløyfe kommuner med under 2000 innbyggere.... | 34 |
| 3.1.2 Begrunnelse for å benytte kvintiler og desiler ved gruppering av kommuner | 35 |
| 3.2 Pleie og omsorgstjenestens kommunale mangfold beskrevet gjennom 9 variabler..... | 36 |
| 3.2.1 Institusjonsorientering..... | 37 |
| 3.2.2 Tilgjengelighet til korttidsplasser..... | 38 |
| 3.2.3 Samlet tilgjengelighet | 39 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3.2.4 | Institusjonsomsorgens innretning – en foreløpig drøfting. | 40 |
| 3.2.5 | Bruk av hjemmetjenester til eldre – jamfør tabell 3.1. | 41 |
| 3.2.6 | Samlet andel eldre med omsorgstjenester. | 42 |
| 3.2.7 | Yngre brukere av hjemmetjenester. | 42 |
| 3.2.8 | Intensitet i hjemmetjenester til eldre. | 43 |
| 3.2.9 | Intensitet i hjemmetjenester til yngre. | 43 |
| 3.2.10 | Hjemmetjenestenes innretning – en foreløpig drøfting. | 44 |
| 4 | Identifisering av typologier for innretning av pleie- og omsorgstjenester. | 46 |
| 4.1 | Sentrale statistiske mål for sammenhenger mellom brukere og bruk av pleie- og omsorgstjenester. | 46 |
| 4.1.1 | Korrelasjoner som mål for sammenhenger mellom hovedvariablene som beskriver kommunenes innretning av tjenestene. | 46 |
| 4.1.2 | Typologier identifisert gjennom faktoranalyse. | 48 |
| 4.2 | Ulike typologier for innretning av pleie- og omsorgstjenestene etter andel brukere av hjemmetjenester og institusjoner for eldre. | 49 |
| 4.2.1 | Kompensatorisk sammenheng mellom bruk av institusjoner versus hjemmetjenester. | 49 |
| 4.2.2 | Grad av sammenheng mellom bruk av institusjoner og hjemmetjenester på kommunenivå. | 51 |
| 4.2.3 | Undergrupper av kommuner langs dimensjonene institusjon versus hjemmetjenester – grunnlag for valg av casekommuner i prosjektets fase 2. | 52 |
| 4.2.4 | Sammenheng mellom andel eldre med hjemmetjenester og intensitet i disse tjenestene. | 53 |
| 4.3 | Hjemmetjenester til yngre og eldre brukere. | 55 |
| 4.4 | Sammenhengen mellom institusjonsorientering og tilgjengelighet til korttidsplasser i innretningen av pleie- og omsorgstjenestene. | 58 |
| 5 | I hvilken grad har kommunene stabil innretning av omsorgstjenestene over tid? | 63 |
| 5.1 | Hvilke endringer skal beskrives. | 63 |
| 5.2 | Relativ stabilitet. | 65 |
| 5.2.1 | Institusjonsorientering. | 65 |
| 5.2.2 | Forbruksrate av hjemmetjenester eldre. | 66 |
| 5.2.3 | Tilgjengelighet til korttidsplasser. | 67 |
| 5.3 | Faktiske endringer. | 68 |
| 5.3.1 | Institusjonsorientering. | 68 |
| 5.3.2 | Forbruksrate av hjemmetjenester eldre. | 69 |
| 5.3.3 | Tilgjengelighet til korttidsplasser. | 69 |
| 5.4 | Drøfting. | 70 |
| 6 | Et mangfold av typologier – oppsummerende drøfting. | 72 |
| 6.1 | Våre hovedfunn oppsummert. | 72 |
| 6.2 | Hvilke typologier kan identifiseres? | 73 |
| 6.3 | Hvilke dimensjoner er egnet for å beskrive det kommunale mangfoldet? | 74 |
| 6.4 | Vanskelig å bedømme hva som er funksjonelle og hensiktsmessige innretninger av pleie- og omsorgstjenestene. | 75 |
| 6.5 | Mulig grunnlag for vurdering av formålstjenlig innretning. | 77 |

| | | |
|-------|-------------------------------------|----|
| 6.5.1 | Brukernes kvalitetsvurderinger..... | 77 |
| 6.5.2 | Faglige kvalitetsvurderinger. | 78 |
| 6.5.3 | Økonomiske vurderinger. | 78 |
| 6.5.4 | Avslutning..... | 79 |
| | Litteratur..... | 80 |
| | Vedlegg 1 Tabeller | 82 |

Tabelloversikt

| | | |
|------------|---|----|
| Tabell 2.1 | Mottakere av hjemmetjenester under 67 år og antall årsverk brukt overfor yngre i prosent av alle yngre brukere og alle årsverk fordelt på brukere med omfattende bistandsbehov og øvrige bistandsbehov og etter om en bor i kommunale eller private boliger. Gjennomsnittlig antall årsverk per bruker, fordelt på samme (Beregninger på grunnlag av Brevik 2012)..... | 30 |
| Tabell 2.2 | Mulige indirekte mål for intensiteten i kommunale hjemmetjenester | 31 |
| Tabell 3.1 | Kommunal variasjon i innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Kvintiler og desilers gjennom- snitt-skåre. Alle skårene for eldre og for forbruksrate av hjemmetjenester for yngre er oppgitt som andel pr 100 innbygger i prosent. Opplysninger om yngre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og yngre som bor i kommunal bolig er oppgitt som andel per 1000 innbyggere. | 37 |
| Tabell 4.1 | Innbyrdes bivariate korrelasjoner mellom hovedvariablene som beskriver kommunenes innretning av omsorgstjenestene. Basert på data fra 333 kommuner med 2000 eller flere innbyggere ^a | 46 |
| Tabell 4.2 | Typologier i innretning av pleie og omsorgstjenestene i kommunene. Resultat av eksplorerende faktoranalyse | 48 |
| Tabell 4.3 | Sammenheng mellom andel eldre 80 år og over med plass i institusjon og rate hjemmetjenester 80 år og over. Krysstabulering for kommuner med mer enn 2000 innbyggere. Antall kommuner i henholdsvis 1, 2, 4 eller 5 kvartil. | 49 |
| Tabell 4.4 | Sammenheng mellom andel yngre og eldre med hjemmetjenester. Krysstabulering mellom forbruksrate hjemmetjenester for yngre og forbruksrater hjemmetjenester for eldre basert på kommuner med 2000 eller flere innbyggere. Antall kommuner i henholdsvis 1, 2, 4 eller 5 kvartil. | 55 |
| Tabell 4.5 | Sammenheng mellom rate i institusjon 80 år og over og tilgjengelighet til korttidsplasser 80 år og over. Antall kommuner i 1, 2, 4 og 5 kvartil (korrelasjon =+0112). Krysstabulering | 60 |
| Tabell 5.1 | Relativ stabilitet. Samlet oversikt over endringer i kvintilplasseringer fra 2006 til 2010 for institusjonsorientering forbruksrater hjemmetjeneste eldre og tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem. Absolutte tall og prosent. | 65 |
| Tabell 5.2 | Faktiske endringer i omsorgstjenestenes innretning fra 1996 til 2010 i 328 kommuner med 2000 eller flere innbyggere for institusjonsorientering, forbruksrate hjemmetjenester eldre og tilgjengelighet til korttidsplasser. Målt gjennom kvintilenes grenseverdier og gjennomsnitt. | 68 |

Figuroversikt

| | | |
|-----------|---|----|
| Figur 2.1 | Teoretisk skisse av mulige sammenhenger mellom rate og intensitet | 25 |
| Figur 4.1 | Sammenhengen mellom bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år og over i 333 kommuner med mer enn 2000 innbyggere i 2010. (Korrelasjon= - 0,191). Beregninger ved NIBR 2012, | 52 |
| Figur 4.2 | Sammenhengen mellom tilgjengelighet til kortidsplasser i institusjon i 2006 og andel 80 år og over i institusjon i 2010 i 333 kommuner med mer enn 2000 innbyggere i 2010. (Korrelasjon=0,112). Beregninger ved NIBR 2012 | 59 |

Sammendrag

Ivar Brevik og Lars Nygård

Kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene

NIBR-notat: 2013:104

I kapittel 1 gjør vi rede for bakgrunn og utgangspunkt for oppdraget. Oppdragsgiver har vært Helse og omsorgsdepartementet. Utgangspunktet for prosjektet er de kommunale variasjonene i innretningen av omsorgstjenestene i ulike kommuner. Målet med prosjektet har vært å definere hvilke dimensjoner som er egnet til å beskrive det kommunale mangfoldet og, om mulig, å identifisere hvilke mønstre eller typologier i innretninger som er de vanlige eller mest typiske.

Beskrivelsen av innretninger skal også fungere som utgangspunktet for en prosjekt-fase 2, der det skal tas utgangspunkt i et mindre antall kommuner som har *ulike* innretning i omsorgstjenestene, men som til tross for ulik innretning driver kostnadseffektivt og med god kvalitet. Vår analyse som presenteres i foreliggende rapport er å anse som et grunnlag for å velge kommuner for fase 2. I fase 2 skal det gjøres 'dypdykk' i utvalgte kommuner for å søke å beskrive og forstå hva disse kommunene gjør for å drive omsorgstjenester kostnadseffektivt og med god kvalitet.

I kapittel 2 presiserer vi at det er *innretningen* av tjenestene og ikke ressursbruk vi skal beskrive. Data er i hovedsak hentet fra SSB (KOSTRA). Kapitlet beskriver og begrunner hvordan innretningen kan gjøres rede for gjennom 7-9 ulike *dimensjoner*. For institusjonstjenestene beskrives innretningen gjennom *institusjonsorientering* målt ved antall 80 år og over i institusjon i prosent av befolkningen 80 år og over. Deretter gjennom *tilgjengelighet* målt ved hvor ofte korttidsplasser i institusjon blir ledig i forhold til et antatt behov, dvs. antall utskrivninger per 100 80 år og over per år. Ulik tilgjengelighet til korttidsplasser kan også ses på som et uttrykk for og en operasjonalisering av samarbeidet mellom institusjoner og øvrige helsetjenester i kommunen.

Hjemmetjenestene beskrives gjennom *forbruksrater*, som er antall personer i prosent av henholdsvis eldre (80 år over) og yngre (0-66 år) som tildeles hjemmetjenester. Hjemmetjenestene beskrives også gjennom *intensitet*, som er uttrykk for mengden tjenester som tildeles den enkelte mottaker. De mest valide data om intensiteten er opplysninger fra *individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLoS)* om antall brukerretta timer som blir ytt til hver enkelt mottaker. Men fordi IPLoS-data ut fra personvern-hensyn ikke er tilgjengelig, er vi henvist til å nytte indirekte mål for intensiteten. For både eldre og yngre bruker vi prosentvis andel hjemmeboende med "omfattende bistandsbehov", slik Statistisk Sentralbyrå definerer dette målet. For yngre kan også "prosentvis andel som bor i kommunal bolig til pleie- og omsorgsformål" være et alternativt mål for hjemmetjenestenes intensitet.

I kapittel 3 beskriver vi den kommunale variasjonen ved å dele kommunene inn i 5 (10) like store grupper – det vil si kvintiler (eller desiler) - og så gjøre rede for kvintilenes (desilenes) grenseverdier og gjennomsnitt. Beskrivelsen gjelder bare kommuner med 2000 eller flere innbyggere, og i kapitlet begrunner vi hvorfor kommuner med få innbyggere utelates.

Variasjonen er betydelig. I den femdelen kommuner som i minst grad benytter institusjoner i omsorgstjenestene, bor 8,4 prosent av befolkningen 80 år og over i institusjon. I den femdelen kommuner som i størst grad nytter institusjoner, bor i gjennomsnitt 20,6 prosent av den samme befolkningsgruppen i institusjon. Forholdstallet mellom første (i minst grad) og femte kvintil (i størst grad) er som 1:2,5. Det er et visst samsvar mellom institusjonsorientering og tilgjengelighet, men unntakene er så vesentlige at det konkluderes med at bare å opplyse om antall institusjonsplasser uten samtidig å vurdere tilgjengeligheten er mer tilslørende enn opplysende.

En av konklusjonene er også at variasjonene er så store at det gir liten mening å beskrive norsk omsorgstjeneste gjennom nasjonale gjennomsnitt.

I kapittel 4 forsøker vi å identifisere de typiske innretningene i omsorgstjenestene. Det tydeligste mønsteret er en kompensatorisk sammenheng mellom institusjonsorientering og tildeling av hjemmetjenester til eldre. Kommuner som har en stor andel av befolkningen 80 år og over boende i institusjon, har en tendens til å tildele hjemmetjenester til få eldre og har samtidig få hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov. Det *kompensatoriske* mønsteret vises ved at det i kommuner som tildeler hjemmetjenester til mange eldre, bor det få eldre i institusjon, mens det i kommuner som tildeler hjemmetjenester til få eldre, bor det mange i institusjon.

Men selv om dette mønsteret er tydelig og statistisk signifikant, er unntakene så mange at vi i tillegg kan identifisere to grupper av kommuner som

- tildeler både institusjonsplass og hjemmetjenester til få eldre, det vil si en gruppe som kanskje kan karakteriseres som "særlig påholdne"
- og en gruppe kommuner som tildeler både institusjonsopphold og hjemmetjenester til mange eldre, det vil si en gruppe som kanskje kan karakteriseres som særlig rause.

Det er også en tendens til at forbruksratene både for eldre og yngre følger hverandre, slik at kommuner som tildeler hjemmetjenester til mange eldre, også tildeler hjemmetjenester til mange yngre – og med tilsvarende sammenheng for kommuner som yter hjemmetjenester til få eldre. I motsetning til enkelte andre undersøkelser, finner vi ingen tendens til at mye omsorgstjenester til mange yngre "går på bekostning" av omsorgstjenester til eldre.

Selv om det på det nasjonale nivået er mulig å identifisere noen typiske innretninger¹, er det likevel unntakene og det store mangfoldet som utgjør hovedbildet. Til tross for tydelige enkelt-mønstre som kan beskrives på nasjonalt nivå, finnes det samtidige mangfoldige mindre undergrupper av kommuner med ulike innretninger.

¹ Gruppe 1: få eldre med institusjonsopphold og mange eldre med hjemmetjenester. Gruppe 2: mange eldre med institusjonsopphold og få eldre med hjemmetjenester. Gruppe 3: mange eldre med institusjonsopphold og hjemmetjenester til mange både eldre og yngre. Gruppe 4: få eldre med institusjonsopphold, og hjemmetjenester til både få eldre og yngre.

I kapittel 5 stiller vi spørsmål om kommunenes innretning har vært stabile over tid. Spørsmålet analyseres ved å beskrive innretningen i 1996 sammenlignet med innretningen i 2010 – det vil si kommunenes *relative stabilitet* (det vil si om enkeltkommunene tilhører samme kvintil i del-målene for innretning i 1996 som i 2010). Også de faktiske endringene beskrives. Institusjonsorientering, tilgjengelighet til korttids-plasser og forbruksrate hjemmetjenester av eldre er de 3 dimensjonene som nyttes.

Hvis vi definerer stor grad av *relativ stabilitet* som at en kommune tilhører samme eller tilstøtende kvintil i 2010 som i 1996, er to-tredjedeler av kommunene stabile i sin innretning. Det er imidlertid en *større minoritet* av kommunene (1/3) som skifter innretning i betydelig grad.

Så langt gjelder institusjonsorienteringen, har det skjedd vesentlige *faktiske* endringer i perioden, ved at norske kommuner har redusert institusjonstilbudet med vel 1/5. Tilbudet av hjemmetjenester til eldre og tilgjengeligheten til korttids-plasser i sykehjem viser bare små eller ubetydelige faktiske endringer i perioden.

I kapittel 6 drøfter vi resultatene i forhold til 2 perspektiver: For det første at flere inndelinger per dimensjon og bruk av flere dimensjoner, gir et mer uoversiktlig og mangfoldig bilde enn hvis en benytter få inndelinger per dimensjon og få dimensjoner. Med 5 verdier (kvintiler) per dimensjon og med bruk av 7 dimensjoner, gjenfinnes nasjonale mønstre. Men der totalbildet samtidig er mangfoldig og uoversiktlig og der variasjonene i kommunal innretning 'spriker i alle retninger'. Men under det nasjonale nivået er det altså mulig å finne mange undergrupper av kommuner med distinkte og klare innretninger, men der hver undergruppe omfatter relativt få kommuner.

For det andre argumenteres det med at det kommunale mangfoldet kan betraktes som en omfattende utprøving av ulike innretninger, men der ulike innretninger ikke er evaluert. I det kommunale mangfoldet vil vi høyst sannsynlig kunne identifisere innretninger som normativt kan vurderes som formålstjenlige, faglig helhetlige og kostnadseffektive. Samtidig vil vi i det samme mangfoldet høyst sannsynlig også finne innretninger som normativt kan vurderes som lite formålstjenlige, faglig fragmenterte og ressursødende. Årsakene til fravær av evalueringer har trolig sammenheng med at det er problematisk å etablere normativ enighet om hva som er formålstjenlige, faglig helhetlige og kostnadseffektive innretninger av tjenestene. Til tross for vanskene, argumenteres det for at det kommunale mangfoldet likevel bør evalueres normativt.

1 Oppdraget

1.1 Vårt utgangspunkt: det kommunale mangfoldet.

Denne rapporten handler om det kommunale mangfoldet innen pleie og omsorgstjenestene. De store kommunale variasjoner i innretning og profil på disse tjenestene skal analyseres. Som eksempel på mangfoldet kan nevnes at i noen kommuner bor mer enn 25 prosent av gruppen 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år. Andre kommuner har ingen sykehjemsplass for langtidsopphold, der sykehjemsplassene kommunen rår over brukes som korttidsplasser for behandling og rehabilitering og med en gjennomsnittlig botid på bare noen uker. Noen kommuner har det vi kan kalle en forebyggende tjenesteprofil ved å gi litt hjemmetjenester til mange personer. Andre kommuner har det vi kan kalle en pleieprofil på hjemmetjenestene ved å gi mye hjelp til få personer.

I noen grad kjenner vi en del mønstre i variasjonen. Kommuner med få innbyggere bruker jamt over relativt sett mye penger på omsorgstjenester. Ikke overraskende har alderssammensetningen betydning. Kommuner med høy andel eldre i befolkningen bruker relativt sett mer penger enn kommuner med lav prosentandel eldre. Kommuner med høye frie inntekter bruker mer penger enn kommuner med lave inntekter. Trolig er kommunens frie inntekter den enkeltfaktoren som i størst grad kan predikere hvor mye penger en kommune bruker på omsorgstjenester (Hjelmbrekke med flere 2011). Kommuner som i stor grad er institusjonsorientert bruker mer penger enn andre kommuner. Og fordi det ofte er kommuner med få innbyggere som også har store inntekter, er det særlig denne typen kommuner som relativt sett bruker mest ressurser på omsorgstjenestene.

I noen grad kjenner vi også kostnadsdriverne innen omsorgssektoren. Hagen med flere (2011) finner i tillegg til kommunale inntekter og alderssammensetning at følgende faktorer bidrar til å forklare variasjoner i ressursbruk: standardiserte dødelighetsrater, andel enslige, andel med lav utdanning, andel sosialhjelpsmottakere, antall psykisk utviklingshemmede, folketall, befolkningstetthet og reisetid internt i kommunen. Borge og Haraldsvik (2005) finner at kommuner som er hjemmetjenesteorientert driver mer kostnadseffektivt enn institusjonsorienterte kommuner uten at dette går ut over omfang og kvalitet. Også Sørheim og Paulsen (2012) finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrekke med flere (2011) finner at kommuner med ansatte hvor andelen med relevant høyskoleutdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Hjelmbrekke finner også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og uutnyttet kostnadsreducerende potensial gjennom stordriftsfordeler. Og stor-

driftsfordelene er estimert å være større hvis kommunen ensidig satser på omsorgsboliger med heldøgns bemanning framfor en ensidig satsing på institusjoner.

1.2 Vårt perspektiv er kommunenivået.

Så langt har vi referert mønstre og tendenser klarstilt gjennom forskning basert på offentlig statistikk på nasjonalt nivå. Denne forskningen blir en beskrivelse av statistisk signifikante tendenser og mønstre på makroplanet, men som i liten grad forklarer hva som skjer på mikroplanet, det vil si i den enkelte kommune. Signifikante tendenser på makroplanet forklarer ikke hvorfor noen kommuner gir mye hjemmetjenester til få mottakere (høy intensitet og lav forbruksrate), eller hvorfor andre kommuner gir litt hjemmetjenester til mange mottakere (lav intensitet og høy rate), eller hvorfor noen kommuner har en stor andel av den eldre befolkningen boende på institusjon, kort sagt hvorfor den enkelte kommune utvikler omsorgstjenestene slik de utvikles. Makroforskerne finner variasjoner og tendenser ofte i et univers av motstridende tendenser som kan være minimale eller små, men som oppnår statistisk pålitelighet kanskje nettopp fordi tallene hentes fra makronivået og på den måten blir ”store” tall. Samtidig er signifikansene som oppnås basert på ulike offentlige registre som kan ha varierende validitet.

1.3 Vårt konkrete oppdrag.

Helse og omsorgsdepartementet er vår oppdragsgiver. Vårt oppdrag er å beskrive hvordan innretningen i pleie og omsorgstjenestene er i kommune-Norge. Vårt oppdrag er ikke å finne årsakssammenhenger eller kostnadsdrivere for slik å kunne forklare hvorfor omsorgstjenestenes innretning og profil er blitt som den er i den enkelte kommune? *Vårt oppdrag er av deskriptiv art.*

Da vi ble tildelt oppdraget, så departementet for seg at arbeidet skulle ha to mål og faser:

I første fase var målet å *beskrive* det kommunale mangfoldet statistisk for bl.a. å finne fram til et utvalg studie-kommuner for fase 2. I fase 2 var målet å beskrive de lokale forholdene, prosessene og kontekstuelle særegenhetene som kan forklare hvorfor omsorgstjenestens innretning og profil i studie-kommunene er blitt som den er. Dette skulle baseres på intervjuer, dokumentanalyser og andre kvalitative tilnæringer.

Vår rapportering omhandler *den beskrivende fase 1*. Vi skal *for det første* drøfte og bestemme hvilke dimensjoner som kan anses som egnet for å beskrive det kommunale mangfoldet. En alternativ formulering av samme mål er å finne fram til det sett av operasjonaliseringer som kan anses som hensiktsmessige og fruktbare når det kommunale mangfoldet skal beskrives gjennom typiske tjenesteprofiler eller kommunetypologier. Vi skal typologisere det kommunale mangfoldet ved å komme fram til et sett dimensjoner som er egnet til å beskrive variasjonene i innretning og profil.

For det andre skal vi undersøke i hvilken grad kommunene holder fast på samme tjenesteprofil over tid eller om kommunene endrer tjenesteprofil. Vi skal med andre ord undersøke om kommunenes innretning på tjenestene endres eller er stabile,

eksempelvis om kommuner som er institusjonsorienterte kommuner i dag, også var institusjonsorienterte kommuner tidligere. Vi viser til kap. 5 som gjør rede for metode og resultater av denne «historiske» analysen.

1.4 Departementet har bestemt opplegget for fase 2

Når dette skrives, har Helse og omsorgsdepartementet bestemt hvordan oppfølgingen i fase 2 skal utformes. Mellom annet på bakgrunn av beskrivelsene i fase 1 skal vi i fase 2 finne fram til 10-12 studie-kommuner som har *ulike* innretning og profil. Fellesnevneren for utvalgskommunene er imidlertid at de skal drive både *kostnadseffektivt og med god kvalitet*. Gjennom en omfattende informasjonsinnhenting fra studie-kommunene, er målet for det første å forstå *hvorfor og hvordan* den enkelte kommunen har kommet fram til sine valg av strategi, profil og innretning av omsorgstjenestene. For det andre er målet å beskrive hvordan utvalgskommunene arbeider, for – om mulig – å *kunne lære* hvordan de oppnår kostnadseffektivitet og rimelig god kvalitet.

Etter anbudskonkurranse er oppdraget i fase 2 gitt til FAFO med forskningsleder Leif Moland som prosjektleder og i samarbeid med NIBR og *Ressursenter for omstilling i kommunene* (RO). Sluttrapportering fra fase 2 er forventet ved utgangen av 2013.

2 Operasjonalisering av dimensjoner som beskriver det kommunale mangfoldet.

2.1 Hva skal analyseres: ressursbruk eller tjenesteprofil

Vi kan beskrive og typologisere det kommunale mangfoldet gjennom ressursbruken eller vi kan typologisere mangfoldet ved å beskrive hvordan tjenestene er innrettet, og blir tildelt – det vil si å beskrive profilene.

Valget mellom pengebruk og tjenesteprofil er langt på vei det samme som å velge hvilken variabel som skal være den avhengige variabelen – det vil si hva er hoveddimensjonen i det vi skal beskrive. Hvis hovedspørsmålene gjelder hvilke driftsmønstre eller driftsprofiler som er kostnadseffektive eller hvilke forhold som er kostnadsdrivere for pleie og omsorgssektoren, er driftskostnader det naturlige valget som avhengig variabel. Som referert i kap. 1 gis det eksempelvis holdepunkter for at hjemmetjenesteorienterte kommuner er mer kostnadseffektive enn institusjonsorienterte kommuner, at årsverk med høgscoleutdanning er mer kostnadseffektive årsverk enn årsverk uten slik utdanning – og så videre, se kap. 1.

Vår avhengige variabel følger imidlertid av vårt mandat: Vi skal beskrive kommune-Norges *typiske* innretninger og profiler i omsorgstjenestene. Vi tar med andre ord driftsressursene som gitt..

Dette betyr ikke at variasjoner i driftsressurser er uten interesse. Snarere tvert om. Vi kan formulere mange og vesentlige spørsmål om økonomiske sammenhenger: Er det samarbeidet mellom institusjon og hjemmetjenester som kan forklare at Borge og Haraldsvik (2005) finner at hjemmetjenesteorienterte kommuner er mest kostnadseffektive? Er det særlig de kommuner som har lave frie inntekter som tilder mye hjelp til få personer? En mengde vesentlige spørsmål om sammenhengene mellom tjenesteprofiler og ressursbruk kan formuleres.

Vår oppgave er imidlertid å *beskrive* profiler. Å kople analyser av innretning og profil med driftsøkonomiske analyser ligger utenfor rammene for vårt oppdrag.²

² I det vi har kalt fase 2 vil driftsøkonomiske aspekter være en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget som samles inn for studie-kommunene.

2.1.1 Generelle forbehold om datakvaliteten

Forutsetningen for vårt arbeid er at alle data skal være tilgjengelig gjennom etablerte registre. Når ikke noe annet er nemt, er data hentet fra Statistisk Sentralbyrås opplysninger fra KOSTRA 2010 (unntak for data fra 1996 og tilgjengelighet til korttidsplasser, se nedenfor).

Selv om det er kommunene som er ansvarlig for å rapportere inn tall fra egen kommune, og selv om SSB kvalitetssikrer opplysningene som kommunene rapporterer inn, kan det forekomme feil i registreringene. En god forholdsregel er at før det konkluderes om situasjonen i enkeltkommuner ut fra KOSTRA-data, bør datakvaliteten sjekkes. Vi skal beskrive situasjonen i enkeltkommuner. I noen sammenhenger skal vi beskrive omsorgstjenestenes profil hos grupper av kommuner og også i flere sammenhenger navngi hvilke kommuner som tilhører hvilke grupper. I vedlegget gjengis aktuelle opplysninger om mange enkeltkommuner.

Vi har ikke hatt anledning til å sjekke riktigheten av de opplysninger vi benytter. Vi benytter KOSTRA-data nøyaktig slik de er gjort elektronisk tilgjengelig av SSB. Ut fra generell kunnskap kan vi derfor anta at vi for enkelte kommuner bygger på feil opplysninger. Selv om vi på aggregert nivå kan ha rimelig tillit til at de tendenser og mønstre som beskrives er riktige, *må vi når det gjelder konkrete opplysninger om enkeltkommuner ta det generelle forbeholdet at vi ikke har kontrollert at opplysningene er riktige.*³

De fleste opplysninger i KOSTRA er registreringer av *antallet av et forhold*. Det vil si at forutsatt at KOSTRA-veiledningens informasjonen om hva som skal registreres er riktig forstått, er det en konkret mengde som skal registreres, der forståelsen av mengden i liten grad er basert på individuelt skjønn. Unntaket er det som gjerne kalles "IPLOS i KOSTRA" og som konkret handler om opplysninger om antall hjemmeboende med ulike bistandsbehov. SSB operer med 3 ulike nivå for bistandsbehov. Og vi vil særlig benytte antall hjemmeboende "med omfattende bistandsbehov" for å beskrive hjemmetjenestene. Vurderinger av hva som skal registreres som "omfattende bistandsbehov" er basert på fagpersoners skjønn. Vi kjenner ikke til undersøkelser i Norge som dokumenterer grad av intersubjektiv likhet i skjønnsutøvelsen hverken mellom ulike saksbehandlere internt i samme kommune eller mellom ulike kommuner. Men vi kan generelt gå ut i fra at resultatet av skjønnsutøvelse i noen grad vil være personavhengig. Sørheim og Paulsen (2012) finner interne sammenhenger i ulike kommuner som tyder på at det er utviklet bestemte kommunevise vurderingsnormer for hvordan bistandsbehovene skal vurderes.

Når vi benytter antall personer med "omfattende bistandsbehov" som data, kan altså opplysningene i noen grad være avhengig av ansattes faglige skjønnsutøvelse. Kommunevise forskjeller i antall hjemmeboende med "omfattende bistandsbehov" kan derfor i større grad skyldes forskjeller i fagpersoners skjønnsutøvelse enn det skyldes reelle forskjeller ved mottakernes behov for tjenester. Sørheim og Paulsen

³ Av vedleggstabellene vil det framgå at Eigersund kommune har svært lave verdier på flere variabler. Trolig skyldes dette feil ved registreringene, noe som taler for at Eigersund kan holdes utenfor analysene. Vi har valgt å inkludere Eigersund i analysene. 6 kommuner har svært stor tilgjengelighet på korttidsplasser til institusjon, de har mer enn 100 utskrivninger per år per 100 80 år og over. Vi har valgt å holde disse 6 kommunene utenfor analysene av tilgjengelighet – se vedleggstabell 13.

(2012) konkluderer med at opplysninger om bistandsbehov i IPOLOS er så vidt påvirket av subjektivt skjønn og kommunevise vurderingsnormer at disse opplysningene vanskelig kan benyttes eksempelvis til å sammenligne kommuner. Vi viser også til Gabrielsen (2010) og Brevik og Nygård (2011) for en mer detaljert drøfting av dette forholdet.

IPLoS inneholder individuelle opplysninger om så godt som alle som mottar kommunale omsorgstjenester. Anonymiserte individ-opplysninger fra IPLoS er imidlertid ikke tilgjengelig for forskning⁴.

Imidlertid er enkelte opplysninger basert på individuelle IPLoS-data tilgjengelig i KOSTRA. Dette er IPLoS-data som SSB overfører til KOSTRA. Antall personer "med omfattende bistandsbehov" er eksempel på slike IPLoS-opplysninger som er tilgjengelig i KOSTRA. Men som en ekstra sikring av personvernet er ikke denne typen opplysninger tilgjengelig på kommunenivå dersom opplysningene gjelder 4 eller færre individer. I slike tilfeller er det reelle tallet i KOSTRA-statistikken erstattet med prikker.

Vi har søkt Regional etisk komite (REK) om fritak fra taushetsplikten slik at vi kunne få tilgang til reelle tall på kommunenivå i de tilfeller det reelle tallet var erstattet med prikker. Etter først å ha fått avslag, innvilget REK etter anke slik fritak fra taushetsplikten. Men på det tidspunktet fritak fra taushetsplikten ble innvilget av REK, hadde vi gjennomført alle statistiske analyser, og vi fant i vår sammenheng ikke å kunne gjennomføre analysene på nytt. Ved analyser i tilknytning til fase 2 vil vi imidlertid kunne benytte reelle tall som stammer fra IPLoS i KOSTRA også i de tilfeller antall personer i en kommune er 4 eller færre.

Så langt gjelder de historiske data, er data fra 1996 basert på offentlig statistikk, men er ikke offentlig tilgjengelig. Data fra 1996 er spesialkjørt av Statistisk Sentralbyrå for dette prosjektet. Når det gjelder data om tilgang til korttidsplasser, er data på grunn av datatekniske forhold basert på opplysninger fra 2006.

2.2 Operasjonalisering av institusjonsomsorgen

Det finnes to hovedformene for kommunale omsorgstjenester: hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. Norske studier som i den senere tid søker å beskrive det kommunale mangfoldet i tjenesteutforming tar utgangspunkt i denne todelingen (Borge og Haraldsvik 2005, Huseby og Paulsen 2009, Hjelmbrække med flere 2011, Hagen med flere 2011, Sørheim og Paulsen, 2012).

Vi tar også utgangspunkt i denne todelingen, og drøfter først hvordan vi vil operasjonalisere det kommunale mangfoldet når det gjelder institusjonsomsorg.

2.2.1 Dimensjon 1: Institusjonsorientering

I norske kommuner har det ofte stått strid om det er institusjoner eller hjemme-tjenester det skal satses på. Noen studier har forsøkt å gi empiriske svar på

⁴ Ansatte i kommuner kan analysere egne kommunedata, ansatte i SSB kan analysere nasjonale data, og det er nå åpnet for å søke om konsesjon om bruk av IPLoS-data også til forskningsformål..

spørsmålet. En nærliggende metodisk tilnærming er da å sammenligne institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner.

Som nevnt i kap 1, finner Borge og Haraldsvik (2005) empiriske holdepunkter for at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer kostnadseffektivt uten at kvalitet eller omfang for øvrig reduseres. De operasjonaliserer dimensjonen *orientering* gjennom den prosentvise andelen brukere av omsorgstjenester som er henholdsvis institusjonsbeboere og brukere av hjemmetjenester. Alle brukere som er tildelt tjenester er altså 100 prosent. De 10 prosent av kommunene (43 kommuner) som har størst prosentandel brukere som institusjonsbeboere, defineres som institusjonsorienterte kommuner. De 10 prosent av kommunene (43 kommuner) som har størst prosentandel av samlet antall brukere i hjemmetjenestene, defineres som hjemmetjenesteorienterte kommuner⁵.

Paulsen og Huseby (2009) tar også utgangspunkt i samlet antall brukere som mottar tjenester. De typologiserer kommuner gjennom tertialer – det vil si at de deler kommunene inn i 3 like store grupper. Grad av institusjonsorientering bestemmes gjennom prosentandelen av samlet mottakere av omsorgstjenester som bor på institusjon – altså på samme måten som Borge og Haraldsvik. Men til forskjell fra Borge og Haraldsvik, deler Huseby og Paulsen kommunene inn i 3 grupper – kommuner med stor, middels og lav institusjonsorientering. Hjemmetjenesteorienterte kommuner sorteres i 3 grupper på tilsvarende måte. Ved å kombinere disse to dimensjonene med andre dimensjoner, blir kommunene typologisert gjennom 7 ulike omsorgsprofiler.

