

# Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester

Therese Marie Andrews  
Trond Tjerbo  
Eliva Ambugo  
Trond Bliksvær  
Merete Kvamme Fabritius  
Sean Jayven Ramiro Aguinaldo  
Terje P. Hagen

NF rapport nr.: 10/2021



UiO  
Universitetet i Oslo



NORDLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE



NORLANDSFORSKNING  
NORLAND RESEARCH INSTITUTE

# Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester

Therese Marie Andrews  
Trond Tjerbo  
Eliva Ambugo  
Trond Bliksvær  
Merete Kvamme Fabritius  
Sean Jayven Ramiro Aguinaldo  
Terje P. Hagen

NF rapport nr: 10/2021  
ISBN nr: 978-82-7321-760-8 (trykt)  
ISBN nr: 978-82-7321-761-5 (digital)  
ISSN-nr: 0805-4460



NORDLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

## Rapport

<b>TITTEL:</b> Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester	<b>OFF.TILGJENGELIG:</b> JA	<b>NF-RAPPORT NR:</b> 10/2021
<b>FORFATTER(E):</b> Therese Marie Andrews Trond Tjerbo Eliva Ambugo Trond Bliksvær Merete Kvamme Fabritius Sean Jayven Ramiro Aguinaldo Terje P. Hagen	<b>PROSJEKTANSVARLIG (SIGN):</b> Therese Marie Andrews	<b>FORSKNINGSLEDER:</b> Trond Bliksvær
<b>PROSJEKT:</b> Årsaker til kostnadsvekst i pleie og omsorg	<b>OPPDRAGSGIVER:</b> KS	<b>OPPDRAGSGIVERS REFERANSE:</b> Jon Anders Drøpping
<b>SAMMENDRAG:</b> Studien som ligger til grunn for rapporten, belyser årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester basert på data fra KOSTRA (2015-2019), Kommunalt pasientregister (2017-2020), og intervjuer med ledere i 15 kommuner. Rapporten viser hvilke tjenesteområder som har hatt størst vekst, og til hvilke typer brukere og hvilke aldersgrupper som veksten i tjenester har vært størst. Kvalitative data utdyper og nyanserer resultater fra det statistiske datamaterialet. I rapporten diskuteres også noen bakenforliggende forhold som har bidratt til å forklare veksten i utgifter til denne sektoren.	<b>EMNEORD:</b> Kostnadsvekst Kommunale pleie- og omsorgstjenester Ressurskrevende tjenester Brukerstyrt personlig assistanse Samhandlingsreformen KOSTRA Kommunalt pasientregister Kvalitative casestudier	
	<b>ANTALL SIDER:</b>	<b>SALGSPRIS:</b>



# FORORD

Denne rapporten viser resultater fra en studie av årsaker til kostnadsvekst i kommunale helse- og omsorgstjenester som Nordlandsforskning AS og Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED), Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, har gjennomført på oppdrag for KS. Nordlandsforskning har hatt prosjektlederansvaret. Det øvrige arbeidet har vært fordelt likt mellom institusjonene. Teamet fra HELED med Trond Tjerbo, Eliva Ambugo, Sean Jayven Ramiro Aguinaldo og Terje P. Hagen har hatt ansvaret for de statistiske analysene, mens teamet fra Nordlandsforskning med Therese Andrews, Trond Bliksvær og Merete Kvamme Fabritius har samlet inn og analysert kvalitative data.

Studien har pågått over en lengre periode enn planlagt, det vil si fra februar 2020 til november 2021 på grunn av lang ventetid på datamateriale fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Forsinkelse i fremdriften har imidlertid gjort det mulig å analysere utviklingstrekk i statistiske data over et lengre tidsspenn enn det som var avtalt i oppdraget.

