

SØF rapport nr. 01/05

**Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og
hjemmetjenesteorienterte kommuner**

Lars-Erik Borge
Marianne Haraldsvik

SØF prosjekt nr. 2600: ”Effektivitet – Heldøgns tjenester ytt i institusjon eller
hjemmetjenester”

Prosjektet er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet

SENTER FOR ØKONOMISK FORSKNING AS
TRONDHEIM, MARS 2005

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale
med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo.
Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale
og i strid med åndsverkloven er straffbart
og kan medføre erstatningsansvar.

ISBN 82-81509-001-8 Trykt versjon

ISBN 82-8150-002-6 Elektronisk versjon

ISSN 1504-5226

FORORD

Dette prosjektet er utført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som en del av departementets arbeid med en stortingsmelding om pleie- og omsorgssektoren. Vi har hatt samtaler og møter med flere ansatte i departementet. Disse takkes for nyttige kommentarer og innspill, men uten at de hefter for de vurderinger og konklusjoner som gjøres i rapporten.

Trondheim, mars 2005

Lars-Erik Borge og Marianne Haraldsvik

INNHold

1. Innledning og sammendrag	1
2. Definisjon av institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner	6
3. Hva kjennetegner institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner	9
4. Forskjeller i ressursbruk i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner	15
5. Tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner	19
 Appendiks 1	 30
Appendiks 2	35

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Formålet med dette prosjektet er å sammenlikne kommuner med ulik organisering av pleie- og omsorgstjenestene. Mer presist skilles det mellom institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner. I prosjektet er vi interessert i hva som kjennetegner de to typer kommuner, samt å sammenlikne ressursbruk og tjenestetilbud i de to typer kommuner.

Institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner defineres med utgangspunkt i institusjonsandelen, dvs. andel brukere av pleie- og omsorgstjenester som er institusjonsbeboere. Basert på institusjonsandelen benyttes to alternative definisjoner. I alternativ 1 defineres institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner som de 25 prosent av kommunene med høyest og lavest institusjonsandel. Alternativ 2 er en strengere definisjon hvor de to typer kommuner er definert som de 10 prosent av kommunene med høyest og lavest institusjonsandel.

Vi har altså valgt å definere de to typer av kommuner ut fra den relative fordelingen av brukerne mellom institusjon og hjemmetjenester. En slik definisjon utelukker ikke at hjemmetjenesteorienterte kommuner kan ha høy institusjonsdekning (for eksempel målt ved antall institusjonsbeboere per innbygger 80 år og over), og at institusjonsorienterte kommuner har høy hjemmetjenestedekning (for eksempel målt ved antall brukere av hjemmetjenester per innbygger 67 år og over). Vi mener likevel at institusjonsandelen er en naturlig indikator på organiseringen av pleie- og omsorgstjenesten siden institusjons- og hjemmetjenestedekning sier mer om omfanget av sektoren enn om organiseringen.

Hva kjennetegner institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner?

Organiseringen av pleie- og omsorgstjenesten, herunder valg av institusjonsandel, er en kommunal beslutning som påvirkes av de rammebetingelser kommunene står overfor. Vi fokuserer på betydningen av kommunalt inntektsnivå, aldersfordelingen i befolkningen og blant brukerne, andel psykisk utviklingshemmede og strukturelle forhold som kommunestørrelse og bosettingsmønster.

Enkle sammenlikninger av gjennomsnittsverdiene for de to typer kommuner viser at hjemmetjenesteorienterte kommuner har lavt kommunalt inntektsnivå, mer konsentrert bosetting, flere innbyggere, en lavere andel eldre i befolkningen, en høyere andel yngre brukere (under 67 år) og en lavere andel eldre brukere (80 år og over). Det er liten forskjell mellom de to kommunetyper når det gjelder andelen psykisk utviklingshemmede i befolkningen.

Det er også utført regresjonsanalyser med institusjonsandel som avhengig variabel og kjennetegnene diskutert over som uavhengige variable. Regresjonsanalysene er bedre egnet til å isolere effekten av den enkelte variabel. Analysene viser at institusjonsandelen først og fremst påvirkes av kommunalt inntektsnivå, aldersfordeling og bosettingsmønster.

Forskjeller i ressursbruk i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner

Ressursbruken måles ved utførte årsverk og brutto driftsutgifter for pleie- og omsorgssektoren som helhet, og relateres til antall innbyggere i alt, til antall innbyggere 67 år og over og til antall innbyggere 80 år og over. Sammenlikning av gjennomsnittsverdiene for de to typer kommuner viser at hjemmetjenesteorienterte kommuner har lavere ressursinnsats per innbygger og per innbygger 67 år og over, mens det er liten forskjell mellom de to kommunetypene når det gjelder ressursbruk per innbygger 80 år og over. At forskjellen i ressursbruk mellom de to typer kommuner blir mindre når ressursbruken relateres til den eldste aldersgruppen, har sammenheng med at de institusjonsorienterte har en høyere andel eldre 80 år og over. I sammenlikninger av ressursbruk mellom kommuner er det vanligst å relatere ressursbruken til innbyggere 67 eller 80 år og over da disse aldersgruppene legger beslag på størstedelen av ressursbruken i sektoren.

Videre er det utført regresjonsanalyser med ressursbruk per innbygger som avhengig variabel og institusjonsandel som uavhengig variabel. I tillegg kontrolleres det for kommunalt inntektsnivå, bosettingsmønster, antall innbyggere, alderssammensetning og

andel psykisk utviklingshemmede. Analysene indikerer at høy institusjonsandel går sammen med høy ressursinnsats per innbygger også etter at det er kontrollert for andre forhold.

Tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner

Tjenestetilbudet måles ved dekningsgrader (for befolkningen som helhet, blant innbyggere 67 år og over, og blant innbyggere 80 år og over), ved antall timer hjelp i hjemmetjenesten og ved årsverk per bruker i institusjonsomsorgen.

Sammenlikninger av gjennomsnittverdiene for de to typer kommuner viser at hjemmetjenesteorienterte kommuner har høyere dekningsgrader enn institusjonsorienterte kommuner, og forskjellen er størst for den eldste aldersgruppen. Regresjonsanalyser, hvor det også kontrolleres for andre forhold enn institusjonsandel, viser at institusjonsandelen har signifikant negativ effekt på dekningsgraden i alle tre aldersgrupper.

Antall timer hjelp i hjemmetjenesten er basert på data fra Helsetilsynet for et utvalg av kommuner. Dataene viser at de hjemmetjenesteorienterte kommuner gir den enkelte bruker av hjemmetjenester flere timer hjelp enn de institusjonsorienterte kommuner. Dette gjelder både praktisk bistand og hjemmesykepleie. De hjemmetjenesteorienterte kommuner har også flere årsverk per bruker i institusjonsomsorgen.

For pleie- og omsorgssektoren som helhet har de hjemmetjenesteorienterte kommuner mer funksjonsdyktige brukere enn de institusjonsorienterte. Men innen hjemmetjenesten og innen institusjonsomsorgen har de hjemmetjenesteorienterte kommuner tyngre brukere. Litt forenklet kan vi si at de hjemmetjenesteorienterte kommuner får tunge brukere i institusjonsomsorgen fordi lav institusjonsdekning gjør at det kun blir plass til de tyngste brukerne. At det bare er plass til de tyngste brukerne i institusjon, gjør at de også får relativt tunge brukere i hjemmetjenesten. Spørsmålet er om forskjellen i antall timer hjelp i hjemmetjenesten og årsverk per bruker i institusjonsomsorgen er større eller mindre enn det som følger av forskjellen i funksjonsnivå. For hjemmetjenestene har vi

mulighet til å anslå i hvilken grad forskjellen i funksjonsnivå (målt ved en såkalt ADL-indeks) kan forklare forskjellen i antall timer hjelp mellom de to typer kommuner.

Beregningene viser at forskjellen i funksjonsnivå ikke kan forklare mer enn 15 prosent av forskjellen i antall timer til praktisk bistand og hjemmesykepleie. Datagrunnlaget gir ikke mulighet for å utføre tilsvarende beregninger for institusjonsomsorgen.

Vi har også foretatt en sammenlikning av kommunenes vurdering av hvorvidt brukerne får tilstrekkelig hjelp i forhold til sine behov. Hjelpen vurderes å være om lag like god i hjemmetjeneste og institusjon. Det er heller ingen særlig forskjell mellom institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner.

Er hjemmetjenesteorientering mer effektivt?

De analyser som er utført i denne rapporten viser at hjemmetjenesteorientering (lav institusjonsandel) isolert sett bidrar til lavere ressursbruk og til høyere dekningsgrad i pleie- og omsorgssektoren. Hjemmetjenesteorientering bidrar altså til at flere får et tilbud med mindre bruk av ressurser. Kan vi på bakgrunn av dette konkludere med at hjemmetjenesteorientering er mer effektivt enn institusjonsorientering. Nei, ikke nødvendigvis. Høyere ressursbruk og lavere dekningsgrad kan ha sammenheng med at de institusjonsorienterte kommuner gjennomgående har tyngre brukere og at institusjonsomsorg i større grad er nødvendig for de tyngste brukerne. Tilsvarende kan de hjemmetjenesteorienterte kommuner ha mer funksjonsdyktige brukere og av den grunn høyere dekningsgrad og lavere ressursbruk.