Ut fra de 7 omsorgsprofilene som ble definert av Huseby og Paulsen (1009), har Sørheim og Paulsen (2012) videreutviklet kommunenes profiler til 4 typologier eller innretninger: ut fra antall personer som er tildelt hjemmetjenester og institusjonsopphold, bruker de medianverdiene til å definere 4 kommuneprofiler på omsorgstjenestene:

- lav/lav – det vil si kommuner som tildeler både hjemmetjenester og institusjonsopphold til få personer
- høy/høy – det vil si kommuner som tildeler både hjemmetjenester og institusjonsopphold til mange personer
- hjemmetjenestekommuner – det vil si kommuner som tildeler hjemmetjenester til mange, men institusjonsopphold til få/middels
- institusjonskommuner – det vil si kommuner som tildeler institusjonsopphold til mange, men hjemmetjenester til få/middels.

Også Hjelmbrække (med flere 2011) deler kommunene inn etter prosentvis andel mottakere av omsorgstjenester som benytter ulike tjenester. Type tjenester er henholdsvis institusjoner, boliger med døgnkontinuerlig personell, og (øvrige) hjemmetjenester. Ved hjelp av disse parametrene defineres flere ulike kommunale omsorgsprofiler.

⁵ Borge og Haraldsvik benytter 2 operasjonaliseringer av dimensjonen, der grensen for institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner settes til henholdsvis 10 og 25 prosent av brukerne.

3 studier definerer dimensjonene institusjonsorientering og hjemmetjenesteorientering ut fra *prosentandelen av alle brukere* som er tildelt institusjonsomsorg og hjemmetjenester. Vi finner denne operasjonaliseringen problematisk, fordi den ikke tar hensyn til en annen tydelig og prinsipielt svært ulik strategi som kommuner legger for hjemmetjenestene, *det vil si om andelen av en befolkningsgruppe som tildeles tjenester er stor eller liten*. Slik 3 av studiene operasjonaliserer grad av institusjonsorientering, *defineres dimensjonen også ut fra karakteristika ved hjemmetjenestene*. Som andre studier har vist (Otterstad og Tønset 2007), inngår institusjoner og hjemmetjenestene i en helhet der de to hovedformene for omsorg danner gjensidige forutsetninger for hverandre. *Men etter vårt syn bør ikke den ene hovedformen for omsorg – institusjoner – operasjonaliseres ut fra karakteristika ved den andre hovedformen*. Vi finner det mest hensiktsmessig å definere grad av institusjonsorientering ut fra trekk ved institusjonsomsorgen alene uten å skjule til hvilke strategier som kommunen legger for hjemmetjenestene.

Vi vil vise at i de kommunene som utgjør tiendedelen av norske kommuner som gir hjemmetjenester til færrest innbyggere, får i gjennomsnitt 26,2 prosent av befolkningen 80 år og over hjemmetjenester., jmfør tabell 3.1. I den tidel kommuner som gir hjemmetjenester til flest, mottar i gjennomsnitt 47,7 prosent av befolkningen 80 år og over hjemmetjenester. Gjennomsnittet i 10. desil er nesten dobbelt så stort som gjennomsnittet i første desil. Hagen med flere (2011) viser ytterpunktene mellom kommunene og finner at andelen av befolkningen 67 år og over som mottok hjemmetjenester i 2006 varierte fra 4 til 44 prosent. I et fåtall kommuner er det altså nesten 1 av 2 av den eldre befolkningen som mottar hjemmetjenester. I et fåtall andre er det knapt 1 av 20. Hvis vi bestemmer en kommunes institusjonsorientering ved hjelp av prosentandelen av alle mottakere av omsorgstjenester som er institusjonsbeboere, blir grad av institusjonsorientering i stor grad påvirket av andelen i befolkningen som tildeles hjemmetjenester. En kommune som tildeler hjemmetjenester til nesten halvparten av den eldre befolkningen, vil vanskelig kunne stå fram med en prosentvis stor andel av omsorgstjenestenes brukere som institusjonsbeboere, selv om vedkommende kommune etter andre operasjonaliseringer i stor grad har satsset på institusjonsomsorg.

Vi finner det altså mest formålstjenlig å operasjonalisere en kommunes institusjonsorientering uavhengig av om kommunen tildeler hjemmetjenester til en stor eller liten andel av befolkningen. *Grad av institusjonsorientering vil vi operasjonalisere ved antall personer 80 år og over som bor på institusjon i prosent av befolkningen 80 år og over*. Institusjonsorientering og forbruksrate av institusjoner blir i vår sammenheng synonyme begreper. En kommune vil altså bli typologisert som institusjonsorientert uavhengig av om kommunen tildeler hjemmetjenester til en stor eller liten andel av befolkningen.

Ved å bruke medianverdien som viser prosentandelen av en befolkning som tildeles tjenester, defineres henholdsvis hjemmetjenesteorienterte og institusjonsorienterte kommuneprofiler ut fra andelen som tildeles henholdsvis hjemmetjenester og institusjonstjenester. Ved å bruke medianverdien som kriterium for inndeling, skjules den store variasjonen innen hver av mediangruppene.

Vi ønsker å beskrive mangfoldet i hjemmetjenestene ut fra karakteristika ved hjemmetjenestene alene. Eksempelvis benytter Borge og Haraldsvik en dikotomisert dimensjon for å operasjonalisere institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorientert

kommuner, der operasjonaliseringen er den samme både for institusjonsomsorg og hjemmebasert omsorg (prosentandelen tjenestemottakere som henholdsvis bor på institusjon og mottar hjemmetjenester). Fordi vi finner det mest hensiktsmessig å operasjonalisere institusjonsorientering ut fra karakteristika ved institusjonsomsorgen alene, er ikke vår dimensjon dikotomisert der institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner representerer ytterpunkter på samme dimensjon. *Vår dimensjon er et kontinuum* og beskriver grad av institusjonsorientering.

Fordi vårt mandat er å beskrive det kommunale mangfoldet, finner vi at en for stor del av mangfoldet blir skjult ved å dele norske kommuner inn i 4 grupper etter medianverdiene for to dimensjoner (variabler). Ut fra vårt mandat finner vi det riktig å beskrive det kommunale mangfoldet både gjennom flere dimensjoner og flere grupper (henholdsvis kvintiler og desiler, se nedenfor).

Også yngre kan bo på sykehjem. Om lag 28 prosent av de som bor ved sykehjem er 79 år eller yngre, og de fleste av disse er mellom 67 og 79 år. Når vi operasjonaliserer dimensjonen grad av institusjonsorientering ved å beregne antall 80 år og over som bor på institusjon i prosent av denne befolkningsgruppen uten å ta hensyn til yngre som bor på institusjon, er det fordi institusjonsomsorg i betydningen langtidsopphold langt på vei er ensbetydende med et tilbud til de som er 80 år og eldre. Vel 70 prosent av de som bor i institusjon, er altså 80 år eller eldre. Dessuten er det fra sentralt hold lagt til grunn at kommunene skal søke å unngå at yngre (personer under 67 år) tilbys institusjonsomsorg. *Vi måler med andre ord grad av institusjonsorientering ut fra karakteristika ved den særlige målgruppen for langtids institusjonsomsorg.*

2.2.2 Samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenestene målt gjennom institusjonsomsorgens tilgjengelighet

De to andre dimensjonene som vi typologiserer kommunenes innretning av institusjonsomsorgen etter, er *samarbeid mellom institusjoner og primærhelsetjenesten for øvrig tilgjengeligheten til institusjonsplasser.*

Når behov for institusjonsomsorg oppstår, er hovedspørsmålet om det er ledig plass. Mer viktig enn antall plasser, er spørsmålet *hvordan* plassene brukes, *hvilke funksjoner* sykehjemmet fyller i kommunens samlede omsorgstjeneste. Samarbeidet mellom institusjonsomsorgen og hjemmetjenestene vil med andre ord kunne si noe vesentlig om hvilke funksjoner sykehjemmet fyller.

Operasjonalisering av sirkulasjonsfaktor. Vi har statistikk som viser hvor ofte en plass blir ledig gjennom antall utskrivninger per plass. Gitt et antall institusjonsplasser, blir plass oftere ledig desto flere utskrivninger som gjøres. Dette vil vi kalle sirkulasjonsfaktor og operasjonaliseres på følgende måte: antall utskrivninger per år dividert med antall plasser⁶.

Alternativ operasjonalisering av sirkulasjon: Antall behandlede per plass. Om en plass brukes av få eller mange kan også måles gjennom antall brukere som blir behandlet per plass

⁶ Sirkulasjonsfaktor = $\frac{\text{antall utskrivninger}}{\text{antall plasser}}$. Hvis en kommune har 20 plasser og 20 utskrivninger i

løpet av ett år, blir sirkulasjonsfaktoren 1 (20/20). 30 utskrivninger fra 20 plasser gir en sirkulasjonsfaktor på 1,5.

i løpet av ett år. Dette kan sies å være et mål for en institusjons behandlingsskapasitet. Forholdet mellom sirkulasjonsfaktor og behandlingsskapasitet er at antall behandlede alltid vil være 1 større enn sirkulasjonsfaktoren.⁷ Forskjellen er at i beregning av behandlingsskapasitet også inngår de brukere (plasser) som var ved institusjonen ved inngangen av året, mens det i sirkulasjonsfaktor kun inngår antall utskrivninger. *Sirkulasjonsfaktor og antall behandlede per plass er derfor mål på identiske funksjoner som uttrykkes gjennom litt ulike tallstørrelser.* Vi finner det derfor praktisk mest hensiktsmessig bare å bruke en av tallstørrelsene.

Sirkulasjonsfaktor og tilgjengelighet. Antall mulige utskrivninger i en kommune er også avhengig av antall institusjonsplasser en kommune rår over. Antall utskrivninger sier bare hvor ofte en plass blir ledig, uavhengig av antall plasser og uavhengig av størrelsen på befolkningen. For at det skal være meningsfylt å sammenligne kommuner, må vi også etablere et mål for en kommunes *tilgjengelighet til institusjonsplasser, det vil si at vi må analysere hvor hyppig plasser blir ledig i forhold til et antatt behov for plasser.* Også *tilgjengeligheten* av institusjonsomsorg bygger på antall utskrivninger per plass (det vil si sirkulasjonsfaktoren). Men der sirkulasjonsfaktoren er en ren mengdebeskrivelse, vil tilgjengeligheten relatere antall utskrivninger i forhold til et antatt behov for tjenester.

Behovet for institusjonsplasser øker med alderen, og særlig øker behovet for døgnkontinuerlig omsorg etter fylte 80 år. Antall personer 80 år og over er derfor ansett som et enkelt tilgjengelig, men samtidig robust mål for behovet for omsorg på sykehjemsnivå. Antall utskrivninger per plass sett i forhold til den eldre befolkningen vil være et uttrykk for hvor ofte plass blir tilgjengelig for den eldre befolkningen. Tilgjengeligheten velger vi å beregne som antall utskrivninger per 100 innbygger 80 år og over.⁸ Jo større tilgjengelighet, desto oftere blir plass ledig i forhold til et antatt behov. To kommuner som har samme antall institusjonsplasser og samme antall innbyggere 80 år og over, kan altså ha svært forskjellig tilgjengelighet.⁹ Tilgjengelighet er et mål som gjør det meningsfylt å sammenligne kommuner – å plassere kommuner i forhold til hverandre.

⁷ Antall behandlede per plass = $\frac{\text{antall plasser} + \text{antall utskrivninger}}{\text{antall plasser}}$. SSB benytter begrepet gjennom-

antall plasser strømning og operasjonaliserer begrepet som antall nye brukere (innskrevne) i løpet av året dividert på "beholdningen" (dvs. antall som er inneliggende ved utgangen av året). Se Gabrielsen med flere 2011.

⁸ Tilgjengelighet = $\frac{\text{sirkulasjonsfaktor} \times \text{antall plasser}}{\text{antall innbyggere 80 år og over} / 100}$. Den enkleste matematiske modellen blir antall

utskrivninger multiplisert med 100 dividert på antall innbyggere 80 år og over. Sett at en kommune har 20 plasser 50 utskrivninger og 650 eldre på 80 år eller over. Tilgjengeligheten i denne kommunen blir 7,7. Begrunnelsen for å dele antall innbyggere med 100 er for å få et entydig mål for tilgjengeligheten i en kommune slik at den direkte kan sammenlignes med andre kommuner. Antall plasser som i løpet av ett år blir tilgjengelig per 100 innbygger 80 år og over er et entydig mål som kan brukes for å beskrive tilgjengeligheten uavhengig av antall plasser eller hvor stor befolkningen er. En tilgjengelighet på 7,7, betyr altså at disse 20 plassene denne kommunen disponerer blir så ofte ledig at det tilsvarer at ledig plass oppstår 7,7 ganger i løpet av ett år per 100 innbygger 80 år eller over.

⁹ Fra 1996 til 2006 ble antall sykehjemsplasser i Norge redusert med 2538 plasser (Brevik og Nygård 2011). I samme tidsrom har befolkningen 80 år og over økt med 42 000 personer. Nedgangen i antall plasser sammen med økningen i antall personer er i stor grad kompensert gjennom økt sirkulasjon slik at *tilgjengeligheten* er om lag den samme i dag som i 1996 – se Brevik 2010 b..

Gjennomsnittlig botid (liggetid) ved et sykehjem er en alternativ måte å operasjonalisere hvor ofte plass blir ledig. Gjennomsnittlig botid kan enkelt beregnes når vi kjenner antall plasser og sirkulasjonsfaktoren.¹⁰

Vi velger altså å operasjonalisere tilgjengeligheten som et forholdstall mellom antall utskrivninger og antall innbyggere 80 år og over. Dette er en av flere mulige måter å definere begrepet tilgjengelighet på. Vi kommenterer to alternative definisjoner.

Alternativ operasjonalisering av tilgjengelighet: Antall institusjonsplasser i prosent av befolkningen 80 år og over. Dette er et tradisjonelt mål for tilgjengelighet. Tilgjengeligheten definert på denne måten varierer rundt et nasjonalt gjennomsnitt på ca 17 – 18 plasser per 100 personer 80 år og over. Denne operasjonaliseringen forteller imidlertid *ingenting* om hvordan en kommune bruker institusjonsplassene. Denne operasjonaliseringen er et *teoretisk* uttrykk for hvor mange plasser som er på deling hvis alle institusjonsplassene ble brukt bare av personer 80 år og over. Selv om dette er et ofte brukt mål i offentlig statistikk, anser vi faktisk dette målet som mer tilslørende enn oppklarende hvis formålet er å beskrive innretning og tjenesteprofil i en kommunes omsorgstjeneste. Når vi i teksten omtaler dette målet, vil vi bruket begrepet ”*teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser*”.

Alternativ operasjonalisering av tilgjengelighet: Antall 80 år og over som bor på institusjon i prosent av antall innbyggere 80 år og over. Dette er å beregne prosentandelen av den eldste befolkningen som bor på institusjon. Andelen som bor på institusjon sier lite om dynamikken i omsorgstjenestene eller det vi kaller samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester målt gjennom sirkulasjonsfaktor eller tilgjengelighet. Men andelen 80 år og over som bor på institusjon, sier noe vesentlig om i hvilken grad kommunen har lagt til rette for at institusjonsopphold skal være et mulig tilbud i omsorgstjenestene. Andelen av den eldste befolkningen som bor på institusjon har vi derfor valgt å bruke som et mål på i hvilken grad en kommune er institusjonsorientert i sin omsorgstjeneste.

Samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester. Sirkulasjonsfaktor og tilgjengelighet forteller noe vesentlig om hvordan institusjonsplassene blir brukt. Gitt et bestemt antall plasser, vil institusjonsomsorgen nå flere personer med sine tjenester desto større tilgjengeligheten er.

I kommuner med stor sirkulasjon vil institusjon og hjemmetjenester måtte være nære samarbeidspartnere i det daglige ved at brukere ofte innskrives fra hjemmetjenestene og til institusjon, og ofte også utskrives fra institusjon til hjemmetjenestene. Og det er særlig dette samarbeidet vi kan operasjonalisere gjennom tilgjengelighet. Ut fra tilgjengeligheten kan vi gjøre antakelser om samarbeidet mellom institusjon og hjemmetjenester.

Korttids- og langtidsplasser. Kommunene har to hovedtyper av plasser: langtidsplasser og korttidsplasser. Det sier seg selv at sirkulasjonsfaktoren eller gjennomsnittlig botid (liggetid) er betydelig lenger ved langtidsplasser enn ved korttidsplasser

¹⁰ Gjennomsnittlig liggetid er den inverse funksjonen av sirkulasjonsfaktoren eller 1 dividert med sirkulasjonsfaktoren. Hvis sirkulasjonsfaktoren i en kommune er 2,5, blir beregningen som følger: Gjennomsnittlig liggetid = $\frac{365 \text{ dager}}{2,5} = 146$ dager eller 146/365 som tilsvarer 0,4 år

Langtidsplassene utgjør om lag 85 prosent av de vel 40 000 institusjonsplassene som finnes i riket, og har i underkant av 20 prosent av utskrivningene. Korttidsplassene utgjør følgelig 15 prosent av samlet institusjonsvolum, mens vel 80 prosent av utskrivningene skjer fra korttidsplassene. Samtidig blir en svært stor andel av de som utskrives fra langtidsplasser utskrevet som døde, mens en stor andel av de utskrevne fra korttidsplassene utskrives i live, i stor grad til egen bolig.

Disse forhold tilsier at det dynamiske samarbeidet mellom institusjon og hjemmetjenester i hovedsak er tilknyttet korttidsplassene. Når en bruker overføres til langtidsplass, kan det hevdes at institusjonens samarbeid med hjemmetjenestene er avsluttet for denne brukeren. I forhold til en langtidsplass, blir samarbeid med hjemmetjenestene først aktuelt igjen når en bruker dør og ny bruker skal tas inn. Det er ved bruk av korttidsplasser at samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester er en faglig og kvalitativ nødvendighet: fordi målsettingen ved bruk av korttidsplasser er at bruker skal søkes tilbakeført til bolig, må institusjon og hjemmetjenester etablere gjensidige forutsetninger for hverandre og sørge for koordinert innsats overfor samme bruker.

Otterstad og Tønseth (2007) konstaterer at ca 20 prosent av utskrivningene skjer fra langtidsplasser, men i sine analyser av tilgjengelighet foretar ikke de separate analyser for korttids- og langtidsplasser. Vi legger til grunn at analyser av tilgjengelighet av korttids- og langtidsplasser i noen grad bør gjøres separat. En person i livets slutfase med behov for trygg og omfattende medisinsk pleie på en langtidsplass, har ikke behov for den type behandling og opptrening som tilbys på korttidsplasser. Sirkulasjonsfaktor og tilgjengelighet for henholdsvis langtids- og korttidsplasser er med andre ord uttrykk for prinsipielt ulike funksjoner. *Dersom det er samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester vi ønsker å operasjonalisere, er det tilgjengeligheten ved korttidsplassene som er det beste uttrykket for dette samarbeidet.* Men fordi det er svære kommunevise forskjeller i gjennomsnittlig oppholdstid ved langtidsplassene og fordi langtidsplassene på landbasis utgjør hele 85 prosent av institusjonsvolumet, *må det også tas hensyn til antall utskrivninger fra langtidsplasser dersom det er total tilgjengelighet vi ønsker å operasjonalisere.*¹¹

Otterstad og Tønseth (2007) finner at lav teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser samvarierer med høy dødelighet ved sykehjem¹². En sannsynlig forklaring på denne sammenhengen er at få institusjonsplasser betyr at noen kommuner har så godt utbygde hjemmetjenester at institusjonsplass først tilbys ved omfattende bistandsbehov hvor bruker har kort forventet levetid. Videre finner de at det særlig er kommuner som har høy teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser som har liten tilgjengelighet. De finner altså at kommuner som har relativt mange institusjonsplasser sjelden får plasser ledig. At det særlig er kommuner som har relativt mange institusjonsplasser som har liten tilgjengelighet, kaller Otterstad og Tønseth omsorgstjenestenes (store) paradoks. En sannsynlig forklaring er at

¹¹ I kap 3 vil vi se at korrelasjonskoeffisienten mellom tilgjengelighet på korttidsplasser og samlet tilgjengelighet er ,994. De to målene på tilgjengelighet måler langt på vei det samme. Vi vil likevel i noen sammenhenger benytte de to separate målene for tilgjengelighet fordi funksjonene til korttids- og langtidsplasser ivaretar prinsipielt forskjellige funksjoner.

¹² Vi minner om at teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser er definert som antall institusjonsplasser per 100 innbygger 80 år og over.

kommuner som relativt sett har bygd mange institusjonsplasser bruker mindre ressurser til hjemmetjenestene, slik at institusjonsplass må tilbys ved mindre omfattende bistandsbehov og hvor det kan antas at bruker har lengre forventet levetid, og dermed også lengre liggetid i sykehjem¹³

Sirkulasjonsfaktor og tilgjengelighet har trolig også en funksjonell sammenheng med den teoretiske dekningsgraden av institusjonsplasser. Slik vi har operasjonalisert tilgjengelighet, er dette et empirisk mål som gjør at vi direkte kan sammenligne kommuner med ulik dimensjonering både av institusjoner og hjemmetjenester. Tilgjengelighet er et entydig mål for det antall plasser per 100 innbygger 80 år og over som i løpet av ett år blir ledig, uavhengig av antall plasser og som mål også uavhengig av hvordan hjemmetjenestene er innrettet. Men *likevel* kan vi trolig legge til grunn at også den teoretiske dekningsgraden av plasser har en viss betydning. For eksempel er det fullt mulig å tenke seg at en kommune med relativt få plasser (lav teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser) har så stor sirkulasjon at tilgjengeligheten likevel blir den samme som eller endog større enn i kommuner med høy teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser. *Men det går sehsagt en grense for hvor stor sirkulasjonen kan være, for det går ut over kvaliteten og evnen til å oppnå faglige mål som settes for korttidsoppholdet.* Gitt et bestemt antall institusjonsplasser, er det med andre ord en grense for hvor stor sirkulasjonen kan være før sirkulasjonen hindrer kvalitet og oppnåelse av faglige mål. Uten at vi er i stand til å definere denne grensen, *kan vi likevel forvente at kommuner med særlig lav teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser som regel vil ha liten tilgjengelighet.*

Droftingen ovenfor viser at vi kan ha følgende 3 mulige mål for tilgjengelighet: samlet tilgjengelighet, tilgjengelighet på korttidsplasser og tilgjengelighet på langtidsplasser. Selv om analysene i kap 3 viser høy innbyrdes korrelasjon velger vi to mål for hvordan institusjonsplassene i en kommune blir brukt:

For det første samarbeidet mellom institusjoner og hjemmetjenester som vi operasjonaliserer gjennom korttidsplassenes tilgjengelighet. Begrunnelsen er at samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester er særlig knyttet til korttidsplasser. Opphold ved langtidsplass er langt på vei å forstå som at samarbeid med hjemmetjenestene er avsluttet for vedkommende bruker.

For det andre samlet tilgjengelighet både for korttids- og langtidsplasser. Begrunnelsen er følgende: Selv om sirkulasjon per plass er langt mindre ved langtidsplasser enn ved korttidsplasser, utgjør langtidsplassene i absolutte tall en betydelig andel. Tilgjengelighet er en måte å operasjonalisere om institusjonsplassene en kommune rår over i hovedsak er ”opptatt” og sjelden blir ledig eller i hvilken grad institusjonsplassene står til rådighet ved kontinuerlig å bli ledig for ny bruker. Det kan også i enkelte kommuner bli hevdet at behovet for institusjonsplasser er så stort at korttidsplassene langt på vei fungerer som langtidsplasser fordi en ikke kan overføre brukere til hjemmetjenestene. Vår operasjonalisering av tilgjengelighet vil dermed også ta høyde for om korttidsplassene er reelle korttidsplasser.

¹³ I kap 1 viser vi til at noen kommuner både har stor teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser, og omfattende hjemmetjenester. Dette gjelder i hovedsak kommuner med få innbyggere og store frie inntekter.

Oppsummert måler vi innretning og profil av en kommunes institusjonsomsorg gjennom følgende 3 dimensjoner:

1. *Grad av institusjonsorientering* som er antall beboere i institusjon 80 år og over i prosent av befolkningen 80 år og over.
2. *Samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester* som operasjonaliseres gjennom tilgjengeligheten på korttidsplassene som viser antall ledige korttidsplasser i løpet av ett år per 100 innbygger 80 år og over
3. *Samlet tilgjengelighet på institusjonsplasser* som er antall plasser per 100 innbygger 80 år og over som blir ledig i løpet av ett år (både ved korttids- og langtidsplasser).

Øvrige spesialiserte funksjoner. Både langtids- og korttidsplasser kan ytterligere ha spesialiserte funksjoner. I tillegg til medisinsk ledet pleie, kan langtidsplasser ha ulike spesialfunksjoner, eksempelvis overfor mennesker med alderspsykiatriske lidelser. Korttidsplasser kan ha mange funksjoner, f. eks. utredning, avlastning, lindrende behandling og også andre funksjoner. Såkalte intermediære avdelinger tilbyr korttidsplasser som særlig skal ivareta medisinsk behandling, og er en funksjon som vil få økt fokus etter hvert som samhandlingsreformen implementeres. I vår sammenheng er fellesnevneren at vi ikke har tilgjengelig statistikk som gjør det mulig å analysere i hvilken grad ulike spesialiserte funksjoner er til stede i ulike kommuner. Vi vil kun gjøre analyser som er avgrenset til korttidsplasser og samlet, uavhengig av øvrige formål eller eventuelle spesialfunksjoner.

2.3 Operasjonalisering av hjemmebaserte omsorgstjenester

2.3.1 Hva inngår i begrepet hjemmetjenester.

Med hjemmebaserte omsorgstjenester forstår vi det samme som funksjon 254 i KOSTRA – ”Bistand, pleie og omsorg til hjemmeboende”.

Funksjon 254 gir opplysninger om *antall personer* som er tildelt minst en av de tjenester som gjennom enkeltvedtak tildeles i timer og der brukeren bor i eget hjem. Det vil si at også brukere som bor i boliger kommunen disponerer for eldre og funksjonshemmede, både med og uten fast bemanning, er inkludert i antall brukere. Timetildelte hjemmetjenester og som følgelig er inkludert i funksjon 254 er praktisk bistand (inkludert opplæring i daglige gjøremål og brukerstyrt personlig assistanse), omsorgslønn, avlastning utenfor institusjon og hjemmesykepleie¹⁴.

I tillegg til antall personer (fordelt på alder), gis det også opplysninger om netto og brutto driftskostnader.

Hjemmetjenestenes hoveddimensjoner. I det vi viser til drøftingen under 2.1 foran, vil vår enhet være *antall personer* som mottar hjemmetjenester. Fordi økonomiske analyser i denne omgangen ligger utenfor vårt mandat, vil hjemmetjenestenes innretning variere etter følgende 2 hoveddimensjoner:

¹⁴ I begrepet 'hjemmetjenester' inngår også tjenester som ikke utmåles i antall timer per uke, eksempelvis matombrining og trygghetsalarm. Denne typen tjenester kan i noen kommuner bli tildelt gjennom enkeltvedtak, i andre kommuner gjennom andre typer vedtak. Selv om denne typen tjenester som ikke utmåles i antall timer likevel i enkelte kommuner tildeles gjennom enkeltvedtak, er disse tjenestene ikke medregnet i KOSTRAS funksjon 254.

- *Rater*, det vil si andel av en befolkningsgruppe som mottar hjemmetjenester (om det er mange eller få som tildeles tjenester)
- *Intensitet* det vil si volumet på hjelpen som tildeles den enkelte bruker (om det er mye eller lite hjelp som tildeles den enkelte mottaker)

2.3.2 Om begrepene rate og dekningsgrad.

Begrepene dekningsgrad og rate blir i litteraturen brukt på en usystematisk måte, uten fast begrepsinnhold. Begrepet rate eller forbruksrate bruker vi når vi skal beskrive hvor stor andel av en befolkning som faktisk forbruker en tjeneste. Dekningsgrad brukes når vi skal beskrive et tenkt, men ikke faktisk forbruk. Sagt på en annen måte: både rate og dekningsgrad er relative begreper, men rate brukes for å beskrive faktisk forbruk (samme enhet brukes både i teller og nevner). Dekningsgrad beskriver volumet av en tjeneste som er tilgjengelig i forhold til en befolkningsgruppe uavhengig av det faktiske forbruket denne befolkningsgruppen har av tjenestene (ulike enheter inngår i teller og nevner).¹⁵

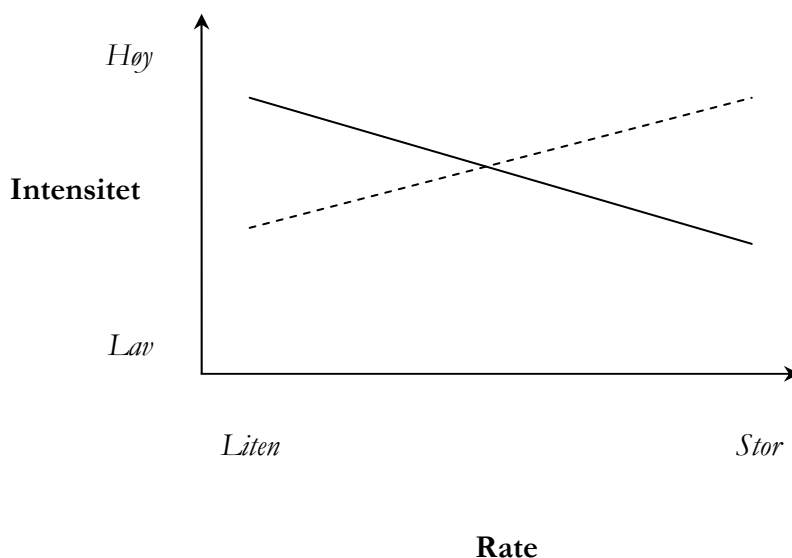
2.3.3 Forventet sammenhenger mellom intensitet og rate i hjemmetjenestene.

Vi vil plassere enkeltkommuner i forhold til de to hoveddimensjonene i hjemmetjenestene. Begge dimensjonene utgjør et kontinuum. Forenklet kan vi skissere mulige sammenhenger mellom de to hoveddimensjonene på følgende måte:

En sannsynlig samvariasjon mellom rate og intensitet kan beskrives på følgende måte: kommuner med det vi kan kalle en *pleieprofil* prioriterer hjemmeboende med store bistandsbehov ved å gi hver enkelt mye hjelp. Når hver mottaker mottar mye hjelp, kan det bli lite ressurser igjen til andre hjemmeboende med mindre bistandsbehov. Terskelen for å bli tildelt hjemmetjenester blir dermed høy, mens forbruksraten blir liten (mye tjenester til få personer). Hvis kommunen har lagt seg på det vi kan kalle en *forbyggende profil*, tildeles hjemmetjenester til en stor andel av en befolkningsgruppe. Hjemmetjenestene når mange og det settes inn hjelp i en tidlig fase av brukernes behovsutvikling. Men fordi terskelen for å få tildelt hjemmetjenester er lav med den følge at ressursene fordeles på mange mottakere, kan det ressursmessig bli vanskelig å tildele mye hjelp selv til enkeltmottakere med omfattende bistandsbehov (lav intensitet og høy rate).

¹⁵ Jamfør at rate i ordets grunnbetydning betyr ”del av en enhet”, mens dekning betyr ”bidrag eller også differanse”. Eksempel: antall institusjonsplasser i forhold til befolkningen 80 år og over er dekningsgrad – enhetene i teller og nevner er ulike. Antall brukere av hjemmetjenester 67 år og over i prosent av befolkningen 67 år og over er (forbruks)rate – enheten i teller og nevner er identiske.

Figur 2.1 Teoretisk skisse av mulige sammenhenger mellom rate og intensitet



_____ mulig "sannsynlig" profil for samvariasjon mellom intensitet og rate.

----- mulig "unntaksprofil" for samvariasjon mellom intensitet og rate.

Særlig Brevik (2010b) har vist at hjemmetjenestene trolig er blitt stadig mer "medikalisert". Tildeling av praktisk bistand (hjemmehjelp) er redusert, mens tildeling av hjemmesykepleie har økt. Og i volum har hjemmesykepleie økt langt mer enn praktisk bistand er redusert.

Den kommunale variasjonen i innretning av omsorgstjenestene er stor, og den stiplede linjen i figur 2.1 antyder at det også kan finnes kommuner som ikke passer inn blant disse to mulige hovedstrategier. Vi kan tenke oss at vi både finner kommuner som tildeler et beskjedent hjelpelvolum til få personer, men også kommuner som tildeler hjemmetjenester med omfattende volum til en stor andel av en befolkningsgruppe.¹⁶

2.3.4 Operasjonalisering av hjemmetjenesterater for yngre: Sterk vekst i antall yngre brukere.

Når det gjelder institusjonsomsorgen kunne vi se bort fra yngres forbruk av institusjoner både fordi det er få yngre på institusjon og fordi det er en eksplisitt føring fra nasjonalt nivå at yngre bør tilbys omsorg i boliger og ikke i institusjoner.

Når det gjelder hjemmetjenestene, må analysene ta hensyn til alder av særlig to årsaker: for det første viser nasjonale tall at andelen eldre som mottar hjemmetjenester har gått noe ned de siste 20 årene, mens andelen yngre som tildeles hjemmetjenester har økt sterkt. Antall brukere av hjemmetjenester under 67 år er således mer enn tre-doblet de siste 20 årene – fra 20 000 yngre brukere i 1990 til vel 66.000 i dag (Brevik 2012 basert på tall fra 2010). Fra begynnelsen av 1990 og fram til

¹⁶ Kap 3 viser at det er et tydelig mønster mellom institusjonsorientering og forbruksrate/intensitet av hjemmetjenester. Det vi i figur 2-1 kaller en "mulig unntaksprofil" er også i stort monn til stede.

i dag har hele nettovæksten i antall brukere av hjemmetjenester kommet som yngre brukere. Antall eldre brukere har vært om lag det samme. I dag (2010) utgjør brukere under 67 år 38 prosent av alle som mottar hjemmetjenester. I 1990 var yngres andel 14 prosent.

For det andre tildeles yngre langt større hjelpevolum enn eldre. Antall årsverk i hjemmetjenestene har økt sterkt, mens antall årsverk i institusjonsomsorgen har hatt en mindre økning. Fra midten av 1990-tallet og fram til i dag har antall årsverk i de kommunale omsorgstjenestene økt med om lag 40 000, og vel $\frac{3}{4}$ av denne økningen kom i hjemmetjenestene. Om lag $\frac{2}{3}$ av veksten i hjemmetjenestene har gått til brukere under 67 år. Intensiteten i hjemmetjenestene har med andre ord økt både for eldre og yngre mottakere, men intensiteten har økt mye mer blant yngre. Aldersgruppen 0-66 år som altså utgjør 38 prosent av alle mottakere av hjemmetjenester, forbrukte 65 prosent av årsverkene i hjemmetjenestene (Brevik, 2012).

Både forbruksrater og intensitet blant yngre mottakere av hjemmetjenester er altså *svært* forskjellig fra eldre.