I rapporten beskriver vi utgiftsveksten innenfor ulike deler av pleie- og omsorgssektoren, og ser etter mulige forklaringer på veksten. Analyser og tolkninger som er basert på data fra SSB statistikkbanken (KOSTRA) bærer SSB intet ansvar for. Vi er også eneansvarlige for tolkningene og presentasjon av de tilgjengeliggjorte opplysningene fra KPR.

Nordlandsforskning og HELED takker KS for oppdraget. En spesiell takk rettes til FOU-ansvarlige Jon Anders Drøpping og Mario Garder og til fagansvarlig Anne Gamme for godt samarbeid og konstruktive kommentarer til arbeidet underveis. Martin Fjordholm og andre fra KS, inkludert medlemmer av KS' Rådmannsutvalg, har også bidratt med verdifulle innspill, og fortjener takk for det. Videre vil vi takke Trond Holmen og Katarzyna Sommerfeld fra SAS Institute som hjalp oss med tilrettelegging av data fra KPR.

Takk også til alle i casekommunene som satte av tid både til intervjuene og til nødvendige forberedelser til intervjuene.

Bodø og Oslo, november 2021

Forfatterne

## Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>FIGURLISTE</b> .....	<b>5</b>
<b>TABELLISTE</b> .....	<b>5</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>11</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>15</b>
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED STUDIEN .....	15
1.2 DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN: KORT OM KRAV OG FORVENTNINGER.....	16
1.3 PROBLEMSTILLINGER .....	17
1.4 FORSKNINGSDESIGN .....	17
1.5 KORT OM RAPPORTEN.....	18
<b>2. HVA PÅVIRKER UTGIFTER TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTER?</b> .....	<b>19</b>
<b>DEL 1: KVANTITATIV TILNÆRMING</b> .....	<b>23</b>
<b>3. KORT BESKRIVELSE AV TILNÆRMINGEN</b> .....	<b>23</b>
<b>4. ENDRINGER I UTGIFTER TIL PLEIE OG OMSORGSTJENESTENE</b> .....	<b>24</b>
4.1 KOMMUNEØKONOMIEN 2015-2019.....	24
4.2 NÆRMERE OM VEKSTEN I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER .....	24
4.3 UTGIFTSVEKST ETTER KOSTRA-GRUPPER .....	26
<b>5. UTVIKLINGEN I ANTALL PASIENTER OG BRUKERE ETTER TJENESTE 2017-2020 BASERT PÅ KOMMUNALT PASIENTREGISTER</b> .....	<b>29</b>
5.1 OPPHOLD I INSTITUSJON.....	29
5.1.1 <i>Langtidsopphold</i> .....	29
5.1.2 <i>Korttidsopphold</i> .....	30
5.2 HELSETJENESTER I HJEMMET .....	31
5.3 PRAKTISK BISTAND .....	33
5.3.1 <i>Praktisk bistand til daglige gjøremål</i> .....	33
5.3.2 <i>Praktisk bistand – opplæring</i> .....	34
5.3.3 <i>Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)</i> .....	35
<b>6. KOMMUNALE ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD</b> .....	<b>37</b>
6.1 NÆRMERE OM ANALYSEOPPLEGGET.....	37
6.2 RESULTATER .....	38
<b>DEL 2: KVALITATIV TILNÆRMING</b> .....	<b>40</b>
<b>7. CASESTUDIE</b> .....	<b>40</b>
7.1 INNLEDNING .....	40
7.2 CASEUTVALG OG UTVALGSKRITERIER .....	40
7.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJUER .....	41
7.4 SKRIFTLIG KILDEMATERIALE .....	42
7.5 ANALYSER AV DATA.....	42
7.6 FORSKNINGSETISKE HENSYN .....	43
<b>8. RESULTATER</b> .....	<b>44</b>