De individdata som benyttes i denne rapporten viser at de hjemmetjenesteorienterte kommuner har noe mer funksjonsdyktige brukere enn de institusjonsorienterte. Innen hjemmetjenesten og innen institusjon har imidlertid de hjemmetjenesteorienterte kommuner noe tyngre brukere. Vi finner at de hjemmetjenesteorienterte kommuner yter flere timer hjelp per bruker i hjemmetjenesten og flere årsverk per beboer i institusjonsomsorgen. Og i hjemmetjenesten kan forskjellen i liten grad forklares med forskjeller i pleietyngde. Videre kommer de hjemmetjenesteorienterte kommuner like godt ut som de institusjonsorienterte når det gjelder vurdering av brukernes hjelp i

forhold til behov. Dette gjelder også når sammenlikningen begrenses til de tyngste brukerne.

Det er altså vanskelig å påvise at den lavere ressursbruken i hjemmetjenesteorienterte kommuner leder til et dårligere tilbud for brukerne slik det er målt i denne rapporten. Hjemmetjenesteorientering framstår derfor som mer effektivt i den forstand at flere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, og uten at det kan dokumenteres at tilbudet blir dårligere.

2 DEFINISJON AV INSTITUSJONS- OG HJEMMETJENESTEORIENTERTE KOMMUNER

Formålet med prosjektet er å sammenlikne ressursbruk og tjenestetilbud innen pleie og omsorg i henholdsvis institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. For å kunne gjennomføre en slik analyse må vi definere de to grupper av kommuner. Det er naturlig å ta utgangspunkt i fordelingen av brukerne mellom institusjon og hjemmetjenester.

Brukere av hjemmetjenester er definert som brukere bosatt i egne hjem, kommunal bolig eller omsorgsbolig og som mottar hjelp til praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie.

Institusjonsbeboere defineres som beboere i syke- og aldershjem, men består i all hovedsak av sykehjemsbeboere. Det samme skillet mellom institusjonsbeboere og brukere av hjemmetjenester gjøres i KOSTRA.

Den sentrale variabelen for å definere institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner benevnes institusjonsandelen og er andelen brukere av pleie- og omsorgstjenester som er institusjonsbeboere, dvs bosatt i alders- eller sykehjem. Tabell 2.1 viser hvordan institusjonsandelen varierer mellom kommuner. Det framgår at institusjonsandelen varierer fra 5 til 75 prosent, med et gjennomsnitt på 22 prosent.

Tabell 2.1: Variasjon i institusjonsandel, 2002

	Min	10%-p	25%-p	Gj.sn.	75%-p	90%-p	Maks
Institusjonsandel	0,046	0,147	0,179	0,223	0,255	0,298	0,750

Merknader: Tallene er basert på KOSTRA-data for 428 av 434 kommuner. Gjennomsnittet er uveid.

I de følgende kapitler vil vi benytte to ulike definisjoner av institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. I den første definisjonen (alternativ 1) klassifiseres de 25 prosent av kommunene med lavest institusjonsandel som hjemmetjenesteorienterte, mens de 25 prosent med høyest institusjonsandel klassifiseres som institusjonsorienterte. Det framgår av tabell 2.1 at de hjemmetjenesteorienterte kommuner har en institusjonsandel på 17,9 prosent eller lavere, mens de institusjonsorienterte kommuner har en institusjonsandel på 25,5 prosent eller høyere. I alternativ 1 er det 107 hjemmetjenesteorienterte og 107 institusjonsorienterte kommuner.

I alternativ 2 er definisjonen av institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner strengere. De 10 prosent av kommunene med lavest institusjonsandel defineres som hjemmetjenesteorienterte, mens de 10 prosent av kommunene med høyest institusjonsandel defineres som institusjonsorienterte. Det framgår av tabell 2.1 at de hjemmetjenesteorienterte kommuner har en institusjonsandel på 14,7 prosent eller lavere, mens de institusjonsorienterte kommuner har en institusjonsandel på 29,8 prosent eller høyere. I alternativ 2 er det 43 hjemmetjenesteorienterte og 43 institusjonsorienterte kommuner.

Tabell 2.2: Gjennomsnittlig institusjonsandel i institusjons- hjemmetjenesteorienterte kommuner, 2002

	Hjemmetjenesteorienterte	Institusjonsorienterte
Alternativ 1	0,145	0,308
Alternativ 2	0,118	0,356

Tabell 2.2 viser gjennomsnittlig institusjonsandel for institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner i de to alternativer. I alternativ 1 er forskjellen i institusjonsandel mellom de to typer kommuner 16,3 prosentpoeng, mens den i alternativ 2 er 23,8 prosentpoeng. At forskjellen er størst i alternativ 2 er en konsekvens av den måte institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner er definert på.

De to typer av kommuner er her definert ut fra den relative fordelingen av brukerne mellom hjemmetjenester og institusjon. Denne definisjonen utelukker ikke at hjemmetjenesteorienterte kommuner kan ha god institusjonsdekning målt ved for eksempel antall institusjonsbeboere per innbygger 80 år og over. I alternativ 1 finner vi for eksempel at 10 av 107 hjemmetjenesteorienterte kommuner har institusjonsdekning over landsgjennomsnittet (se appendiks 1).¹ Blant disse er det en klar overvekt av små kommuner i Nord-Norge. Dette er kommuner som har gode økonomiske rammebetingelser, en godt utbygd pleie og omsorgssektor og en relativt lav andel eldre 80 år og over. De kommer da ut med en høy andel institusjonsbeboere per innbyggere 80

¹ Dette er kommunene Klæbu, Lebesby, Båtsfjord, Beiarn, Porsanger, Vinje, Måsøy, Vestre Slidre, Fræna og Tranøy.

år samtidig som de har en relativt stor andel brukere av hjemmetjenester. I gjennomsnitt har imidlertid de institusjonsorienterte kommuner klart høyere institusjonsdekning enn de hjemmetjenesteorienterte. De institusjonsorienterte (alternativ 1) har i gjennomsnitt nærmere 300 institusjonsbeboere per 1000 innbygger 80 år og over, mens de hjemmetjenesteorienterte har om lag 175.

Tilsvarende vil vi blant de institusjonsorienterte kommuner finne kommuner med høy hjemmetjenestedeckning målt ved for eksempel antall brukere av hjemmetjenester per innbygger 67 år og over. Det framgår av oppstillingen i appendiks 1 at 16 av de 107 kommunene med høyest institusjonsandel har hjemmetjenestedeckning over landsgjennomsnittet. Disse 16 kommunene er gjennomgående små kommuner med en godt utbygd pleie og omsorgssektor, noe som blant annet har sammenheng med at de har relativt gode økonomiske rammebetingelser. I gjennomsnitt har imidlertid de hjemmetjenesteorienterte kommuner klart høyere hjemmetjenestedeckning enn de institusjonsorienterte. De hjemmetjenesteorienterte kommuner (alternativ 1) har om lag 335 brukere av hjemmetjenester per 1000 innbygger 67 år og over, mens de institusjonsorienterte har om lag 237.

Det faktum at enkelte hjemmetjenesteorienterte kommuner har høy institusjonsdekning og at enkelte institusjonsorienterte kommuner har høy hjemmetjenestedeckning rokker ikke ved vårt valg av å definere de to typer av kommuner med utgangspunkt i institusjonsandelen. Det har sammenheng med at institusjonsandelen etter vår oppfatning er en bedre indikator på organiseringen av pleie- og omsorgstjenesten. Institusjons- eller hjemmetjenestedeckning sier mer omfanget av sektoren enn om organiseringen. Videre skal vi i prosjektet studere betydningen av organisering for blant annet dekningsgrader, og da gir det liten mening å definere kommunene med utgangspunkt i dekningsgrader.

3 HVA KJENNETEGNER INSTITUSJONS- OG HJEMMETJENESTEORIENTERTE KOMMUNER?

Når vi i senere kapitler skal sammenlikne ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner, vil bakgrunnsinformasjon om de to typer kommuner være nyttig for bedre å kunne tolke resultatene. Organiseringen av pleie- og omsorgstjenesten, herunder valg av institusjonsandel, er en kommunal beslutning som påvirkes av de rammebetingelser kommunene står overfor. Formålet med dette kapitlet er å belyse hvilke forhold som bidrar til institusjonsorientering og hvilke som bidrar til hjemmetjenesteorientering. Det fokuseres på betydningen av kommunalt inntektsnivå, aldersfordelingen i befolkningen og blant brukerne, andel psykisk utviklingshemmede og strukturelle forhold som kommunestørrelse og bosettingsmønster.

For kommunene vil det ofte være mindre ressurskrevende å tilby tjenester i hjemmet enn i institusjon. Det har blant annet sammenheng med at kommunene må drifte og vedlikeholde bygningsmassen knyttet til institusjoner og at institusjoner krever en kontinuerlig minimumsbemanning. På den andre siden kan institusjonsomsorg være nødvendig for de tyngste brukerne. Antagelsen om at det er mer ressurskrevende å tilby institusjonsomsorg enn hjemmebasert omsorg leder oss til en hypotese om at kommunal økonomi kan ha betydning for valget av institusjonsandel. Kommuner med gode økonomiske rammebetingelser vil kunne kombinere høy institusjonsandel med en tilfredsstillende dekningsgrad, mens kommuner med dårligere økonomiske rammebetingelser må ha en lavere institusjonsandel for å oppnå tilfredsstillende dekningsgrad. Som mål på kommunens økonomiske rammebetingelser benytter vi korrigert inntekt. Korrigert inntekt er skatt og rammetilskudd per innbygger korrigert for forskjeller i beregnet utgiftsbehov. Korreksjonen for forskjeller i beregnet utgiftsbehov tar hensyn til kommunestørrelse, bosettingsmønster, alderssammensetning og andre forhold som påvirker kommunens kostnader ved å tilby et standardisert tjenestetilbud. Dette inntektsbegrepet benyttes av Kommunal- og regionaldepartementet og Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi, og betraktes som den

beste indikatoren for forskjeller i økonomiske rammebetingelser mellom kommuner. Variabelen er normalisert slik at landsgjennomsnittet er lik 100.