Til forskjell fra institusjonsomsorgen, er vår vurdering at hjemmetjenestenes forbruksrater bør operasjonaliseres separat for yngre og eldre mottakere. Begrunnelsen er kort og godt at hjemmetjenestene fungerer på prinsipielt ulike måter overfor eldre og yngre. Selv om både eldre og yngre kan bo på institusjon, og selv om både yngre og eldre kan bo i boliger med døgnkontinuerlig tilgang på personell, er hovedtendensen følgende: når hjelpebehovene øker sterkt blant hjemmeboende eldre, vurderes overflytting til institusjon. Når hjelpebehovene øker sterkt hos yngre, forblir yngre boende i bolig, samtidig som volumet (intensiteten) på hjemmetjenestene øker. Når 65 prosent av årsverkene i hjemmetjenestene brukes til de 38 prosent av hjemmetjenestemottakerne under 67 år, er det åpenbart at hjemmetjenestene overfor yngre legger sterke føringer for hvilken innretning og profil som er mulig for eldre – og omvendt. Hagen med flere (2011) mener å finne at kommuner som gir tjenester til relativt mange yngre, gir hjemmetjenester til relativt få eldre – det vil si at hjemmetjenester til yngre ”går på bekostning av” hjemmetjenester til eldre.¹⁷ Selv om vårt mandat hadde vært avgrenset til bare å analysere hjemmetjenestene til eldre (67 år og over), kan det antas at tjenestene til yngre legger så sterke føringer at også tjenestene til yngre måtte bli tatt med i analysene.

Forbruksraten av hjemmetjenester for yngre mottakere operasjonaliseres på følgende måte: Antall mottakere av hjemmetjenester 0 - 66 år etter KOSTRA-funksjon 254 i prosent av befolkningen 0 - 66 år.¹⁸

¹⁷ Vi finner ikke grunnlag for en påstand om at omfattende tjenester til yngre ”går på bekostning av” tjenester til eldre – se kap 4.

¹⁸ Ulike aldersgrupper blant yngre har ulik intensitet og rate. Blant yngre mottakere av hjemmetjenester har eksempelvis de under 30 år større intensitet i tildelte hjemmetjenester enn hjemmetjenestemottakere som er mellom 50-67 år. En nøyaktig operasjonalisering av rate og intensitet krever med andre ord egne operasjonaliseringer for mindre aldersgrupper. En slik findelt operasjonalisering er ikke formålstjenlig for vårt formål. For det første er ratene relativt små i alle aldersgrupper blant yngre hjemmetjenestemottakere. For det andre ville en slik operasjonalisering for ulike aldersgrupper gjøre bildet unødig uoversiktlig.

2.3.5 Operasjonalisering av hjemmetjenestenes rater for eldre.

Vårt mål er å komme fram til ett tallmessig uttrykk for en kommunes forbruk av hjemmetjenester blant eldre som gjør det meningsfullt å sammenligne forbruket mellom kommuner på en entydig måte. Det er imidlertid vanskelig å avgjøre hvilken aldersgruppe forbruksraten skal beregnes i forhold til, fordi det relative antallet i ulike aldersgrupper i kommunene varierer langs minst 3 ulike dimensjoner:

- antall personer i ulike aldersgrupper er forskjellig i ulike kommuner. Fordi den demografiske utviklingen kan være bestemt av særegne lokale forhold, kan eksempelvis yngre eldre (67-79 år) utgjøre både en stor og en liten andel av alle eldre
- ut fra de generelle sammenhengene mellom alder og behov, øker ratene med økende alder. På nasjonalt nivå tilhører om lag 30 prosent av hjemmetjenestemottakere aldersgruppen 67-79 år. Den relative størrelsen på denne aldersgruppen varierer imidlertid betydelig mellom enkeltkommuner.
- selv om hovedstrategien til en kommune er å utvikle en innretning av hjemmetjenester som er i samsvar med en pleie- eller forbyggende profil, kan innretningen likevel ha ulik vektlegging i ulike aldersgrupper.

For å få et grunnlag for å vurdere hva som er formålstjenlig operasjonalisering, har vi beregnet 3 ulike rater og 1 dekningsgrad for eldre ut fra følgende alternativer:

Alternativ 1: Rate: Antall mottakere av hjemmetjenester 67 år og over år i prosent av befolkningen 67 år og over.

Alternativ 2: Rate: Antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og over i prosent av befolkningen 80 år og over.

Alternativ 3: Rate: Antall mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 67-79 i prosent av aldersgruppen 67-79 år.

Alternativ 4: Dekningsgrad: Antall mottakere av hjemmetjenester 67 år og over i prosent av befolkningen 80 år og over.

Vedleggstabell V2 viser henholdsvis innbyrdes korrelasjon og spredning for disse 4 alternative operasjonaliseringene. Samsvaret målt gjennom innbyrdes korrelasjonskoeffisient-er er forbausende stabilt. Korrelasjonskoeffisientene ligger rundt 0,8 eller større, da med unntak av alternativ 3 hvor korrelasjonskoeffisientene med de andre alternativene også her er stor, men likevel litt mindre enn de innbyrdes koeffisientene for alternativene 1,2 og 4. Dette betyr at om vi velger å operasjonalisere forbruksratene av hjemmetjenester blant eldre etter alternativene 1,2 eller 4, så vil vi få om lag samme resultater. Også spredningen, målt som forholdet mellom gjennomsnittene i 1. og 10. desil er om lag den samme for de samme 3 alternativene. For alle 3 alternativene er gjennomsnittet i 10. desil om lag dobbelt så stort som gjennomsnittet i 1. desil.

Ut fra resultatene redegjort for i tabell V 2 har vi langt på vei likestilte valg mellom alternative 1,2 og 4. Fordi vi i flere sammenhenger bruker befolkningen 80 år og over

som beregningsgrunnlag, *velger vi også å operasjonalisere forbruksrater av hjemmetjenester blant eldre som antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og over i prosent av befolkningen 80 år og over.*

Samlet antall eldre under omsorgsregime. Samlet forbruksrate både av institusjoner og hjemmetjenester gir uttrykk for samlet andel av den eldre befolkningen som kommer inn under det offentlige omsorgsregimet. Dette samlemålet korrelerer selvsagt sterkt med rate institusjoner (,427) og rate hjemmetjenester (,662), sterkest korrelasjon med rate hjemmetjenester fordi det alltid er flere mottakere av hjemmetjenester enn antall som bor på institusjon.

2.3.6 Intensitet

Intensitet er samlet volum på timetildelte hjemmetjenester som tildeles enkeltbrukere. Ut fra tilgjengelig statistikk kan intensitet operasjonaliseres på mange måter:

- Tildelt timetall

IPLoS har opplysninger om planlagte timetildelte tjenester per uke på individnivå. Sum planlagte timetildelte tjenester per uke er en både valid og direkte måte å måle intensiteten på. Av alle andre mulige operasjonaliseringer, er dette alternativet langt å foretrekke. Av personvern hensyn er imidlertid individbaserte IPLoS-data ikke tilgjengelig for forskning (se 2. 1..2). Dette gjør at vi er henvist til å måtte operasjonalisere intensiteten gjennom *indirekte mål*. Vi kan velge mellom flere indirekte mål.

- Statlig toppfinansiering av særlig kostnadskrevende tjenester

Kommunene gis en statlig kompensasjon for særlig kostnadskrevende tjenester. Innslagspunktet var (i 2010) 865 000 kroner per bruker og år avgrenset til i lønnskostnader. Staten kompenserer overskytende lønnskostnader med 80 prosent.

Brukere som mottar tjenester tilsvarende minimum 865 000 kroner i lønnskostnader må kunne sies å ha intensive tjenester. Hvis vi (usikkert) anslår lønnskostnadene for ett årsverk i hjemmetjenestene til i gjennomsnitt å koste 600 000 kroner¹⁹, vil det si at innslagspunktet i tjenestevolum tilsvarer nærmere 1,5 årsverk (1,44 årsverk). Sagt med andre ord må kommunene først finansiere lønnskostnader for 1,5 årsverk per bruker og år før den statlige kompensasjonsordningen kompenserer 80 prosent av overskytende lønnskostnader. Hver bruker av hjemmetjenester som kommer inn under toppfinansieringsordningen mottar i gjennomsnitt tjenester som i volum foreløpig er beregnet til 3,9 årsverk i gjennomsnitt per bruker i 2010 (Brevik 2012).

I 2010 kom 5.728 brukere av hjemmetjenester inn under ordningen, og staten utbetalte om lag 4,35 milliarder. Samtlige brukere som kommer inn under toppfinansieringsordningen er under 67 år og utgjør litt i overkant av 3 prosent av samtlige mottakere av hjemmetjenester. Antall mottakere som kommer inn under toppfinansieringsordninga er et mulig mål på en kommunes intensitet blant yngre. Dessuten kan det antas at datakvaliteten på disse opplysningene er gode fordi

¹⁹ Ut fra opplysninger i KOSTRA om antall årsverk og brutto driftsutgifter i hjemmetjenestene er 600 000 kroner de stipulerte gjennomsnittlige brutto lønnskostnadene per årsverk i hjemmetjenestene (Brevik, 2012)

kommunene må sende inn revisorbekreftelse når det søkes om tilskudd etter denne ordningen.

- Mottakere med høyt timetall

Basert på IPLOS-data på individnivå, gir KOSTRA opplysninger om antall brukere som er tildelt "et høyt timetall" hjemmetjenester. Statistisk Sentralbyrå har her satt grensen ved 35 timer hjemmetjenester per uke. Antall personer som har 35 eller flere timetildelte hjemmetjenester er derfor et mulig mål på intensiteten i en kommunes hjemmetjenester.

Per 31.12.2010 var det 10.983 mottakere som var tildelt 35 eller flere timer hjemmetjenester per uke. Dette utgjør 6,1 prosent av alle mottakere av hjemmetjenester. Langt de fleste av disse er yngre.

- Mottakere med hjemmetjenester på sykehjemmets nivå.

Otnes (2010) ved SSB har ut fra individuelle IPLOS-data gjennom to alternative modeller beregnet at henholdsvis 29 eller 24 timer hjemmetjenester per uke tilsvarer det antall timer en beboer ved et norsk sykehjem i gjennomsnitt individuelt mottar i løpet av en uke. Hvis vi holder oss til modellen som beregner det høyeste timetallet (29 timer per uke), var det i 2009 11.595 mottakere som hadde hjemmetjenester på sykehjemmets nivå.

Antall mottakere av hjemmetjenester på sykehjemmets nivå er et mål på intensiteten til hjemmetjenestene i en kommune. Imidlertid er denne muligheten stengt for oss da individuelle IPLOS-data ikke er tilgjengelig for forskning..

- Mottakere med omfattende bistandsbehov

Basert på individuelle IPLOS-data er det i KOSTRA opplysninger om mottakernes bistandsbehov. Basert på registrering av 15 funksjonsvariabler, inndeler Statistisk Sentralbyrå mottakere av pleie og omsorgstjenester i 3 behovskategorier. Kategorien "omfattende bistandsbehov" er den kategorien hvor mottakerne har størst bistandsbehov.

I 2010 hadde om lag 24.000 mottakere av hjemmetjenester uansett alder omfattende bistandsbehov, noe som tilsvarer henimot 15 prosent av alle hjemmetjenestemottakere. Brevik (2012) har beregnet at av disse mottakere med omfattende bistandsbehov er halvparten eldre (67 år og over), den andre halvparten yngre (0-66 år). Antall mottakere med omfattende bistandsbehov er et mulig mål på intensiteten til hjemmetjenestene i en kommune.²⁰ Ikke alle personer med omfattende bistandsbehov er nødvendigvis tildelt mange timer hjemmetjenester. Tilsvarende kan

²⁰ Så langt gjelder IPLOS, ble disse registreringene obligatoriske i 2006. Fremdeles oppleves IPLOS til dels som ny og uvant i de kommunale omsorgstjenestene, og forståelsen av behov for og bruk av statistikken er variabel (Moland, 2011). Men kvaliteten på IPLOS-data forbedres årlig. Registreringene av bistandsbehov har særlige utfordringer. Eksempelvis er registreringene av funksjonsvariablene avhengig av omsorgsarbeideres skjønn, og Sørheim og Paulsen (2012) mener det er utviklet kommunevise vurderingsnormer. På den andre siden er IPLOS-data egnet til planlegging og forskning på aggregert nivå. Det er for eksempel en klar sammenheng mellom registrerte bistandsbehov og tildelte tjenester, der det samtidig understrekes at IPLOS-registreringer er alt for usikker til å kunne benyttes eksempelvis til saksbehandling på individnivå (Gabrielsen 2010). Brevik og Nygård (2011) gir en oppsummerende drøfting av styrker og svakheter ved IPLOS-statistikken.

det være personer i de to ”lettere” kategoriene bistandsbehov som likevel mottar hjemmetjenester i et stort timevolum. Til tross for slike unntak, er sammenhengen på aggregert nivå likevel entydig: de som har omfattende bistandsbehov, har et høyere timeforbruk av hjemmetjenester enn øvrige brukere. Vi kan illustrere sammenhengen ved å se på timeforbruket av hjemmetjenester blant *yngrer* (se tabell 2.1 under). Yngre mottakere av hjemmetjenester som bor i kommunale boliger og som samtidig har omfattende bistandsbehov var i 2010 tildelt hjemmetjenester tilsvarende 2,8 årsverk i gjennomsnitt (Brevik 2012). Dette er vel 4 ganger mer enn volumet til øvrige yngre hjemmetjenestemottakere i kommunale boliger. Yngre i ordinære private boliger med omfattende bistandsbehov var i 2010 tildelt hjemmetjenester tilsvarende 1,65 årsverk i gjennomsnitt. Dette er om lag 10 ganger mer enn øvrige yngre mottakere av hjemmetjenester i private boliger (Brevik 2012, tabell 3.6). På aggregert nivå kan altså antall personer med omfattende bistandsbehov være et aktuelt indirekte mål på hjemmetjenestenes intensitet

Yngre personer med omfattende bistandsbehov i kommunale boliger. Forbruket av hjemmetjenester er svært skjevfordelt i den forstand at det er en liten andel av yngre som forbruker en svært stor andel av hjemmetjenestens ressurser. Tabell 2.1 under illustrerer dette:

Tabell 2.1 *Mottakere av hjemmetjenester under 67 år og antall årsverk brukt overfor yngre i prosent av alle yngre brukere og alle årsverk fordelt på brukere med omfattende bistandsbehov og øvrige bistandsbehov og etter om en bor i kommunale eller private boliger. Gjennomsnittlig antall årsverk per bruker, fordelt på samme (Beregninger på grunnlag av Brevik 2012).*

| | Omfattende bistandsbehov | | | Øvrige bistandsbehov | | | Antall brukere | Antall årsverk |
|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------|--------------------|----------------|----------------|
| | Brukere Prosent | Årsverk Prosent | Årsverk per person | Brukere Prosent | Årsverk Prosent | Årsverk per person | | |
| Kommunale boliger | 47 | 79 | 2,80 | 53 | 21 | 0,67 | 14.400 | 24.046 |
| Private boliger | 9 | 50 | 1,65 | 91 | 50 | 0,16 | 50.425 | 15.036 |
| Alle boliger | 17 | 68 | 2,34 | 83 | 32 | 0,24 | 64.825 | 39.082 |

I 2010 hadde 17 prosent av de omlag 65.000 mottakere av hjemmetjenester under 67 år omfattende bistandsbehov og forbrukte 68 prosent av årsverkene i hjemmetjenestene som gikk til yngre brukere. I gjennomsnitt har hver av disse mottakerne hjemmetjenester tilsvarende 2,34 årsverk. De øvrige 83 prosent yngre med hjemmetjenester forbrukte 32 prosent av årsverkene. I gjennomsnitt mottar yngre mottakere med ”øvrige bistandsbehov” tjenester tilsvarende 0,24 årsverk per år og bruker.

Samtidig ser vi at mottakere av hjemmetjenester som bor i kommunale boliger uansett bistandsbehov, har større volum på tjenestene enn de som bor i private boliger. Yngre med omfattende bistandsbehov i private boliger mottar i gjennomsnitt tjenester tilsvarende 1,65 årsverk, mens yngre med tilsvarende bistandsbehov i kommunale boliger mottar 2,8 årsverk. Også blant mottakere med ”øvrige hjelpebehov” er det en markant forskjell i tjenestevolum mellom de som bor i private og kommunale boliger. Mottakere med ”øvrige bistandsbehov” i kommunale boliger

mottar i gjennomsnitt tjenester tilsvarende 0,67 årsverk, mottakere i private boliger tildeles 0,16 årsverk.

Tabell 2.1 viser at å bli tildelt kommunal bolig (som benyttes til pleie og omsorgsformål) som ung er en kraftfull indikasjon på at vedkommende trenger mer hjemmetjenester enn øvrige mottakere. Blant yngre mottakere av hjemmetjenester kan antallet som bor i kommunal bolig til pleie og omsorgsformål være et mulig mål på hjemmetjenestenes intensitet for yngre.

Ulike mål for intensitet sammenstilt.

Analyse av antall planlagte timer tildelt mottakere av hjemmetjenester er den åpenbart mest valide operasjonaliseringen av intensiteten i kommunale hjemmetjenester. I og med at denne muligheten er stengt²¹, må vi benytte indirekte mål. Mulighetene for indirekte mål på intensiteten er følgende:

Tabell 2.2 *Mulige indirekte mål for intensiteten i kommunale hjemmetjenester*

| Type mål | Antall hjemmetjenestemottakere på nasjonalt nivå som omfattes av målet |
|--|--|
| Statlig toppfinansiering av særlig ressurskrevende tjenester | 5.728 |
| Hjemmetjenestemottakere med særlig høyt timetall (35 timer timetildelte tjenester per uke) | 10.982 |
| Hjemmetjenestemottakere med ”omfattende bistandsbehov” (SSBs definisjon basert på IPILOS) | 23.994 Derav 67 år og over: 12.025 |
| Hjemmetjenestemottakere på sykehjemmets nivå, modell med høyeste timetall per uke. (Otnes, 2010) ²¹ | 11.595 |
| Antall yngre mottakere av hjemmetjenester med omfattende bistandsbehov (18-66 år) | ca 11.300 |
| Antall yngre mottakere av hjemmetjenester med omfattende bistandsbehov og som bor i kommunal bolig (18-66 år). | ca 6,750 |
| Antall yngre mottakere av hjemmetjenester som bor i kommunal bolig (18-66 år) | ca 14.400 |

Dette alternativet er uaktuelt fordi det krever analyse av IPILOS-data på individnivå.

Når vi skal velge mellom de ulike indirekte målene, er det av rent metodiske hensyn ønskelig at målet inkluderer et betydelig antall individer. I den grad vi definerer inklusjonskriteriene for et mål slik at bare et fåtall individer blir inkludert, i samme grad øker sannsynligheten for at resultatene på kommunenivå ikke er tilgjengelig.

Ut fra det faktum at få individer inkluderes i målet, anses ”særlig ressurskrevende tjenester” som uaktuelt.

Fordi omsorgstjenestene til yngre og eldre i stor grad tildeles ut fra ulike prinsipper, er det også ønskelig at et mål for intensitet kan skille mellom yngre og eldre

²¹ Analyser av individuelle IPILOS data kan utføres av SSB, på oppdrag av eksterne forskere. Av ulike årsaker har vi ikke kunnet benytte denne muligheten.

mottakere. Mottakere som kommer inn under toppfinansieringsordningen for særlig ressurskrevende tjenester er alle yngre. Også de som mottar ”særlig høyt timetall” er i hovedsak yngre. Av de ca 24.000 mottakere av hjemmetjenester med omfattende bistandsbehov er omlag halvparten eldre (67 år og over).

For å kunne måle intensiteten i hjemmetjenestene overfor eldre, er mottakere av hjemmetjenester med omfattende bistandsbehov det eneste indirekte målet som er tilgjengelig. Alle øvrige aktuelle mål inkluderer bare eller nesten bare yngre.²² Også eldre kan bo i kommunale boliger ”til pleie og omsorgsformål”. Sammenhengen mellom kommunal bolig og omfattende bistandsbehov er langt fra så sterk for eldre som for yngre. Å benytte antall eldre som bor i kommunal bolig er lite ønskelig fordi antallet blir så lite at antall personer i mange kommuner blir 4 eller færre.²³

2.3.7 Valg av mål for hjemmetjenestenes intensitet til yngre

Yngre mottakere av hjemmetjenester med omfattende bistandsbehov teller 11.300 individer. De fleste av disse (60 prosent) bor i kommunale boliger. De fleste som kommer inn under den statlige toppfinansieringsordningen kan antas å bo i kommunale boliger, og utgjør høyst sannsynlig om lag halvparten av de 11.300 yngre som bor i kommunal bolig og som samtidig har omfattende bistandsbehov. Tabell 2.1 viser at uansett kategori eller størrelse på bistandsbehov, er tendensen at yngre i kommunale boliger tildeles et høyere timetall enn andre yngre mottakere. *Å være ung og samtidig bli tildelt bolig som kommunen disponerer til pleie og omsorgsformål er i seg selv en indikasjon på at hjemmetjenestene har avgjørende betydning for vedkommende beboers hverdag.*

Ut fra dette er antall yngre som bor i kommunal bolig (som kommunen disponerer til pleie og omsorgsformål) et aktuelt mål på hjemmetjenestenes intensitet overfor yngre. Antallet blir i så fall 14.400 (0-66 år). Selv om vi med et slikt inklusjonskriterium også vil få med et mindre antall som mottar få timer hjemmetjenester, kan det å bli tildelt slik kommunal bolig som ung anses som et tegn på en livssituasjon hvor kommunale omsorgstjenester har avgjørende betydning og trolig er ”tungt” inne gjennom oppfølging, rådgivning eller tilsyn i tillegg til direkte bistand og pleie.

²² Når mottakere med omfattende bistandsbehov er det empiriske målet, kan også institusjonsbeboere inkluderes. De fleste som bor på institusjon har omfattende bistandsbehov (74 prosent av de om lag 41.000 institusjonsplassene hadde i 2010 beboere med omfattende bistandsbehov). Når vi ikke inkluderer institusjonsbeboere med omfattende bistandsbehov, har dette 2 typer begrunnelser. For det første ønsker vi å holde fast på prinsippet om at institusjonsomsorgen og hjemmebasert omsorg utelukkende skal beskrives gjennom karakteristika ved henholdsvis institusjoner og hjemmetjenester (se kap 2.2). For det andre er trolig en stor, men ukjent andel institusjonsbeboere med mindre omfattende bistandsbehov personer med omfattende bistandsbehov etter *delmålet* kognitiv svikt, men uten særlige funksjonssvikt på øvrige funksjonsvariabler (Selbæk og Høgset, 2010).

²³ Vi har kjørt en ekstra test for variabelen ”eldre med omfattende bistandsbehov som bor i kommunale boliger”. Kommuner som har relativt mange eldre mottakere av hjemmetjenester med omfattende bistandsbehov er samtidig kommuner med relativt mange kommunale boliger med heldøgns omsorg. Samtidig er tendensen at disse kommunene har liten forbruksrate av institusjoner samtidig som de gir hjemmetjenester til relativt mange. Våre to variabler for hjemmetjenestenes innretning for eldre synes ut fra dette å fange opp innslaget av kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg. Også denne antakelsen ligger til grunn for at vi ikke operasjonaliserer hjemmetjenestenes innretning for eldre gjennom et mål på antall eldre som bor i boliger med heldøgns omsorg.

På landsbasis er det vel 4.500 mottakere 18-66 år av hjemmetjenester som har omfattende bistandsbehov og som bor i private boliger. Dette antallet er så lite at antall personer vil være utilgjengelig på kommunenivå selv i de store kommunene.

Hvis vi benytter antall yngre som bor i kommunal bolig som mål på hjemmetjenestens intensitet for yngre, har vi data fra 257 kommuner. Hvis vi benytter hjemmeboende yngre med omfattende bistandsbehov som mål, har vi data fra 176 kommuner.

Ut fra disse avveiningene er det mulig å operasjonalisere intensiteten i de kommunale hjemmetjenestene for yngre på følgende to måter:

Alternativ 1. Antall yngre som bor i kommunal bolig som kommunen disponerer til pleie og omsorgsformål. Svakebeten ved dette målet er at vi også inkluderer en del yngre personer som ikke har omfattende bistandsbehov og som følgelig tildeles et mindre volum hjemmetjenester.

Alternativ 2. Yngre mottakere av hjemmetjenester med omfattende bistandsbehov uavhengig av om de bor i kommunal eller i privat bolig.

Tabell 4.1 viser bivariante korrelasjoner mellom hovedvariablene. Korrelasjonskoeffisienten mellom de to alternative målene for intensitet i hjemmetjenestene til yngre er 473. Selv om sammenhengen er signifikant på 0,00 nivået, vil vi likevel få forskjellige resultater avhengig av hvilket alternativ vi benytter. Fordi opplysning om antall yngre som bor i kommunale boliger er tilgjengelig fra 257 kommuner, kan dette alternativet være å foretrekke framfor opplysninger om antall hjemmeboende med omfattende bistandsbehov som er tilgjengelig fra 176 kommuner. Imidlertid vil vi delvis gi opplysninger om intensiteten etter begge alternativene. I de fleste sammenhenger benytter vi likevel antall hjemmeboende yngre 0-66 år med omfattende bistandsbehov i prosent av befolkningen 0-66 år som vårt indirekte mål på intensiteten i hjemmetjenestene for yngre med den begrunnelse at dette alternativet er den prinsipielt samme beregningsmåte som også benyttes for eldre (se nedenfor).

Vi trenger en operasjonalisering som gjør det meningsfylt å sammenligne kommunenes intensitet. Antall hjemmetjenestemottakere med "høy intensitet" i en kommune må med andre ord transformeres til en tallstørrelse som gjør det meningsfylt å sammenligne kommuner.

Referansestørrelsen bør være befolkningen. Intensiteten i hjemmetjenesten for yngre beregnes som antall yngre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov per 100 i befolkningen 0-66 år. Intensiteten i hjemmetjenestene for eldre operasjonaliseres som antall hjemmetjenestemottakere 67 år og over med omfattende bistandsbehov per 100 i befolkningen 67 år og over.²⁴

²⁴ Når intensiteten skal beregnes per 100, står vi på nytt overfor spørsmålet som hvilken befolkningsgruppe vi bør velge som referansegruppe når forbruksrater av hjemmetjenester blant eldre skal beregnes – se punkt 2.3.4 ovenfor. For *hjemmetjenestenes forbruksrater* konkluderte vi med at antall mottakere 80 år og over i forhold til befolkningsgruppen 80 år og over er et egnet mål. Når det gjelder *intensiteten*, tar vi også med antallet tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov i aldersgruppen 67-79 år. Begrunnelsen er at vi bør velge en operasjonalisering som ikke reduserer antall individer – jmfør tabell 2.2 som viser antall eldre mottakere med omfattende bistandsbehov.

3 Beskrivelse av den kommunale variasjonen i innretning av pleie og omsorgstjenester

3.1 Gruppering av kommuner

3.1.1 Begrunnelse for her å sløyfe kommuner med under 2000 innbyggere

Vi viser til 2.1.2 som forklarer hvorfor IPLOS-data i KOSTRA i noen tilfeller er "prikket". Det er særlig små kommuner som mangler opplysninger. Vi har derfor ikke grunnlag for å inkludere de minste kommunene i våre analyser.²⁵

I 2010 var det 30 kommuner med under 1000 innbyggere. I disse kommunene bodde knappe 23.000 innbyggere eller 0,46 prosent av befolkningen. I tillegg er det 66 kommuner med til sammen vel 95.000 innbyggere som har mellom 1000 og 2000 innbyggere. Hvis vi setter inklusjonsgrensen ved 2000 eller flere innbyggere for å redusere problemet med prikker, utelates 96 kommuner med til sammen 2,4 prosent av befolkningen.

Målt i forhold til landets folkemengde inntar disse kommunene en beskjeden rolle. De utgjør imidlertid en betydelig andel av antall kommuner i Norge.

Når vi holder småkommunene utenfor analysene, betyr det at det som oftest er kommuner med en betydelig andel av de eldste eldre på institusjon som velges bort. Det faktum at kommuner med få innbyggere som regel er blant kommuner med flest eldre i institusjon, er ett av de tydelige mønstre i det kommunale mangfoldet. Hvis vi setter en grense ved 2000 innbyggere og deler kommunene inn i to hovedgrupper – kommuner med færre enn og mer enn 2000 innbyggere - viser vedleggstabell 1 følgende tydelige hovedmønster: kommuner med færre enn 2000 innbygger har en langt større prosentandel av den eldre befolkningen boende på institusjon sammenlignet med kommuner med mer enn 2000 innbyggere. 40 prosent av kommunene med 2000 eller færre innbyggere har mer enn hver fjerde eldre 80 år og over i institusjon, 20 prosent av småkommunene har litt mer enn hver tredje i denne aldersgruppen boende i institusjon. Å ha vel 1/3 av den eldre befolkningen i sykehjem er ekstremt. Den femdel av kommuner med innbyggere under 2000 som i

²⁵ I alle kommuner bor det mer enn 4 eldre personer på institusjon. Hovedvariabelen antall 80 år og over som bor på institusjon er derfor tilgjengelig for alle kommuner. Når det gjelder opplysninger om antall hjemmeboende med omfattende bistandsbehov har vi opplysninger bare fra 176 (større) kommuner.

størst grad har eldre boende i institusjon har i gjennomsnitt nesten 140 prosent høyere andel på institusjon enn rikets gjennomsnitt. (I Norge bodde i gjennomsnitt 14.4 prosent av befolkningen 80 år og over i institusjon i 2010. Den femdelen kommuner med færre enn 2000 innbyggere med flest 80 år og over i institusjon, har i gjennomsnitt 34,2 prosent av samme befolkningsgruppe i institusjon.)

Som vi skal vise i det følgende, er hovedbildet i det kommunale mangfoldet at selv om det på nasjonalt nivå er mulig å finne enkelte hovedmønster, vil vi alltid kunne identifisere undergrupper av kommuner som gjør det stikk motsatte av et mulig nasjonalt mønster. Når det gjelder andel av befolkningen som bor i institusjon, viser tabell V1 at det er mulig å identifisere kommuner med få innbyggere som også har en liten andel av den eldre befolkningen som bor på institusjon.

I tabell V1 sammenligner vi de to kommunegruppene også for hovedvariabelen 'prosentandelen av den eldre befolkningen som mottar hjemmetjenester'. For denne variabelen er spredningsmønsteret så godt som identisk for de to kommunegruppene. Det er altså særlig når det gjelder bruk av institusjoner at kommuner med få innbyggere skiller seg særlig merkbart ut.

Det faktum at kommuner med få innbyggere har en stor andel av sine eldre innbyggere i institusjon, tror vi er *en effekt av få innbyggere og i liten grad en effekt av ideologi eller faglig begrunnede strategier*. Antakelsen bygger på følgende resonnering:

I kommuner med få innbyggere kan selv et lite antall personer i absolutte tall gi store utslag i bruksrater. Når en kommune skal etablere en institusjon, må institusjonen ha et minimum med plasser, jamfør driftskravene som stilles til tjenester i et sykehjem. Et sykehjem med 2-3 plasser er langt på vei driftsmessig meningsløst. Antall personer 80 år og over i en kommune med 1000 innbyggere vil som regel utgjøre et sted rundt 45-50 personer. (På landsbasis utgjør antall 80 år og over 4,4 prosent av befolkningen, samtidig som småkommunene som regel har prosentvis flere eldre enn større kommuner). Selv et mindre sykehjem på 15 plasser vil i en slik kommune gi en høy teoretisk dekningsgrad. (Jamfør at en institusjon på 15 plasser i en kommune med 50 personer 80 år og over vil gi en teoretisk dekningsgrad på 30 plasser per 100 innbygger 80 år og over). Når en institusjon først er bygd, er det mange forhold som tilsier at plassene også blir tatt i bruk. En viktig årsak til at bruken av institusjoner er større i svært små enn i større kommuner, er altså at små kommuner ut fra driftshensyn må bygge et sykehjem som har et visst antall plasser. Kommunen ender derfor lett opp med høy teoretisk dekningsgrad selv om sykehjemmet som bygges er så lite at det er nær minimumsgrensen for et hensiktsmessig driftsopplegg.

3.1.2 Begrunnelse for å benytte kvintiler og desiler ved gruppering av kommuner

Statistisk kan det kommunale mangfoldet beskrives gjennom ulike tilnærminger. Vi vil i stor grad analysere og beskrive dette mangfoldet gjennom andeler målt ved bruk av kvintiler og desiler.

Ved bruk av kvintiler deles kommunene inn i 5 like store grupper, ved desiler i 10 like store grupper. I stor grad bruker vi gjennomsnittsverdiene for hver enkelt kvintil eller desil for å beskrive spredningen.

Det er særlig to forhold som gjør at vi har valgt denne tilnærmingen. For det første er vår oppgave å beskrive det kommunale mangfoldet for å undersøke om det er mulig å identifisere typiske innretninger. Ved å plassere en kommune i en kvintil (eller desil) *beskriver vi samtidig vedkommende kommunes profil eller innretning slik tjenesten faktisk er utbygd og sett i relasjon til øvrige norske kommuner*. Ved å plassere en enkeltkommune eller en undergruppe av kommuner i kvintiler, beskrives hvilken profil eller innretning kommunen har på tjenestene sine ut fra øvrige norske kommuners innretning, samtidig som vi også kan *tallfeste* verdiene for ulike profiler.

For det andre er det norske kommuners egen praksis som bestemmer hvordan vi beskriver profil og innretning for enkeltkommuner eller undergrupper av kommuner. Når en kommune tilhører en kvintil, vet vi at denne kommunen tilhører den undergruppe på 20 prosent av kommunene som innretter omsorgstjenestene på denne bestemte måten. Det er ikke vi, eller andre som normativt ut fra egne verdier eller synspunkter definerer profil eller grensene for at en kommune kan sies å ha en bestemt profil. Når typologier skal identifiseres, har vi dessuten behov for å relativisere kommunenes profil, ved å beskrive innretningen gjennom begreper som ”mange, mye, mest” eller ”få, lite eller minst”. Når denne type begreper blir benyttet, får begrepene et presist innhold ved at de direkte refererer til en bestemt kvintil (eller desil).

3.2 Pleie og omsorgstjenestens kommunale mangfold beskrevet gjennom 9 variabler

I tabell 3.1 nedenfor viser vi gjennomsnittsverdiene for 1, 3 og 5 kvintil samt gjennomsnittsverdiene for 1 og 10 desil. I vedleggstabellene V 3 og V 4 gjengis gjennomsnittsverdiene for alle kvintiler og desiler.