8.1	INNLEDNING .....	44
8.2	RESSURSKREVENDE OMSORGSTJENESTER .....	44
8.2.1	<i>Brukere med psykisk utviklingshemming</i> .....	44
8.2.2	<i>Andre brukere</i> .....	47
8.2.3	<i>Endringer i refusjonsordning</i> .....	50
8.3	BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE .....	52
8.4	TJENESTER TIL ANDRE HJEMMEBOENDE .....	54
8.5	NYE TILBUD .....	59
8.6	PRESS PÅ INSTITUSJONSTJENESTER.....	60
8.7	KOMMUNALT AKUTT DØGNTILBUD .....	62
8.8	FORLENGET OPPHOLD I SYKEHUS .....	63
8.9	KOMPETANSEØKNING OG STYRKING AV PERSONELLRESSURSER .....	64
8.10	«EKSTRAORDINÆRE» LØNNSUTGIFTER .....	66
8.11	VELFERDSTEKNOLOGI.....	68
8.12	ANDRE UTGIFTSPOSTER .....	70
8.13	GENERELLE KOMMENTARER .....	71
8.13.1	<i>Om kommunens inntekstssituasjon</i> .....	71
8.13.2	<i>Refleksjoner rundt utgiftsvekst og muligheter for innsparinger</i> .....	72
8.14	OPPSUMMERING .....	75
<b>9.</b>	<b>HOVEDFUNN OG DISKUSJON AV KOSTNADSVEKST .....</b>	<b>77</b>
9.1	ÅRSAKER TIL KOSTNADSVEKSTEN .....	77
9.2	AVSLUTTENDE KOMMENTARER .....	81
	<b>REFERANSER .....</b>	<b>83</b>
	<b>VEDLEGG 1: NÆRMERE ANALYSER AV UTGIFTSVARIASJONER OG UTGIFTSVEKST .....</b>	<b>88</b>
	<b>VEDLEGG 2: BESKRIVELSER AV KOSTRA-FUNKSJONER.....</b>	<b>92</b>

## FIGURLISTE

Figur 1 Vekst i netto driftsutgifter til kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kilde: KS 2019 <a href="https://www.ks.no/fagomrader/okonomi/kno/kraftig-vekst-i-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/">https://www.ks.no/fagomrader/okonomi/kno/kraftig-vekst-i-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/</a> .....	15
Figur 2 Vekst i netto driftsutgifter (deflatert) til kommunale helse- og omsorgstjenester, 2015-2020. ....	25
Figur 3: Vekst i netto driftsutgifter (deflatert) til kommunale helse- og omsorgstjenester – de tre største funksjonsområdene, 2015-2020. ....	26
Figur 4 Samlede netto driftsutgifter i helse og omsorg per innbygger. Veide gjennomsnitt av kommuner, etter KOSTRA grupper.....	28
Figur 5 Antall pasienter med langtidsopphold per uke, 2017-2020.....	29
Figur 6: Korttidsopphold etter type og uke (2017-2020).....	30
Figur 7: Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet (2017-2020).....	32
Figur 8: Helsetjenester i hjemmet - gjennomsnittlig antall timer per bruker (2017-2020).....	33
Figur 9: Antall brukere som mottar praktisk bistand til daglige gjøremål.....	34
Figur 10: Antall brukere, praktisk bistand og opplæring.....	35
Figur 11: Antall brukere med Brukerstyrt personlig assistanse.....	36
Figur 12: Kommuner med øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). ....	38
Figur 13 Utvikling i antall brukere og antall timer i hjemmetjenesten i en av de største kommunene i caseutvalget. Tall for 2020 gjelder for perioden januar-september. ....	56
Figur 14 Utvikling i antall personer og timer per uke til kreftsykepleie i en av de største kommunene i caseutvalget.....	58