Strukturelle forhold som bosettingsmønster og kommunestørrelse vil ha betydning for i hvilken grad institusjonsomsorg er mer ressurskrevende enn hjemmebasert omsorg. I kommuner med spredt bosettingsmønster kan lange reiseavstander bidra til høyt kostnadsnivå i hjemmebasert omsorg, noe som kan bidra til høyere institusjonsandel sammenliknet med kommuner med konsentrert bosetting. Spredtbygde kommuner kan imidlertid legge til rette for at omsorgstrengende flytter til omsorgsboliger og kommunale utleieleiligheter, noe som vil begrense effekten av bosettingsmønster på institusjonsandelen. I denne rapporten benytter vi andelen av befolkningen bosatt i spredtbygde strøk som indikator for bosettingsmønsteret. Videre kan det kan være grunn til å forvente høy institusjonsandel i små kommuner. Det har sammenheng med at også de minste kommunene behøver institusjonsomsorg, og at minimumskapasiteten vil være stor relativt til antall brukere.

Bruken av institusjons- og hjemmetjenester avhenger av alder. Andelen institusjonsbeboere høyere blant de eldste eldre (80 år og over) enn blant de yngste eldre (67-79 år). Følgelig kan det være grunn til å forvente at institusjonsorienterte kommuner har en eldre befolkning og en høyere andel eldre brukere enn hjemmetjenesteorienterte kommuner. Aldersfordelingen i befolkningen måles ved andel innbyggere 67-79 år og andel innbyggere 80 år og over. Blant brukerne skiller vi mellom andel brukere under 67 år, andel brukere 67-79 og andel brukere 80 år og over. Vi forventer at de institusjonsorienterte kommuner har en høyere andel innbyggere og brukere 80 år og over enn de hjemmetjenesteorienterte.

Tabell 3.1 viser hvordan variablene diskutert over varierer mellom institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner med de to alternative definisjoner. De forskjellene som observeres mellom de to typer kommuner er i stor grad i overensstemmelse med de hypoteser som ble utviklet over. Det framgår at hjemmetjenesteorienterte kommuner gjennomgående har lavere korrigert inntekt, mer konsentrert bosetting, flere innbyggere,

en lavere andel eldre i befolkningen, en høyere andel yngre brukere (under 67 år) og en lavere andel eldre brukere (80 år og over). Det er liten forskjell mellom de to kommunetyper når det gjelder andel psykisk utviklingshemmede i befolkningen og andel brukere 67-79 år.²

For en del av kjennetegnene er forskjellen mellom institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner størst når vi benytter den strengeste definisjonen (alternativ 2). Dette gjelder bosettingsmønster, antall innbyggere, samt aldersfordelingen i befolkningen og blant brukerne. For kommunal inntekt og andel psykisk utviklingshemmede er forskjellen mellom institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner om lag den samme i begge alternativer.

Tabell 3.1: Kjennetegn ved institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner, 2002

	Alternativ 1		Alternativ 2		Alle kommuner
	Hj.tj.	Inst.	Hj.tj.	Inst.	
Korrigert inntekt	95	100	94	100	100
Andel innbyggere bosatt spredtbygd	0,249	0,330	0,280	0,486	0,226
Antall innbyggere	10 087	5 405	9 554	3 110	10 424
Andel innbyggere 67-79 år	0,091	0,093	0,085	0,097	0,090
Andel innbyggere 80 år og over	0,043	0,048	0,039	0,050	0,045
Andel brukere under 67 år	0,255	0,180	0,273	0,169	0,217
Andel brukere 67-79 år	0,245	0,245	0,244	0,247	0,250
Andel brukere 80 år og over	0,500	0,576	0,483	0,584	0,533
Andel psykisk utviklingshemmede	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005

Merknad: Med unntak av antall innbyggere er tallene veide gjennomsnitt. Gjennomsnittsverdiene for alle kommuner er basert på data for 428 kommuner med unntak av andelen psykisk utviklingshemmede som er basert på data for 427 kommuner.

Når vi sammenlikner med alle 428 kommuner, framgår det at de hjemmetjenesteorienterte kommuner gjennomgående har en lav andel eldre, en høy andel yngre brukere og en lav andel eldre brukere, mens det motsatte er tilfelle for

² Antall psykisk utviklingshemmede er summen av de som omfattes av vertskommunetilskuddet og de som inngår som kriterium i Inntektssystemet.

institusjonsorienterte kommuner. For andre variable er det ikke slik at de to kommunetypene havner på hver sin side av landsgjennomsnittet til tross for at det er klare forskjeller mellom dem. Dette gjelder kommunal inntekt (hjemmetjenesteorienterte kommuner har inntekt under landsgjennomsnittet, mens institusjonsorienterte kommuner ligger på landsgjennomsnittet), bosettingsmønster (begge kommunetyper har mindre konsentrert bosetting enn landsgjennomsnittet) og antall innbyggere (institusjonsorienterte kommuner har lavere innbyggertall enn gjennomsnittet, mens hjemmetjenesteorienterte kommuner ligger om lag på landsgjennomsnittet). Forskjell i kjennetegn mellom institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner er vanskeligere å tolke når de to typer kommuner ligger på samme side av landsgjennomsnittet.

Som et supplement til grupperingsanalysene i tabell 3.1 har vi utført regresjonsanalyser med institusjonsandel som avhengig variabel og med kjennetegnene rapportert i tabell 3.1 som uavhengige variable.³ Fordelen med regresjonsanalyse er at effektene får en klarere tolkning. De enkle grupperingsanalysene i tabell 3.1 viser for eksempel at institusjonsorienterte kommuner har færre innbyggere enn hjemmetjenesteorienterte kommuner. Men er dette en selvstendig effekt av antall innbyggere, eller reflekterer det at små kommuner gjennomgående har spredt bosettingsmønster og et høyt kommunalt inntektsnivå? Koeffisientene fra regresjonsanalysen er lettere å tolke fordi de representerer den separate effekten av den enkelte variabel. Videre er det en fordel at regresjonsanalysen kan baseres på data for alle kommuner, ikke bare de institusjons- og hjemmetjenesteorienterte.

Resultatene fra regresjonsanalysene er vist i tabell 3.2. Alle de fire regresjonsmodellene er estimert med vanlig minste kvadraters metode (OLS). Denne metoden er mye benyttet i kommunaløkonomiske analyser av den type som gjennomføres her. Analysene i de to første kolonnene, A og B, omfatter alle de 427 kommuner vi har komplette data for.⁴ Forskjellen mellom A og B er at vi i A kontrollerer for aldersfordelingen til brukerne, mens vi i B kontrollerer for aldersfordelingen i befolkningen. Siden aldersfordelingene til

³ Andel brukere under 67 år er utelatt for å unngå perfekt multikollinearitet.

⁴ For én av de 428 kommunene mangler vi data for andelen psykisk utviklingshemmede.

brukere og innbyggere er sterkt korrelert, gir det liten mening å inkludere de to sett av variable samtidig. Analysene viser at kommunalt inntektsnivå og aldersfordeling har signifikant effekt på institusjonsandelen.⁵ Høyt inntektsnivå og en høy andel brukere eller innbyggere 80 år og over bidrar til høy institusjonsandel. Andel bosatt spredtbygd har signifikant positiv effekt på institusjonsandelen i kolonne B (hvor aldersfordelingen til innbyggerne benyttes som kontrollvariabel), men har ingen signifikant effekt i kolonne A (hvor aldersfordelingen til brukerne benyttes som kontrollvariabel).

Tabell 3.2: Regresjonsanalyser med institusjonsandel som avhengig variabel
OLS-estimer med t-verdier i parentes

	A	B	C	D
Korrigert inntekt (dividert på 100)	0,114 (6,32)	0,101 (5,33)	0,081 (4,97)	0,074 (4,23)
Andel innbyggere bosatt spredtbygd	0,019 (1,38)	0,044 (2,73)	0,008 (0,62)	0,034 (2,32)
Antall innbyggere	0,000 (0,10)	0,000 (0,35)	-0,000 (0,00)	0,000 (0,25)
Andel innbyggere 67-79 år		-0,241 (1,06)		-0,013 (0,06)
Andel innbyggere 80 år og over		0,832 (2,52)		0,580 (1,94)
Andel brukere 67-79 år	0,103 (1,73)		0,204 (3,77)	
Andel brukere 80 år og over	0,345 (7,93)		0,357 (9,39)	
Andel psykisk utviklingshemmede	0,341 (0,33)	-1,768 (1,67)	1,475 (1,64)	-0,794 (0,84)
Antall observasjoner	427	427	424	424
R^2_{adj}	0,248	0,140	0,250	0,104

Forklaringskraften (målt ved R^2_{adj}) er om lag 25 prosent når aldersfordelingen til brukerne benyttes som forklaringsvariable og opp mot 15 prosent når aldersfordelingen til innbyggerne benyttes som forklaringsvariabel. Selv om dette ikke er spesielt lav forklaringskraft i tverrsnittsanalyser, innebærer det at andre faktorer (herunder lokale prioriteringer) har større betydning enn de faktorer som er inkludert i modellen.