Tabell 3.1 *Kommunal variasjon i innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Kvintiler og desilers gjennom- snitt-skåre. Alle skårene for eldre og for forbruksrate av hjemmetjenester for yngre er oppgitt som andel pr 100 innbygger i prosent. Opplysninger om yngre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og yngre som bor i kommunal bolig er oppgitt som andel per 1000 innbyggere.*

| Gruppering av kommunene | Eldre brukere | | | | | Brukere 0-66 år | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Rate inst- tjusing80+ | Rate hjemme- tjusing80+ | Rate inst+hj- tjusing67+ | Rate inst+hj- tjusing80+ | Tilgjengelighet kort pl. 80+ | Samlet til- gjenglig- het 80 år+ | Omfatt. bbehov 67+ | Rate h-tjen. 0-66 år | Rate komm bolig 0-66 |
| <i>Antall kommuner</i> | 333 | 333 | 333 | 333 | 333 | 176 | 333 | 257 | 176 |
| - 1. kvintil | 8,4 | 28,0 | 18,5 | 10,1 | 16,4 | 1,1 | 1,2 | 0,27 | 0,23 |
| - 3. kvintil | 14,3 | 35,9 | 24,5 | 28,7 | 36,4 | 2,2 | 2,0 | 0,49 | 0,39 |
| - 5. kvintil | 20,6 | 45,7 | 31,1 | 64,4 | 84,2 | 4,7 | 3,6 | 0,95 | 0,67 |
| Gjennomsnit | 14,4 | 36,3 | 24,6 | 32,7 | 42,3 | 2,5 | 2,2 | 0,53 | 0,42 |
| - 1. desil | 6,7 | 26,2 | 17,1 | 6,2 | 12,0 | 0,84 | 1,0 | 0,24 | 0,20 |
| - 10. desil | 22,4 | 47,7 | 32,6 | 76,1 | ? | 5,63 | 4,3 | 1,11 | 0,80 |
| Forhold 1.:5. kvint | 1:2,5 | 1:1,6 | 1:1,7 | 1:6,4 | 1:5,1 | 1:6,5 | 1:3 | 1:3,5 | 1:2,9 |
| Forhold 1.: 10. d. | 1:3,3 | 1:1,8 | 1:1,9 | 1:12,3 | - | 1:6,7 | 1:4,3 | 1:4,6 | 1:4 |

Kilde SSB, 2010 KOSTRA

Tabell 3.1 er altså basert på opplysninger fra 333 kommuner med 2000 eller flere innbyggere. Unntaket er variablene som omhandler hjemmetjenestenes intensitet for eldre og yngre. Slik vi har operasjonalisert disse variablene, basert på antall hjemmeboende med omfattende bistandsbehov, har flertallet kommuner prikker og ikke reelle tall i statistikken. For disse to variablene har vi opplysninger bare fra 176 kommuner. For målet *intensitet* - yngre personer som bor i kommunal bolig - har vi opplysninger fra 257 kommuner.

Når vi summerer forbruksrate av institusjoner og forbruksrate hjemmetjenester, beregner vi den samlede prosentandelen som kommuner under et offentlig omsorgsregime som prosent av befolkningen 67 år og over. Når forbruksratene for institusjon og hjemmetjenester beregnes separat beregnes den prosentvise forbruksraten ut fra befolkningen 80 år og over.

3.2.1 Institusjonsorientering

Institusjonsorienterte kommuner er målt ved antall 80 år og over som bor på institusjon i prosent av befolkningen 80 år og over. Med andre ord måles institusjonsorienteringen gjennom *forbruksrate* av institusjoner i befolkningen 80 år og over.

I de 20 prosent av kommunene som er minst institusjonsorientert, bor i gjennomsnitt 8,4 prosent av den eldre befolkning 80 år og over i institusjon. I de 20 prosent av kommunene som er mest institusjonsorientert, bor i gjennomsnitt 20,6 prosent av den eldre befolkningen i institusjon. For de 333 kommunene samlet, bor i gjennomsnitt 14,4 prosent av den samme befolkningen i institusjon.²⁶

Den femdelen kommuner som er mest institusjonsorientert, har i gjennomsnitt 2,5 ganger større andel av sin eldre befolkning boende i institusjon sammenlignet med den femdelen kommuner som er minst institusjonsorientert. Spredningen er så stor at det aritmetiske gjennomsnittet for de 333 kommunene gir et misvisende bilde på norske kommuners institusjonsorientering.

Hvis vi eksempelvis tar utgangspunkt i en kommune med 250 eldre 80 år og over som hadde lagt til rette for institusjonsomsorg i samme omfang som den femdelen kommuner som er mest institusjonsorientert, ville 52 av disse 250 personene være i institusjon. Hvis kommunen hadde lagt til rette for institusjonsomsorg som den femdel kommuner som er minst institusjonsorientert, ville 21 av disse 250 personene bo i institusjon.

Spredningen blir naturlig nok større når vi deler kommunene opp i desiler. Den tidel kommuner som er minst institusjonsorientert, har i gjennomsnitt 6,7 prosent av befolkningen 80 år og over boende på institusjon. I den tidel kommuner som i størst grad er institusjonsorientert har 22,7 prosent av den eldste befolkning boende i institusjon. Forholdstallet mellom første og tiende desil er 1:3,3. I den tidel kommuner som er mest institusjonsorientert, bor 1 av 15 av befolkningen 80 år og over i institusjon. Tilsvarende for den tidel kommuner som har flest boende på institusjon, bor mer enn 1 av 5 av den eldste befolkningen i institusjon.

3.2.2 Tilgjengelighet til korttidsplasser

Tilgjengelighet til korttidsplasser er det antall korttidsplasser som i løpet av ett år blir ledig per 100 innbygger 80 år og over. Tilgjengelighet på korttidsplasser kan også ses på som operasjonalisering av samarbeidet mellom institusjonsomsorg og øvrig primærkommunal helsetjeneste.

I den femdel kommuner hvor eldre har minst tilgang på korttidsplasser, blir i gjennomsnitt 10,1 korttidsplasser ledig per 100 eldre 80 år og over per år. I den femdelen kommuner som har størst tilgang på korttidsplasser, blir en korttidsplass ledig 64,4 ganger per 100 innbygger 80 år og over.

Om vi fremdeles tar utgangspunkt i en kommune med 250 innbyggere 80 år og over, vil den femdel kommuner som tilhører 1. kvintil i gjennomsnitt kunne ha korttidstilbud til 25 personer 80 år og over per år. Hvis vår tenkte kommune tilhører den femdel kommuner som har størst tilgjengelighet vil 161 personer 80 år og over kunne ha tilbud om korttidsopphold per år. Forholdet mellom 1. og 5. kvintil tilsier at i de 20 prosent av kommunene som har størst tilgjengelighet på korttidsplasser blir korttidsplass ledig om lag 6,4 ganger oftere enn i kommuner som tilhører 1. kvintil.

²⁶ Riket hadde 220.022 eldre på 80 år og over ved utgangen av 2010. 31.501 av disse bodde på institusjon. Dette tilsvarer 14,3 prosent, altså samme gjennomsnittlige prosentandel som vårt utvalg på 333 kommuner med mer 2000 eller flere innbyggere.

Deler vi kommunene inn i 10 like store grupper, er forskjellen i tilgjengelighet mellom 1 og 10 desil som 1:12,3. I kommuner som tilhører 1. desil, blir korttidsplass ledig 6,2 ganger per 100 innbygger 80 år og over. I kommuner som tilhører 10. desil, blir korttidsplass ledig 76 ganger per 100 innbygger 80 år og over per år.

Vi beregner tilgjengeligheten i forhold til den eldre befolkningen 80 år og over. Kommuner som har svært stor tilgjengelighet slik vi har beregnet tilgjengeligheten, kan ha gjennomført (deler av) samhandlingsreformen på "forskudd" ved også å behandle yngre personer. Årsaken til den svært store tilgjengeligheten i enkelte kommuner kan med andre ord være at disse kommunene ligger i "forkant" ved implementering av samhandlingsreformen.

3.2.3 Samlet tilgjengelighet

Samlet tilgjengelighet er antall institusjonsplasser - både korttids- og langtidsplasser - som i løpet av ett år blir ledig per 100 innbygger 80 år og over. I den femdelen av kommunene som har minst tilgjengelighet, blir 16 plasser ledig per 100 innbygger 80 år og over i løpet av ett år. I den femdelen kommuner som har størst tilgjengelighet, blir 84 institusjonsplasser ledig. I gjennomsnitt er tilgjengeligheten i de 20 prosent av kommunene som har størst tilgjengelighet vel 5 ganger større enn i de 20 prosent av kommunene som har minst tilgjengelighet på institusjonsplasser.

Vi tar fremdeles utgangspunkt i en tenkt kommune som har 250 personer 80 år og eldre. Hvis antall utskrivninger hadde vært tilsvarende den femdelen kommuner som har størst tilgjengelighet, ville institusjonsplass i denne kommunen ha blitt ledig 210 ganger i løpet av ett år (beregnet i forhold til befolkningen 80 år og over). Hvis antall utskrivninger hadde vært tilsvarende den femdelen kommuner som i gjennomsnitt har lavest tilgjengelighet, ville denne kommunen ha ledig institusjonsplass 41 ganger i løpet av ett år.

Antall utskrivninger kan også analyseres gjennom *sirkulasjonsfaktoren*. Sirkulasjonsfaktor er antall utskrivninger per år dividert på antall plasser.²⁷ Landsgjennomsnittets antall institusjonsplasser tilsvarer ca 18 prosent av befolkningen 80 år og over (teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser). Hvis vår tenkte kommune hadde institusjonsplasser på et nivå med landsgjennomsnittet, ville denne kommunen ha 45 institusjonsplasser (2,5 X 18). Landsgjennomsnittets antall plasser i en kommune med 250 eldre tilsvarer altså 45 institusjonsplasser. I den femdelen kommuner som har minst tilgjengelighet, er tilgjengeligheten 16,4 per 100 innbygger 80 år og over. Hvis vår tenkte kommune med 45 plasser hadde samme lave tilgjengelighet, ville det bli 41 plasser ledig per 100 innbygger 80 år og over per år ($16,4 \times 2,5 = 41$). 41 utskrivninger per år på 45 plasser tilsvarer en sirkulasjonsfaktor på 0,9 ($41 / 45 = 0,9$). Hvis vår tenkte kommune derimot hadde tilhørt den femdelen kommuner med størst tilgjengelighet, ville sirkulasjonsfaktoren ha vært 4,7 ($84,2 \times 2,5 / 45 = 4,677$). Det betyr at hver institusjonsplass blir ledig 4,7 ganger per år. Hvis en kommune med 250 eldre, 45 institusjonsplasser og en sirkulasjonsfaktor på 0,9 skulle ha samme tilgjengelighet som den femdelen som har størst tilgjengelighet, måtte antall

²⁷ Sirkulasjonsfaktoren er en ren mengdebeskrivelse per plass. Det gir derfor liten mening bare å sammenligne sirkulasjonsfaktoren mellom kommuner.

institusjonsplasser i denne kommunen ha økt fra 45 til nesten 190 plasser ((84,2 X 2,5) X 0.9)

3.2.4 Institusjonsomsorgens innretning – en foreløpig drøfting.

I den offentlige opinion – både blant politikere og interesseorganisasjoner - blir det hevdet at omsorgstjenestene i Norge i hovedsak mangler sykehjemsplasser. Institusjonsomsorgens svært forskjellige innretning i ulike kommuner viser imidlertid at en påstand om mangel på sykehjemsplasser, kan karakteriseres som en tilslørende forenkling. Er det den femdelen kommuner hvor gjennomsnittlig 20,6 prosent av befolkningen 80 år og over bor på institusjon som mangler sykehjemsplasser, eller er det den femdelen kommuner hvor 8,4 prosent av tilsvarende befolkningsgruppe bor i institusjon?

I noen kommuner er samarbeidet mellom institusjon og hjemmetjenester nesten fraværende målt gjennom tilgjengeligheten på korttidsplasser. I andre kommuner er samarbeidet mellom institusjon og hjemmetjenester omfattende. I noen kommuner blir sykehjemsplass ledig ganske sjelden – eksempelvis 10 - 12 ganger i løpet av ett år per 100 innbyggere 80 år og over. I andre kommuner står institusjonsplass ledig vel 80 ganger per 100 innbyggere 80 år og over. Dette viser at mangel på sykehjemsplasser, like gjerne kan tolkes som manglende samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester.

I en femdel av kommunene er sirkulasjonsfaktoren under 1, noe som betyr at det i gjennomsnitt går mer enn 1 år mellom hver gang plass blir ledig. Hvis vår tenkte ”gjennomsnittskommune” med 250 eldre 80 år og over og 45 sykehjemsplasser tilhørte den femdelen kommuner med en sirkulasjonsfaktor på 0,9, ville denne kommunen måtte øke antall institusjonsplasser fra 45 til nesten 190 sykehjemsplasser for å oppnå samme tilgjengelighet som den femdelen kommuner som har størst tilgjengelighet. En slik formidabel økning av antall institusjonsplasser for å oppnå likeverdig tilgjengelighet er selvsagt bare teori, hinsides enhver praktisk eller økonomisk mulighet. Et mulig alternativ som samtidig er en realistisk strategi, er å øke tilgjengeligheten gjennom økt samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester slik at hyppigere utskrivninger blir faglig forsvarlig.

Det var i forbindelse med statens handlingsplan for omsorgstjenestene på 90-tallet, at behovet for aktivt bruk av korttidsplasser særlig ble understreket, jf. Stortingsmelding 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Behovet for ytterligere tilgang på korttidsplasser er senere understreket gjennom behov for palliativ behandling og såkalte intermediære avdelinger, det vil si avdelinger med forsterket tilgang på personell med fag-kompetanse. Kommuner med liten tilgjengelighet på korttidsplasser gir i dag et ”stivnet” og ”gammelmodig” inntrykk av å ha en institusjonsomsorg innrettet som boliger og kun med sporadisk og lite utviklet samarbeid mellom institusjon og øvrige helsetjenester i kommunen. Omlag 15 år etter Statens handlingsplan, har fremdeles et betydelig antall kommuner liten tilgjengelighet på korttidsopphold, jamfør at tilgjengeligheten på korttidsplasser er vel 6 ganger større i 5. kvintil sammenlignet med kommuner i 1. kvintil.

I en femdel av kommunene med 2000 eller flere innbyggere bor i gjennomsnitt 1 av 5 av befolkningen 80 år og over i institusjon. I den motsatte femdelen, bor i

gjennomsnitt mindre enn 1 av 10 i institusjon. I den femdelen av de 96 kommunene med 2000 eller færre innbyggere som i størst grad har eldre boende i institusjon, bor litt mer enn 1 av 3 av den eldre befolkningen i institusjon. Ut fra denne statistiske informasjonen kan vi konkludere at institusjonene har svært forskjellige funksjoner i ulike kommunegrupper. Fordi de objektive behovene for omsorgstjenestene i hovedsak er en funksjon av alder, kan vi ut fra statistikken konkludere at i en stor gruppe av kommuner brukes sykehjemmene som *medisinske* institusjoner – det gis medisinsk pleie, oppfølging og også behandling for syke mennesker med store funksjonstap. Ut fra statistikken kan vi også konkludere med at i en gruppe av kommuner brukes sykehjemmene i stor grad som *bolig- og sørvistilbud* – sykehjemmenes tilsatte utfører i stor grad dagliglivets funksjoner for eldre som i hovedsak er selvhjulpne. Det kan hevdes at sykehjem for slike målgrupper er unødig kostnadskrevenende og passiviserende. Hvis vi derimot vurderer geografiske avstander og bosettingsmønster, kan det trolig hevdes at tilbud om kollektive botilbud til "selvhjulpne" eldre er formålstjenlig ved at tilbudet gir trygghet uten at den eldre må flytte langt, eller uten at hjemmetjenestens personell må bruke unødig stor del av sin arbeidstid til å kjøre store avstander med spredt bosetting. *En av utfordringene er imidlertid at sykehjem med så svært ulike funksjoner likevel er underlagt samme regelverk.*

På tilsvarende måte kan et boligkompleks som har mange selvstendige leiligheter i samme bygningskropp og med fast tilknyttet personell på døgnbasis i stor grad ivareta samme *medisinske* funksjoner som sykehjem gjør i andre kommuner. Vi er imidlertid henvist til å bruke de statistiske opplysningene slik de er registrert. *Visse sider av det kommunale mangfoldet som vi beskriver, kan ut fra dette framstå som overdrevent stort fordi identiske funksjoner blir registrert som ulike innretning.*

Gjennomgangen av institusjonsomsorgens innretning så langt viser at en drøfting som i hovedsak fokuserer på antall plasser er en tilslørende diskusjon som stenger for innsikt og forståelse. Mengdebeskrivelsen – det vil si antall plasser - har selvsagt en viss betydning. Men en meningsfylt drøfting av institusjonsomsorgens innretning krever først og fremst fokus på hva institusjonsplassene brukes til, det vil si plassenes funksjon.

3.2.5 Bruk av hjemmetjenester til eldre – jamfør tabell 3.1.

Dette målet gjelder antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og over i prosent av befolkningen 80 år og over.²⁸ I den femdelen kommuner som tildeler hjemmetjenester til færrest eldre, mottar i gjennomsnitt 28 prosent av befolkningen 80 år og over hjemmetjenester (KOSTRA-funksjon 254). I den femdelen kommuner som tildeler hjemmetjenester til flest eldre, mottar i gjennomsnitt 45,7 prosent av befolkningen 80 år og over hjemmetjenester. I de 20 prosent av kommunene som gir hjemmetjenester til færrest eldre, mottar om lag 1 av 4 hjemmetjenester, mot nærmere 1 av 2 i de 20 prosent av kommunene som gir hjemmetjenester til flest eldre. Prosentandelen av den eldre befolkningen som tildeles hjemmetjenester er altså om lag dobbelt så stor i kommunene som tilhører 5. kvintil som i kommunene som tilhører 1. kvintil (forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil er 1:1,6)

²⁸ Vi viser til 2.3.4 hvor ulike operasjonalisering av Eldres forbruksrate av hjemmetjenester presenteres og drøftes.

For desilene øker gjennomsnittsverdiene svakt for 1. og 10. desil sammenlignet med 1. og 5. kvintil. Denne svake økningen reflekteres også ved at forholdstallet mellom 1. og 10. desil er om lag den samme som forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil.

Vi kan fremdeles se for oss en kommune som har 250 eldre 80 år og over. Hvis denne kommunen tilhørte den femdelen som gir hjemmetjenester til færrest eldre, ville 70 av disse 250 eldre motta hjemmetjenester. Hvis kommunen derimot hadde tilhørt den femdelen kommuner som gir hjemmetjenester til flest eldre, ville 115 av disse 250 motta hjemmetjenester.

3.2.6 Samlet andel eldre med omsorgstjenester.

Ved å summere antallet 80 år og over som bor i institusjon og antallet 67 år og over som mottar hjemmetjenester, får vi et samlet uttrykk for andelen som mottar kommunale omsorgstjenester. Kommunene i 1. kvintil tildeler i gjennomsnitt tjenester til 18,5 prosent av befolkningen 67 år og over. I kommunene som tilhører 5. kvintil, er gjennomsnittet 31,1 prosent. Når vi summerer ratene for institusjon og hjemmetjenester blir spredningen mindre enn når vi ser på institusjon og hjemmetjenester hver for seg. Som vi skal vise i neste kapittel, skyldes dette at det er en viss *kompensatorisk sammenheng* mellom disse to hovedformene for omsorg.

3.2.7 Yngre brukere av hjemmetjenester

Forbruksrate eller andel yngre brukere av hjemmetjenester er antall mottakere av slike tjenester 0-66 år i prosent av befolkningen 0-66 år. De 20 prosent av kommunene som tilhører 1. kvintil, gir i gjennomsnitt hjemmetjenester til 1,2 prosent av befolkningen 0-66 år. Kommuner i 5. kvintil gir hjemmetjenester til 3,6 prosent av befolkningen. Gjennomsnittet i 5. kvintil er nøyaktig 3 ganger høyere enn gjennomsnittet i 1. kvintil.

Benyttes desiler, øker ytterkantverdiene vesentlig, og særlig øker gjennomsnittet for den tidelen kommuner som har høyest andel 0-66 år med hjemmetjenester. De 10 prosent av kommunene som gir hjemmetjenester til færrest yngre, gir i gjennomsnitt tjenester til 1 prosent av befolkningen 0-66 år. De 10 prosent av kommunene som gir hjemmetjenester til flest yngre, gir hjemmetjenester til i gjennomsnitt 4,3 prosent av befolkningen 0-66 år. Forholdstallet mellom 1. og 10. desil er altså som 1:4,3.

Vi forutsetter at vår tenkte eksempel-kommune har 5.200 innbyggere 0-66 år.²⁹ Hvis kommunen tilhører den femdel kommuner som gir hjemmetjenester til færrest yngre, ville 62 av disse 5.200 yngre motta hjemmetjenester. Hadde kommunen derimot tilhørt den femdelen kommuner som gir hjemmetjenester til flest yngre, ville 187 yngre personer ha mottatt hjemmetjenester.

²⁹ Vi kan si at vår eksempelkommune har 5.200 innbyggere 0-66 år. Hvis vi setter folketallet til 6000 innbyggere, utgjør den eldste delen av befolkningen 4,2 prosent. I riket utgjør denne befolkningsgruppen 4,4 prosent. I riket utgjør befolkningsgruppen 67 år og over 13,2 prosent. Vi forutsetter at antall innbyggere 67 år og over i vår tenkte kommune er 800 (13,3 prosent av 6000).

3.2.8 Intensitet i hjemmetjenester til eldre

Hjemmetjenestenes intensitet for eldre beregnes som antall hjemmeboende 67 år og over med omfattende bistandsbehov i prosent av befolkningen 67 år og over. I femdelen kommuner som har hjemmetjenester med minst intensitet for eldre, har 2,3 prosent av befolkningen 67 år og over omfattende bistandsbehov. I den femdelen som relativt sett har flest hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov, har 6,7 prosent av samme aldersgruppe slikt bistandsbehov. Kommuner som tilhører 5. kvintil har i gjennomsnitt 4,3 ganger flere hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov enn kommuner som tilhører 1. kvintil.

Benyttes desiler, øker ytterverdiene, og særlig øker gjennomsnittene for de kommunene som tilhører desilene som har størst intensitet. I kommuner som tilhører 1. desil, har i gjennomsnitt 0,8 prosent av den hjemmeboende befolkningen 67 år og over omfattende bistandsbehov. I kommuner som tilhører 10. desil, har 5,6 prosent av samme befolkning omfattende bistandsbehov. Gjennomsnittet i 10. desil er med andre ord 7 ganger større enn gjennomsnittet i 1. desil.

Vi har lagt til grunn at eksempelkommunen har 800 innbyggere 67 år og over. Vi legger videre til grunn at 760 av disse bor hjemme, og 40 på institusjon. Hvis denne kommunen tilhørte den femdel kommuner som har minst intensitet i hjemmetjenestene for eldre, ville vel 8 personer av de 760 hjemmeboende ha omfattende bistandsbehov. Hvis kommunen tilhørte den femdelen med størst intensitet, ville 36 hjemmeboende eldre ha omfattende bistandsbehov. Hadde kommunen tilhørt kommunene i 10. desil, ville 43 eldre personer ha hatt omfattende bistandsbehov.

3.2.9 Intensitet i hjemmetjenester til yngre

Hjemmetjenestenes intensitet for yngre har vi beregnet gjennom to alternative operasjonaliseringer. I tabell 3.1 presenteres resultatene fra begge de alternative målene for hjemmetjenestenes intensitet for yngre. I det følgende kommenteres kun ut fra alternativ 1, som er antall hjemmeboende yngre med omfattende bistandsbehov.

I kommunene som tilhører 1. kvintil, har 2,3 promille av befolkningen 0 - 66 år omfattende bistandsbehov. I den femdelen kommuner som har størst intensitet etter det indirekte målet vi benytter her, har nesten 7 promille av samme befolkningsgruppe omfattende bistandsbehov (6,7 promille). Hvis vi deler kommunene inn i desiler, er gjennomsnittet i 1. desil 2 promille, mens gjennomsnittet i 10. desil er 8.

I vår tenkte kommune har vi satt befolkningsgruppen 0 - 66 år til 5.200 personer. Hvis denne kommunen hadde tilhørt 1 kvintil, ville 12 av disse ha bodd hjemme med omfattende bistandsbehov. Hadde kommunen tilhørt 5 kvintil, ville 35 hatt omfattende bistandsbehov.

Når det gjelder *eldre*, kan vi med stor sikkerhet gå ut i fra at behovet for bistand i en befolkning følger som en direkte konsekvens av befolkningens aldring, dvs. at hjelpebehov i stor grad kan avledes av alder og alderssammensetningen i befolkningen. Derfor kan vi også gå ut i fra at i den grad det relative forbruket av tjenester blant eldre varierer, kan variasjonen skyldes en kombinasjon av

kommunevise vurderingsnormer, sosiale årsaksforhold (eksempelvis andelen som bor i enpersonshushold) og kommunenes strategiske og forvaltningsmessige valg for omsorgstjenestene.

For *yngrer* er bildet mer sammensatt og tilfeldig. Vertskommunene, som for ansvarsreformen var vertskap for sentralinstitusjon innen HVPU, har fremdeles relativt mange personer med store tjenestebehov. Kommunene Vestnes og Saltdal er eksempler på vertskommuner, og i disse 2 kommunene har vel 1 prosent av den yngre befolkningen omfattende bistandsbehov (henholdsvis 10,4 og 11,5 promille). I de 176 kommunene vi har opplysninger fra, har i gjennomsnitt 4,2 promille av befolkningen 0-66 år omfattende bistandsbehov.

Vedleggstabell V5 viser for 5 av hovedvariablene hvilke kvintiler de 32 vertskommunene (som vi har opplysninger fra) tilhører. Vertskommunene og landets øvrige kommuner viser samme spredning for 3 av variablene – forbruksrate av hjemmetjenester for yngre og eldre og hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov. Vertskommunene skiller seg imidlertid ut ved at de i stor grad tilhører 5. kvintil for variabelen *hjemmeboende yngre med omfattende bistandsbehov*. I tillegg er vertskommunene i liten grad institusjonsorientert. 40 prosent av vertskommunene tilhører de 20 prosent av kommunene som har færrest eldre boende i institusjon.

Det er som forventet at de fleste vertskommuner er blant de som også har flest hjemmeboende yngre med omfattende bistandsbehov. *Det som overrasker er unntakene*. Henholdsvis 1 og 3 av vertskommunene tilhører 1 og 2 kvintil – noe som altså betyr at disse tilhører de kommunene som har færrest yngre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov.

Hvorfor de fleste vertskommunene tilhører de kommunene som i minst grad satser på institusjoner for eldre, er det vanskelig å forklare. Kanskje er det slik at den statlige føringa om boliggingjøring av tjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemming også har blitt ”overført” til omsorgen for eldre?

3.2.10 Hjemmetjenestenes innretning – en foreløpig drøfting.

Den kommunale variasjonen – eller spredningen – i hjemmetjenestene er betydelig. Variasjonen er så stor at det gir *liten mening å operere med nasjonale gjennomsnittstørrelser*. En tidel av kommunene gir i gjennomsnitt hjemmetjenester til 48 prosent av eldre 80 år og over, en annen tidel gir hjemmetjenester til 26 prosent. Og denne spredningen skyldes ikke bare noen få ”ekstreme” kommuner. For når vi benytter kvintiler, er spredningen nesten like stor – fra 28 prosent som gjennomsnitt i 1. kvintil og 46 prosent som gjennomsnitt i 5. kvintil. Noen kommuner gir altså hjemmetjenester til en (svært) stor andel eldre. Det er denne typen kommuner som muligens kan sies å ha en forebyggende strategi for bruken av hjemmetjenestene ved at disse kommunene velger å sette inn hjemmetjenester på et tidlig stadium av Eldres funksjonsnedsettelse³⁰.

Samme store spredning ser vi når vi benytter intensitet som mål for hjemmetjenestenes innretning - dvs. vårt indirekte mål for intensitet, som er antall

³⁰ I hvilken grad dette er en planlagt og intendert forebyggende strategi fra disse kommunene gjenstår å undersøke – jamfør fase 2 beskrevet i kap. 1

hjemmeboende eldre 67 år og over med omfattende bistandsbehov i prosent av alle i samme aldersgruppe. En interessant observasjon er at spredningen i hjemme-tjenestens intensitet for yngre faktisk er *mindre* enn spredningen i tjenestenes intensitet for eldre - en tendens som blir forsterket når vi holder vertskommunene utenfor.

For eldre er behov for tjenester en direkte funksjon av alder. For yngre synes det å være mer tilfeldige forhold som avgjør om en kommune har mange eller få yngre med behov for tjenester – jamfør at flertallet blant vertskommunene relativt sett har mange hjemmeboende yngre med omfattende bistandsbehov. Ut fra *generell* kunnskap om sammenhengen mellom behov og alder, kan vi altså forvente at spredningen er mindre for eldre enn for yngre *fordi medisinsk eller fysisk betingete tjenestebehov hos eldre i hovedsak er en direkte konsekvens av befolkningens aldring (antall eldre og aldersfordeling blant disse), mens medisinsk betingete tjenestebehov blant yngre til dels er påvirket av "tilfeldige" opphopninger, eksempelvis som resultat av forvaltningsreformer.*

Men spredningen er omvendt av det vi kunne forvente. Innretning og profil i tjenestene for eldre - der tjenestebehovene "objektivt sett" i stor grad følger som en funksjon av befolkningens alder - viser store variasjoner og må i betydelig grad være et resultat av enkeltkommunenes forvaltningsmessige eller politiske mer eller mindre idiosynkratiske valg. Til tross for at innretning og profil på tjenestene til yngre også viser stor spredning, *er kanskje spredningen i tjenestene til yngre i større grad et resultat av mer standardiserte behovsvurderinger som i større grad er de samme for hele landet.*

Våre analyser gir ikke grunnlag for å konkludere med at spredningen i tjenestenes innretning blant eldre i større grad er et resultat av forvaltningsmessige eller politiske valg, mens tjenestene for yngre i større grad vurderes etter en (implisitt) nasjonal standard. Våre analyser gir imidlertid visse holdepunkter for å formulere en slik hypotese. Som vi skal komme tilbake til i neste kapittel - hvor vi forsøker å identifisere typologier i kommunenes innretning av tjenestene - er kanskje det vesentlige spørsmålet *hvorfor - og med hvilke konsekvenser* - noen kommuner har en innretning av tjenestene som bryter med det en skulle forvente. Vertskommuner har f. eks. både stor og liten andel med hjemmetjenester til yngre. 4 vertskommuner har få yngre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov (i 1 eller 2 kvintil).

4 Identifisering av typologier for innretning av pleie- og omsorgstjenester

4.1 Sentrale statistiske mål for sammenhenger mellom brukere og bruk av pleie- og omsorgstjenester

4.1.1 Korrelasjoner som mål for sammenhenger mellom hovedvariablene som beskriver kommunenes innretning av tjenestene.

Vi skal først undersøke om vi ved hjelp av statistiske analyser kan identifisere typiske innretninger av pleie- og omsorgstjenestene.

Tabell 4.1 *Innbyrdes bivariate korrelasjoner mellom hovedvariablene som beskriver kommunenes innretning av omsorgstjenestene. Basert på data fra 333 kommuner med 2000 eller flere innbyggere*

| | Rate hjemme b 80+ | Rate inst 80 + | Rate hjemmetje 0-66 | Samlet tilgjeng | Tilgjeng kort pl | Omfatt b.behov 67+ | Omfatt b.behov 0-66 | Komm. bolig 0-66 |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Rate hjemmeh b 80+ | 1 | -,191 ^{αα} | ,250 ^{αα} | ,007 | ,027 | ,545 ^{αα} | ,116 | ,229 ^{αα} |
| Rate inst 80 + | -,191 ^{αα} | 1 | ,154 ^α | ,149 ^α | ,112 ^α | -,585 ^{αα} | ,090 | .036 |
| Rate hjemmetje 0-66 | ,250 ^{αα} | ,154 ^α | 1 | -.008 | -.010 | ,105 | ,452 ^{αα} | ,376 ^{αα} |
| Samlet tilgjeng | ,007 | ,149 ^α | -.008 | 1 | ,994 ^{αα} | -.094 | -.147 | .070 |
| Tilgjeng kort pl | ,027 | ,112 ^α | -.010 | ,994 ^{αα} | 1 | -.040 | -.160 ^α | .072 |
| Omfatt b.behov 67+ | ,545 ^{αα} | -,585 ^{αα} | ,105 | -.094 | -.040 | 1 | ,257 ^α | .195 |
| Omfatt b.behov 0-66 | ,116 | ,090 | ,452 ^{αα} | -.147 | -.160 ^α | ,257 ^α | 1 | ,473 ^{αα} |
| Komm. bolig 0-66 | ,229 ^{αα} | .036 | ,376 ^{αα} | .070 | .072 | .195 | ,473 ^{αα} | 1 |

^α = signifikant på minst 0,05 nivået, ^{αα} = signifikant på 0,000 nivået

For variabelen antall med omfattende bistandsbehov, baseres opplysningene fra 176 kommuner. For variabelen antall yngre i kommunale boliger, baseres opplysningene fra 257 kommuner. Når koeffisienten mellom variablene yngre i kommunale boliger

og yngre med omfattende bistandsbehov blir beregnet, baseres opplysningene fra 160 kommuner.

En korrelasjonskoeffisient viser grad av samvariasjon. Koeffisienten kan variere mellom +1 og -1. Desto nærmere 0 koeffisienten er, desto mindre samvariasjon. Når analysen er bivariat, betyr det at vi analyserer samvariasjonen mellom to og to variabler.

Samlet tilgjengelighet og tilgjengelighet på korttidsplasser har en korrelasjonskoeffisient på 0,994. Det er altså en entydig sammenheng mellom samlet tilgjengelighet og tilgjengelighet på korttidsplasser. Dette er en bekreftelse på at ut- og innskrivninger ved sykehjem i hovedsak er tilknyttet korttidsplassene – jmfør vår drøfting under 2.2.2.

Omvendt sammenheng mellom institusjonsorientering og både forbruksrate og intensitet i hjemmetjenestene for eldre. Det er en omvendt sammenheng mellom kommunenes institusjonsorientering og forbruksrater av hjemmetjenester for eldre. I en gruppe av kommuner er det slik at når relativt mange av den eldre befolkningen bor på institusjon, er forbruksrate og intensitet i hjemmetjenestene til eldre liten – og omvendt: når mange tildeles hjemmetjenester, bor få på institusjon.

Korrelasjonskoeffisienten mellom institusjonsorientering og forbruksrate av hjemmetjenester er signifikant, men likevel ikke større enn -,191. Det betyr at hvis eksempelvis institusjonsorienteringen øker med 1 prosent, synker forbruksrater av hjemmetjenester for eldre med 0,19 prosent. Og særlig er det slik at kommuner som i stor grad har en institusjonsorientert omsorgstjeneste, har få hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov.

Korrelasjonskoeffisienten mellom institusjonsorientering og intensitet i hjemmetjenestene for eldre er -.585. Kommuner som er institusjonsorientert har altså de fleste eldre med omfattende bistandsbehov boende på institusjon. I kommuner med få institusjonsplasser og stor forbruksrate av hjemmetjenester, bor eldre med omfattende bistandsbehov langt oftere hjemme.

Vi ser videre at denne omvendte sammenhengen mellom institusjoner og hjemmetjenester bare gjelder for eldre, og ikke for yngre. Tjenestene for yngre skal kommenteres spesielt senere.

Den negative sammenhengen mellom institusjonsorientering og intensitet i hjemmetjenestene er som forventet og er i samsvar med vår hovedantakelse – se kap 2.3.2 og figur 2.1. Det er naturlig at eldre med omfattende bistandsbehov har prioritet ved tildeling av sykehjems plass. Eldre med omfattende bistandsbehov vil derfor i større grad bo i institusjon i institusjonsorienterte kommuner, sammenlignet med kommuner som bare har en mindre andel av den eldre befolkningen boende på institusjon.