## TABELLISTE

Tabell 1: Samlede netto driftsutgifter og utgiftsfordeling i kommunale helse og omsorgstjenester i 1000 kroner (2020). Kilde: KOSTRA tabell 12362.....	24
Tabell 2: Caseutvalg.....	41
Tabell 3: Beskrivende statistikk på Beskrivende statistikk på kommunale netto driftsutgifter og frie inntekter etter år (2015 til 2019, N=1825 kommuner-etter-år).....	88
Tabell 4: Beskrivende statistikk på kommunenes sosiodemografiske karakteristikk 2015-2019 (N=1825 kommuner-etter-år).....	89
Tabell 5: Lineær regresjonsanalyser av netto driftsutgifter på frie inntekter (2015-2019, N=1825 kommuner-etter-år).....	91
Tabell 6: Beskrivelse av KOSTRA-funksjoner.....	92

# SAMMENDRAG

## **Bakgrunn og formål**

Denne rapporten viser resultater fra en studie av årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester som Nordlandsforskning AS og Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED), Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, har gjennomført på oppdrag for KS. Utgangspunktet for studien som ligger til grunn for rapporten, var økningen i kostnader som ble observert fra 2017 til 2018. I den aktuelle perioden økte kommunenes utgifter til sektoren med rundt åtte prosent på landsbasis. Denne veksten var nærmest en dobling fra de foregående årene.

## **Problemstillinger**

Hvilke drivkrefter som ligger bak kostnadsveksten, har vært uavklart. Blant mer spesifikke spørsmål som KS ønsket å få belyst med dette oppdraget, var derfor om noen områder og diagnoser har vært mer utslagsgivende enn andre, hvordan veksten er fordelt mellom forskjellige aldersgrupper, hvilken rolle kvalitetsutvikling og eventuelt nye tilbud har spilt og hvordan eksterne forhold som statlige føringer, har virket inn.

I studien har vi sett spesielt på hvilke tjenesteområder som har hatt sterkest vekst, om det er snakk om hjemmebaserte tjenester, institusjonstjenester eller annet. Vi har i tillegg sett på hvilke kommunetyper som utmerker seg med sterk utgiftsvekst innenfor de ulike tjenesteområdene.

## **Datamateriale og metodisk tilnærming**

For å gi best mulig svar på spørsmålet om årsaker til utgiftsveksten innenfor pleie- og omsorgssektoren, la vi opp til et metodisk design hvor vi kombinerer kvantitative og kvalitative data. Den todelt tilnærmingen gir både breddekunnskap og dybdekunnskap. Det metodiske designet er dessuten utformet på en slik måte at de to datasettene utfyller hverandre og gir samlet sett betydelig innsikt i forhold som angår vekst i kommunale utgifter til sektoren.

Tallmaterialet i den kvantitative delen er hentet fra Kommune-Stat Rapportering (KOSTRA), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). I den kvalitative delen har vi gransket utgiftsveksten i et utvalg med 15 casekommuner, hvor målet var å få mer innsikt enn det som data fra offentlige registre kunne bidra med. Casestudiene inkluderer kommuner som hadde en utgiftsvekst til helse- og omsorgstjenester som lå høyere enn landsgjennomsnittet på åtte prosent. Tre kommuner ble valgt blant kommuner som hadde høy utgiftsvekst innenfor hjemmebaserte tjenester. De 15 kommunene varierer ellers i befolkningsstørrelse og geografisk beliggenhet, og de representerer forskjellige KOSTRA-grupper. I studien deltok kommunale ledere fra flere nivå, fra rådmann eller kommunaldirektør til enhetsleder for hjemmebaserte tjenester. De hadde i forkant av intervjuet identifisert hvor veksten i egen kommune hadde vært sterkest i det aktuelle tidsrommet.