⁵ Koeffisientene er statistisk signifikante (utsagnskraftige) på 5 prosent nivå dersom t-verdien er høyere enn 1,96 og signifikant på 10 prosent nivå dersom t-verdien er høyere enn 1,645.

I kolonne C og D har vi utelatt de tre kommuner som har færre enn 30 brukere i pleie- og omsorgstjenesten. Dette har relativt liten betydning for de estimerte koeffisientene. De viktigste forskjellene er at andel brukere 67-79 år får sterkere kvantitativ effekt, mens kommunal inntekt og andel bosatt spredtbygd får noe svakere effekt.

De kvantitative effektene av de uavhengige variable illustreres med utgangspunkt i kolonne D. Estimaten indikerer at en økning i korrigert inntekt på 10 prosentpoeng (for eksempel fra 100 til 110) vil øke institusjonsandelen med 0,7 prosentpoeng⁶ (for eksempel fra 0,20 til 0,207), at en økning i andelen bosatt spredt med 10 prosentpoeng (for eksempel fra 0,3 til 0,4) vil øke institusjonsandelen med 0,3 prosentpoeng og at en økning i andel eldre 80 år og over med ett prosentpoeng (for eksempel fra 0,03 til 0,04) vil øke institusjonsandelen med 0,6 prosentpoeng.

⁶ Merk at den estimerte koeffisienten er basert på en formulering hvor korrigert inntekt er dividert på 100. En økning i korrigert inntekt fra 100 til 110 vil derfor øke forklaringsvariabelen med 0,1 (fra 1 til 1,1) og institusjonsandelen med 0,0074 eller 0,74 prosentpoeng.

4 FORSKJELLER I RESSURSBRUK I INSTITUSJONS- OG HJEMMETJENESTEORIENTERTE KOMMUNER

I dette kapitlet sammenlikner vi ressursbruken i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Ressursbruken måles ved utførte årsverk og brutto driftsutgifter for pleie- og omsorgssektoren som helhet. Ressursbruken relateres til antall innbyggere i alt, til antall innbyggere 67 år og over og til antall innbyggere 80 år og over. I sammenlikninger av ressursbruk er mellom kommuner er det vanligst å relatere ressursbruken til antall innbyggere 67 år og over eller 80 år og over. Det har sammenheng med at disse aldersgruppene legger beslag på størstedelen av ressursbruken i sektoren.

Inntektssystemutvalget (NOU 1996: 1, side 123) anslår for eksempel at innbyggere 80 år og over legger beslag på 60 prosent av utgiftene, mens innbyggere 67-79 år legger beslag på 25 prosent.

Framstillingen følger i stor grad opplegget fra kapittel 2. Først sammenlikner vi ressursbruken i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner med de to alternative definisjoner. Deretter utfører vi regresjonsanalyser med ressursbruk som avhengig variabel og institusjonsandel som en av flere uavhengige variable. I regresjonsanalysene benyttes ressursinnsats per innbygger som avhengig variabel, men det kontrolleres da for befolkningens alderssammensetning.

Ressursbruken i de to typer kommuner er vist i tabell 4.1. I alternativ 1, hvor institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner er definert som de 25 prosent med høyest og lavest institusjonsandel, kommer de institusjonsorienterte kommuner ut med høyest ressursinnsats per innbygger og per innbygger 67 år og over. Forskjellene er større når ressursbruken relateres til antall innbyggere enn når den relateres til innbyggere 67 år og over, og større når ressursbruken måles ved årsverk enn når den måles ved utgifter. Utgift per innbygger er 10 prosent høyere i de institusjonsorienterte kommuner enn i de hjemmetjenesteorienterte, mens årsverk per innbygger er nærmere 17 prosent høyere. Tilsvarende tall for ressursbruk per innbygger 67 år og over er 4 og 9 prosent.

Tabell 4.1: Ressursbruk i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner, 2002

	Alternativ 1		Alternativ 2		Alle kommuner
	Hj.tj.	Inst.	Hj.tj.	Inst.	
Utgift per innbygger (kr)	8 936	9 824	8 581	11 005	8 978
Årsverk per innbygger	0,018	0,021	0,018	0,024	0,020
Utgifter per innbygger 67 år og over (kr)	66 904	69 746	69 178	74 649	66 661
Årsverk per innbygger 67 år og over	0,138	0,151	0,147	0,161	0,145
Utgift per innbygger 80 år og over (kr)	208 641	203 961	220 026	218 566	201 699
Årsverk per innbygger 80 år og over	0,431	0,443	0,468	0,471	0,438

Merknad: Gjennomsnittsverdiene for alle kommuner er basert på data for 428 kommuner.

Når ressursbruken relateres til antall innbyggere 80 år og over, er det ingen entydig forskjell mellom de to typer kommuner. De institusjonsorienterte kommuner har 4,5 prosent høyere årsverksinnsats, men vel 2 prosent lavere utgiftsnivå.

Alternativ 2, hvor institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner er definert som de 10 prosent med høyest og lavest institusjonsandel, gir i hovedsak det samme bildet av forskjeller i ressursbruk mellom de to typer av kommuner. Også med den strengere definisjonen har institusjonsorienterte kommuner høyere utgifter og flere årsverk når ressursbruken relateres til antall innbygger i alt og til antall innbyggere 67 år og over, og forskjellen mellom de to typer av kommuner er større enn i alternativ 1. Som i alternativ 1 er forskjellen mellom de to kommunetypene små når ressursbruken relateres til antall innbyggere 80 år og over.

At forskjellen i ressursbruk mellom de to typer kommuner blir mindre når ressursbruken relateres til den eldste aldersgruppen, har sammenheng med de forskjeller i alderssammensetning som ble beskrevet i kapittel 3. Der framgikk det at de institusjonsorienterte kommuner hadde en høyere andel eldre 80 år og over enn de hjemmetjenesteorienterte.

For å oppnå et mer presist bilde av sammenhengen mellom institusjonsandel og ressursbruk har vi utført regresjonsanalyser med ressursbruk per innbygger som avhengig variabel og med institusjonsandel som uavhengig variabel. I tillegg kontrolleres det for kommunalt inntektsnivå, bosettingsmønster, antall innbyggere, alderssammensetning og andel psykisk utviklingshemmede.

Resultatene er vist i tabell 4.2 hvor det presenteres fire regresjonsanalyser. De fire analysene representerer de mulige kombinasjoner av å benytte utgift per innbygger og årsverk per innbygger som avhengige variable, og av å benytte data for alle kommuner med komplette data og å utelate de tre kommuner med færre enn 30 brukere.

Tabell 4.2: Regresjonsanalyser med ressursbruk per innbygger som avhengig variabel
OLS-estimer med t-verdier i parentes

	A Utgift per innbygger (1000 kr)	B Årsverk per innbygger	C Utgift per innbygger (1000 kr)	D Årsverk per innbygger
Institusjonsandel	8,95 (5,87)	0,017 (5,22)	4,42 (2,86)	0,009 (2,58)
Korrigert inntekt (dividert med 100)	9,95 (16,40)	0,017 (12,48)	9,174 (16,59)	0,015 (12,12)
Andel innbyggere bosatt spredtbygd	-0,021 (0,04)	0,000 (0,07)	-0,198 (0,43)	-0,000 (0,34)
Antall innbyggere	-0,009 (1,41)	-0,000 (1,07)	-0,010 (1,69)	-0,000 (1,34)
Andel innbyggere 67-79 år	10,3 (1,44)	0,043 (2,77)	11,7 (1,76)	0,050 (3,41)
Andel innbyggere 80 år og over	104,5 (10,04)	0,194 (8,55)	109,2 (11,51)	0,198 (9,22)
Andel psykisk utviklingshemmede	520,7 (15,88)	1,28 (17,63)	543,8 (18,33)	1,32 (19,38)
Antall observasjoner	424	427	421	421
R^2_{adj}	0,746	0,717	0,770	0,735

De to første kolonnene (A og B) viser resultatene for utvalget på 427 kommuner. Det framgår at institusjonsandel har en signifikant positiv effekt både på utgift per innbygger og årsverk per innbygger. En økning i institusjonsandelen på 10 prosentpoeng vil øke

utgiftene med 895 kroner per innbygger eller ca 10 prosent av landsgjennomsnittet (kolonne A).⁷ Estimater i kolonne B predikerer at antall årsverk per innbygger vil øke med 0,0017 (tilsvarende 8,5 prosent av landsgjennomsnittet).

Når de tre kommunene med færre enn 30 brukere utelates fra analysene (kolonne C og D), blir den kvantitative effekten av institusjonsandel om lag halvert, men effekten er fortsatt statistisk utsagnskraftig. Den kvantitative effekten av institusjonsandel på ressursbruk i kolonne A og B synes altså å være influert av ekstreme observasjoner.