På det nasjonale nivået kan vi altså identifisere følgende typologi: Det er en kommunegruppe hvor det legges til rette for at mange skal bo på institusjon. Disse kommunene tildeler hjemmetjenester til få eldre. En annen kommunegruppe gjør det motsatte: det tildeles hjemmetjenester til mange eldre, mens få eldre bor på institusjon. Kommuner som tilhører 1. kvartil mht. institusjonsorientering og 5. kvartil i forbruksrate for hjemmetjenester til eldre må sies å tilhøre kommunegruppen

som har få i institusjon, men mange med hjemmetjenester. Det omvendte gjelder for kommuner som tilhører 5. kvintil mht. institusjonsorientering og 1. kvintil på forbruksrate hjemmetjenester for eldre.

4.1.2 Typologier identifisert gjennom faktoranalyse.

I en faktoranalyse, undersøkes om det er innbyrdes samvariasjon mellom flere variabler. Hvis det er stor samvariasjon mellom "et knippe" av variabler, kan dette tolkes som at disse samvarierende enkeltvariablene utgjør en felles "faktor".

Disse 2 grupper av kommuner som satser mye på institusjonsomsorg og lite på hjemmetjenester – eller omvendt, er også de eneste faktorene som kan identifiseres gjennom en eksplorerende faktoranalyse.

Tabell 4.2 *Typologier i innretning av pleie og omsorgstjenestene i kommunene. Resultat av eksplorerende faktoranalyse³¹*

| | Faktor 1 Hjemmetjenestebaserte kommuner | Faktor 2 Institusjonsbaserte kommuner |
|------------------------------------|---|---|
| Basert på 333 kommuner | | |
| Forbruksrate hjemmetjenester eldre | .887 | -.179 |
| Institusjonsorientering. | | .984 |
| Tilgjengelighet korttidsplasser | -.256 | |
| Forbruksrate hjem.tjenester yngre | .589 | |
| Basert på 176 kommuner | | |
| Forbruksrate hjemmetjenester eldre | .512 | -.583 |
| Institusjonsorientering | .365 | .891 |
| Tilgjengelighet korttidsplasser | -.449 | |
| Forbruksrate hjem.tjenester yngre | .625 | -.135 |
| Intensitet eldre | .231 | -.801 |
| Intensitet yngre | .683 | |

Faktoranalysen identifiserer 2 faktorer. Basert på 176 kommuner lader rate hjemmetjenester både for eldre og yngre henholdsvis .512 og .625 på faktor 1. Faktor 1 er meningsfylt å benevne Hjemmetjenestebaserte kommuner. Forbruksrate institusjon lader ,891 mens særlig antall eldre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov lader sterkt negativt på faktor 2 (-,801). Denne faktoren er det meningsfylt å benevne Institusjonsbaserte kommuner. Også forbruksrate hjemmetjenester for yngre lader på faktor 1 (.625). Selv om rate hjemmetjenester for yngre lader litt mer enn rate

³¹ En tommelfingerregel tilsier at en ladning på ca 0,7 eller over kan tillegges betydelig vekt.

hjemmetjenester for eldre, er det likevel interessant å legge merke til at ladningen på faktor 1 Hjemmetjenestebaserte kommuner er om lag den samme for begge aldersgruppene. I den grad rate hjemmetjenester for eldre og yngre lader på faktor 2, er ladningen negativ.

I den grad tilgjengelighet på korttidsplasser har betydning, er ladningen negativ (-,449) på faktor 1 Hjemmetjenestebaserte kommuner.

Selv om institusjonsorientering (antall 80 år og over på institusjon) lader svært sterkt på faktor 2 Institusjonsbaserte kommuner (,891), legger vi merke til at institusjonsorientering i noen grad lader positivt også på faktor 1 Hjemmetjenestebaserte kommuner (,365). Det faktum at institusjonsorientering lader positivt på begge faktorene, antar vi har sammenheng med at det er en undergruppe av kommuner som er særlig "rause" ved å tildele både hjemmetjenester og institusjonsplass til en stor andel av befolkningen (se nedenfor).

4.2 Ulike typologier for innretning av pleie- og omsorgstjenestene etter andel brukere av hjemmetjenester og institusjoner for eldre

4.2.1 Kompensatorisk sammenheng mellom bruk av institusjoner versus hjemmetjenester

En hovedtypologi i innretning av omsorgstjenestene er altså en *kompensatorisk* sammenheng mellom institusjonsomsorg og hjemmetjenester. *Men mange kommuner har ikke en slik kompensatorisk innretning*: det er eksempelvis kommuner – som vi kanskje kan karakterisere som "særlig rause" – som både er institusjonsorientert og som gir hjemmetjenester til mange. Det er også kommuner – som vi kanskje kan karakterisere som "særlig påholdne" – som har få eldre som bor på institusjon og som samtidig gir hjemmetjenester til få eldre.

Tabell 4.3 *Sammenheng mellom andel eldre 80 år og over med plass i institusjon og rate hjemmetjenester 80 år og over. Krysstabulering for kommuner med mer enn 2000 innbyggere. Antall kommuner i henholdsvis 1, 2, 4 eller 5 kvintil.*

| Institusjonsorientering | Forbruksrate hjemmetjenester eldre | | | |
|-------------------------|------------------------------------|------------|------------|------------|
| | .1 kvintil | 2. kvintil | 4. kvintil | 5. kvintil |
| 1. kvintil | 5 | 8 | 11 | 26 |
| 2. kvintil | 15 | 22 | 12 | 8 |
| 4. kvintil | 9 | 13 | 12 | 13 |
| 5. kvintil | 17 | 8 | 11 | 10 |

17 kommuner, tilsvarende ca 5 prosent av de 333 kommunene som har 2000 eller flere innbyggere, tilhører 5. kvintil på variabelen institusjonsorientering og 1. kvintil rate hjemmetjenester.³² 26 kommuner (ca 8 prosent) har den motsatte innretningen og tilhører 1. kvintil på institusjonsorientering, men 5. kvintil på forbruksrate hjemmetjenester³³. Disse to kommunegruppene tilhører altså de kommuner som tydeligst har en *kompensatorisk* sammenheng mellom institusjoner og hjemmetjenester. Utvider vi inklusjonskriteriet til at *kommunene må tilhøre henholdsvis 1 eller andre 2 kvintil og 4 eller 5 kvintil på begge variablene*, er det 104 kommuner (31 prosent) som tilhører denne kompensatoriske enten-eller gruppen av kommuner. (Celler med henholdsvis grønn og gul skravering viser antall kommuner med denne tydelige kompensatoriske innretningen.)

Tabell 4.3 viser imidlertid at det er undergrupper av kommuner som bryter med denne kompensatoriske innretningen. Det er noen kommuner som gir både institusjonsplass og hjemmetjenester til få personer. Med utvidet inklusjonskriterium skåre i 1. eller 2. kvintil *på begge variablene* (blå skravering i tabell 4.3), er det 50 kommuner (15 prosent) som tildeler hjemmetjenester til relativt få eldre og samtidig i liten grad er institusjonsorientert. Et slikt utvidet inklusjonskriterium gir altså 50 ”særlig påholdne” kommuner.

Motsatt er det 10 kommuner (3 prosent) som *både* er institusjonsorientert *og* som samtidig tildeler hjemmetjenester til relativt mange eldre (med skåre i 5. kvintil i begge målene). Dette er kommuner som kan sies å være ”særlig rause”. Utvider vi inklusjonskriteriet til kommuner som tilhører 4. eller 5 kvintil. på begge målene (rød skravering i tabell 4.3), er det 46 kommuner (14 prosent) som kan sies å tildele ”både institusjoner og hjemmetjenester til mange”.³⁴

Det er altså et mindre antall kommuner som vi ut fra disse data kan karakterisere som ”særlig påholdne” eller ”særlig rause”. Imidlertid er det ikke antall kommuner, men at det er kommuner med denne typen *innretning* av omsorgstjenestene som er det interessante og vesentlige.

For det første kan det stilles en rekke spørsmål om sammenhenger mellom strategisk innretning på den ene siden og kvalitet og driftsforhold på den andre. Hvis eksempelvis en kommune som tildeler både institusjonsplass og hjemmetjenester til få personer, *er det ikke antall kommuner som har en slik innretning som er det interessante. Det interessante er hvilke praktiske grep disse kommunene har tatt og med hvilke kvalitative eller andre konsekvenser.*

³² Disse kommunene er Alvdal, Dovre, Nord-Fron, Gran, Gjerstad, Evje og Hornes, Marnardal, Tysvær, Sund, Austrheim, Vik, Leikanger, Gaular, Herøy (MR), Nesset Øksnes og Bardu

³³ Disse kommunene er Nes, Re, Stokke, Kragerø, Drangedal, Sauherad, Lindesnes, Lyngdal, Kvinesdal, Suldal, Sauda, Rennesøy, Fjell, Meland, Sogndal, Jølster, Vågsøy, Gloppen, Sykkylven, Giske, Hemne, Namsos, Lødingen, Sortland og Vadsø.

³⁴ Henholdsvis 5 og 10 kommuner danner to motsatte grupper ved å være "særlig påholdne" (1 kvintil på begge variablene) eller "særlig rause" (5 kvintil på begge variablene). De 5 kommunene som tilhører 1 kvintil på begge variablene er Østre Toten, Nord-Aurdal, Øvre Eiker, Nedre Eiker, Holmestrand, Sandnes og Randaberg. De 10 kommunene som tilhører 5 kvintil på begge variablene er Lærdal, Ørskog, Gjemnes, Rindal, Rissa, Midtre Gauldal, Gildeskål, Skjervøy, Kautokeino, Porsanger og Karasjok.

For det andre er type innretning og ikke antall kommuner med slik innretning vesentlig fordi *det er tjenestene slik de er innrettet i bostedskommunen som er omsorgstjenester for innbyggerne i denne kommunen*. Dette poenget kan alternativt formuleres som følgende selvsagthet: Det er omsorgstjenestenes innretning, driftsforhold og kvalitet i bostedskommunen som er omsorgstjeneste for innbyggerne i denne kommunen, selv om denne kommunen er den eneste av landets kommuner som har slik innretning.

Antall mulige kombinasjoner eller typologier. Ovenfor har vi altså beskrevet følgende 4 kommunegrupper som er karakterisert med følgende innretning (i parentes antall kommuner og antall kommuner i prosent forutsatt at inklusjonskriteriet er 2 kvintiler på begge målene)

- institusjoner til mange og hjemmetjenester til få (47 kommuner eller 14 prosent)
- institusjoner til få og hjemmetjenester til mange (57 kommuner eller 17 prosent)
- både institusjoner og hjemmetjenester til få (50 kommuner eller 15 prosent)
- både institusjoner og hjemmetjenester til mange (46 kommuner eller 14 prosent).

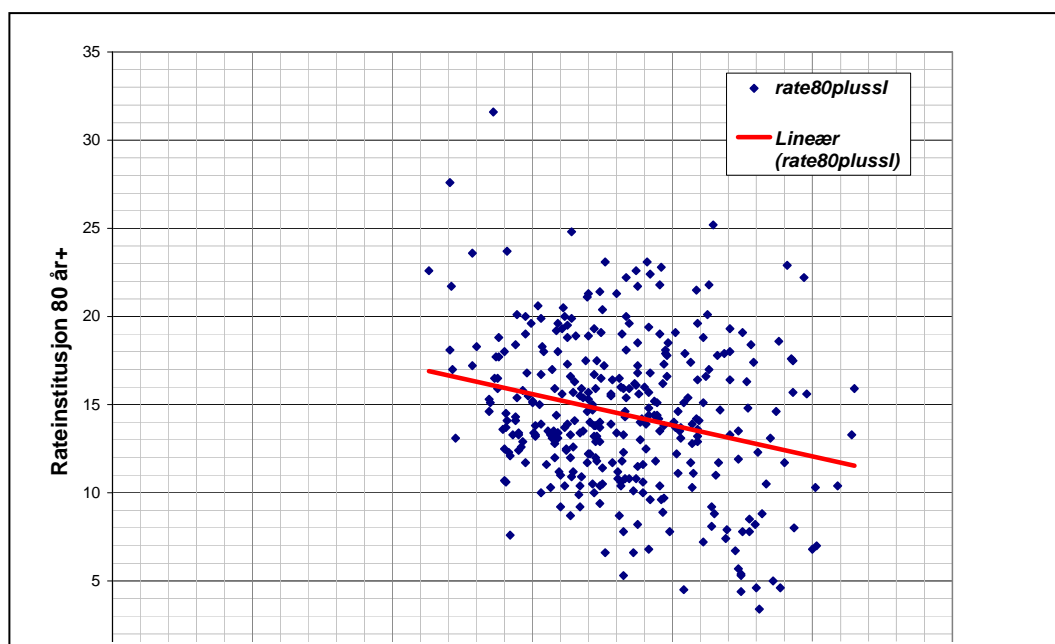
I tillegg har vi et stort antall eksempler på innretninger hvor kommunene tilhører mellomkvintiler. Selv med to variabler (institusjonsorientering og rate hjemmetjenester) og 5 verdier per variabel (5 kvintiler) blir antall mulige kombinasjoner, dvs. mulige innretninger av omsorgstjenestene, stort og uoversiktlig.³⁵

4.2.2 Grad av sammenheng mellom bruk av institusjoner og hjemmetjenester på kommunenivå

For å anskueliggjøre den store spredningen i innretningen av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene når det gjelder bruken av hjemmetjenester versus institusjon gjengir vi resultatet av korrelasjonsanalysen som et plottdiagram på kommunenivå.

³⁵ Med bare to variabler (institusjonsomsorg og rate hjemmetjenester eldre) og 5 eller 10 verdier (5 kvintiler eller 10 desiler) blir antall mulige kombinasjoner eller mulige innretninger av omsorgstjenestene uoversiktlig. Selv om vi reduserer antall verdier per variabel til 3 – lav, middels og høy - blir likevel antall kombinasjoner lett uoversiktlig, der antall mulige innretninger tilsvarer 2³.

Figur 4.1 Sammenhengen mellom bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år og over i 333 kommuner med mer enn 2000 innbyggere i 2010. (Korrelasjon = -0,191). Beregninger ved NIBR 2012,



Kilde: Kostra 2010, SSB 2011.

På samme måten som tabell 4.1, viser også plotdiagrammet at det generelt er en viss tendens til at tiltakende forbruksrate av institusjon samvarierer med færre brukere med hjemmebaserte tjenester. En sannsynlig forklaring er at tiltakende del av de samlede ressursene er bundet til institusjonsdrift og dermed er potensialet for å yte hjemmebaserte tjenester tilsvarende svekket³⁶. Dette er altså et generelt mønster som kan identifiseres på nasjonalt nivå. Men som alt nevnt, finnes det grupper av kommuner som avviker betydelig fra dette. Det finnes kommuner med et lite omfattende tilbud i begge tjenestene og kommuner med et omfattende tilbud i begge tjenestene. Det generelle bildet er at spredningen er svært stor.

4.2.3 Undergrupper av kommuner langs dimensjonene institusjon versus hjemmetjenester – grunnlag for valg av casekommuner i prosjektets fase 2

Totalt beskriver vi omsorgstjenestene innretning gjennom 7-9 hovedvariabler, der hver variabel har 5, alternativt 10 verdier, avhengig av om vi beskriver variabelen gjennom kvintiler eller desiler. Å beskrive alle mulige innretninger blir både uoversiktlig og uinteressant. *Det vesentlige er om vi ut fra drifts- og kvalitetsbetydning ved tjenestene kan begrunne hvorfor bestemte eksempler på innretninger eller typologier er meningsfulle, fruktbare og strategisk viktige eksempler.*

³⁶ Daatland peker på at når institusjonsplasser er etablert, varer de ved og representerer en varig eller lagsomt forandrende struktur og plassene blir heller ikke stående tomme. De heimebaserte tjenestene er langt mer fleksible. Men når en kommune har bundet opp omfattende ressurser i institusjon, vil det som oftest være mindre igjen til heimebaserte tjenester (Daatland et al. 2012, s 85-86).

Hensikten med vår analyse er å utarbeide en empirisk basert beskrivelse av mangfoldet i kommunenes omsorgstjenester. Ut fra dette mangfoldet skal det *for fase 2* (se kap 1.4) velges ut et antall kommuner med ulik innretning - ulike typologier – i omsorgstjenestene. Fellesnevneren for utvalg av kommuner er at kommunene skal drive kostnadseffektivt og med god kvalitet. Men *innretningen* skal være forskjellig. I disse kommunene skal det så i fase 2 gjøres et forskningsbasert ”dypdykk” for å lære – identifisere, beskrive og begrunne styrker og svakheter ved de ulike innretningene.

I forbindelse med arbeidet i fase 2 vil det bli gjort rede for *begrunnelsene* for hvilke type innretninger som velges. *Begrunnelse for hvilke typologier som skal velges vil ikke være antall kommuner som har en bestemt innretning. Begrunnelsen vil være hvorfor en bestemt type innretning anses som et strategisk viktig eksempel. Dette arbeidet er planlagt publisert i slutten av 201.*

De 4 skisserte undergruppene av kommuner representerer imidlertid sentrale og strategisk interessante innretninger. Hva som skal være norsk omsorgstjenestes hovedstrategi for eldre – om omsorgen i betydelig grad skal være organisert som institusjonsomsorg eller ved utstrakt bruk av hjemmetjenester - er overlatt til kommunene å avgjøre. Og det er altså mulig å identifisere kommuner som har valgt ulikt: noen kommuner har i hovedsak satset på hjemmetjenester, der institusjonsomsorgen nesten utelukkende blir brukt til korttidsopphold. Andre kommuner har i hovedsak staset på institusjonsomsorg

Men også de to andre undergruppene representerer vesentlige strategiske spørsmål. Det er nærliggende å anta at undergruppen av ”særlig rause” kommuner som tildeler både institusjonsomsorg og hjemmetjenester til mange, også bruker relativt mye ressurser på omsorgstjenestene. Kan ressursinnsatsen forsvares gjennom kvalitative gevinster eller kan disse kommunenes innretning mer karakteriseres som sørvis til selvhjulpne mennesker uten økt brukertilfredshet? Og ikke minst: hva er forutsetningene for konklusjonene? Den motsatte undergruppen av kommuner, som tildeler både institusjonsomsorg og hjemmetjenester til få eldre, og som vi har karakterisert som ”særlig påholdne”, har kanskje en omsorgstjeneste som kort og godt er for knapp. Men tjenestene kan likevel være omfattende i forhold til enkelte brukere. Det er imidlertid selvsagt også mulig at dette er en undergruppe av kommuner som både driver kostnadseffektivt og med god eller tilfredsstillende kvalitet.

Disse og andre spørsmål vil stå i fokus for fase 2. I foreliggende rapport fortsetter vi med den deskriptive gjennomgangen.

4.2.4 Sammenheng mellom andel eldre med hjemmetjenester og intensitet i disse tjenestene

Sammenheng mellom andel eldre med hjemmetjeneste (bruksrate) og intensitet (andel med omfattende bistandsbehov) opptrer med en korrelasjonskoeffisienten på .585. Det betyr at hvis andelen eldre som tildeles hjemmetjenester øker med 1 prosent, øker antall hjemmeboende med omfattende bistandsbehov med nesten 0,6 prosent.

Som vi alt har framført, er det rimelig å anta at institusjonsorienterte kommuner har de fleste eldre med omfattende bistandsbehov i institusjon, mens lite institusjons-

orienterte kommuner i stor grad har eldre med omfattende bistandsbehov boende hjemme. Men det er også en *positiv sammenheng mellom forbruksrate og intensitet* – det vil si at andelen av den eldre befolkningen som tildeles hjemmetjenester i stor grad varierer i takt med andelen hjemmeboende med omfattende bistandsbehov. Hvis en kommune tildeler hjemmetjenester bare til en liten andel av den eldre befolkningen, vil det i denne kommunen være få eldre med omfattende bistandsbehov som bor hjemme. Øker prosentandelen som tildeles hjemmetjenester, øker også andelen med omfattende bistandsbehov.

I streng forstand er det den omvendte sammenhengen mellom institusjonsorientering og intensitet som viser den kompensatoriske sammenhengen: mange i institusjon, betyr få med omfattende bistandsbehov hjemme, og omvendt. Forbruksraten - om hjemmetjenester tildeles en stor eller liten andel av befolkningen – har logisk sett ingen *funksjonell* sammenheng med bruken av institusjonsomsorgen. Når antall eldre som tildeles hjemmetjenester øker, så må med nødvendighet også andelen mottakere av hjemmetjenester som bare har små eller mindre omfattende bistandsbehov, øke. Eller sagt på en annen måte: når forbruksraten i hjemmetjenestene øker, øker også andelen hjemmetjenestemottakere for hvem det overhodet ikke er relevant å vurdere institusjonsomsorg som en aktuell tjeneste.

At det er intensiteten – andel hjemmeboende med omfattende bistandsbehov – og ikke forbruksraten som viser denne kompensatoriske sammenhengen mellom institusjoner og hjemmetjenester, bekreftes også ved at korrelasjonen mellom intensitet og institusjonsorientering er langt sterkere enn korrelasjonen mellom forbruksrate og institusjonsorientering (se tabell 4.1).³⁷

Vi burde ut fra en type vurderinger forvente en *negativ* sammenheng mellom andel brukere av hjemmebaserte tjenester (forbruksrate) og intensitet, – det vil si det motsatte av det observerte. Resonnementet er som følger: Hjemmeboende med omfattende bistandsbehov trenger mer bistand enn hjemmeboende med mindre bistandsbehov.³⁸ En kommune er først og fremst pliktig til å sørge for at ”nødvendig helsehjelp” i lovens forstand blir prioritert før kommunen tildeler ”ønsket, men ikke nødvendig” bistand. Når kommuner har mange hjemmeboende med omfattende bistandsbehov skulle vi tro at disse kommunene, ut fra tilgjengelige ressurser, ville måtte nedprioritere tildeling av ”ønskede, men ikke nødvendige” hjemmetjenester til personer med beskjedne bistandsbehov. Vi skulle med andre ord forvente at kommuner med mange hjemmeboende med omfattende bistandsbehov vil måtte konsentrere hjelpeinnsatsen til disse (dvs. mye hjelp til få personer, det motsatte av litt hjelp til mange personer. I alle fall bør vi forvente denne sammenhengen i kommuner med lave frie inntekter).

Fordi vi ikke har mulighet til å analysere IPLOS-data som viser planlagt timetildeling i hjemmetjenestene på individnivå, har vi dessverre ikke anledning til å analysere

³⁷ Korrelasjonskoeffisientene er på henholdsvis -.191 og -.585. Begge er signifikant på .000 nivået. Koeffisient og signifikansnivå har som kjent også en viss sammenheng med antall observasjoner. Så langt gjelder forbruksrater, har vi opplysninger fra 333 kommuner og om intensiteten fra 176 kommuner.

³⁸ På individnivå er det nødvendigvis ikke noen direkte sammenheng mellom bistandsbehov og volumet på tildelte tjenester. På aggregert nivå er sammenhengen mellom bistandsbehov og volum på tjenesteyter meget tydelig.

hvordan sammenhengene mellom volumet på tjenestetildelingene, andelen med omfattende bistandsbehov og i hvor stor grad tjenestene tildeles til mange eller få personer. Tabell 4.1 viser imidlertid at det er en positiv korrelasjon mellom forbruksrate og intensitet (.545). Brevik og Nygård (2011) har analysert disse sammenhengene i en av storbyene, og finner holdepunkter for at det er hjemmetjenestemottakere med de største bistandsbehovene som kanskje blir for lite prioritert sammenlignet med hjemmetjenestemottakere med mindre behov.

Uten å ha nærmere belegg for hypotesen, er vår antakelse at den signifikante sammenheng mellom andel forbrukere av hjemmetjenester (forbruksrate) og intensitet er et uttrykk for kommunenes ønske om "å være raus" i tjenestetildelingen til eldre hjelpetrequende, og at det er grupper av kommuner som har mulighet til dette ved *både* å sikre eldre med omfattende bistandsbehov tjenester på et forsvarlig nivå *og samtidig* å tildele tjenester til en stor andel av befolkningen.³⁹

4.3 Hjemmetjenester til yngre og eldre brukere

Forbruksraten av hjemmetjenester til yngre og eldre følger hverandre. Korrelasjonen mellom forbruksratene for hjemmetjenester for eldre og yngre er .250. Dette betyr eksempelvis at hvis raten for hjemmetjenester for eldre øker med 1 prosent, øker forbruksraten av hjemmetjenester til yngre med 0,25 prosent.

Det er også *signifikant sammenheng mellom hjemmetjenestenes intensitet for eldre og yngre.* Korrelasjonskoeffisienten mellom intensitet i hjemmetjenestene for eldre og yngre er .257. Dette betyr altså at den prosentvise andelen hjemmeboende med omfattende bistandsbehov både blant eldre og yngre i noen grad følger hverandre.

Tabell 4.4 *Sammenheng mellom andel yngre og eldre med hjemmetjenester. Krysstabulering mellom forbruksrate hjemmetjenester for yngre og forbruksrater hjemmetjenester for eldre basert på kommuner med 2000 eller flere innbyggere. Antall kommuner i henholdsvis 1, 2, 4 eller 5 kvintil.*

| Forbruk hjem.tjenester yngre | Forbruksrate hjemmetjenester eldre | | | |
|------------------------------|------------------------------------|------------|-----------|-----------|
| | 1 kvintil | 2. kvintil | 4 kvintil | 5 kvintil |
| 1 kvintil | 26 | 14 | 10 | 8 |
| 2 kvintil | 15 | 14 | 16 | 9 |
| 4 kvintil | 12 | 16 | 12 | 9 |
| 5 kvintil | 6 | 9 | 15 | 23 |

³⁹En type kontrasterende kommunetypologi som er særlig strategisk interessant er på den ene siden den undergruppe av kommuner som konsentrerer både institusjonsomsorg og hjemmetjenester til en relativt liten andel av befolkningen og den undergruppe av kommuner som tildeler tjenester til en relativt stor andel av befolkningen. På nasjonalt nivå vet vi at det er størrelsen på kommunenes frie inntekter som langt på vei kan forklare dette. I vedlegget viser vi verdiene for hovedvariablene for mange kommuner, og en gjennomgang her viser tendensen til at kommuner som tildeler tjenester til en liten andel av befolkningen i stor grad er (mellomstore) kommuner i det sentrale Østlandet, mens kommuner som tildeler tjenester til en stor andel av befolkningen er (mindre) kommuner langs kysten på Vestlandet og i Nord-Norge. Men det er som regel mulig å finne eksempler på kommuner som kontrasterer hovedmønstrene.

Tabell 4.4 viser den samme tendensen som korrelasjonsanalysen: Det er størst antall kommuner som tilhører *samme* kvintil i de to målene for forbruksrate av hjemmetjenester, færrest kommuner tilhører *motsatte* kvintiler. Henholdsvis 26 og 23 kommuner har *enten* lav *eller* høy forbruksrate hos begge aldersgruppene. Henholdsvis 6 og 8 kommuner kommer i motsatte kvintiler, som altså betyr at disse kommunene har lav forbruksrate for den ene aldersgruppen og høy hos den andre.

På samme måten som for den omvendte sammenhengen mellom institusjonsbaserte og hjemmetjenestebaserte kommuner, viser også tabell 4.4. at den statistisk identifiserbare sammenhengen bare gjelder på nasjonalt nivå. *Under det nasjonale nivået finnes det mange undergrupper som har svært ulike andeler av brukere av hjemmetjenester for disse to aldersgruppene.*

Hjelmbrekke (med flere 2011) finner i sin multivariate regresjonsanalyse en negativ sammenheng mellom utmåling av tjenester til yngre og eldre. Han mener å ha holdepunkter for å antyde at (omfattende) tjenester til yngre synes å gå på bekostning av tjenester til eldre. Vår bivariate tilnærming basert på en analyse av hjemmetjenestene støtter ikke en slik antakelse. Den bivariate sammenhengen mellom forbruksrater av hjemmetjenester for eldre og yngre er signifikant på .000 nivået. Vi finner også en svak, men likefullt signifikant, positiv sammenheng mellom forbruksraten av hjemmetjenester for yngre og institusjonsorientering (koeffisienten på .154 er signifikant på .05 nivået). Heller ikke Sørheim og Paulsen (2013) finner holdepunkter for en konklusjon i retning av at tjenester til yngre går på bekostning av tjenester til eldre.

Umiddelbart kan det kanskje høres sannsynlig ut at omfattende tjenester til yngre gjør det vanskelig å opprettholde et høyt nivå på tjenester til eldre. I den statlige finansieringsordningen er det imidlertid lagt inn flere elementer som skal sikre at kommunene kan opprettholde tjenestene til eldre selv om det ytes omfattende omsorgstjenester til yngre. I tillegg til at antall yngre psykisk utviklingshemmede har egen vekting i den generelle fordelingsnøkkel, har både Vertskommunetilskuddet og Toppfinansieringsordningen for særlig ressurskrevende tjenester slik utjæmnende effekt. Gjennom toppfinansieringsordningen, som utelukkende gjelder yngre, ble det eksempelvis overført ca 4,35 milliarder kroner fra staten til kommunene i 2010. Hvilke resultater som oppnås, er også delvis avhengig av hvilke variabler en legger inn som avhengige variabler i en multivariat regresjonsanalyse.

Når vi i vår bivariate tilnærming bruker andel brukere av *hjemmetjenester* som variabler, finner vi altså en positiv sammenheng mellom forbruksrater av institusjoner og forbruksrate av hjemmetjenester både for eldre og yngre. Fordi yngre i svært liten grad bruker institusjoner, kan det umiddelbart virke overraskende at det er en signifikant, positiv sammenheng mellom institusjonsorientering og yngres forbruksrater av hjemmetjenester.

Den enkeltfaktoren som i størst grad forklarer variasjonene i omfanget på omsorgstjenestene, er *kommunenes frie inntekter* – det vil si de pengene kommunene står fritt til selv å bestemme bruken av. Omsorgstjenestene gis stor prioritet i flertallet av kommunene. Vi kan med svært stor sannsynlighet legge til grunn at det er en stor undergruppe av kommuner som ønsker å tildele ”ulike typer omsorgstjenester i stort omfang til flest mulig”. En annen måte å formulere det samme på er at det er en undergruppe av kommuner som makter å kombinere en forebyggende innretning

(tjenester til mange) med en pleieorientert innretning (mye tjenester til personer med omfattende bistandsbehov).

Uten å ha videre belegg for hypotesen, er vår antakelse at de positive korrelasjonene mellom på den ene siden institusjonsorientering, forbruksrate av hjemmetjenester til eldre og intensitet i hjemmetjenestene til eldre og på den andre siden forbruksrate og intensitet hjemmetjenester for yngre, har sin forklaring i at dette er kommuner med så vidt høye frie inntekter at de har mulighet til å realisere et politisk ønske om ”ulike typer tjenester i stort volum til flest mulig”.

Selv om hovedbildet altså er betydelig spredning, er det mulig å identifisere to *undergrupper* av kommuner med tydelige og ulike hovedinnretninger: Den ene undergruppen er kommuner som har mange både yngre og eldre tjenestemottakere. Hvis vi setter inklusjonskriteriet til kommuner som tilhører 5. kvintil i begge variablene, finner vi altså kommuner som har flest yngre hjemmehjelpsmottakere *og som samtidig* tilhører den femdelen kommuner som har flest eldre mottakere. Denne ”særlig rause” kommunegruppa teller 23 kommuner og 4 av disse 23 kommunene er vertskommuner. Det er imidlertid interessant å legge merke til at det i denne gruppa er noen kommuner som har liten tilgjengelighet til sykehjemsplasser (jamfør vår drøfting av ”progressive” kommuner nedenfor).

En annen undergruppe er kommuner som har få brukere fra begge aldersgruppene. Hvis vi definerer strenge inklusjonskriterier – det vil si å tilhøre 1. kvintil på begge variablene, finner vi 26 kommuner som kan sies å være særlig påholdne i den forstand at de tildeler hjemmetjenester både til få yngre og til få eldre. Ingen av disse 26 ”særlig påholdne” kommunene er vertskommuner.

Som drøftet ovenfor, er det ikke nødvendigvis andel av en befolkningsgruppe som mottar hjemmetjenester, men andelen hjemmeboende *med omfattende bistandsbehov* som er særlig relevant i forhold til den kompensatoriske sammenhengen mellom institusjonsorientering og andel brukere av hjemmetjenester. Det er også i forhold til andelen *hjemmeboende med omfattende bistandsbehov* vi dirkete kan snakke om en pleieorientert hjemmetjeneste. Ved å betrakte andel brukere med hjemmetjenester og andel hjemmeboende med omfattende bistandsbehov i sammenheng, kan vi normativt argumentere for følgende prinsipielt ulike innretninger:

*Kommuner med en ”balansert” innretning av hjemmetjenestene?*⁴⁰. En gruppe av kommuner kombinerer en pleieorientert innretning på hjemmetjenestene med en forebyggende innretning. Dette er kommuner som både har mange hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og som også tildeler hjemmetjenester til mange. Forutsatt at hjemmeboende med omfattende bistandsbehov mottar tjenester med en sammensetning og i et omfang som gjør tjenestene faglig forsvarlige, er denne undergruppen av kommuner særlig interessant fordi vi kan begrunne en antakelse om at disse kommunene makter både å *konsentrere* hjemmetjenestene om brukere med omfattende bistandsbehov (en pleiestrategi) og samtidig å *spre hjemmetjenester til mange*

⁴⁰ Når vi på denne måten normativt karakteriserer ulike innretninger, er karakteristikkene selvsagt bare hypoteser basert på usikre antakelser. Vi er avhengig av feltstudier for eventuelt å verifisere hypotesene. Målet med denne beskrivelsen er å illustrere hvordan våre analyser kan brukes for å finne fram til strategisk interessante typologier eller innretninger.

for på denne måten å ivareta en forebyggende strategi.⁴¹ Dette er en gruppe kommuner vi kan antyde har en balansert innretning på hjemmetjenestene som ivaretar både pleie og forebygging overfor hele befolkningen.

Hvis vi definerer ”strenge” inklusjonskriterier som å tilhøre 5. kvartil for både forbruksrate yngre og eldre og samtidig 5. kvartil andel hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov, kan det identifiseres 10 kommuner med denne særlig ”balanserte” innretningen i hjemmetjenestene, hvorav 3 er vertskommuner.

Kommuner med ”begrenset” hjemmetjenester? En undergruppe av kommuner har i svært liten grad en forebyggende strategi i hjemmetjenestene sine. De tildeler hjemmetjenester til en relativt liten andel både yngre og eldre, samtidig som andelen hjemmeboende med omfattende bistandsbehov er liten. Det helt sentrale spørsmål ved en slik innretning, er om hjemmetjenestene i disse kommunene er så begrenset – så knapp – at kommunene verken kan ivareta en pleie- eller en forebyggende strategi.

Vi kan identifisere 24 kommuner - som har liten forbruksrate av hjemmetjenester til yngre (1. kvartil) og samtidig få hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov (1. eller 2. kvartil).