## Resultater

De viktigste resultatene fra studien løftes frem nedenfor, mens et mer utfyllende sammendrag finnes i kapittel 9. Det statistiske datamaterialet viser en sterk vekst i kostnader til kommunale helse- og omsorgstjenester i hele analyseperioden 2015-2020. Etter justering med prisindeks for kommunalt konsum, er veksten i perioden på 18 prosent. Dette tilsvarer en årlig gjennomsnittlig vekst på 3,4 prosent. Til sammenlikning var veksten i kommunenes inntekter på 1,4 prosent per år. Veksten i kostnader er sterkest i starten av perioden, men det er betydelig vekst i hele perioden. I analyseperioden har det vært svak vekst i kommunenes frie inntekter i makro. Dette betyr at kostnadsveksten i helse- og omsorgstjenestene er finansiert ved omstilling av den kommunale virksomheten. Basert på data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for perioden 2017-2020 observerer vi følgende trekk:

- Nedgangen i pasienter i langtidsopphold i institusjon har stoppet opp. I analyseperioden observeres et stabilt antall pasienter, om lag 33000 per uke. Andelen pasienter over 80 år utgjør om lag 75 prosent av totalen, men er svakt fallende over tid. Det er økning i antall pasienter i alle aldersgrupper under 80 år.
- Antall pasienter som har vært i institusjoner på tidsbegrensede opphold har samtidig økt fra 7700 per uke ved inngangen til 2017 til vel 8000 per uke ved inngangen til 2020. Pasienter i avlastningsopphold i institusjoner økte fra 3300 per uke i 2017 til 4300 per uke i ved inngangen til 2020. Det er en kortsiktig reduksjon både i tidsbegrensede opphold og avlastningsopphold i forbindelse med Korona-nedstengningen fra mars 2020. Det er flest avlastningsopphold i aldersgruppen under 18 år.
- Antallet brukere med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) økte fra 3400 per uke ved inngangen til 2017 til 4300 brukere per uke i 2020. Antall brukere er høyest i aldersgruppene 18-39 år og 40-59 år, mens antallet tildelt timer er høyest i aldersgruppen 0-18 år. Det er økning i tildelte timer i alle aldersgrupper.
- Antallet brukere som mottar helsetjenester i hjemmet økte jevnt i perioden 2017-2020. Antallet timer per bruker øker med rundt 25 prosent mellom 2017 og 2019, men faller tilbake til 2017-nivået i løpet av 2020.
- Det er en kraftig vekst i antallet brukere som mottar praktisk bistand til daglige gjøremål, for brukere mellom 18-39 år er økningen på hele 75 prosent.

I casekommunene dominerte ressurskrevende omsorgstjenester som kostnadsdriver. Andelen av samlet vekst varierte imidlertid mellom kommunene. Noen hadde dessuten hatt jevn vekst på tvers av type brukergruppe, mens andre først og fremst erfarte vekst i tjenester til brukere med psykisk utviklingshemming. Kostnadsveksten til denne brukergruppen dreide seg om økning både i antall brukere og i antall timer per bruker. Nye brukere var unge som flyttet fra familiehjemmet og/eller innflyttere fra andre kommuner og flyktninger. Vekst i vedtakstimer per bruker indikerte endring i bistandsbehov med blant annet styrking av bemanningen fra heldøgns 1-til-1 til 2-til-1. Etablering av nye boliger til denne brukergruppen forklarer også noe av kostnadsøkningen.

For noen kommuner overgikk ressursbehovet til denne brukergruppen det den enkelte kommune hadde kapasitet eller kompetanse til å ta seg av innenfor det eksisterende tjenesteapparatet. Kommunen måtte derfor kjøpe tjenester fra private leverandører eller fra nabokommunen, for blant annet å fylle kompetansekravet i forbindelse med tvangstiltak og 2-til-1-bemanning for enkeltbrukere. For kommuner med betydelig vekst i tjenester til denne brukergruppen, ga også endringer i den statlige refusjonsordningen merkbart utslag, og særlig for små kommuner, noe som også andre studier viser (se Lunder m.fl. 2019). I casekommunene økte ikke bare direkte tid, men også indirekte tid som ikke inngår i refusjonsberegningen.