Blant de øvrige kontrollvariable finner vi signifikant effekt av kommunalt inntektsnivå, andel innbyggere 80 år og over og andel psykisk utviklingshemmede, og effekten av disse variablene er mer robust overfor håndteringen av ekstreme observasjoner. Basert på kolonne C finner vi at en økning i kommunal inntekt på 10 prosentpoeng vil øke utgift per innbygger med 917 kroner (vel 10 prosent av landsgjennomsnittet),⁸ at en økning i andel innbyggere 80 år og over med ett prosentpoeng vil øke utgift per innbygger med 1092 kroner (12 prosent av landsgjennomsnittet) og at en økning i andel psykisk utviklingshemmede med 0,1 prosentpoeng vil øke utgiftene per innbygger med 5438 kroner (61 prosent av landsgjennomsnittet).

⁷ Merk at den avhengige variabelen er målt i 1000 kroner.

⁸ En økning i korrigert inntekt på 10 prosentpoeng vil øke verdien av variabelen som benyttes i regresjonen (korrigert inntekt dividert med 100) med 0,1. Når dette multipliseres med koeffisienten (9,174), får vi 0,9174. Siden den avhengige variabelen er målt i 1000 kroner, utgjør dette 917 kroner per innbygger.

5 TJENESTETILBUD I INSTITUSJONS- OG HJEMMETJENESTEORIENTERTE KOMMUNER

I dette kapitlet sammenlikner vi tjenestetilbudet i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Dette gjøres først ved å sammenlikne dekningsgrader innen pleie og omsorg. Dekningsgrader måles som andel brukere i befolkningen som helhet, andel brukere i aldersgruppen 67 år og over og andel brukere i aldersgruppen 80 år og over. Analysen av dekningsgrader sier noe om hvor mange som mottar tjenester i de to grupper av kommuner. Analysen av dekningsgrader følger opplegget fra kapittel 4 om ressursbruk.

Deretter sammenlikner vi standarden på det tjenestetilbudet som brukerne mottar i de to kommunetypene. For hjemmetjenesten utnyttes data fra Helsetilsynet om antall timer hjelp for brukere av hjemmetjenester for et utvalg av kommuner. I fravær av gode indikatorer på tjenestetilbudet i institusjonsomsorgen benyttes årsverk per beboer. Endelig beregnes en samlet indikator for det tjenestetilbud brukerne mottar som et veid gjennomsnitt av indikatorene for hjemmetjenester og institusjon.

Dekningsgrader

Dekningsgrader i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner er vist i tabell 5.1 I alternativ 1, hvor de to kommunetypene er definert som de 25 prosent av kommunene med høyest og lavest dekningsgrad, framgår det at hjemmetjenesteorienterte kommuner har høyere dekningsgrad i alle aldersgrupper. Målt i prosentpoeng er forskjellen størst i aldersgruppen 80 år og over, med 3,5 prosentpoeng.

Forskjellene mellom institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner er mindre i alternativ 2 hvor de to kommunetypene er definert som de 10 prosent av kommunene med høyest og lavest dekningsgrad. I dette tilfellet er forskjellene i dekningsgrad små for befolkningen som helhet og for innbyggere 67 år og over. Blant innbyggere 80 år og over har imidlertid hjemmetjenesteorienterte kommuner en dekningsgrad som er 2,6 prosentpoeng høyere enn de institusjonsorienterte kommuner.

Tabell 5.1: Dekningsgrader i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner, 2002

	<u>Alternativ 1</u>		<u>Alternativ 2</u>		Alle kommuner
	Hj.tj.	Inst.	Hj.tj.	Inst.	
Brukere i pleie og omsorg per innbygger	0,048	0,044	0,046	0,047	0,045
Andel brukere i aldersgruppen 67 år og over	0,269	0,257	0,267	0,264	0,263
Andel brukere i aldersgruppen 80 år og over	0,564	0,529	0,570	0,544	0,543

Merknad: Gjennomsnittsverdiene for alle kommuner er basert på data for 428 kommuner.

Tabell 5.2 viser resultatene fra regresjonsanalyser med dekningsgrader som avhengig variabel og institusjonsandel som uavhengig variabel, og hvor det i tillegg kontrolleres for kommunalt inntektsnivå, bosettingsmønster, kommunestørrelse, alderssammensetning og andel psykisk utviklingshemmede. Analysene i kolonne A-C er basert på data for 427 kommuner og med de tre dekningsgradene som avhengige variable. I kolonne D-F er de tre kommuner med færre enn 30 brukere utelatt fra analysen.

Det framgår at institusjonsandel har en systematisk negativ effekt på dekningsgradene, dvs at høy institusjonsandel går sammen med lav dekningsgrad. Effektene av institusjonsandel er relativt robust overfor ekstreme observasjoner. Den viktigste forskjellen ved å utelate kommunene med færre en 30 brukere er at den kvantitative effekten på dekningsgraden blant innbyggere 80 år og over reduseres betydelig, men effekten er fortsatt statistisk utsagnskraftig. De estimerte koeffisientene indikerer at en økning i institusjonsandelen på 10 prosentpoeng vil redusere dekningsgraden for hele befolkningen med 0,7 prosentpoeng (kolonne A og D), redusere dekningsgraden for innbyggere 67 år og over med 1,9 prosentpoeng (kolonne E) og redusere dekningsgraden for innbyggere 80 år og over med 2,3 prosentpoeng (kolonne F).

Alle de øvrige variable, bortsett fra antall innbyggere, har systematisk effekt på dekningsgradene. Et høyt kommunalt inntektsnivå og spredt bosettingsmønster bidrar til høy dekningsgrad i alle aldersgrupper. En høy andel eldre bidrar til høy dekningsgrad for

befolkningen som helhet, mens en høy andel eldre 80 år og over bidrar til lavere dekningsgrad i aldersgruppen 80 år og over. Det siste resultatet er i overensstemmelse med analysene i Borge og Rattsø (1995) for Norge og Borge og Rattsø (2000) for Danmark, og indikerer at det kan være en ulempe å være del av en stor kohort. En høy andel psykisk utviklingshemmede bidrar til en høy dekningsgrad for befolkningen som helhet og for innbyggere 67 år og over.

Tabell 5.2: Regresjonsanalyser med dekningsgrader som avhengig variabel
OLS-estimer med t-verdier i parentes

	A	B	C	D	E	F
	Dekning alle innb.	Dekning 67 år og over	Dekning 80 år og over	Dekning alle innb.	Dekning 67 år og over	Dekning 80 år og over
Institusjonsandel	-0,069 (10,73)	-0,232 (6,99)	-0,315 (4,65)	-0,067 (9,40)	-0,189 (5,18)	-0,233 (3,10)
Korrigert inntekt	0,028 (10,72)	0,135 (10,11)	0,192 (7,04)	0,027 (10,23)	0,130 (9,78)	0,184 (6,78)
Andel innbyggere bosatt spredtbygd	0,008 (3,77)	0,046 (4,18)	0,095 (4,18)	0,008 (3,62)	0,045 (4,11)	0,090 (4,02)
Antall innbyggere	-0,000 (0,71)	-0,000 (0,85)	-0,000 (0,50)	-0,000 (0,78)	-0,000 (0,90)	-0,000 (0,61)
Andel innbyggere 67-79 år	0,245 (8,17)	-0,233 (1,51)	1,085 (3,45)	0,242 (7,96)	-0,288 (1,86)	1,078 (3,39)
Andel innbyggere 80 år og over	0,484 (11,02)	1,196 (5,30)	-1,568 (3,40)	0,494 (11,23)	1,271 (5,66)	-1,536 (3,34)
Andel psykisk utviklingshemmede	0,897 (6,41)	1,762 (2,45)	2,270 (1,54)	0,911 (6,54)	1,750 (2,46)	2,069 (1,42)
Konstant	-0,016 (4,74)	0,128 (7,18)	0,363 (9,96)	-0,016 (4,48)	0,127 (7,11)	0,356 (9,73)
Antall observasjoner	427	427	427	424	424	424
R^2_{adj}	0,742	0,388	0,192	0,746	0,388	0,179

Standard på tjenestetilbudet

Standarden på tjenestetilbudet måles ved gjennomsnittlig antall timer hjelp i hjemmetjenesten og ved årsverk per bruker i institusjon. Årsverk per bruker i institusjon er hentet fra KOSTRA, men dataene for antall timer hjelp i hjemmetjenesten er basert på individdata fra Helsetilsynet for et utvalg på 73 kommuner. Dette datasettet gir informasjon om antall timer hjelp til praktisk bistand per uke for brukere av

hjemmetjenester.⁹ For hjemmesykepleie gir datasettet informasjon om antall besøk per uke fordelt på besøk under 15 minutter, besøk mellom 15 minutter og en time og besøk over en time. Vi har beregnet antall timer hjemmesykepleie per uke ved å anta at besøk under 15 minutter i gjennomsnitt varer 10 minutter, at besøk mellom 15 minutter og en time i gjennomsnitt varer 35 minutter og at besøk over en time i gjennomsnitt varer 1 time og 15 minutter. Da analysene er basert på data for 73 kommuner benytter vi i det følgende kun alternativ 1 hvor institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner er definert som de 25 prosent av kommunene med høyest og lavest institusjonsandel. Blant utvalgskommunene er det 17 institusjonsorienterte kommuner og 20 hjemmetjenesteorienterte kommuner. Blant de institusjonsorienterte er det to bydeler i Oslo (Uranienborg-Majorstuen og Grünerløkka-Sofienberg).