De fleste kommunene som tilhører denne undergruppen av kommuner som tildeler hjemmetjenester til få både blant yngre og eldre samtidig, er kommuner med mange innbyggere. 4 av de største bykommunene tilhører denne gruppen.

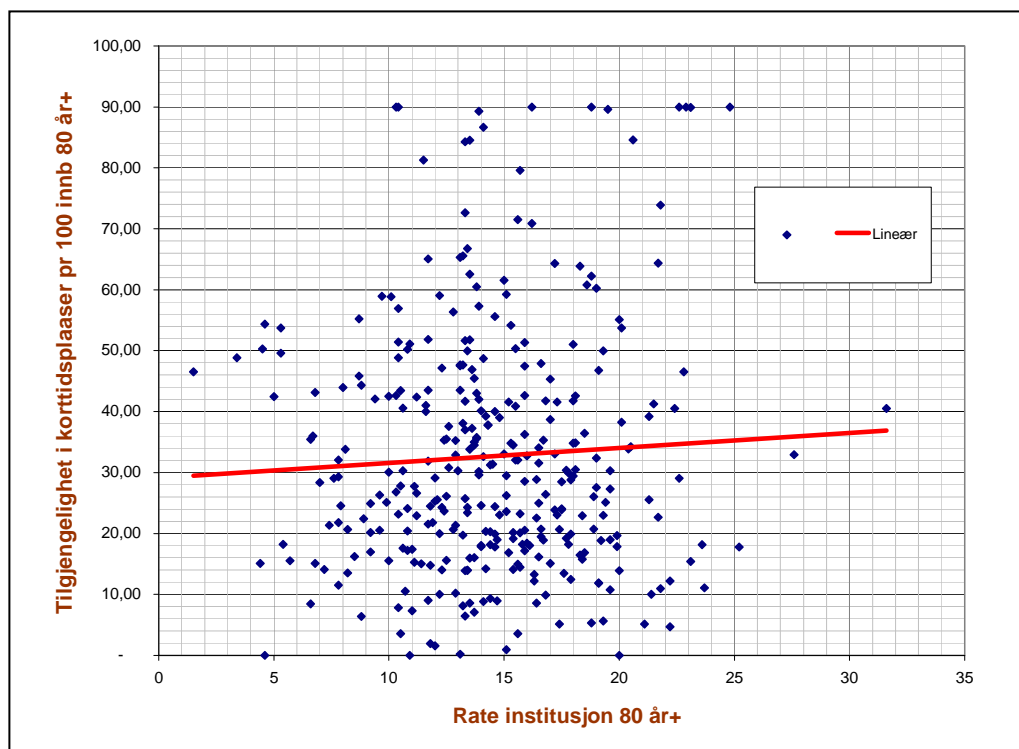
4.4 Sammenhengen mellom institusjonsorientering og tilgjengelighet til korttidsplasser i innretningen av pleie- og omsorgstjenestene

Kap 2.2. og 3.2 drøfter sammenhengen mellom antall institusjonsplasser og tilgjengelighet på institusjonsplasser og viser til Otterstad og Tønseths studie (2009) med data fra 10 fylker som finner en negativ sammenheng mellom tilgjengelighet til institusjonsplasser og teoretisk dekningsgrad – desto flere institusjonsplasser relativt sett en kommune rår over desto mindre blir tilgjengeligheten, også omtalt som omsorgstjenestens paradoks. Mens samlet tilgjengelighet i gjennomsnitt var 41 utskrivninger pr 100 innbyggere 80 år og over, var tilgjengeligheten i fylket med høyest og lavest tilgjengelighet respektive 54 og 31 utskrivninger per 100 innbygger 80 år og over. Det vises også til at Oslo hadde laveste tilgjengelighet (færrest utskrivninger i alt) på tross av at Oslo hadde den høyeste teoretiske institusjonsdekning.

⁴¹ Vi har definert en ”forebyggende strategi” ved at en kommune tildeler hjemmetjenester til mange. For at dette skal være reelt forebyggende må tjenester settes inn i en tidlig fase av bistandsbehovets utvikling. I tillegg må det benyttes kvalifisert personell som kan følge med og vurdere hvordan hjemmesituasjonen utvikler seg og i samarbeid med vedkommende hjemmetjenestemottaker sette i verk forebyggende tiltak når dette er hensiktsmessig. Vi vet ikke om dette er tilfelle i disse aktuelle kommunene. Ut fra vår generelle kunnskap om kommunale omsorgstjenester er det grunn til å anta at noen kommuner som tildeler hjemmetjenester til mange, og reelt følger en forebyggende strategi. Det er imidlertid grunn til å anta at det også finnes kommuner som tildeler tjenester til mange ut fra en sørvisstrategi og i liten grad ut fra en forebyggende strategi.

På grunnlag av denne studien er vår hypotese at tilgjengeligheten⁴² avtar med økende institusjonsorientering (andel 80 år og over med plass i institusjon).

Figur 4.2 *Sammenhengen mellom tilgjengelighet til kortidsplasser i institusjon i 2006 og andel 80 år og over i institusjon i 2010 i 333 kommuner med mer enn 2000 innbyggere i 2010. (Korrelasjon=0,112). Beregninger ved NIBR 2012*



Kilde: Kostra 2010, SSB 2011.

Plottediagrammet i figur 4.2 viser et resultat som er direkte motsatt av den hypotesen vi formulerte på grunnlag av Otterstad og Tønseths studie (2009). Vi finner en positiv sammenheng mellom institusjonsorientering og tilgjengelighet på kortidsplasser. Korrelasjonskoeffisienten er bare ,112 men er signifikant på 0,05 nivået.

På grunnlag av vår analyse, kan vi altså konkludere med at selve mengden plasser – det vi har definert som teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser – har en viss betydningen for tilgjengeligheten: desto flere plasser en kommune disponerer, desto større er tilgjengeligheten på kortidsplasser. Men som plottediagrammet tydelig viser, er det betydelige undergrupper av kommuner som avviker fra denne sammenhengen som kan identifiseres statistisk på nasjonalt nivå.

I samsvar med den nasjonale tendensen, finner vi altså kommuner som har stor tilgjengelighet på kortidsplasser og som samtidig har en stor andel av den eldre

⁴² Vi nytter her tilgjengelighet til kortidsplassene som tilgjengelighetsmål mens Otterstad og Tønseth nyttet samlet tilgjengelighet, dvs inkluderte utskrivningene på langtidsplassene. Men som vi allerede har vist i kap 3.3 er det så sterk samvariasjon mellom disse variablene i vårt materiale (corr=0,99) at de måler det samme. Og vi nytter derfor tilgjengelighet til kortidsplasser som eneste mål for tilgjengelighet til eldreinstitusjoner.

befolkningen boende i institusjon. *Men det er også en undergruppe av kommuner med lav tilgjengelighet på korttidsplasser til tross for å være sterkt institusjonsorientert.*

Plottdiagrammet synliggjør at vi også finner en undergruppe av kommuner som i samsvar med vår innledende hypotese har høy tilgjengelighet på korttidsplasser samtidig som kommunen rår over få institusjonsplasser (er lite institusjonsorientert).

Plottdiagrammet viser altså en svak, men likevel signifikant statistisk sammenheng mellom teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser og tilgjengelighet på nasjonalt nivå, men der et like framtrepende resultat er de undergrupper av kommuner som avviker fra denne nasjonale tendensen. Vi kan illustrere dette gjennom kryss-tabulering av tilgjengelighet på korttidsplasser og institusjonsorientering slik dette er vist tabell 4.5 nedenfor.

Tabell 4.5 *Sammenheng mellom rate i institusjon 80 år og over og tilgjengelighet til korttidsplasser 80 år og over. Antall kommuner i 1, 2, 4 og 5 kvintil (korrelasjon =+0112). Krysstabellering.*

| | Institusjonsorientering. Rate institusjoner 80 år og over | | | |
|---|---|-------------|------------|------------|
| Tilgjengelighet korttidsplasser 80 år og over | 1. kvintil | 2.. kvintil | 4. kvintil | 5. kvintil |
| 1. kvintil | 13 | 18 | 11 | 15 |
| 2. kvintil | 13 | 10 | 18 | 12 |
| 4. kvintil | 13 | 14 | 11 | 11 |
| 5. kvintil | 14 | 13 | 9 | 16 |

Vår opprinnelige hypotese var altså at stor institusjonsorientering samvarierer med liten tilgjengelighet på korttidsplasser (mange institusjonsplasser, men liten tilgjengelighet). Hvis vi kun benytter en kvintil per mål som inklusjonskriterium, ser vi at 15 kommuner skårer i 5. kvintil institusjonsorientering og 1. kvintil tilgjengelighet på korttidsplasser. Hvis vi benytter 2 kvintiler per mål som inklusjonskriterium (gul skravering) er det 56 kommuner som har høy institusjonsorientering, og lav tilgjengelighet på korttidsplasser.

Den statistisk signifikante tendensen er altså det motsatte av vår hypotese. Den nasjonale tendensen er at institusjonsorientering samvarierer med tilgjengelighet til korttidsplasser (mange institusjonsplasser og stor tilgjengelighet). Hvis vi benytter en kvintil per mål som inklusjonskriterium, er det 16 kommuner som har sterk institusjonsorientering og stor tilgjengelighet til korttidsplasser. Hvis vi benytter 2 kvintiler per mål som inklusjonskriterium (rød skravering), er det 47 kommuner som er institusjonsorientert og samtidig har stor tilgjengelighet på korttidsplasser.

Men det er også kommuner som er lite institusjonsorientert, men som likevel har stor tilgjengelighet til korttidsplasser (få institusjonsplasser, men stor tilgjengelighet på korttidsplasser). Hvis vi benytter en kvintil per mål som inklusjonskriterium er det 14 kommuner som er lite institusjonsorientert, og som har stor tilgjengelighet på institusjonsplasser. Hvis vi benytter 2 kvintiler som inklusjonskriterium (grønn skravering) er det 54 kommuner som er lite institusjonsorientert, men som har stor tilgjengelighet på institusjonsplasser.

Endelig er det også en undergruppe av kommuner som er lite institusjonsorientert og som også har liten tilgjengelighet på korttidsplasser (få institusjonsplasser og liten tilgjengelighet på korttidsplasser). Med en kvintil som inklusjonskriterium per mål, er det 13 kommuner som har få plasser og liten tilgjengelighet. Med 2 kvintiler som inklusjonskriterium (blå skravering), er det 54 kommuner som tilhører denne undergruppen.

Vi ser på nytt at under en signifikant sammenheng som kan observeres på det nasjonale nivået, *finnes det et betydelig antall kommuner som, sammenlignet med den nasjonale trenden, har stikk motsatt innretning.*

Sammenhengen på nasjonalt nivå viser altså at også mengden (antallet) plasser – og ikke bare sirkulasjonsfaktoren – har betydning for tilgjengeligheten, jamfør vår drøfting av sammenhengen mellom antall plasser og tilgjengelighet under kap 3.2. Våre resultater tyder på at selv om tilgjengeligheten i størst grad bestemmes av sirkulasjonsfaktoren, har også kommunenes institusjonsorientering (andel av den eldste befolkningen som bor på institusjon) likevel en viss betydning, og kanskje større betydning enn det som framgår av Otterstads studier.

I tillegg til å analysere forholdet mellom plasser og tilgjengelighet i storbyene, er Otterstads analyseenhet fylke. Vår analyseenhet er enkeltkommuner. I tillegg inkluderer Otterstad alle kommuner i sine analyser, mens vi utelater kommuner med 2000 eller færre innbyggere, og som drøftet tidligere (se kap 3.1), er det særlig kommuner med få innbyggere som har høyest (teoretisk) dekningsgrad i institusjon. *Vi har grunn til å anta at den positive sammenhengen mellom relativt mange plasser i forhold til den eldre befolkningen og liten tilgjengelighet til ledige plasser, er særlig tydelig i kommuner med få innbyggere (kommuner med 2000 eller færre innbyggere).*

Tilgjengeligheten til korttidsplasser er strategisk særlig interessant fordi dette er et operasjonaliserbart mål på samarbeidet mellom hjemmetjenester og institusjonsomsorg. Som vist i tabell 4.1, er spredning svært stor. I enkelte kommuner er det utbredt samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester, i andre kommuner er samarbeidet langt på vei fraværende. En *rimelig hypotese her kan være at det særlig er i kommuner med få innbyggere og hvor sykehjemmene i større grad ivaretar sørvisfunksjoner enn medisinske funksjoner hvor samarbeidet mellom institusjoner og hjemmetjenester langt på vei er fraværende.*

Som drøftet i kap 3.2.4 kan kommuner med stor tilgjengelighet til korttidsplasser karakteriseres som ”progressive” kommuner i den forstand at det er disse kommunene som har utviklet en innretning i tråd med boliggingjøring og hjemliggjøring av omsorgstjenestene, samtidig som de *medisinske* tjenestene er styrket gjennom økt samarbeid mellom institusjon og øvrig helse- tjenester i kommunen. I praksis betyr denne utviklingen at sykehjemmene i større grad er avviklet som boligtilbud og i

stedet utviklet som medisinske tilbud. Samtidig er dette en utvikling som er i samsvar med den utviklingen som er forutsatt i forbindelse med *Samhandlingsreformen*.

5 I hvilken grad har kommunene stabil innretning av omsorgstjenestene over tid?

5.1 Hvilke endringer skal beskrives

Vi skal beskrive i hvilken grad norske kommuner har samme innretning på omsorgstjenestene stabilt over tid – eller motsatt: om kommunene endrer innretning. Til dette skal vi analysere 3 variabler – institusjonsorientering, forbruksrate hjemmetjenester eldre og tilgjengelighet til korttidsplasser i institusjon – ved å sammenligne kommunenes innretning i 1996 og 2010. Så langt gjelder tilgjengelighet er vi imidlertid henvist til å nytte data fra 2006. Datagrunnlaget for 1996 bygger på løpende offentlig statistikk og er ikke offentlig tilgjengelig, men spesielt tilrettelagt for vårt formål av Statistisk Sentralbyrå.

Begrunnelsen for at vi tar utgangspunkt i 1996, er at resultatene for det året ikke er påvirket av *Statens handlingsplan for omsorgstjenestene* (handlingsplanens praktiske oppstart var i 1997-98).

Perioden går over 14 år – for tilgjengelighet 10 år. I dette tidsrommet har det skjedd betydelige endringer i kommunenes omsorgstjenester. I løpet av perioden har det for det første vært en betydelig volumvekst.⁴³ Ut fra et nasjonalt perspektiv analyserer og drøfter Brevik (Brevik 2010a og Brevik 2010b) om og eventuelt med hvilke begrunnelser det kan hevdes at den betydelige volumveksten er å forstå som en ren vekst i volum og økning i kvalitet som kan antas å følge av volumveksten, eller om volumveksten også kan forstås som en konsekvens av at kommunene har fått prinsipielt nye og utvidete oppgaver.

Vi går ikke videre inn i denne problemstillingen. Det vi primært ønsker å beskrive er *grad av stabilitet i kommunenes strategisk innretning*. Eksempel på strategisk endring kan være at en kommune øker eller reduserer grad av institusjonsorientering for å oppnå nye mål. Eventuelle endringer som følge av volumveksten i perioden, er ikke nødvendigvis en strategisk endring og ligger følgelig utenfor vårt fokus.

⁴³ Fra 1996 til 2010 var det en tilvekst på 52.500 årsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Mesteparten av denne veksten kom i de heimebaserte tjenestene og her særlig til brukere 0-66 år. Disse endringstrekkene er utførlig gjort rede for i Brevik 2010a, Brevik 2010b og i Brevik og Nygård 2011.

I tillegg til volumveksten, har det også skjedd vesentlige strategiske endringer initiert fra statlig nivå i løpet av 14 (10)-års perioden. Uten å gjøre oversikten fullstendig, skal vi peke på to vesentlige forhold:

Da *Statens handlingsplan for eldreomsorgen* startet i 1998, lå det en klar forventning om volumvekst. Staten la imidlertid ingen føringer om i hvilken grad volumveksten skulle komme i form av institusjoner (lovregulerte boliger, det vil si sykehjem), eller i hvilken grad veksten skulle komme i form av boliger med personelltilgang fra hjemmetjenestene. Derimot lå det en eksplisitt anbefaling om at kommunene burde benytte en betydelig del av institusjonsplassene kommunene rår over til korttidsopphold. På slutten av perioden ble planer for samhandlingsreformen påbegynt, og i samhandlingsreformen ligger det forventninger om en økning av primærkommunenes bruk av korttidsplasser til medisinske behandlingsformål. Ut fra disse føringene bør vi kunne forvente en økning i tilgjengeligheten til korttidsplasser.

Den andre store endringen som har skjedd i perioden, er den svært store økningen av yngre mottakere av omsorgstjenestene, jfr Brevik 2010b og Brevik 2012. Denne endringen har vi også delvis beskrevet i kap. 3.2. Økningen av yngre mottakere har kommet delvis som følge av strategiske endringer initiert fra statlig nivå. Eksempelvis har *Opptrappingsplanen for psykisk helse* i noen grad ført til flere yngre mottakere av de primærkommunale omsorgstjenestene. Men den store økningen av yngre tjenestemottakere har i liten grad kommet som resultat av statlige føringer. I hovedsak kommer økningen av yngre tjenestemottakere som en følge av individuelle behovsvurderinger som blir gjort av kommunenes ansatte som er gitt myndighet til å fatte enkeltvedtak om tildeling av tjenester. *Den store endringen i alderssammensetningen blant omsorgstjenestenes mottakere har imidlertid som resultat at en beskrivelse av i hvilken grad kommunene har endrete eller hatt en stabil innretning av tjenestene over tid, bare er meningsfylt å gjennomføre for eldre tjenestemottakere.*

Ut fra offentlig tilgjengelig statistikk alene er det umulig å klarstille hva som er endringer som følge av volumvekst og hva som er endringer som skyldes strategiske valg. I den grad vi eksempelvis kan observere økning i tilgjengelighet til korttidsplasser, kan vi *anta* at dette er strategiske endringer fordi økningen er i samsvar med statlige anbefalinger. Rent statistisk vil økningen framstå som en ren volumvekst der vi ut fra statistikken ikke har mulighet til å avgjøre hvorvidt økningen skyldes en "automatisk" heving av bunn-nivået fordi en får mer penger til rådighet, eller om økningen følger av en strategisk begrunnelse.

Hvilke endringer som følger av strategiske valg og hvilke endringer som følger av ressursvekst, kan altså ikke klarstilles på grunnlag av offentlig statistikk alene.⁴⁴ *Men det vi kan tolke ut fra offentlig statistikk, er enkeltkommunenes relative innretning i forhold til øvrige kommuners innretning.* I kap 2.1.2 begrunner vi hvorfor vi benytter kvintiler og desiler for å beskrive det kommunale mangfoldet: *Det er kommunenes faktiske praksis som bestemmer hvilken kvintil (desil) en enkeltkommune tilhører, og det er også norske kommuners faktiske praksis som bestemmer kvintilenes verdier og om forskjellene mellom kvintilene skal være små eller store.* Ved å analysere i hvilken grad kommunene i sine skårer for bruk av

⁴⁴ Ett av målene med fase 2 (se 1.4) er å avklare begrunnelsene for at case-kommunene har den innretning på omsorgstjenestene som de faktisk har.

tenester tilhører samme kvintil i 1996 og i 2010, kan vi beskrive innretningens *relative stabilitet*.

I tillegg skal vi beskrive de *faktiske* endringene, blant annet gjennom kvintilenes gjennomsnitt og grenseverdier. Vi kan også beskrive størrelsen av de faktiske endringene relativt sett. Det gjør vi ved å beskrive den faktiske endringen som avvik i prosent av medianverdien i 1996.

5.2 Relativ stabilitet

Den relative stabiliteten beskrives ved i hvilken grad kommunene tilhører samme eller endret kvintil i 1996 og i 2010.

Tabell 5.1 *Relativ stabilitet. Samlet oversikt over endringer i kvintilplasseringer fra 1996 til 2010 for institusjonsorientering forbruksrater hjemmetjeneste eldre og tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem. Absolutte tall og prosent.*

| <i>Type endring:</i> | <i>Institusjonsorientering</i> | | <i>Forbruksrater hjemmetjenester eldre</i> | | <i>Tilgjengelighet til korttidsplasser</i> | |
|---------------------------|--------------------------------|---------|--|---------|--|---------|
| | Abs. tall | Prosent | Abs. tall | Prosent | Abs. tall | Prosent |
| 1. Uten skifte | 96 | 29 | 86 | 26 | 102 | 31 |
| 2. Ned ett kvintil | 49 | 15 | 55 | 17 | 61 | 19 |
| 3. Opp ett kvintil | 65 | 20 | 56 | 17 | 41 | 13 |
| Sum 1-3. Nokså stabil | 210 | 64 | 197 | 60 | 204 | 62 |
| 4. Ned to/flere kvintiler | 60 | 18 | 65 | 20 | 60 | 18 |
| 5. Opp to/flere kvintiler | 58 | 18 | 66 | 20 | 64 | 19 |
| Alle | 328 k. | 100 | 328 k. | 100 | 328 k. | 100 |

Tabell 5.1 representerer en oppsummert framstilling. Vedleggstabellene V6 til V8 gir imidlertid en detaljert oversikt for fordelingen i forhold til alle kvintilene for hver enkelt variabel.

En kommune som har skåre nær *øvre* grenseverdi i en kvintil, er svært lik en kommune som skåre i *nedre* grenseverdi i tilstøtende kvintil. Forskjellen mellom nedre og øvre grenseverdi innen samme kvintil er langt større enn forskjellen mellom øvre og nedre grenseverdi for to tilstøtende kvintiler. Med en viss rett kan vi derfor si at kommuner som enten tilhører samme kvintil eller har en endret kvintilplassering på maksimalt en kvintil fra 1996 til 2010 er «nokså stabile». I oversiktstabellen 5.1 vises denne i tabellens skraverte linje i grått.

5.2.1 Institusjonsorientering.

Slik det går fram av tabell 5.1 er det 96 kommuner, eller 1 av 3 kommuner (29 prosent) som tilhører samme kvintil både i 1996 og 2010. 2 av 3 kommuner (64 prosent av

kommunene) er «nokså stabil» i betydningen at kommunene enten tilhører samme kvintil eller har en kvintilendring på maksimalt en kvintil.

Det er imidlertid en betydelig minoritet av kommuner som har en endret kvintilplassering tilsvarende 2 eller 3 kvintiler. Dette gjelder 1 av 3 kommuner (36 prosent).

Vedleggstabell V6 vises at det særlig er kommuner i ytter-kvintilene - 1. og 5. kvintil - som har hatt de største endringene. Av de 65 kommunene som tilhørte 1. kvintil i 1996, er det henholdsvis 22 og 20 kommuner som i 2010 tilhører samme eller har en endret kvintilplassering på maksimalt 1 kvintil. Og 42 av kommunene som i 1996 var blant den femdel kommuner som var minst institusjonsorientert, var fremdeles blant kommuner med liten institusjonsorientering i 2010 (65 prosent av kommunene som tilhørte 1. kvintil i 1996, tilhørte 1. eller 2. kvintil i 2010.)

Men 1 av 3 kommuner (23 kommuner) som tilhørte 1. kvintil i 1996, har endret kvintilplassering tilsvarende 2 eller flere kvintiler. Og 6 av de 65 kommunene som i 1996 tilhørte den femdel kommuner som var minst institusjonsorientert, var blant den femdelen kommuner som i størst grad var institusjonsorientert i 2010.

Av de 64 kommunene som i 1996 tilhørte 5. kvintil, er det fremdeles 40 kommuner som tilhører 5. eller 4. kvintil i 2010 (63 prosent av 5. kvintils kommuner i 1996). Det betyr at det også er et betydelig mindretall (24 kommuner eller 38 prosent) som har endret kvintilplassering tilsvarende 2 eller flere kvintiler. Og 7 av kommunene som i 1996 tilhørte den femdelen som var mest institusjonsorientert, tilhørte den femdelen kommuner som var minst institusjonsorientert i 2010.

Den relative stabiliteten for kommunenes institusjonsorientering kan oppsummeres på følgende måte:

- 96 kommuner – 29 prosent – tilhører samme kvintil i 1996 og i 2010
- 114 kommuner – 35 prosent – har en kvintilendring på 1 kvintil
- 118 kommuner – 36 prosent - har en kvintilendring på 2 eller flere kvintiler.

5.2.2 Forbruksrate av hjemmetjenester eldre.

Til tross for noen mindre nyanseforskjeller, er hovedbildet av endring i forbruksrater i hjemmetjenester til eldre det samme som for institusjonsorienteringen. Om lag 2 av 3 kommuner – 197 eller 60 prosent – er «nokså stabil» i betydningen at de enten tilhører samme kvintil eller har en kvintilendring på maksimalt 1 kvintil mellom 1996. og 2010. På samme måte som for institusjonsorientering, viser vedleggstabell V7 at det særlig er ytter-kvintilene som viser størst relativ stabilitet – de fleste i den femdelen kommuner som tildelte hjemmetjenester til færrest eldre i 1996, er fremdeles blant de kommuner som tildeler hjemmetjenester til få eldre i 2010. Og tilsvarende er stabiliteten for den femdelen kommuner som tildelte hjemmetjenester til flest eldre i 1996. Et mindretall av den femdelen som tildelte hjemmetjenester til flest i 1996, har imidlertid gjennomgått radikalt endret innretning. Og 7 av kommunene har en «fullstendig» omvendt innretning. De tilhørte 5. kvintil i 1996, men befant seg i 1. kvintil i 2010.

Den relative stabiliteten for kommunenes forbruksrater av hjemmetjenester til eldre kan oppsummeres på følgende måte:

86 kommuner – 26 prosent – tilhører samme kvintil i 1996 og i 2010.

111 kommuner – 34 prosent – har en kvintilendring på 1 kvintil

131 kommuner – 40 prosent - har en kvintilendring på 2 eller flere kvintiler.

5.2.3 Tilgjengelighet til korttidsplasser.

Hovedbildet for kommunenes tilgjengelighet til korttidsplasser er det samme som for de to foregående variablene. Særlig tydelig relativ stabilitet gjelder for den femdel kommuner som i 1996 hadde størst tilgang til korttidsplasser. Av de 67 kommunene som tilhørte 5. kvintil i 1996, tilhører 48 kommuner 5. eller 4. kvintil i 2010.

Den relative stabiliteten for kommunenes tilgjengelighet til korttidsplasser kan oppsummeres på følgende måte:

102 kommuner – 31 prosent – tilhører samme kvintil i 1996 og i 2010

102 kommuner – 31 prosent – har en kvintilendring på 1 kvintil

124 kommuner – 38 prosent – har en kvintilendring på 2 eller flere kvintiler.

5.3 Faktiske endringer

5.3.1 Institusjonsorientering.

Tabell 5.2 *Faktiske endringer i omsorgstjenestenes innretning fra 1996 til 2010 i 328 kommuner med 2000 eller flere innbyggere for institusjonsorientering, forbruksrate hjemmetjenester eldre og tilgjengelighet til korttidsplasser. Målt gjennom kvintilenes grenseverdier og gjennomsnitt.*

| Gruppering av kommuner i kvintiler | Institusjonsorientering, forbruksrate hjemmetjenester eldre, tilgjengelighet til korttidsplasser i 1996 og 2010 (2006) | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------|------------------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------|
| | Institusjons-orientering | | Forbruksrate hjemmetjenester eldre | | Tilgjengelighet til korttidsplasser | |
| | 1996 | 2010 | 1996 | 2010 | 1996 | 2006 |
| Antall kommuner | 328 | 328 | 328 | 328 | 328 | 328 |
| - 1. kvintils øvre grenseverdi | 14,0 | 10,9 | 31,6 | 31,3 | 14,0 | 16,0 |
| - 2. kvintils grenseverdier | 14,0- 17,0 | 10,9-13,3 | 31,6-34,7 | 31,3-34,3 | 14,0-21,4 | 16,0-23,9 |
| - 3. kvintils grenseverdier | 17,1-19,2 | 13,4 15,4 | 34,8-39,1 | 34,4-37,5 | 21,6-30,2 | 24,0-34,5 |
| - 4. kvintils grenseverdier | 19,2-22,1 | 15,5 -18,0 | 39,1-43,5 | 37,6-41,7 | 30,3-43,8 | 34,5-46,9 |
| -5. kvintil nedre grenseverdi | 22,2 | 18,1 | 43,6 | 41,8 | 43,9 | 47,0 |
| Gj. sn. | 18,4 | 14,4 | 38,2 | 36,3 | 30,5 | 33,1 |
| Median | 18,0 | 14,1 | 36,8 | 36,1 | 25,7 | 29,1 |
| Gj.sn. 1. kvintil | 11,6 | 8,4 | 28,1 | 28,0 | 6,6 | 10,5 |
| Gj.sn. 5 kvintil | 26,1 | 20,6 | 51,7 | 45,4 | 63,7 | 64,9 |
| Forhold 1.: 5. kvintil | 1:2,3 | 1:2,4 | 1:1,8 | 1:1,6 | 1:9,6 | 1:6,2 |

Norske kommuner har foretatt en markant reduksjon i sin bruk av institusjoner i løpet av tidsrommet 1996 til 2010. Det framgår av tallverdier presentert i tabell 5-2: Samtlige kvintilers grenseverdier er redusert: I 1996 var eksempelvis 1. kvintils øvre grenseverdi 14,0. I 2010 var samme kvintils øvre grenseverdi på 10,9.

Det betyr at når kommunene deles inn i 5 like store grupper etter institusjonsorientering, hadde den femdelen kommuner som var minst institusjonsorientert i 1996, 14 prosent eller mindre av befolkningen 80 år og over i institusjon. I 2010 var tilsvarende øvre grenseverdi redusert til 10,9. Reduksjonen tilsvarer en reduksjon på 3,1 prosentpoeng, eller en reduksjon på 22 prosent ut fra situasjonen i 1996. Nedre grenseverdi for 5. kvintil ble redusert fra 23,1 i 1996 til 18,1 i 2010 – tilsvarende 5 prosentpoeng. Også det tilsvarer en reduksjon på 22 prosent i forhold til 1996. I den femdelen kommuner som var minst institusjonsorientert i 1996, bodde i gjennomsnitt 11,6 prosent av den eldste befolkningen i institusjon. I 2010 var denne kvintilens gjennomsnitt redusert til 8,4. Tilsvarende gjennomsnitt for den femdelen som i størst grad var institusjonsorientert er redusert fra 26,1 til 20,6.

Hovedbildet er altså at reduksjonen i bruk av institusjoner er betydelig. Imidlertid er det et 79 kommuner (24 prosent – ikke dokumentert i tabell) som *øker* sin institusjonsorientering. Majoriteten av disse 79 kommunene har bare en ubetydelig økning. Hvis vi setter en vilkårlig grense ved at institusjonsorienteringen skal ha økt med 20 prosent eller mer i forhold til medianverdien i 1996, var det bare 18 kommuner (5 prosent) som hadde økt institusjonsorienteringen så mye. Samtlige av disse 18 kommunene hadde samtidig økt sin institusjonsorientering fra et svært lavt utgangspunkt i 1996.

Institusjonsorienteringen beregnet som antall 80 år og over som bor på institusjon i prosent av samme befolkningsgruppe, er altså betydelig redusert i kommuner som både har liten og stor institusjonsorientering.

Det dominerende bildet er at en halvpart av kommunene har redusert institusjonstilbudet betydelig – jamfør at medianverdien er redusert med 22 prosent. En andre halvpart av kommunene har i liten grad endrer sin bruk av institusjoner. Men også i den halvparten som i liten grad har endret institusjonsbruken, er *tendensen* at bruken av institusjoner reduseres. Imidlertid er det et lite mindretall - 18 kommuner - som øker bruken av institusjoner betydelig hvis vi med betydelig mener at økningen minst skal tilsvare 20 prosent økning målt i forhold til medianverdien i 1996.

Forholdstallet mellom gjennomsnittet i 1. og 5. kvartil øker svakt – fra 1:2,3 til 1:2,4. Dette reflekterer en svak bevegelse i retning av litt større innbyrdes forskjeller mellom kommune i 2010 enn i 1996, men dog på et betydelig lavere nivå.

5.3.2 Forbruksrate av hjemmetjenester eldre.

Når forbruksraten av hjemmetjenester til eldre måles som antall som er tildelt hjemmetjenester 80 år og over i prosent av samme befolkningsgruppe, er hovedbildet at forbruksraten er stabil fra 1996 til 2010. Hovedbildet er altså at samme prosentandel av befolkningen 80 år og over tildeles hjemmetjenester i 2010 som i 1996. Imidlertid er det en entydig, men ytterst beskjeden reduksjon. Denne beskjedne reduksjonen vises gjennom samtlige verdier presentert i tabell 5.2. Eksempelvis er gjennomsnittet for 1. kvartil redusert fra 28,1 til 28,0. Gjennomsnitt for 5. kvartil er redusert fra 51,7 til 45,4.

Når vi går inn i materialet (ikke vist i tabell her) viser det seg imidlertid at reduksjonen i stor grad kan tilskrives et lite mindretall av kommuner som har redusert en særlig høy forbruksrate i 1996. I 1996 var det 30 kommuner (9 prosent av alle kommunene) som hadde tildelt hjemmetjenester til over halvparten av befolkningen 80 år og over. I 2010 var det "bare" 6 kommuner som tildelte hjemmetjenester til over halvparten av aldersgruppen 80 år og over. I tråd med dette er forholdstallet mellom gjennomsnittene i 1. og 5. kvartil litt redusert – fra 1:1,8 i 1996 til 1:1,6 i 2010.

5.3.3 Tilgjengelighet til korttidsplasser.

Tilgjengeligheten til korttidsplasser har entydig økt i 10-års perioden fra 1996 til 2006. Økningen er entydig til stede gjennom samtlige verdier presentert i tabell 5-2. Eksempelvis økte gjennomsnittet for den femdelen kommuner som har minst tilgang

på korttidsplasser fra 6,6 i 1996 til 10,5 i 2006. Gjennomsnittet for 5. kvintil økte fra 63,7 til 64,9. Økningen er særlig synlig ved at det er kommuner med særlig lav tilgjengelighet i 1996 som har økt tilgjengeligheten, men økningen er også til stede blant kommuner med høy tilgjengelighet. Dette reflekteres også ved at forholdstallet mellom gjennomsnittene i 1. og 5. kvintil er redusert fra 1:9,6 i 1996 til 1:6,2 i 2006. De innbyrdes forskjellene mellom kommunene er fremdeles svært stor, men på et noe lavere nivå.

5.4 Drøfting.

Da *Statens Handlingsplan for eldreomsorgen* ble satt i virksomhet i 1998, var statens målsetting volumvekst. Konkrete kvalitative mål var i liten grad til stede.

Situasjonen i planfasen i forkant av handlingsplanperioden, var at fag-administrasjonen i de fleste norske kommuner ønsket statlige føringer som kunne avklare prioriteringen mellom å øke tilbudene i (medisinske) institusjoner (sykehjem) eller å øke tilbudene i omsorgsboliger med tilknyttet personell. Staten kom ikke med slike avklarende føringer.