Tabell 5.3: Tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner

	Hj.tj.	Alternativ 1 Inst.	Alle kommuner i utvalget
Hjemmetjeneste			
Timer praktisk bistand per bruker	3,2	2,9	3,4
Timer hjemmesykepleie per bruker	5,7	3,8	4,8
Timer praktisk bistand og hjemmesykepleie	8,9	6,7	8,2
Institusjon			
Årsverk per bruker	1,25	0,96	1,09
Samlet tilbud	109,3	84,9	100,5

Tall for tjenestetilbudet i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner er vist i tabell 5.3. Det framgår at de hjemmetjenesteorienterte kommuner gir den enkelte bruker av hjemmetjenester flere timer hjelp enn de institusjonsorienterte kommuner. Dette gjelder både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Forskjellen er imidlertid størst for

⁹ Dataene omfatter alle brukere som bor i kommunal bolig eller omsorgsbolig, samt de brukere som bor i egne, private hjem som mottar både praktisk bistand og hjemmesykepleie.

hjemmesykepleie (nærmere 2 timer). De hjemmetjenesteorienterte kommuner har også flere årsverk per bruker i institusjonsomsorgen.

I tabell 5.3 er det også beregnet en indeks for samlet tjenestetilbud innen pleie og omsorg. Indeksen er basert på antall timer hjelp i hjemmetjenesten og antall årsverk per bruker i institusjonsomsorgen. Indeksen beregnes ved at de to elementene som inngår vektet sammen. Som vekter benyttes kommunens andel av brukere i hjemmetjeneste og institusjon. De to elementene i indeksen er normalisert slik at de er lik 100 for gjennomsnittskommunen i utvalget.¹⁰ De hjemmetjenesteorienterte kommuner kommer ut med en indeksverdi på 109, noe som indikerer at de har et tjenestetilbud 8 prosent over gjennomsnittet for utvalgskommunene. De institusjonsorienterte kommuner ligger 15 prosent under gjennomsnittet for utvalgskommunene.

De forskjellene mellom de to typer kommuner som er dokumentert i tabell 5.3 gir ikke nødvendigvis grunnlag for å si at de hjemmetjenesteorienterte kommuner gir et bedre tilbud enn de institusjonsorienterte. Forskjellene i antall timer hjelp i hjemmetjenesten og antall årsverk per beboer i institusjonsomsorgen kan ha sammenheng med at brukerne i de to typer kommuner har ulik pleietyngde.

Dersom det ikke er noen forskjell i brukernes pleietyngde mellom de to typer kommuner og de tyngste brukerne gis institusjonsomsorg, vil det være en systematisk tendens til at hjemmetjenesteorienterte kommuner har brukere med høy pleietyngde, både i hjemmetjenesten og i institusjonsomsorgen. De får tunge brukere i institusjonsomsorgen fordi det der bare er plass til de aller tyngste brukerne, og de vil få tunge brukere i hjemmetjenesten fordi institusjonsdekningen er lav. De forskjeller i tilbud som er dokumentert i tabell 5.3 kan derfor reflektere at de hjemmetjenesteorienterte kommuner har tyngre brukere, både i hjemmetjenesten og i institusjonsomsorgen.

Tabell 5.4 viser pleietyngde eller funksjonsnivå i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Funksjonsnivået er målt ved ADL-indeks. ADL er

¹⁰ Den samlede indeksen, hvor gjennomsnittet for utvalget som helhet er 100,5, er ikke normalisert.

en indeks for funksjonsnivå som varierer mellom 0 og 20, og hvor stigende verdi angir økende funksjonsnivå. Når vi ser på alle brukere av pleie- og omsorgstjenester, er det en klar tendens til at de hjemmetjenesteorienterte kommuner har lettere brukere enn de institusjonsorienterte. Gjennomsnittlig ADL-indeks blant alle brukere av pleie- og omsorgstjenester er 14,3 i de hjemmetjenesteorienterte kommuner, mot 13,2 i de institusjonsorienterte. Denne forskjellen mellom de to typer kommuner kan ha sammenheng med at pleietyngden blant de potensielle brukere har betydning for organisasjonsvalget (institusjonsandelen), men også at de hjemmetjenesteorienterte kommuner har høyere dekningsgrader enn de institusjonsorienterte. Det siste momentet kan innebære at de institusjonsorienterte kommuner i større grad konsentrerer seg om å gi tilbud til de tyngste brukerne.

Tabell 5.4: Funksjonsnivå i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner

	<u>Alle brukere</u>		<u>Brukere av hj.tj.</u>		<u>Institusjonsbeboere</u>	
	Hj.tj.	Inst.	Hj.tj.	Inst.	Hj.tj.	Inst.
ADL-indeks	14,33	13,21	16,15	16,37	7,87	8,79

Når det skilles mellom brukere av hjemmetjenester og institusjonsbeboere, blir bildet motsatt. Det innebærer at de hjemmetjenesteorienterte kommunene i gjennomsnitt har tyngre brukere enn de institusjonsorienterte både innen hjemmetjenesten og i institusjon. Vi ser altså at den mekanismen som ble diskutert over gjør seg gjeldende. Til tross for at de hjemmetjenesteorienterte kommuner i gjennomsnitt har lettere brukere for sektoren som helhet, har de tyngre brukere for hjemmetjenester og institusjon separat.

Blant brukerne av hjemmetjenester er det relativt liten forskjell i pleietyngde mellom de to typer kommuner. Brukerne av hjemmetjenester i hjemmetjenesteorienterte kommuner har noe lavere funksjonsnivå (16,15 mot 16,37). Blant institusjonsbeboerne er forskjellen større (7,87 mot 8,79).

Det faktum at de hjemmetjenesteorienterte kommuner har tyngre brukere, både i hjemmetjeneste og institusjon, kan bidra til å forklare at disse yter flere timer hjelp per bruker i hjemmetjenesten og har flere årsverk per bruker i institusjon. Spørsmålet er om

forskjellen i timer og årsverk er større eller mindre enn det som følger av forskjellen i funksjonsnivå.

Dataene fra Helsetilsynet gir et viss grunnlag for å besvare dette spørsmålet for hjemmetjenesten. Vi følger opplegget i Romøren (2003) og estimerer sammenhengen mellom antall timer hjelp og funksjonsnivå (målt ved ADL-indeksen) ved bruk av regresjonsanalyse. Analysene er dokumentert i appendiks 2, og i tillegg til funksjonsnivå kontrolleres det for boligtype, psykisk utviklingshemming, psykisk lidelse, alder, aldersdemens og kommunestørrelse. Analysen i appendiks 2 er utvidelse av Romørens fordi vi også analyser antall timer hjemmesykepleie.¹¹ Svakheter i dataene for hjemmesykepleie innebærer imidlertid at vi får langt færre observasjoner enn Romøren (3428 mot 6381).

Analysene viser at ADL-indeksen har en signifikant negativ effekt både på antall timer praktisk bistand og på antall timer hjemmesykepleie. De estimerte koeffisientene er henholdsvis -0,31 og -0,87. Det innebærer at en økning i funksjonsnivå med en enhet på ADL-indeksen vil redusere hjelp til praktisk bistand med 0,31 timer per uke per uke og hjemmesykepleie med 0,87 timer. Romøren (2003) finner en sterkere effekt av ADL-indeksen på antall timer praktisk bistand, nærmere bestemt en koeffisient på 0,66.

La oss så prøve å besvare i hvilken grad forskjeller i funksjonsnivå kan forklare forskjeller i antall timer hjelp i hjemmetjenesten. For brukerne av hjemmetjenester er forskjellen i ADL-indeks mellom institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner 0,22 (16,37-16,15). I henhold til estimatene i appendiks 2 tiliser dette antall timer praktisk bistand burde vært 0,07 ($0,22 \times 0,311$) timer høyere, at antall timer hjemmesykepleie burde vært 0,19 ($0,22 \times 0,873$) timer høyere og at summen praktisk bistand og hjemmesykepleie burde vært 0,26 ($0,22 \times 1,184$) timer høyere. Vi ser fra tabell 5.3 at den faktiske forskjellen i antall timer er høyere enn dette. Forskjeller i funksjonsnivå mellom de to typer kommuner kan forklare nærmere 25 prosent av forskjellen i antall timer praktisk bistand, 10 prosent av forskjellen i antall timer

¹¹ Romøren benyttet antall besøk per uke i sine analyser av hjemmesykepleie.

hjemmesykepleie og 12 prosent av forskjellen i antall timer til praktisk bistand og hjemmesykepleie.

Dersom vi i stedet benytter Romørens anslag på sammenheng mellom ADL-indeks og antall timer praktisk bistand, kan forskjeller i funksjonsnivå forklare nærmere halvparten av forskjellen i antall timer praktisk bistand og 15 prosent av forskjellen i antall timer til praktisk bistand og hjemmesykepleie. Da dataene for antall timer hjelp kun omfatter brukere av hjemmetjenester, har vi ikke mulighet til å utføre tilsvarende beregninger for institusjonsomsorgen.

Vurdering av hjelpen

Dataene fra Helsetilsynet gir også informasjon om kommunenes vurdering av hvorvidt brukerne får et tilstrekkelig tilbud i forhold til sine behov.¹² Vurderingen er gjort for ulike former for praktisk hjelp og tilsyn, aktivisering og kontakt, og faglig tilsyn. Til sammen er det 9 kategorier, hvor det innen hver kategori er 4 svaralternativer (1="Alt for lite", 2="Noe for lite", 3="Tilstrekkelig" og 4="For mye"). Vi har beregnet en samlet indikator for vurdering av tjenestetilbudet som er gjennomsnittet av de 9 ulike kategoriene.

Tabell 5.5: Vurdering av hjelpen i hjemmetjeneste- og institusjonsorienterte kommuner

	<u>Alle brukere</u>		<u>Brukere av hj.tj.</u>		<u>Institusjonsbeboere</u>	
	Hj.tj.	Inst.	Hj.tj.	Inst.	Hj.tj.	Inst.
Vurdering av hjelpen	2,80	2,80	2,78	2,72	2,91	2,89

Tabell 5.5 viser vurderingen av hjelpen for de to typer kommuner. I begge typer kommuner ser det ut til at beboere i institusjon får noe bedre hjelp enn mottaker av hjemmetjenester. Forskjellen er imidlertid så liten at det er mest rimelig å tolke tallene som at hjelpen vurderes om lag like god blant brukere av hjemmetjenester som blant institusjonsbeboere. Videre ser vi at hjelpen vurderes å være noe bedre i de hjemmetjenesteorienterte kommuner for brukere av hjemmetjenester (2,78 mot 2,72) og

¹² Det er ikke nærmere kjent hvem som foretok denne vurderingen. I veiledningen heter det at den som fyller ut skjemaet må selv kjenne den som registreres, eller få informasjon fra en annen fagperson som gjør det.

institusjonsbeboere (2,91 mot 2,89) separat. Igjen er forskjellene så små at tallene må tolkes som at hjelpen er like god i de to typer kommuner.

For alle brukere er det imidlertid ingen forskjell mellom de to typer kommuner. At de institusjonsorienterte kommuner kommer ut med like god hjelp samlet sett til tross for at hjelpen vurderes å være noe dårligere innen de enkelte tjenester, skyldes at disse har en høyere andel bruker i institusjon hvor hjelpen vurderes å være noe bedre enn i hjemmetjenestene.

Nærmere om de tyngste brukerne

Avslutningsvis fokuserer vi på de tyngste brukerne, dvs. de med ADL-indeks mindre eller lik 5. I de hjemmetjenesteorienterte kommuner i utvalget er det i alt 284 brukere i denne gruppen og 69 prosent av disse er institusjonsbeboere. I de institusjonsorienterte kommuner i utvalget er det i alt 525 brukere med ADL-indeks mindre eller lik 5, hvorav 86 prosent er institusjonsbeboere. I de institusjonsorienterte kommuner er det altså en større andel institusjonsbeboere blant de tyngste brukerne sammenliknet med hjemmetjenesteorienterte kommuner.

Vi ønsker å undersøke hvorvidt vurderingen av hjelpen blant de tyngste brukerne er forskjellig i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Det viser seg at det foreligger en vurdering av tjenestetilbudet for kun 20 prosent av de tyngste brukerne, 15 prosent i de hjemmetjenesteorienterte kommuner og 22 prosent i de institusjonsorienterte kommuner. Det er likevel et interessant funn at vurderingen av tjenestetilbudet for de tyngste brukerne er tilnærmet identisk i de to typer kommuner (2,81 i de hjemmetjenesteorienterte kommuner og 2,80 i de institusjonsorienterte kommuner).

Oppsummering

I dette kapitlet har sammenliknet tjenestetilbudet i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. De hjemmetjenesteorienterte kommuner har høyere dekningsgrader enn de institusjonsorienterte, spesielt for innbyggere 80 år og over, og de yter flere timer hjelp per bruker i hjemmetjenesten og flere årsverk per beboer i

institusjonsomsorgen. I hjemmetjenesten kan forskjellen antall timer hjelp i liten grad forklares med forskjeller i pleietyngde. Videre kommer de hjemmetjenesteorienterte kommuner like godt ut som de institusjonsorienterte når det gjelder vurdering av brukernes hjelp i forhold til behov. Dette gjelder også når sammenlikningen begrenses til de tyngste brukerne.

Referanser

Borge, L.-E. og J. Rattsø (1995): Demographic shift, relative costs and the allocation of local public consumption in Norway, *Regional Science and Urban Economics*, 25, 705-726.

Borge, L.-E. og J. Rattsø (2000): Generational conflict and the disadvantage of being part of a large cohort: Empirical analysis of demography and welfare service production in Denmark, manuscript, Institutt for samfunnsøkonomi, NTNU.

Helsetilsynet (2003): Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud.

NOU (1996: 1): Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner, Statens forvaltningstjeneste.

Romøren, T.I. (2003): Del II - NOVAs rapport, i Helsetilsynet: Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud.

APPENDIKS 1

Tabell A.1 og A.2 viser institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner etter alternativ 1. Tabellene viser institusjonsdekning (antall institusjonsbeboere per 1000 innbygger 80 år og over), hjemmetjenestedeckning (antall brukere av hjemmetjenester per 1000 innbygger 67 år og over) og institusjonsandel (andel brukere av pleie- og omsorgstjenester som er institusjonsbeboere).

Tabell A.1: Institusjonsorienterte kommuner, sortert etter institusjonsandel

Kommune- nummer	Kommunenavn	Institusjonsdekning per 1000 innbygger 80 år og over	Hjemmetjenestedeckning per 1000 innbygger 67 år og over	Institusjonsandel
1915	Bjarkøy	188,41	265,73	0,25
821	Bø	211,86	188,87	0,26
830	Nissedal	252,75	286,32	0,26
1441	Selje	233,13	237,07	0,26
2027	Unjarga - Nesseby	367,35	313,25	0,26
1106	Haugesund	208,57	215,56	0,26
1567	Rindal	247,13	266,67	0,26
1874	Moskenes	301,37	249,01	0,26
1430	Gaular	257,31	268,82	0,26
1231	Ullensvang	228,26	283,20	0,26
1502	Molde	212,52	204,30	0,26
1563	Sunndal	288,36	243,35	0,27
125	Eidsberg	230,29	208,42	0,27
2015	Hasvik	477,27	333,33	0,27
1417	Vik	299,58	307,69	0,27
1825	Grane	229,36	232,32	0,27
632	Rollag	254,39	288,81	0,27
1412	Solund	259,74	295,70	0,27
1532	Giske	246,21	221,12	0,27
1923	Salangen	238,10	253,09	0,27
1235	Voss	228,67	217,12	0,27
227	Fet	270,16	180,20	0,27
429	Åmot	254,61	219,74	0,27
1545	Midsund	242,19	225,81	0,27
1871	Andøy	254,34	250,79	0,27
1632	Roan	218,39	215,19	0,27
534	Gran	294,03	252,33	0,27
1046	Sirdal	275,36	334,44	0,27
1931	Lenvik	296,57	218,28	0,27
1433	Naustdal	297,87	303,28	0,27
1818	Herøy	300,00	288,08	0,28
1738	Lierne	361,70	298,66	0,28
1528	Sykkylven	206,49	182,82	0,28

SØF rapport nr. 01/05

Kommune- nummer	Kommunenavn	Institusjonsdekning per 1000 innbygger 80 år og over	Hjemmetjenestedeckning per 1000 innbygger 67 år og over	Institusjonsandel
1526	Stordal	305,08	297,47	0,28
238	Nannestad	334,27	299,52	0,28
1103	Stavanger	222,61	207,45	0,28
1515	Herøy	262,47	225,50	0,28
2002	Vardø	400,00	274,56	0,28
1711	Meråker	274,11	259,74	0,28
1419	Leikanger	216,00	217,39	0,28
1227	Jondal	215,69	260,27	0,28
1913	Skånland	284,95	279,59	0,28
1114	Bjerkreim	237,29	219,51	0,28
1820	Alstahaug	239,67	178,66	0,28
1511	Vanylven	218,75	218,99	0,28
1640	Røros	247,06	217,57	0,28
214	Ås	402,56	269,07	0,28
1648	Midtre Gauldal	289,67	273,07	0,29
1740	Namsskogan	333,33	273,68	0,29
516	Nord-Fron	287,13	219,04	0,29
1124	Sola	303,10	193,29	0,29
1617	Hitra	288,79	226,52	0,29
1723	Mosvik	268,66	247,19	0,29
138	Hobøl	217,05	167,49	0,29
1551	Eide	296,30	220,45	0,29
1234	Granvin	208,33	248,70	0,29
1520	Ørsta	254,39	214,55	0,29
1418	Balestrand	311,32	306,20	0,29
622	Krødsherad	204,38	184,57	0,29
1037	Kvinesdal	318,68	258,39	0,29
522	Gausdal	263,64	193,31	0,29
1443	Eid	266,92	223,84	0,30
1411	Gulen	263,16	265,63	0,30
1439	Vågsøy	303,57	231,73	0,30
1749	Flatanger	362,32	273,15	0,30
237	Eidsvoll	288,09	220,83	0,30
434	Engerdal	247,62	199,35	0,30
1021	Marnardal	384,62	316,27	0,30
1027	Audnedal	247,42	240,34	0,30
1657	Skaun	286,89	218,33	0,30
226	Sørum	285,71	182,56	0,30
229	Enebakk	281,55	188,20	0,30
437	Tynset	369,86	277,72	0,30
615	Flå	292,68	226,34	0,30
1748	Fosnes	327,27	275,17	0,31
1940	Gaivuotna - Kåfjord	277,78	186,81	0,31
438	Alvdal	308,82	216,90	0,31
1638	Orkdal	239,54	183,01	0,31
938	Bygland	370,79	333,33	0,31
1004	Flekkefjord	257,89	213,05	0,31