Men på dette området har imidlertid kommunene selv tatt et svært tydelig grep: bruken av institusjonsopphold ble fram til 2010 redusert med vel 20 prosent i forhold til 1996, målt ved antall 80 år og over som bor på institusjon i prosent av samme befolkningsgruppe. Unntaket er et svært lite mindretall av kommuner som ut fra et særlig lavt nivå i 1996, har økt bruken av institusjoner.

Situasjonen fortøner seg paradoksalt: Kommunene reduserer bruken av institusjoner, mens det som fokuseres i media og i den riks-politiske retorikken er at det er økt bruk av institusjoner det er særlig behov for.

Redusert bruk av institusjoner viser bare en del av utviklingen. I samme tidsrom har det vært en økning i bruk av omsorgsboliger med tilknyttet personell. Som vist i kap 3, er omsorgsboliger med døgnkontinuerlig tilgang på personell særlig et tilbud til yngre, men også til eldre brukere.

Økningen i antall eldre som bor i boliger med tilgang på heldøgns pleie vises i følgende tall: I 2010 var det 10.000 personer 67 år og over som bodde i kommunale boliger med heldøgns pleie og omsorg. I 2006 var det 8.400 67 år og over som bodde i boliger med tilgang på heldøgns pleie (Kilde Kostra, SSB. 2006 var første år med SSB-data om dette.) Antall institusjonsplasser har i samme periode vært omtrent har vært det samme (Kostra, SSB). Men med et uendret antall institusjonsplasser, vil institusjonsorienteringen likevel reduseres, fordi befolkningen øker i antall.

Forbruksraten av hjemmetjenester målt som antall 80 år og over som tildeles hjemmetjenester er uendret i perioden fra 1996 til 2010. *Dette hovedbildet kan imidlertid presiseres ved at det i perioden har vært en svært svak, men likevel entydig reduksjon av forbruksraten på alle nivåer.*

I plandokumentene for *Handlingsplan for eldreomsorgen*, ble det gitt en tydelig statlig anbefaling om å benytte en betydelig del av institusjonsplassene kommunene rår over til målrettede korttidsopphold. Kvantitativt var målet vagt, men retningen var tydelig gitt. Det har vært en viss økning i perioden, særlig ved at kommuner som hadde

svært liten tilgjengelighet til korttidsplasser i 1996 har økt tilgjengeligheten. Kommuner med relativ høy tilgjengelighet i 1996, har bare hatt en svak økning.

Spredningen eller forskjellene mellom kommunene – målt som forholdstallet mellom gjennomsnittene i 1. og 5. kvartil – er om lag den samme: en svak økning for institusjonsorienteringen, og en svak reduksjon for hjemmetjenestene. Spredningen så langt gjelder tilgjengelighet på korttidsplasser er fremdeles svært stor, men er likevel redusert i perioden ved at kommuner med svært liten tilgjengelighet i 1996 har økt tilgjengeligheten noe.

Oppsummert er altså den relative stabiliteten om lag den samme i alle de tre målene for endret innretning som vi har nyttet i denne analysen. De kommunene som hadde et lite forbruk av korttidsplasser i institusjon, dvs. lav tilgjengelighet i 1996, hadde også lav tilgjengelighet i 2006. Tilsvarende hadde kommuner med stort forbruk og stor tilgjengelighet i 1996, også stort forbruk og stor tilgjengelighet i 2006. Denne relative stabiliteten gjelder for 2 av 3 kommuner målt ved at de tilhører enten samme kvartil eller at kvartilendringen er maksimalt 1 kvartil. Imidlertid er det et *stort mindretall* av kommunene som viser ustabilitet i sin relative innretning. 1 av 3 kommuner er relativt ustabile målt ved at *kvartilendringene* fra 1996 til 2010 tilsvarer plassendring over 2 eller flere kvantiler.

Men i perioden har det vært en tydelige *faktiske* endringer i volum, og da særlig i institusjonsorientering. Av de 3 dimensjonene vi har undersøkt, og som beskriver omsorgstjenestene til eldre, har det i perioden vært en betydelig reduksjon i bruken av institusjoner, forbruksraten av hjemmetjenester har vært nokså stabil, mens det har funnet sted en økning i tilgjengelighet til korttidsplasser.

I en situasjon med generelt sterk volumvekst i ressursbruk (bruk av personell og penger), har antallet eldre brukere i hovedsak blitt redusert. Denne tilsynelatende paradoksale sammenhengen forklares av to forhold: For det første har en større del av volumveksten blitt brukt til yngre brukere i de heimebaserte tjenestene. Når det gjelder tjenestene til eldre, har volumveksten ikke resultert i at flere får tjenester – det har snarere vært en svak reduksjon i andelen med tjenester (raten). Imidlertid har volumet per tjenestemottaker økt i betydelig grad både i de heimebaserte tjenestene og i institusjon (Brevik 2010b og Brevik og Nygård 2012)

6 Et mangfold av typologier – oppsummerende drøfting

6.1 Våre hovedfunn oppsummert

Spredningen i norske kommuners innretning av omsorgstjenester er svært stor. Selv om denne spredningen i noen få tilfeller statistisk kan framstå som "overdrevet stor", fordi identiske funksjoner statistisk blir registrert som forskjellige funksjoner, gjenstår en stor og reell spredning. Tabell 3.1 viser spredningen. Som eksempler kan nevnes at kommuner som tilhører 1. kvintil i institusjonsorientering, i gjennomsnitt har 8,4 prosent av befolkningen 80 år og over i institusjon, kommuner som tilhører 5. kvintil har i gjennomsnitt 20,6 prosent av samme befolkningsgruppe i institusjon. Det betyr at institusjonsforbruket var 2,5 ganger høyere her sammenliknet med 1. kvintil. Dette er en svært stor spredning når vi samtidig tar i betraktning at det offentlige ordskiftet i stor grad omtaler sykehjemsdekningen som generelt for svak i hele riket.

Tilgjengelighet til korttidsplasser varierer fra i gjennomsnitt 10,1 plasser per 100 80 år og over i 1. kvintil, til 64,4 i 5. kvintil. Her er forholdstallet i tilgjengelighet mellom store grupper av kommuner 1: 6,4 (mellom 1. og 5. kvintil, jfr tabell 3.1). Tilgjengelighet på korttidsplasser er en grunnleggende strategisk størrelse for kommunenes evne til å møte tjenestebehovene. At en slik strategisk størrelse varierer så sterkt viser en lite enhetlig innretning av de kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Også utbyggingen av hjemmetjenestene varierer betydelig. Hjemmetjenester gis til 60 pst flere 80 år og over i de 20 pst av kommunene med flest brukere sammenliknet med de 20 pst av kommunene med færrest eldre brukere.

Tabell 4.1 viser de bivarierte korrelasjonskoeffisientene mellom hovedvariablene. På nasjonalt nivå finner vi en tydelig sammenheng: kommuner som er lite institusjonsorientert, har mange hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov og tildeler hjemmetjenester til mange. Kommuner med stor institusjonsorientering har få hjemmeboende med omfattende bistandsbehov og tildeler hjemmetjenester til få. Det er med andre ord en kompensatorisk sammenheng mellom institusjonsorientering og tildeling av hjemmetjenester. Kommuner med få eldre i institusjon, tildeler hjemmetjenester til mange – og omvendt. En eksplorerende faktoranalyse identifiserer 2 tydelige faktorer: institusjonsbaserte kommuner og hjemmetjenestebaserte kommuner.

Selv om vi på nasjonalt nivå finner denne tydelige kompensatoriske sammenhengen, er det imidlertid et betydelig antall kommuner som viser motsatt innretning. Vi finner en undergruppe med et betydelig antall kommuner som tildeler både institusjoner og

hjemmetjenester til mange eldre, og vi finner en undergruppe av kommuner som gjør det stikk motsatte: de tildeler både institusjonsplasser og hjemmetjenester til få personer.

Hvilke funksjoner institusjonene fyller, varier også betydelig: I enkelte kommuner er samarbeidet mellom institusjoner og helsetjenestene for øvrig i kommunen så godt som fraværende, der alle plasser ved institusjonen til en hver tid er belagt og samarbeidet med hjemmetjenestene er begrenset til å ta inn ny bruker når tidligere bruker dør etter forholdsvis lang botid. I andre kommuner er det et utstrakt samarbeid mellom institusjon og øvrige helsetjenester der det kontinuerlig er ledig plass ved institusjonen.

Det er også et mønster i tildeling av tjenester til yngre og eldre ved at kommuner som tildeler tjenester til få eldre, også tildeler tjenester til få yngre. Og tilsvarende er det kommuner som tildeler tjenester til mange eldre som samtidig yter tjenester til mange yngre. Men også i dette mønsteret er det undergrupper av kommuner som gjør det stikk motsatte.

6.2 Hvilke typologier kan identifiseres?

Våre to hovedspørsmål er hvilke dimensjoner er egnet til å beskrive det kommunale mangfoldet i omsorgstjenestene og hvilke typologier i innretning er det mulig å identifisere.

Sørheim og Paulsen (2012) svarer på de samme spørsmålene ved å benytte 2 dimensjoner: eldres forbruksrate av institusjoner og eldres forbruksrate av hjemmetjenester. Hver dimensjon deles i 2 grupper med medianverdien som delingspunkt. På denne måten identifiserer de 4 tydelige typologier. Typologiene karakteriserer de som "robuste" og bestandige både når sammenhengene i deltjenestene, ressursbruk og konsistens over tid analyseres.

Vi benytter 7, delvis 9 dimensjoner, og deler hver dimensjon inn i 5 (alternativt 10) like store grupper der inndelingskriteriet er kvintilenes (desilenes) grenseverdier. Vi analyserer tjenestene for eldre og yngre separat, Sørheim og Paulsen analyserer bare tjenestene for eldre. Vi kan identifisere et betydelig antall typologier som blir så stort at antall typologier blir uoversiktlig og tendere til å "spriker i alle retninger". Beskrivelsen og forståelsen av den faktiske situasjonen er altså i noen grad avhengig av verktøyet som benyttes. Mange dimensjoner med flere verdier for hver dimensjon gir et sprikende, fragmentert og uoversiktlig bilde. Få dimensjoner og få verdier gir et mer oversiktlig bilde. Begge beskrivelsene reflekterer realitetene på en objektivt "riktig" måte. Spørsmålet er hvilket beskrivende verktøy som er mest fruktbar i forhold til de spørsmål som skal analyseres..

Også vi finner tydelige mønstre og tendenser til typologier på nasjonalt nivå. Disse er identiske med de 4 typologiene Sørheim og Paulsen beskriver. Vi bruker litt forskjellige begreper, men beskrivelsen av typologiene blir den samme:

- Vi identifiserer en gruppe kommuner som tildeler institusjonsplass til mange eldre, og hjemmetjenester til et fåtall både eldre og yngre. Denne typen innretning benevner Sørheim og Paulsen institusjons-kommuner.

- Vi identifiserer en gruppe kommuner som tildeler institusjonsplass til et fåtall eldre, og hjemmetjenester til mange både eldre og yngre. Denne typen innretning benevner Sørheim og Paulsen hjemmetjeneste-kommuner.
- Vi identifiserer en gruppe kommuner som tildeler institusjonsplass til mange eldre og hjemmetjenester til mange både eldre og yngre. Med utgangspunkt i tjenestene for eldre benevner Sørheim og Paulsen denne gruppen kommuner "høy/høy" kommuner for å vise at forbruksraten er stor både for institusjoner og hjemmetjenester. Vi antyder at denne typen innretning kan karakteriseres som "særlig raus".
- Vi identifiserer en gruppe kommuner som tildeler institusjoner til få eldre og hjemmetjenester til et fåtall både eldre og yngre. Med utgangspunkt i tjenestene for eldre benevner Sørheim og Paulsen denne gruppen kommuner "lav/lav" for å vise at forbruksraten er liten både for institusjoner og hjemmetjenester. Vi antyder at denne typen innretning kan karakteriseres som "særlig påholden".

6.3 Hvilke dimensjoner er egnet for å beskrive det kommunale mangfoldet?

Det er samvariasjon i forbruksrater mellom eldre og yngre. Det er til og med en viss positiv samvariasjon mellom institusjonsorientering og forbruksrate hjemmetjenester til yngre – en samvariasjon som er vanskelig å forklare ut fra omsorgstjenestenes funksjoner, men som trolig kan forklares med at det er noen kommuner som både ønsker og har tilstrekkelig frie inntekter til å "tildele tjenester til mange". Denne samvariasjonen indikerer at det kan være tilstrekkelig å typologisere omsorgstjenestenes innretning bare etter en aldersgruppe – eksempelvis eldre. Det er imidlertid kommuner som tildeler tjenester i strid med dette mønstret – noen kommuner gir hjemmetjenester til få eldre, men til mange yngre. I andre kommuner er sammenhengen omvendt, de tildeler hjemmetjenester til mange eldre, men få yngre.

Grad av institusjonsorientering sier noe vesentlig om en kommunes innretning av omsorgstjenestene. Kommuner som i liten grad er institusjonsorientert, tildeler hjemmetjenester til mange og har mange hjemmeboende eldre med "omfattende bistandsbehov". Sørheim og Paulsen (2012) finner en klar sammenheng mellom driftskostnader per institusjonsplass og forbruksrate av institusjoner: Høyt bruk (forbruksrate) av institusjoner betyr mindre driftskostnader per plass, men økte samlede kommunale driftsutgifter for omsorgstjenestene totalt sett.

I flere sammenhenger er det vesentlig også å vite hva institusjonene benyttes til. Forbruksraten forteller i liten grad hva institusjonene brukes til. Forbruksrate av og tilgjengelighet til institusjoner måler svært ulike funksjoner med innbyrdes sprikende sammenhenger. Slik vi ser det, er det i flere sammenhenger direkte tilslørende å beskrive kommunenes institusjonsorientering uten også å vurdere tilgjengeligheten til institusjoner.

Sørheim og Paulsen (2012), som deler en dimensjon inn i to grupper med medianen som delingspunkt, peker på at de går glipp av mye informasjon fordi den interne variasjonen innen hver gruppe blir stor. Når en deler en dimensjon inn i 5 (10) grupper med kvintilenes grenseverdier som delingspunkt, blir den interne variasjonen

i hver gruppe betydelig redusert. Medianen for tilgjengelighet til korttidsplasser i 2010 er 29,1 utskrivninger per 100 eldre per år. Gjennomsnittet i 1 kvartil er 16, gjennomsnittet i 5. kvartil er 64,9 (se tabell 5.1). Det betyr at en variasjon fra 29,1 til 1. kvartils nedre grenseverdi, som er tilnærmet null, blir en gruppe, mens en variasjon fra 29,1 til 5. kvartils øvre grenseverdi, som er tilnærmet 100, blir gruppe nummer to.⁴⁵ Ved å dele dimensjonen inn i kvintiler (desiler), blir den store interne spredningen i en mediangruppe, fordelt på 2-3 kvartilgrupper (4-5 desilgrupper).

Jo flere dimensjoner vi benytter for å beskrive kommunenes innretninger av omsorgstjenestene og desto flere grupper hver dimensjon deles inn i, desto større innsikt og detaljrikdom oppnås. Men det en taper med en slik detaljert beskrivelse er oversikt og *lett forståelig* mening om hva ulike typologier betyr og innebærer i praksis.

Det er med andre ord formålet som må bestemmes hvor detaljert innretningene bør beskrives. Vårt formål er å beskrive det kommunale mangfoldet for å ha holdepunkter når vi skal velge case-kommuner for fase 2. I forkant av vår undersøkelse vurderte vi om vi skulle velge dimensjoner med begrunnelse i hvilke dimensjoner som primærhelsetjenesten bør beskrives ved hjelp av når samhandlingsreformen er implementert. Vi valgte ikke å velge dimensjoner begrunnet ut fra *Samhandlingsreformen*, dels fordi aktuell statistikk ikke er tilgjengelig. Eksempelvis bør kommunenes bruk av sine institusjoner detaljeres for framtidig bruk.

6.4 Vanskelig å bedømme hva som er funksjonelle og hensiktsmessige innretninger av pleie- og omsorgstjenestene

Det som kjennetegner hovedbildet av kommunenes innretning av omsorgstjenestene på nasjonalt nivå – det vil si *'på alle kommuners nivå'* – er mangfold preget av stor spredning og ulike innretninger uten store og klare retninger eller tendenser som omfatter de fleste kommuner. Det er med andre ord lav korrelasjon mellom dimensjonene som beskriver innretning. Vi finner med andre ord. *ikke typologier for innretning av tjenestene som omfattes av de fleste eller et betydelig omfang av kommunene*. Med unntak av den kompensatoriske sammenhengen mellom bruk av institusjoner til eldre og tildeling av hjemmetjenester til eldre og yngre, avtegner det seg i liten grad nasjonale mønstre.

Det er imidlertid mulig å identifisere undergrupper av kommuner som har særegne, distinkte og klare typologier. Men slike klare typologier begrenser seg oftest til mindre *undergrupper* av kommuner. Eksempelvis betyr dette at det bare er om lag halvparten av kommunene med 2.000 eller flere innbyggere som vi evner å innplassere i klart innrettede typologier, og som vi benevner henholdsvis institusjonsbaserte, hjemmetjenestebaserte, særlig rause og særlig påholdne kommuner.

⁴⁵ Vi skriver "tilnærmet null" fordi det er usikkert om de få utskrivninger enkelte kommuner har er fra korttids- eller langtidsplasser. Vi skriver "tilnærmet 100" fordi vi har utelatt noen få kommuner med ekstreme verdier.

For flere kvantitative hovedelementer i innretningen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene dreier det seg ikke bare om mangfold. Tilbudet spriker så vidt sterkt at mange kommunale innretninger av tjenestene må karakteriseres som fragmenterte i forhold til hverandre. Og de store variasjonene kan på langt nær tilskrives tilsvarende lokale variasjoner i behov. Samlet avtegner dette fragmenterte mangfoldet etter vår vurdering fraværet av selv en grovmasket nasjonal konsensus og styring av innretningen av tjenestene og dermed fravær av nasjonal normering.

Det store mangfoldet av typologier, mønstre eller innretninger som vi har beskrevet, kan ses på som en omfattende utprøving av ulike modeller, strategier eller innretninger av omsorgstjenestene. I den grad den omfattende spredningen i innretning kan forstås som utprøving av ulike modeller, må det samtidig konkluderes med at det i liten grad er gjort forsøk på å evaluere hvilke innretninger som under hvilke betingelser er formålstjenlige og hvilke innretninger som er lite formålstjenlige eller direkte uhensiktsmessige.

I fase 2 av foreliggende oppdrag (se kap 1.4) er det nettopp evaluering av ulike innretninger som er formålet. Et mindre antall kommuner med ulike innretninger, men med kostnadseffektiv drift og god kvalitet som fellesnevner, skal i fase 2 velges ut for evaluering. Da er det *ikke* antall kommuner som har implementert en bestemt innretning som er grunnlaget for utvelgelse. Kommuner skal først og fremst velges fordi de har en innretning som er *strategisk viktig, faglig meningsfylt, fruktbar, interessant, formålstjenlig og framtidsrettet*. Dette er vanskelig, fordi grunnlaget for hva som er strategisk viktige, interessante eller formålstjenlige eksempler først og fremst må begrunnes *normativt*.

Det vår studie viser, er at vi i det eksisterende univers av svært forskjellige typologier høyst sannsynlig vil finne kommuner som ut fra et vidt sett av kriterier driver formålstjenlig – samtidig som vi høyst sannsynlig også vil finne kommuner som driver direkte uhensiktsmessig. Hvilke kommuner som plasserer seg i hvilken gruppe, er det derimot vanskelig å avgjøre.

Vi har analysert innretningen gjennom 7 hovedmål. Ser vi på variablene (målene) *enkeltvis*, er det for enkelte av variablene mulig å ta stilling til grad av hensiktsmessighet ut fra normative resonnement. Noen kommuner tildeler eksempelvis hjemmetjenester til om lag halvparten av den eldre befolkningen, andre til mindre enn 1 av 5. Behov for tjenester i en befolkning er i stor grad en funksjon av alder. I de kommuner hvor halvparten av den eldste befolkningen mottar hjemmetjenester, må det derfor med nødvendighet være flere eldre som mottar sørvistjenester for oppgaver som de selv er i stand til å utføre. Dette kan være en formålstjenlig strategi *forutsatt at denne tildelingspraksisen inngår i et bevisst forebyggende opplegg*. Men kanskje er dette en kontraindisert strategi fordi den passiviserer mottakerne og sløser med personell og ressurser som heller burde arbeide i forhold til personer med reelle behov for bistand.

For andre hovedmål (variabler) er det mulig å være mer kategorisk i våre normative vurderinger. I enkelte kommuner kan det i gjennomsnitt gå mer enn ett år for hver gang korttids plass i sykehjem blir ledig per 100 innbyggere 80 år og over. Dette er høyst sannsynlig en kontraindisert strategi. Slike kommuner bør bygge ut hjemmetjenestene blant annet for at sykehjemmene i større grad kan ivareta *medisinske* funksjoner, for slik å etablere alternative valgmuligheter både for mottakere

og ytere av bistand, og for å frigjøre økonomi og personell som er låst fast til en unødige kostnadskrevende og pensjonatliggende sørvistjeneste.

I andre kommuner blir korttidsplass ledig mer enn 80 ganger per år og per 100 eldre 80 år og over. I slike tilfeller kan det stilles spørsmål ved om enkelte opphold er så kortvarig at det ikke gis tilstrekkelig tid til å arbeide for å nå de faglige mål som er satt for oppholdet.

Disse to eksemplene viser at også ved normative vurderinger av hovedmålene *enkeltvis* er det vanskelig å fastsette eksakte grenser for optimal innretning. Enda vanskeligere er det å komme fram til en normativ begrunnelse for formålstjenlig innretning når alle variablene vurderes i sammenheng. Men det våre analyser viser, er at uansett hvilken helhetlig innretning som vi normativt kan argumentere for er en formålstjenlig og funksjonell innretning, *så kan vi også gå ut i fra at det finnes flere kommuner som alt har realisert en slik innretning*. Sagt på en annen måte: nesten uansett hvilken helhetlig innretning som (innenfor realistiske ramme) normativt kan begrunnes å være formålstjenlig, så er det mulig å evaluere slike innretninger empirisk fordi vi allerede kan legge til grunn at det finnes kommuner som har realisert disse innretningene.

6.5 Mulig grunnlag for vurdering av formålstjenlig innretning

Det som gjør det vanskelig å finne fram til hvilke helhetlige profiler eller innretninger som er formålstjenlige, er at det er konflikter mellom ulike normativt begrunnede mål. I mangfoldet og på et svært generelt og overordnet nivå, er det trolig mulig å enes om at det er 3 hoveddimensjoner som kan danne grunnlag for en vurdering av hvilke innretninger som er formålstjenlige. Disse dimensjonene er: brukernes kvalitetsvurderinger, faglige kvalitetsvurderinger og økonomi.

6.5.1 Brukernes kvalitetsvurderinger

Brukernes vurderinger gir imidlertid tilnærmet ingen holdepunkter for hvilken typologi, profil eller innretning som er formålstjenlig. Det har ikke vært mulig ad forskningsbasert vei å finne fram til hvilken profil eller innretning som er de beste bedømt ut fra brukernes ståsted. Hjelmbrække (med flere, 2011) konkluderer eksempelvis med følgende:

De kvantitative analysene av brukertilfredshet viser at tjenesteprofilen betyr forholdsvis lite for brukertilfredsheten, mens dekningsgrad og korrigerede frie inntekter har stor betydning. Analysene av brukertilfredsundersøkelsene viser at det er små forskjeller i brukertilfredshet mellom kommuner med ulik profil. Tendensen går imidlertid i retning av at jo mer tjenester høyere oppe i omsorgstrappa er bygd ut, desto mer fornøyd er innbyggerne og brukerne (side 232).

Årsaken til at vi ikke finner noen direkte sammenheng mellom innretning av tjenestene og brukernes vurderinger, tror vi er følgende: Brukerne møter aldri en tjenesteprofil. Brukerne møter helse- og omsorgsarbeidere, der kvaliteten på tjenestene i stor grad realiseres i det personlige møtet mellom tjenesteutøver og

tjenestemottaker. Når brukerne vurderer kvaliteten, legges en hovedvekt på dette personlige møtet.

Dekningsgrad og frie inntekter har imidlertid betydning. Oversatt til upresis dagligtale betyr det at tendensen er at kommuner som tildeler ”mye tjenester til mange” har mer fornøyde brukere og innbyggere enn andre kommuner. Og særlig er det kommuner med høye frie inntekter som i størst grad kan realisere en slik profil. Hvis det bare er de ”heldige” kommunene med store frie inntekter som kan realisere denne hovedprofilen som odiøst kan kalles ”mest mulig av alle tjenester”, viser dette særlig behov for både å prioritere hva som skal eller bør være det offentliges ansvar, og ikke minst å avklare hva som er formålstjenlige hovedprofiler *innenfor realistiske kommunaløkonomiske rammer*.

6.5.2 Faglige kvalitetsvurderinger.

Fordi ulike verdier kan legges til grunn, er det også uenighet om hvilken hovedinnretning som ut fra *faglige* begrunnelser er formålstjenlig. I Norge er det fremdeles langt på vei en uavklart ”strid” om hva som er riktig balanse mellom et sosialt og et medisinsk regime for omsorgstjenestene. Det er trolig mulig å komme fram til enighet om hva som er best omsorgstjenester for avgrensede målgrupper. Det er trolig faglig enighet om at for personer med mental reduksjon, bør det etableres døgnkontinuerlige og stabile relasjoner til omsorgsarbeidere som arbeider etter miljø-terapeutiske prinsipper. Om dette tilbudet bør etableres innenfor et sosial eller medisinsk rammeverk, er det imidlertid fortsatt uenighet om. Samhandlingsreformen presser trolig fram større enighet om at kommunale institusjoner først og fremst bør ivareta *medisinske* funksjoner. Alvorlig syke eller døende bør få være sammen med sine nærmeste og motta palliative tjenester med den tryggheten som følger med høgt medisinsk kvalifisert personell.

Yngre fysisk funksjonshemmete trenger bistand for å kunne leve et selvstendig liv, der de personlige assistentene bør være lydhøre, praktiske assistenter og kanskje i mindre grad *helsearbeidere*. På dette fragmenterte planet er det mulig å bli normativt enig om hvilke faglige vurderinger som skal legges til grunn. Når disse fragmentene skal settes sammen til en helhetlig tjenesteprofil - en kommunal omsorgstjeneste - blir det imidlertid vanskeligere å nå fram til presise avklaringer.

I tillegg til manglende normativ konsensus, har vi også praktiske utfordringer i den forstand at vi mangler et statistisk grunnlag for å måle den faglige kvaliteten på tjenestene.

6.5.3 Økonomiske vurderinger.

Kostnader og økonomi er den både presise og samlende målestokken som all kommunal virksomhet, uansett sektor eller tjeneste, kan vurderes etter. Uansett typologi eller tjenesteprofil, kan profilen vurderes økonomisk. Samtidig er statistiske opplysninger om økonomi lett tilgjengelig. Når en kommune skal sammenligne egne tjenester med såkalt ’*best praksis*’, er det lett å forstå hvorfor sammenligningsgrunnlaget i hovedsak er driftskostnader, og ikke tjenesteprofil. Men den åpenbare

begrensningen knyttet til en økonomisk tilnærming er at en mangler data om kvalitet.⁴⁶

6.5.4 Avslutning

Til tross for manglende konsensus og til tross for manglende datatilfang, kan vi konkludere med følgende: Ut fra normative vurderinger, er det mulig å argumentere for og beskrive formålstjenlige innretninger eller profiler i de kommunale omsorgstjenestene. På samme normative grunnlag er det mulig å argumentere for og også beskrive en uhensiktsmessig og lite formålstjenlig profil eller innretning. Videre kan vi anta at det finnes kommuner som praktiserer slike innretninger.

Som aksiom er altså vårt utgangspunkt at vi i det kommunale mangfoldet finner kommuneprofiler som både er hensiktsmessige og direkte uhensiktsmessige. Det kommunale mangfoldet er imidlertid både for stort og for uoversiktlig. Slik vi ser det, bør det arbeides fram et grunnlag for tydeligere normative føringer for hva formålstjenlige innretninger av omsorgstjenestene innebærer. Grunnlaget for å arbeide fram slike normative føringer må være empiriske evalueringer og analyser av konkrete kommuneeksempler.

Det å signalisere tro på tydeligere normative føringer for hvordan kommunene bør innrette sine omsorgstjenester, kan imidlertid anses som risikofylt fordi det lett oppstår misforståelser om at vi ønsker ensretting og normativ tvang. Et ønske om å *redusere og evaluere* det kommunale mangfoldet må imidlertid ikke misforstås som et ønske om å *avskaffe* det kommunale mangfoldet.

⁴⁶ Og det er slike ensidig økonomiske analyser som gjør at en praktisk orientert leser kan stusse over enkelte forskningsresultater. Som eksempel kan nevnes Hjelmbrække (med flere, 2011) som oppsummerer sine multivariate analyser blant annet med følgende: "Samdriftsulempen og produktspesifikke stordriftsfordeler innebærer at økt spesialisering av pleie- og omsorgstjenestene er kostnads- og effektivitetsmessig gunstig. ... Flytter alle personer i gjennomsnittskommunen som mottar tjenester i omsorgsboliger med heldøgns bemanning til langtidsopphold i institusjon, og vice versa, finner vi at kostnadsfordelene er klart størst ved overflytting til heldøgnsbemannede omsorgsboliger" (side 231-232).

Litteratur

- Borge, L. E og Haraldsvik, M (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Senter for økonomisk forskning A/S.
- Brevik I. (2010a): Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 - all vekst i endret innretning. NIBR-rapport 2010:1, Oslo
- Brevik I. (2010b): De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1989-2007. NIBR prosjektrapport 2009/NIBR-rapport 2010:2, Oslo
- Brevik I. (2012): Kjennetegn ved yngre brukere av heimebaserte tjenester. NIBR-notat 2012:106, Oslo
- Brevik, I. og Nygård, L (2011): Status og utvikling i Oslos eldreomsorg 2001 – 2009. En sammenliknende analyse. NIBR, Notat nr 113.
- Daatland, S. O. og Veenstra, M. (red)(2012): Bærekraftig omsorg? NPVA, rapport nr. 2, 2012.
- Gabrielsen, K. et.al. (2010): individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenestene i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater for arbeidet med IPLOS-data for 2009. SSB, Oslo. Notat nr. 50.
- Hagen, T. P., Amayu, K. N., Godager, G. og Øien, H (2011): Utvikling i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986 – 2010. Institutt for helse og samfunn, HERO, Universitetet i Oslo. Skriftserie nr 5.
- Huseby, B.M. og Paulsen, B (2009): Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden? Helsetjenesteforskning, SINTEF.
- Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G. og Vardheim, I. (2011): Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren. Telemarksforskning. Rapport nr. 280.
- Moland, L. (2011): Praksis ved tildeling av sykehjems plasser i Oslo. FAFO, Oslo. Rapport nr. 17.
- Otnes, B (2010): Hjemmetjenestetilbud på sykehjemsnivå. Beregninger på grunnlag av statistikk om pleie- og omsorgstjenestene 2008 (IPLOS og KOSTRA-data. SSB, Oslo. Notat nr. 13.
- Otterstad, H. K. og Tønseth, H (2009): Eldreomsorgen i krise? Hva er problemet, hvor er løsningene? Aldring og livsløp nr 3-4.
- Otterstad, H.K. og Tønseth, H (2007): Sykehjemsdrift i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet? Aldring og livsløp nr. 1.

Selbæk, G. og Høgset, L:D. (2010): IPLOS og kartlegging av tjenestebehov hos hjemmeboende med kognitiv svikt. Alderspsykiatrisk senter, Sykehuset Innlandet. Rapport, april.

Stortingsmelding nr 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet.

Sørheim, K.A. og Paulsen, B. (2012): Strukturell variasjon i pleie- og omsorgstjenesten. Typologisering av kommuner. Sintef, Teknologi og samfunn. Helse.

Vedlegg 1

Tabeller

Tabell V 1 Gjennomsnitt i kvintiler for hovedvariablene rate som bor på institusjon 80 år og over, og rate brukere av hjemmetjenester 80 år og over, fordelt på 96 kommuner med 2000 eller færre innbyggere og 333 kommuner med mer enn 2000 innbyggere. Kilde: SSB, KOSTRA, 2010

| Kvintil og gjennomsnitt | Institusjonsorientering. Andel av befolkningen 80+ som bor på institusjon. I prosent. Kvintilenes gjennomsnitt. | | Andel av befolkningen 80 + som mottar hjemmetjenester. I prosent. Kvintilenes gjennomsnitt | |
|-------------------------|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| | Kommuner med mindre enn 2000 innbyggere | Kommuner med mer enn 2000 innbyggere | Kommuner med mindre enn 2000 innbyggere | Kommuner med mer enn 2000 innbyggere |
| 1 kvintil | 13,2 | 8,4 | 25,4 | 28,0 |
| 2 kvintil | 17,8 | 12,4 | 33,4 | 32,8 |
| 3 kvintil | 20,3 | 14,3 | 37,0 | 35,9 |
| 4 kvintil | 24,0 | 16,7 | 40,3 | 39,6 |
| 5 kvintil | 34,2 | 20,6 | 45,1 | 45,7 |
| Forholdet 5k/1k | 2,6 | 1,6 | 1,8 | 1,6 |
| Aritmetisk gjennomsnitt | 22,0 | 14,4 | 36,3 | 36,3 |

Tabell V1 viser at kommuner med få innbyggere jamt over har en betydelig større andel av sin eldre befolkning boende på institusjon, sammenlignet med kommuner som har mer enn 2000 innbyggere. Forskjellen er systematisk, både blant den femdelen småkommuner som har færrest eldre på institusjon og blant den femdelen småkommuner som har flest eldre boende på institusjon. For de fleste kvintilenes vedkommende ligger gjennomsnittet for småkommunene vel 40 prosent over gjennomsnittet for gruppen av kommuner med mer enn 2000 innbyggere. Unntaket er den femdelen småkommuner som i størst grad har sin eldre befolkning boende på institusjon. 5. kvintils gjennomsnitt ligger hele 66 prosent over gjennomsnittet for tilsvarende kvintil for kommuner med enn 2000 innbyggere.

Når det derimot gjelder den andre hovedvariabelen som vises i tabell V1, - andelen av den eldre befolkningen som mottar hjemmetjenester – er spredningen i de to kommunegruppene ganske identisk. Også forholdstallet mellom 5. og 1. kvintil er om lag det samme for de to kommunegruppene.

Selv om det tydelige hovedmønsteret er at kommuner med få innbyggere har en langt større andel av den eldre befolkningen boende på institusjon enn andre kommuner, er det ikke vanskelig å finne kommuner med få innbyggere som bryter dette hovedmønsteret. Det er også kommuner med få innbyggere som har svært få eldre boende på institusjon.

Tabell V2. *Innbyrdes korrelasjoner mellom 4 alternative operasjonaliseringer av forbruksrater/ dekningsrad av hjemmetjenester blant eldre.*

| | Rate: 67-79/67-79 | Rate: 67+/67+ | Rate: 80+/80+ | D.grad: 67+/80+ |
|-------------------|-------------------|---------------|---------------|-----------------|
| Rate: 67-79/67-79 | - | .795 | .772 | .772 |
| Rate: 67+/67+ | .795 | - | .868 | .772 |
| Rate 80+/80+ | .531 | .868 | - | .867 |
| D.grad: 67+/80+ | .772 | .802 | .867 | - |

Rate 67-79/67-79: antall mottakere av hjemmetjenester 67-79 år i prosent av befolkningen 67-79 år.