SØF rapport nr. 01/05

Kommune- nummer	Kommunenavn	Institusjonsdekning per 1000 innbygger 80 år og over	Hjemmetjenestedekning per 1000 innbygger 67 år og over	Institusjonsandel
1924	Målselv	323,74	215,45	0,31
1232	Eidfjord	318,18	280,49	0,31
1644	Holtålen	295,92	277,78	0,32
1431	Jølster	239,58	203,29	0,32
1920	Lavangen	333,33	245,19	0,32
1265	Fedje	321,43	256,76	0,32
511	Dovre	283,13	181,82	0,32
1929	Berg	380,95	252,53	0,32
1422	Lærdal	289,66	237,70	0,33
1034	Hægebostad	328,77	230,05	0,33
1539	Rauma	247,46	173,48	0,35
1144	Kvitsøy	363,64	159,57	0,35
1266	Masfjorden	297,52	206,25	0,35
121	Rømskog	307,69	181,25	0,36
935	Iveland	512,82	294,12	0,36
1547	Aukra	320,99	198,66	0,37
1444	Hornindal	433,33	227,51	0,38
1543	Nesset	318,63	187,94	0,38
618	Hemsedal	270,00	173,23	0,38
1815	Vega	453,49	244,09	0,39
1928	Torsken	444,44	245,37	0,40
1856	Røst	500,00	169,64	0,41
1665	Tydal	477,27	177,91	0,42
941	Bykle	514,29	280,00	0,46
1816	Vevelstad	487,18	220,00	0,46
1252	Modalen	789,47	142,86	0,68
1151	Utsira	157,89	25,00	0,75
Gj.snitt (hele utvalget)		236,40	284,26	
Gj.snitt (instorientert)		299,66	237,29	
Gj.snitt (hjtjenorient)		174,14	335,64	

Tabell A.2: Hjemmetjenesteorienterte kommuner, sortert etter institusjonsandel

Kommune- nummer	Kommunenavn	Institusjonsdekning per 1000 innbygger 80 år og over	Hjemmetjenestdekning per 1000 innbygger 67 år og over	Institusjonsandel
1135	Sauda	44,22	295,45	0,05
822	Sauherad	43,65	279,35	0,06
136	Rygge	125,00	423,71	0,08
628	Hurum	78,74	300,95	0,08
1029	Lindesnes	100,81	437,80	0,08
1130	Strand	90,46	327,81	0,09
128	Rakkestad	115,17	354,90	0,09
101	Halden	101,28	315,92	0,09
2014	Loppa	183,33	443,98	0,09
135	Råde	102,77	257,73	0,10
1612	Hemne	143,56	392,09	0,11
720	Stokke	135,76	317,91	0,11
1243	Os	109,89	271,10	0,12
919	Froland	204,19	580,71	0,12
914	Tvedestrand	153,09	389,20	0,12
828	Seljord	108,43	264,71	0,12
627	Røyken	177,88	365,16	0,12
1840	Saltdal	160,31	418,73	0,12
542	Nord-Aurdal	136,11	344,69	0,12
1246	Fjell	167,87	360,20	0,12
1141	Finnøy	130,21	385,78	0,12
1525	Stranda	114,07	266,83	0,12
1127	Randaberg	163,27	343,37	0,12
833	Tokke	197,45	446,06	0,13
1101	Eigersund	184,62	398,44	0,13
1702	Steinkjer	152,95	309,61	0,13
1662	Klæbu	283,95	465,26	0,13
1630	Åfjord	224,72	442,79	0,13
1834	Lurøy	121,21	300,28	0,13
612	Hole	127,07	238,99	0,13
814	Bamble	140,35	272,31	0,13
819	Nome	177,55	374,89	0,14
1256	Meland	164,02	368,12	0,14
436	Tolga	140,63	361,29	0,14
716	Re	135,76	284,60	0,14
213	Ski	186,81	292,83	0,14
1017	Songdalen	174,42	337,64	0,14
722	Nøtterøy	160,24	283,76	0,14
1102	Sandnes	142,52	268,29	0,14
111	Hvaler	176,06	315,24	0,14
1222	Fitjar	140,35	266,85	0,14
536	Søndre Land	196,68	409,93	0,14
815	Kragerø	138,79	288,25	0,15
2022	Lebesby	298,51	532,11	0,15
2028	Båtsfjord	254,55	344,68	0,15
1839	Beiarn	291,67	500,00	0,15

SØF rapport nr. 01/05

Kommune- nummer	Kommunenavn	Institusjonsdekning per 1000 innbygger 80 år og over	Hjemmetjenestedeckning per 1000 innbygger 67 år og over	Institusjonsandel
1848	Steigen	193,40	427,52	0,15
215	Frogn	217,03	328,67	0,15
2020	Porsanger	313,43	477,73	0,15
1826	Hattfjelldal	157,89	305,45	0,15
105	Sarpsborg	161,73	284,04	0,15
723	Tjøme	150,54	257,85	0,15
403	Hamar	149,43	261,53	0,15
728	Lardal	176,92	316,05	0,15
602	Drammen	182,65	341,05	0,15
711	Svelvik	203,62	358,79	0,15
1120	Klepp	195,27	312,23	0,15
211	Vestby	171,69	290,06	0,15
834	Vinje	263,89	529,51	0,15
2018	Måsøy	301,89	369,75	0,15
1014	Vennesla	182,90	289,04	0,15
1216	Sveio	175,26	340,04	0,15
502	Gjøvik	154,62	254,67	0,16
1445	Gloppen	169,81	351,97	0,16
1122	Gjesdal	125,48	262,54	0,16
543	Vestre Slidre	254,10	433,77	0,16
1026	Åseral	180,33	401,36	0,16
929	Åmli	203,25	433,66	0,16
1851	Lødingen	211,68	348,31	0,16
122	Trøgstad	151,02	268,03	0,16
1548	Fræna	240,00	446,49	0,16
1424	Årdal	176,69	269,57	0,16
1703	Namsos	171,68	292,94	0,16
623	Modum	181,43	339,48	0,16
1664	Selbu	156,86	284,92	0,16
127	Skiptvet	177,31	298,37	0,16
217	Oppegård	183,64	243,19	0,16
704	Tønsberg	179,68	296,41	0,16
1828	Nesna	162,16	321,55	0,17
1744	Overhalla	229,89	381,85	0,17
1870	Sortland	160,92	293,48	0,17
1569	Aure	198,90	382,17	0,17
1633	Osen	164,84	324,68	0,17
1121	Time	185,46	278,41	0,17
1663	Malvik	212,70	324,80	0,17
709	Larvik	168,72	272,23	0,17
1142	Rennesøy	137,68	244,68	0,17
1927	Tranøy	287,04	457,32	0,17
106	Fredrikstad	165,46	256,62	0,17
1853	Evenes	183,67	318,68	0,17
1938	Lyngen	203,70	302,28	0,17
528	Østre Toten	208,56	313,31	0,17
928	Birkenes	226,80	429,45	0,17

SØF rapport nr. 01/05

Kommune- nummer	Kommunenavn	Institusjonsdekning per 1000 innbygger 80 år og over	Hjemmetjenestedeckning per 1000 innbygger 67 år og over	Institusjonsandel
702	Holmestrand	149,40	218,26	0,17
118	Aremark	154,64	282,87	0,17
1714	Stjørdal	165,82	267,01	0,17
1241	Fusa	200,00	350,31	0,17
517	Sel	161,29	228,46	0,17
624	Øvre Eiker	201,72	307,16	0,17
937	Evje og Hornnes	137,93	225,10	0,18
1718	Leksvik	196,72	331,37	0,18
1517	Hareid	225,53	365,93	0,18
826	Tinn	150,22	267,58	0,18
1221	Stord	189,98	260,20	0,18
1018	Søgne	214,02	302,48	0,18
1811	Bindal	172,41	331,41	0,18
415	Løten	201,07	318,85	0,18
	Gj.snitt (alle kommuner)	236,40	284,26	
	Gj.snitt (instorient)	299,66	237,29	
	Gj.snitt (hjtjenorient)	174,14	335,64	

APPENDIKS 2

Tabell A.3: Regresjonsanalyse med antall timer hjelp som avhengig variabel
 OLS-estimer med t-verdier i parentes

	Antall timer praktisk bistand	Antall timer hjemmesykepleie	Antall timer hjemmetjenester
Kvinne	0,012 (0,04)	0,184 (0,83)	0,195 (0,54)
Alder	-0,119 (10,99)	0,002 (0,21)	-0,118 (9,12)
ADL	-0,312 (9,67)	-0,873 (37,74)	-1,184 (30,90)
Bor i omsorgsbolig	-0,156 (0,38)	2,675 (9,15)	2,520 (5,20)
Bor i annen kommunal bolig	1,301 (3,73)	0,148 (0,59)	1,449 (3,50)
Psykisk utviklingshemmet	16,295 (21,02)	-1,778 (3,20)	14,516 (15,76)
Psykisk lidelse	-0,266 (0,59)	0,972 (3,01)	0,706 (1,32)
Aldersdemens	0,339 (0,67)	1,290 (3,56)	1,629 (2,71)
Kommunestørrelse 2-10 000	0,389 (0,76)	-0,235 (0,64)	0,154 (0,25)
Kommunestørrelse 10-20 000	0,036 (0,07)	0,294 (0,79)	0,330 (0,54)
Kommunestørrelse over 20 000	-0,994 (1,92)	0,809 (2,18)	-0,185 (0,30)
Konstant	16,402 (14,73)	17,648 (22,11)	34,050 (25,73)
Observasjoner	3428	3428	3428
R^2_{adj}	0,26	0,33	0,34