Rate 67+/67+: antall mottakere av hjemmetjenester 67 år og over i prosent av befolkning 67 år og over

Rate 80+/80+: antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og over i prosent av befolkningen 80 år og over

Dekningsgrad 67+/80+: antall mottakere av hjemmetjenester 67 år og over i prosent av befolkningen 80 år og over

Tabell V2 er basert på KOSTRA for 333 kommuner som har 2000 eller flere innbyggere.

Tegnet / betyr i prosent av befolkningen bak tegnet. Antall foran tegnet / betyr antall tjenestemottakere i denne alderen.

De innbyrdes korrelasjonskoeffisientene er stor mellom alle de 4 alternative måtene å beregne rater/dekningsgrad på, da med den nyansen at koeffisienten er minst mellom alternativet ”mottakere 67 og over i prosent av befolkningen 67 år og over” og de øvrige alternativene.

Tabell V 3 *Kvintilenes gjennomsnittsverdier for 7 hovedvariable. Kilde SSB, KOSTRA 2010*

| | Forbruk hjem.tjenst. Eldre | Institusjonsorientering. | Forbruk hjem.tjenst. Yngre | Samlet tilgjengelighet | Tilgjengelighet kort-tidsplasser | Omfatt. bistandsbehov. Yngre | Omfatt. Bistandsbehov. Eldre |
|------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 kvartil | 28,0 | 8,4 | 1,2 | 16,4 | 10,1 | 2,3 | 10,5 |
| 2 kvartil | 32,8 | 12,4 | 1,7 | 27,0 | 19,9 | 3,2 | 17,3 |
| 3 kvartil | 35,9 | 14,3 | 2,0 | 36,4 | 28,7 | 3,9 | 22,0 |
| 4 kvartil | 39,6 | 16,7 | 2,4 | 47,7 | 40,3 | 4,8 | 28,2 |
| 5 kvartil | 45,7 | 20,6 | 3,6 | 84,2 | 64,4 | 6,7 | 46,9 |
| Totalt | 36,3 | 14,4 | 2,2 | 42,3 | 32,7 | 4,2 | 25,0 |
| Forholdet 5 k/1k | 1,6 | 2,5 | 3,0 | 5,1 | 6,4 | 2,9 | 4,4 |

Tabell V 4 Desilenes gjennomsnittsverdier for 7 hovedvariabler. Kilde SSB, KOSTYRA, 2010

| | Forbruk hjem.tjenst. Eldre | Institusjonsorientering. | Forbruk hjem.tjenst. Yngre | Samlet tilgjengelighet | Tilgjengelighet kort-tidsplasser | Omfatt. bistandsbehov. Yngre | Omfatt. Bistandsbehov. Eldre |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 desil | 26,2 | 6,7 | 1,0 | 12,0 | 6,2 | 2,0 | 8,4 |
| 2 desil | 29,8 | 10,2 | 1,3 | 20,8 | 13,9 | 2,6 | 12,6 |
| 3 desil | 32,0 | 11,7 | 1,6 | 25,0 | 18,1 | 3,0 | 16,0 |
| 4 desil | 33,6 | 13,1 | 1,7 | 29,0 | 21,7 | 3,4 | 18,6 |
| 5 desil | 35,0 | 13,8 | 1,9 | 33,7 | 26,1 | 3,7 | 21,0 |
| 6 desil | 36,8 | 14,8 | 2,1 | 39,2 | 31,4 | 4,1 | 23,0 |
| 7 desil | 38,4 | 16,0 | 2,3 | 44,7 | 37,1 | 4,6 | 26,3 |
| 8 desil | 40,6 | 17,4 | 2,5 | 50,6 | 43,7 | 5,0 | 30,0 |
| 9 desil | 43,5 | 19,0 | 3,0 | 59,8 | 52,7 | 5,5 | 38,0 |
| 10 desil | 47,7 | 22,4 | 4,3 | - | 76,1 | 8,0 | 56,3 |
| Totalt | 36,3 | 14,4 | 2,2 | 42,3 | 32,7 | 4,2 | 25,0 |
| Forholdet 10 d/1 d | 1,8 | 3,3 | 4,3 | - | 12,3 | 4,0 | 6,7 |

Tabell V 5 Kvintilenes gjennomsnittsverdier for 5 hovedvariabler fordelt på alle kommuner og vertskommunene. Antall kommuner i parentes. Kilde: SSB; KOSTRA 2010.

| | Rate hjem.. tjenester yngre | | Yngre hjemme med omfatt. bistandsbehov | | Rate hjem. tjenester eldre | | Eldre hjemme med omfatt bistandsbehov | | Institusjonsrate 80 år og over | |
|-----------|-----------------------------|---------------|--|---------------|-----------------------------|---------------|---------------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|
| | Kommuner ikke vertskomm | Vertskommuner | Kommuner ikke vertskomm | Vertskommuner | Kommuner ikke vertskommuner | Vertskommuner | Kommuner ikke vertskomm | Vertskommuner | Kommuner ikke vertskomm | Vertskommuner |
| 1 kvartil | 1,2 (60) | 1,1 (5) | 2,3 (34) | 1,7 (1) | 28,4 (61) | 23,0 (5) | 1,1 (30) | 1,1 (5) | 8,5 (54) | 8,1 (13) |
| 2 kvartil | 1,7 (61) | 1,7 (6) | 3,2 (32) | 3,2 (3) | 32,8 (62) | 32,1 (5) | 1,7 (30) | 1,7 (5) | 12,4 (67) | 12,7 (4) |
| 3 kvartil | 2,0 (60) | 2,0 (7) | 3,9 (31) | 3,7 (5) | 35,9 (60) | 35,9 (9) | 2,2 (33) | 2,2 (3) | 14,4 (59) | 14,0 (5) |
| 4 kvartil | 2,4 (61) | 2,4 (6) | 4,8 (31) | 4,7 (4) | 39,6 (61) | 39,5 (7) | 2,8 (29) | 2,7 (6) | 16,7 (59) | 16,3 (7) |
| 5 kvartil | 3,6 (59) | 3,6 (8) | 6,3 (23) | 7,4 (12) | 45,7 (57) | 45,8 (6) | 4,5 (29) | 5,4 (6) | 20,7 (62) | 18,8 (3) |

For å sammenligne vertskommuner og øvrige kommuner, velger vi disse 5 hovedvariablene ut fra signifikante bivariate sammenhenger – se tabell 4.1 som viser korrelasjonsmatrise for alle hovedvariablene.

Vi har opplysninger for 32 vertskommuner. For variablene der ”hjemmeboende med omfattende bistandsbehov” inngår, har vi opplysninger fra 25 vertskommuner

For variablene rate hjemmetjenester yngre og eldre og hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov er vertskommunene plassert med om lag likt antall i de 5 kvartilene. Vertskommunenes gjennomsnittsverdier i de ulike kvintiler er også tilsvarende gjennomsnittet som for kommuner uten vertskommuner. Med andre ord har vertskommunene på disse 3 variablene om lag samme profil og innretning som kommunene generelt.

Imidlertid er tendensen at vertskommunene tilhører 5 kvintil på variabelen ”yngre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov”. Ca halvparten av vertskommunene (12 av 25 kommuner hvor vi har opplysninger) tilhører 5. kvintil på denne variabelen. Sammenlignet med norske kommuner generelt har altså vertskommunene særlig mange yngre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov. Men det er også vertskommuner som har få yngre hjemmeboende med omfattende bistandsbehov. Henholdsvis 1 og 3 vertskommuner tilhører 1. og 2. kvintil.

Som tendens har vertskommuner få eldre som bor på institusjon. 13 av de 32 vertskommunene tilhører 1. kvintil på institusjonsorientering – noe som betyr at 40 prosent av vertskommunene tilhører den 5-delen kommuner som har færrest eldre boende på institusjon. Men også her er det tydelige unntak. Henholdsvis 3 og 7 kommuner tilhører 5. eller 4. kvintil på hovedvariabelen institusjonsorientering.

Tabell V6. *Relativ stabilitet i institusjonsorientering. Innplassering i kvintiler i 2010 i forhold til 1996. Kommuner som har endret plass med minst 2 kvintiler er merket med grønt (mindre institusjonsorientert) og blått (mer institusjonsorientert). Kommuner som bare har skiftet med en kvintil (mer eller mindre institusjonsorientert) ned) er merket med gult, mens kommuner som ikke har skiftet kvintil er merket med oransje. 22.2. 2013.*

| | 1 kv Inst10 | 2 kv Inst10 | 3 kv Inst10 | 4 kv Inst10 | 5 kv Inst10 | Total |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------|
| 1 kv Inst96 | 22 | 20 | 10 | 7 | 6 | 65 |
| | 33,8% | 30,8% | 15,4% | 10,8% | 9,2% | 100,0% |
| 2 kv Inst96 | 10 | 16 | 22 | 14 | 4 | 66 |
| | 15,2% | 24,2% | 33,3% | 21,2% | 6,1% | 100,0% |
| 3 kv Inst96 | 12 | 13 | 12 | 13 | 17 | 67 |
| | 17,9% | 19,4% | 17,9% | 19,4% | 25,4% | 100,0% |
| 4 kv Inst96 | 15 | 9 | 13 | 19 | 10 | 66 |
| | 22,7% | 13,6% | 19,7% | 28,8% | 15,2% | 100,0% |
| 5 kv Inst96 | 7 | 7 | 10 | 13 | 27 | 64 |
| | 10,9% | 10,9% | 15,6% | 20,3% | 42,2% | 100,0% |
| Total | 66 | 65 | 67 | 66 | 64 | 328 |
| | 20,1% | 19,8% | 20,4% | 20,1% | 19,5% | 100,0% |

Tabell V7 *Relativ stabilitet for forbruksrate av hjemmetjenester eldre. Innplassering i kvintiler i 2010 i forhold til 1996. Kommuner som har endret plass med minst 2 kvintiler er merket med grønt (reduisert relativ forbruksrate) og blått (økt relativ forbruksrate). Kommuner som bare har skiftet med en kvintil (økt eller redusert forbruksrate) er merket med gult, mens kommuner som ikke har skiftet kvintil er merket med oransje.*

| | 1 kv H10 | 2 kv H10 | 3 kv H10 | 4 kv H10 | 5 kv H10 | Total |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------|
| 1 kv H96 | 22 | 11 | 15 | 8 | 11 | 67 |
| | 32,8% | 16,4% | 22,4% | 11,9% | 16,4% | 100,0% |
| 2 kv H96 | 9 | 21 | 14 | 11 | 11 | 66 |
| | 13,6% | 31,8% | 21,2% | 16,7% | 16,7% | 100,0% |
| 3 kv H96 | 14 | 12 | 14 | 14 | 10 | 64 |
| | 21,9% | 18,8% | 21,9% | 21,9% | 15,6% | 100,0% |
| 4 kv H96 | 10 | 12 | 15 | 11 | 17 | 65 |
| | 15,4% | 18,5% | 23,1% | 16,9% | 26,2% | 100,0% |
| 5 kv H96 | 10 | 10 | 9 | 19 | 18 | 66 |
| | 15,2% | 15,2% | 13,6% | 28,8% | 27,3% | 100,0% |
| Total | 65 | 66 | 67 | 63 | 67 | 328 |

Tabell V8. *Relativ stabilitet for tilgjengelighet til korttidsplasser. Innplassering i kvintiler i 2010 i forhold til 1996. Kommuner som har endret plass med minst 2 kvintiler er merket med grønt (mindre relativ tilgjengelighet) og blått (større relativ tilgjengelighet). Kommuner som bare har skiftet en kvintil (mer eller mindre tilgjengelighet) er merket med gult, mens kommuner som ikke har skiftet kvintil er merket med oransje.*

| | 1 kv T10 | 2 kv T10 | 3 kv T10 | 4 kv T10 | 5 kv T10 | Total |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------|
| 1 kv T96 | 15 | 13 | 10 | 17 | 12 | 67 |
| | 22,4% | 19,4% | 14,9% | 25,4% | 17,9% | 100,0% |
| 2 kv T96 | 17 | 17 | 13 | 10 | 7 | 64 |
| | 26,6% | 26,6% | 20,3% | 15,6% | 10,9% | 100,0% |
| 3 kv T96 | 11 | 15 | 21 | 9 | 8 | 64 |
| | 17,2% | 23,4% | 32,8% | 14,1% | 12,5% | 100,0% |
| 4 kv T96 | 13 | 17 | 15 | 15 | 6 | 66 |
| | 19,7% | 25,8% | 22,7% | 22,7% | 9,1% | 100,0% |
| 5 kv T96 | 7 | 6 | 6 | 14 | 34 | 67 |
| | 10,4% | 9,0% | 9,0% | 20,9% | 50,7% | 100,0% |
| Total | 63 | 68 | 65 | 65 | 67 | 328 |
| | 19,2% | 20,7% | 19,8% | 19,8% | 20,4% | 100,0% |

Tabell V 9. Oversikt over kommuner med rate i institusjon 80 år+ i 1. og 10. desil. 2010. 34 og 32 kommuner. Antall brukere pr 100 innb. 80 år+ Kilde Kostra 2010, SSB 2011

| Kommuner i 1. desil etter rate 80 år+ i institusjon | | | | Kommuner i 10. desil etter rate 80 år+ i institusjon | | | |
|---|-----|------------------|-----|--|------|----------------------|------|
| 1101 Eigersund | 1,5 | 1032 Lyngdal | 7,2 | 0515 Vågå | 20 | 2021 Karasjok | 21,8 |
| 1851 Lødingen | 3,4 | 1528 Sykkylven | 7,4 | 1146 Tysvær | 20 | 1923 Salangen | 22,2 |
| 1445 Gloppen | 4,4 | 1127 Randaberg | 7,6 | 2028 Båtsfjord | 20 | 2020 Porsanger | 22,2 |
| 1531 Sula | 4,5 | 0822 Sauherad | 7,8 | 0511 Dovre | 20,1 | 1812 Sømna | 22,4 |
| 0716 Re | 4,6 | 1221 Stord | 7,8 | 1567 Rindal | 20,1 | 0514 Lom | 22,6 |
| 2003 Vadsø | 4,6 | 1243 Os (Hord.) | 7,8 | 0543 Vestre Slidre | 20,4 | 1264 Austrheim | 22,6 |
| 1135 Sauda | 5,0 | 1420 Sogndal | 7,8 | 1554 Averøy | 20,5 | 1742 Grong | 22,8 |
| 0616 Nes Busk.) | 5,3 | 1256 Meland | 7,9 | 0516 Nord-Fron | 20,6 | 2011 Kautokeino | 22,9 |
| 0814 Bamble | 5,3 | 1703 Namsos | 8,0 | 1514 Sande (MR) | 21,1 | 1711 Meråker | 23,1 |
| 1870 Sortland | 5,4 | 0720 Stokke | 8,1 | 1133 Hjelmeland | 21,3 | 1913 Skånland | 23,1 |
| 1029 Lindesnes | 5,7 | 0605 Ringerike | 8,2 | 1547 Aukra | 21,3 | 1543 Nesset | 23,6 |
| 1130 Strand | 6,6 | 1532 Giske | 8,2 | 1548 Fræna | 21,4 | 1419 Leikanger | 23,7 |
| 1714 Stjørdal | 6,6 | 1867 Bø (Nordl.) | 8,5 | 0513 Skjåk | 21,5 | 2025 Tana | 24,8 |
| 1246 Fjell | 6,7 | 0502 Gjøvik | 8,7 | 1021 Marnardal | 21,7 | 1422 Lærdal | 25,2 |
| 0628 Hurum | 6,8 | 0625 Nedre Eiker | 8,7 | 2002 Vardø | 21,7 | 0937 Evje og Hornnes | 27,6 |
| 1431 Jølster | 6,8 | 0815 Kragerø | 8,8 | 1231 Ullensvang | 21,8 | 0911 Gjerstad | 31,6 |
| 1037 Kvinesdal | 7,0 | 1439 Vågsøy | 8,8 | | | | |

Tabell V 10. Oversikt over kommuner med rate i hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1. og 10. desil. 33 og 33 kommuner. 2010. Antall brukere pr 1000 innb 80 år+ Kilde Kostra 2010, SSB 2011

| Kommuner i 1. desil - rate 80 år+ i heimebaserte | | | | Kommuner i 10. desil - rate 80 år+ i heimebaserte | | | |
|--|-----|------------------|-----|---|-----|-------------------|-----|
| 1101 Eigersund | 53 | 1106 Haugesund | 275 | 0822 Sauherad | 450 | 1750 Vikna | 474 |
| 1264 Austrheim | 226 | 0438 Alvdal | 276 | 1523 Ørskog | 450 | 1648 Midtre G.dal | 476 |
| 0534 Gran | 241 | 1216 Sveio | 276 | 1429 Fjaler | 453 | 2003 Vadsø | 477 |
| 0937 Evje/Hornnes | 241 | 0228 Rælingen | 279 | 1426 Luster | 454 | 1141 Finnøy | 480 |
| 1021 Marnardal | 242 | 0226 Sørums | 280 | 1420 Sogndal | 455 | 2011 Kautokeino | 482 |
| 1638 Orkdal | 243 | 0235 Ullensaker | 280 | 1867 Bø (Nordl.) | 455 | 1936 Karlsøy | 485 |
| 0220 Asker | 245 | 0239 Hurdal | 280 | 1557 Gjemnes | 456 | 0430 Stor-Elvdal | 486 |
| 0211 Vestby | 257 | 0135 Råde | 281 | 1635 Rennebu | 458 | 1644 Holtålen | 486 |
| 1543 Nesset | 257 | 0542 Nord-Aurdal | 281 | 1532 Giske | 459 | 1703 Namsos | 487 |
| 1245 Sund | 260 | 1820 Alstahaug | 281 | 0716 Re | 460 | 2020 Porsanger | 494 |
| 0213 Ski | 269 | 0138 Hobøl | 282 | 0631 Flesberg | 461 | 0621 Sigdal | 496 |
| 0427 Elverum | 269 | 1419 Leikanger | 282 | 1851 Lødingen | 462 | 1431 Jølster | 500 |
| 0234 Gjerdrum | 270 | 1253 Osterøy | 283 | 0815 Kragerø | 464 | 1134 Suldal | 502 |
| 0911 Gjerstad | 272 | 0217 Oppegård | 284 | 1142 Rennesøy | 467 | 1037 Kvinesdal | 503 |
| 1124 Sola | 273 | 1127 Randaberg | 284 | 0834 Vinje | 470 | 1612 Hemne | 518 |
| 1114 Bjerkreim | 274 | 1106 Haugesund | 275 | 1135 Sauda | 472 | 1832 Hemnes | 528 |
| 0618 Hemsedal | 275 | | | | | 0536 Søndre Land | 530 |

Tabell V 11. Oversikt over kommuner med rate i sum institusjon og hjemmebaserte tjenester 67 år+ i 1. og 10. desil. 2010. Antall brukere pr 100 innb. 67 år+. Kilde: Kostra 2010, SSB 2011

| Kommuner i 1. desil - rate 67 år+ i heimeb. instit. | | | | Kommuner i 10. desil - rate 67 år+ i heimeb.+ instit. | | | |
|---|-------|----------------|-------|---|-------|------------------|-------|
| 1101 Eigersund | 3,44 | 0111 Hvaler | 17,83 | 0622 Krødsherad | 32,63 | 1711 Meråker | 30,56 |
| 1127 Randaberg | 14,87 | 1820 Alstahaug | 17,90 | 2019 Nordkapp | 32,68 | 1251 Vaksdal | 30,61 |
| 0138 Hobøl | 15,56 | 0227 Fet | | 1911 Kvæfjord | 32,74 | 0540 Sør Aurdal | 30,62 |
| 0211 Vestby | 15,67 | 0711 Svelvik | 17,92 | 1736 Snåsa | 32,94 | 1837 Meløy | 30,73 |
| 0220 Asker | 16,19 | 1018 Søgne | 17,99 | 1648 Midtre Gaul. | 33,09 | 1854 Ballangen | 30,88 |
| 0228 Rælingen | 16,34 | 1264 Austrheim | 18,02 | 1557 Gjemnes | 33,33 | 2021 Karasjok | 30,88 |
| 0234 Gjerdrum | 16,55 | 0239 Hurdal | 18,28 | 1573 Smøla | 33,33 | 1644 Holtålen | 30,93 |
| 0233 Nittedal | 16,69 | 0217 Oppegård | 18,29 | 1838 Gildeskål | 33,74 | 1431 Jølster | 31,03 |
| 0627 Røyken | 17,13 | 0216 Nesodden | 18,47 | 2020 Porsanger | 33,89 | 0519 Sør Fron | 31,08 |
| 0811 Siljan | 17,22 | 0701 Horten | 18,48 | 1742 Grong | 33,95 | 1848 Steigen | 31,17 |
| 0235 Ullensaker | 17,27 | 0230 Lørenskog | 18,49 | 1422 Lærdal | 34,07 | 1635 Rennebu | 31,20 |
| 1124 Sola | 17,46 | 1662 Klæbu | 18,56 | 1134 Suldal | 34,18 | 1718 Leksvik | 31,25 |
| 0229 Enebakk | 17,50 | 1714 Stjørdal | 18,59 | 0536 Søndre Land | 34,49 | 1832 Hemnes | 31,36 |
| 0213 Ski | 17,50 | 0215 Frogn | 18,71 | 1416 Høyanger | 34,72 | 0514 Lom | 31,40 |
| 0814 Bamble | 17,53 | 1663 Malvik | 18,80 | 1567 Rindal | 35,17 | 1429 Fjaler | 31,96 |
| 1122 Gjesdal | 17,61 | 0904 Grimstad | 18,96 | 0621 Sigdal | 35,44 | 0430 Stor Elvdal | 31,98 |
| 0626 Lier | 17,79 | | | 1523 Ørskog | 36,69 | | |

Tabell V 12. Oversikt over kommuner med rate brukere av hjemmebaserte tjenester 0-66 år i 1. og 10. desil. 2010. 31 og 34 kommuner. Antall brukere pr 100 innb 0-66 år. Kilde: Kostra 2010, SSB 2011

| Kommuner i 1. desil - rate 0-66 år i heimebaserte tj. | | | | Kommuner i 10. desil - rate 0-66 år i heimebaserte tj. | | | |
|---|------|-----------------|------|--|------|------------------|------|
| 1101 Eigersund | 0,12 | 0618 Hemsedal | 1,06 | 2025 Tana | 3,21 | 0420 Eidskog | 4,02 |
| 1141 Finnøy | 0,32 | 0513 Skjåk | 1,07 | 0631 Flesberg | 3,24 | 0833 Tokke | 4,07 |
| 1264 Austrheim | 0,71 | 1662 Klæbu | 1,08 | 0807 Notodden | 3,29 | 1657 Skaun | 4,09 |
| 1419 Leikanger | 0,84 | 0234 Gjerdrum | 1,11 | 1742 Grong | 3,33 | 0622 Krødsherad | 4,15 |
| 1525 Stranda | 0,85 | 0822 Sauherad | 1,11 | 1850 Tysfjord | 3,42 | 0426 Våler | 4,19 |
| 1112 Lund | 0,87 | 0521 Øyer | 1,13 | 1135 Sauda | 3,56 | 1837 Meløy | 4,49 |
| 0227 Fet | 0,92 | 1124 Sola | 1,13 | 1416 Høyanger | 3,57 | 1911 Kvæfjord | 4,70 |
| 0543 Vestre Slidre | 0,93 | 1557 Gjemnes | 1,14 | 1840 Saltdal | 3,59 | 2020 Porsanger | 4,74 |
| 1653 Melhus | 0,94 | 0235 Ullensaker | 1,15 | 1621 Ørland | 3,60 | 1736 Snåsa | 4,75 |
| 1620 Frøya | 1,02 | 1231 Ullensvang | 1,16 | 1838 Gildeskål | 3,60 | 0538 Nordre Land | 4,76 |
| 1528 Sykkylven | 1,03 | 1106 Haugesund | 1,17 | 0536 Søndre Land | 3,62 | 1870 Sortland | 4,85 |
| 0226 Sørumsund | 1,03 | 0233 Nittedal | 1,18 | 0633 Nore/ Uvdal | 3,64 | 2002 Vardø | 4,91 |
| 1532 Giske | 1,04 | 1902 Tromsø | 1,20 | 0540 Sør Aurdal | 3,67 | 1573 Smøla | 4,98 |
| 1260 Radøy | 1,05 | 1133 Hjelmeland | 1,21 | 0819 Nome | 3,76 | 1812 Sømna | 5,76 |
| 1634 Oppdal | 1,05 | 0532 Jevnaker | 1,21 | 0937 Evje-Hornnes | 3,78 | 0430 Stor Elvdal | 6,07 |
| 0237 Eidsvoll | 1,05 | | | 1029 Lindesnes | 3,83 | 0911 Gjerstad | 6,07 |
| | | | | 0515 Vågå | 3,83 | 1635 Rennebu | 7,15 |

Tabell V 13 Oversikt over kommuner med tilgjengelighet til korttidsplasser i institusjon i 1. og 10. desil. 2010. 33 og 33 kommuner. Antall utskrivninger i korttidsplasser pr 100 innb 80 år+. Kilde: Kostra 2010, SSB 2011

| Kommuner i 1. desil – tilgjengelighet i korttidsplasser | | | | Kommuner i 10. desil - tilgjengelighet i korttidsplasser | | | |
|---|------|-----------------|-------|--|-------|-----------------|-------|
| 0220 Asker | 0,16 | 1714 Stjørdal | 8,45 | 1612 Hemne | 56,89 | 1721 Verdal | 65,29 |
| 1432 Førde | 0,92 | 1424 Årdal | 8,55 | 1505 Kristiansund | 57,29 | 0124 Askim | 65,53 |
| 0901 Risør | 1,59 | 1247 Askøy | 8,56 | 1627 Bjugn | 58,84 | 0805 Porsgrunn | 66,76 |
| 1925 Sørreisa | 1,95 | 0138 Hobøl | 8,82 | 1017 Songdalen | 58,90 | 1848 Steigen | 70,85 |
| 1860 Vestvågøy | 3,54 | 1519 Volda | 8,98 | 0122 Trøgstad | 59,07 | 0621 Sigdal | 71,48 |
| 1438 Bremanger | 3,55 | 1850 Tysfjord | 9,01 | 0540 Sør Aurdal | 59,26 | 0728 Lardal | 72,67 |
| 1923 Salangen | 4,72 | 0426 Våler | 9,35 | 1922 Bardu | 60,25 | 2021 Karasjok | 73,91 |
| 2019 Nordkapp | 5,14 | 1251 Vaksdal | 9,91 | 0529 Vestre Toten | 60,49 | 0619 Ål | 79,61 |
| 1514 Sande (M.R.) | 5,16 | 1548 Fræna | 10,00 | 1648 Midtre Gauldal | 60,81 | 1120 Klepp | 81,27 |
| 0438 Alvdal | 5,30 | 0713 Sande | 10,03 | 0711 Svelvik | 61,54 | 0521 Øyer | 84,28 |
| 1838 Gildeskål | 5,62 | 1244 Austevoll | 10,19 | 2004 Hammerfest | 62,24 | 0811 Siljan | 84,54 |
| 0815 Kragerø | 6,37 | 0239 Hurdal | 10,53 | 1211 Etne | 62,55 | 0516 Nord Fron | 84,62 |
| 1938 Lyngen | 6,45 | 1736 Snåsa | 10,78 | 1245 Sund | 63,86 | 0532 Jevnaker | 86,65 |
| 1820 Alstahaug | 7,08 | 1231 Ullensvang | 10,94 | 2030 Sør Varanger | 64,30 | 1617 Hitra | 89,30 |
| 0914 Tvedestrand | 7,32 | 1419 Leikanger | 11,11 | 2002 Vardø | 64,35 | 1563 Sunndal | 89,63 |
| 1729 Inderøy | 7,81 | 1221 Stord | 11,53 | 1141 Finnøy | 65,05 | 1711 Meråker | 89,95 |
| 0520 Ringebu | 8,13 | | | | | 0624 Øvre Eiker | 94,74 |

Kommuner som ikke inngår i 10. desil på grunn av ekstreme verdier:

| | |
|-----------------------|--------|
| 0514 Lom | 120,53 |
| 1940 Kåfjord | 130,00 |
| 2025 Tana | 152,63 |
| 0627 Røyken | 162,86 |
| 2011 Guovdageaidnu Ka | 318,67 |
| 1941 Skjervøy | 445,74 |

Tabell V 14 Oversikt over kommuner med brukere 0-66 år i kommunale boliger i 1. og 10. desil. 2010. 26 og 26 kommuner. Andel bosatt i kommunale boliger pr 100 innb 0-66 år. Kilde: Kostra 2010, SSB 2011 (utvalg=257 kommuner, 76 kommuner er prikket)

| Kommuner i 1. desil – andel 0-66 i kommunal bolig | | | | Kommuner i 10. desil – andel 0-66 i kommunal bolig | | | |
|---|------|------------------|------|--|------|-----------------|------|
| 1101 Eigersund | 0,04 | 0238 Nannestad | 0,24 | 1445 Gloppen | 0,78 | 0619 Ål | 0,96 |
| 0233 Nittedal | 0,08 | 1134 Suldal | 0,25 | 0623 Modum | 0,79 | 0418 Nord Odal | 1,00 |
| 1121 Time | 0,12 | 1612 Hemne | 0,25 | 0515 Vågå | 0,80 | 1636 Meldal | 1,02 |
| 0926 Lillesand | 0,19 | 1201 Bergen | 0,26 | 1933 Balsfjord | 0,83 | 1941 Skjervøy | 1,02 |
| 0919 Froland | 0,20 | 0213 Ski | 0,26 | 1439 Vågsøy | 0,83 | 1718 Leksvik | 1,05 |
| 0236 Nes (Ak.) | 0,20 | 1539 Rauma | 0,26 | 1004 Flekkefjord | 0,83 | 0128 Rakkestad | 1,05 |
| 0301 Oslo | 0,21 | 0513 Skjåk | 0,27 | 0834 Vinje | 0,84 | 0540 Sør Aurdal | 1,05 |
| 1114 Bjerkreim | 0,21 | 1003 Farsund | 0,27 | 1635 Rennebu | 0,85 | 0605 Ringerike | 1,12 |
| 0214 Ås | 0,22 | 0702 Holmestrand | 0,28 | 1135 Sauda | 0,86 | 0101 Halden | 1,16 |
| 0822 Sauherad | 0,22 | 0228 Rælingen | 0,28 | 0415 Løten | 0,87 | 0536 Søndre L. | 1,50 |
| 1714 Stjørdal | 0,22 | 1517 Hareid | 0,28 | 0716 Re | 0,87 | 1840 Saltdal | 1,65 |
| 0624 Øvre Eiker | 0,23 | 1841 Fauske | 0,29 | 0420 Eidskog | 0,87 | 1702 Steinkjer | 2,25 |
| 2030 Sør Varanger | 0,23 | 1420 Sogndal | 0,29 | 1813 Brønnøy | 0,96 | 1911 Kvæfjord | 2,81 |

Tabell V 15 Oversikt over kommuner med brukere med omfattende bistandsbehov 0-66 år i 1. og 10. desil. 2010. 17 og 17 kommuner. Antall med omfattende bistandsbehov pr 1000 innb 0-66 år. Kilde: Kostra 2010, SSB 2011

| Kommuner i 1. desil – andel m omfattende Bh0-66 | | | | Kommuner i 10. desil – andel m omfattende Bh0-66 | | | |
|---|------|--|--|--|-------|--|--|
| 0214 Ås | 1,69 | | | 1253 Osterøy | 6,09 | | |
| 1804 Bodø | 1,72 | | | 1428 Askvoll | 6,26 | | |
| 0227 Fet | 1,74 | | | 0128 Rakkestad | 6,63 | | |
| 1228 Odda | 1,76 | | | 0420 Eidskog | 6,79 | | |
| 0235 Ullensaker | 1,84 | | | 1630 Åfjord | 6,96 | | |
| 0612 Hole | 1,86 | | | 1635 Rennebu | 7,10 | | |
| 1246 Fjell | 1,91 | | | 1529 Skodje | 7,13 | | |
| 1841 Fauske | 1,99 | | | 1901 Harstad | 7,20 | | |
| 1141 Finnøy | 2,00 | | | 1445 Gloppen | 7,41 | | |
| 0217 Oppgård | 2,01 | | | 0702 Holmestrand | 8,08 | | |
| 1124 Sola | 2,03 | | | 1942 Nordreisa | 8,08 | | |
| 0237 Eidsvoll | 2,09 | | | 0542 Nord Aurdal | 8,53 | | |
| 2030 Sør Varanger | 2,10 | | | 0423 Grue | 8,72 | | |
| 0230 Lørenskog | 2,16 | | | 0819 Nome | 8,76 | | |
| 0233 Nittedal | 2,16 | | | 1933 Balsfjord | 10,07 | | |
| 0301 Oslo | 2,20 | | | 1535 Vestnes | 10,42 | | |
| 1420 Sogndal | 2,24 | | | 1840 Saltdal | 11,46 | | |

Tabell V 16 Oversikt over kommuner med brukere med omfattende bistandsbehov 67 år+ år i 1. og 10. desil. 2010. 17 og 17 kommuner. Antall med omfattende bistandsbehov pr 1000 innb 0-66 år. Kilde: Kostra 2010, SSB 2011

| Kommuner i 1. desil – andel m omfattende Bh0-66 | | | | Kommuner i 10. desil – andel m omfattende Bh0-66 | | | |
|---|-------|--|--|--|-------|--|--|
| 0230 Lørenskog | 4,42 | | | 1439 Vågsøy | 44,94 | | |
| 0213 Ski | 5,44 | | | 0628 Hurum | 45,60 | | |
| 1119 Hå | 5,84 | | | 1221 Stord | 45,72 | | |
| 0235 Ullensaker | 7,05 | | | 1243 Os (Hord.) | 46,44 | | |
| 0217 Oppgård | 7,90 | | | 1032 Lyngdal | 46,81 | | |
| 1804 Bodø | 8,25 | | | 0716 Re | 48,50 | | |
| 0214 Ås | 8,39 | | | 0624 Øvre Eiker | 50,53 | | |
| 1124 Sola | 8,75 | | | 1870 Sortland | 51,14 | | |
| 0233 Nittedal | 8,78 | | | 2003 Vadsø | 53,13 | | |
| 0901 Risør | 8,90 | | | 1441 Selje | 55,45 | | |
| 1502 Molde | 8,97 | | | 1037 Kvinesdal | 55,82 | | |
| 1106 Haugesund | 9,21 | | | 1135 Sauda | 56,47 | | |
| 0136 Rygge | 9,42 | | | 1531 Sula | 57,66 | | |
| 1663 Malvik | 9,76 | | | 1141 Finnøy | 65,88 | | |
| 0533 Lunner | 10,34 | | | 0702 Holmestrand | 69,22 | | |
| 0231 Skedsmo | 10,39 | | | 1528 Sykkylven | 74,04 | | |
| 1833 Rana | 10,43 | | | 1445 Gloppen | 88,87 | | |