Utgifter til ressurskrevende brukere som ikke faller inn under «PU-kriteriet» (se punkt 8.2.1.), peker hovedsakelig i samme retning, på tvers av karakteristika ved den enkelte casekommune. Ifølge kommunale ledere har kostnadene her steget jevnt etter at Samhandlingsreformen var fullt innfaset fra januar i 2016. Utslaget er tydeligst i hjemmebaserte tjenester som har fått både langt flere brukere totalt sett og langt flere brukere med behov for et høyt antall vedtakstimer. Det vil si at det mønsteret som kommer til uttrykk statistisk, og som vi har pekt på i avsnittene over, også erfares i casekommunene. De kommunale lederne knytter denne utviklingen i kommunene spesielt til spesialisthelsetjenestens utskrivningspraksis etter Samhandlingsreformen. Samtidig har det pågått en nedbygging av institusjonskapasitet i kommunene, noe som også har sammenheng med et nasjonalt så vel som lokalt politisk ønske om at hjelpetrequende innbyggere skal kunne bo lengst mulig i eget hjem (se f.eks. St. meld. 47 2008-2009). For noen casekommuner hadde imidlertid kostnadsveksten startet tidligere enn 2016, eller fra og med 2016, mens andre registrerte merkbart vekst fra 2017 og utover. Brukergrupper med økt bistandsbehov hadde først og fremst somatiske lidelser med behov for omfattende behandling og pleie, inkludert pleie i terminalfase. Brukere med rusproblemer og/eller psykiske helseutfordringer, herunder unge med blant annet alvorlige spiseforstyrrelser, har imidlertid også økt og ga utslag på kostnadsveksten særlig i enkeltkommuner hvor tjenester til disse brukergruppene er under oppbygging. I tillegg hadde hjemmeboende med kognitiv svikt økt i antall, medregnet brukere med demenssykdom som har behov for blant annet 2-til-1-bemanning i egen bolig fordi kommunen mangler mulighet for nødvendig skjerming i institusjon. Flere kommuner hadde dessuten hatt økning i brukere med psykisk utviklingshemming som har passert 67 år, med påfølgende bortfall av statlig refusjon. Her var det snakk om brukere som har bodd i kommunen fra HVPU-reformen trådte i kraft tidlig i 1990-årene. Mulige måter å bremse kostnadsveksten til den sistnevnte brukergruppen, diskuteres av Lunder og medforfattere (2019).

Veksten som KPR-data viser innenfor Brukerstyrt personlig assistanse (BPA), gjenspeiles også i data fra casestudien. Halvparten av kommunene hadde hatt kostnadsvekst til dette tilbudet i form av en jevn økning fra 2015 og utover, snarere enn som en brå stigning etter at loven trådte i kraft. Kun én kommune oppga BPA som den viktigste kostnadsdriveren i perioden. Vekst i utgifter til BPA handlet blant annet om enkeltbrukere med omfattende bistandsbehov med 1-til-1-bemanning i privat hjem og kjøp av private løsninger enten fordi kommunen manglet kapasitet i egen regi, eller fordi Fylkesmannen hadde innvilget mer kostbare løsninger enn det kommunen opprinnelig hadde tilbudt.

Noen kommuner hadde tilbud om tjenester innenfor BPA som ble vurdert som så attraktive at de trakk til seg brukere fra andre kommuner.

Kommunalt akutt døgntilbud (KAD), som ble pålagt i forbindelse med Samhandlingsreformen, har til dels drevet opp kostnader i casekommunene. To av de største kommunene hadde mer enn doblet volumet på sitt tilbud i perioden, men den ene måtte redusere tilbudet igjen fordi det ikke ble brukt. Noen av de mindre kommunene hadde også investert i KAD-tilbud som ikke ble brukt, eller som ble lite brukt. I noen kommuner ble KAD-plasser benyttet til avlastningsopphold for brukere som ble skrevet ut fra sykehus med mer omfattende bistandsbehov enn det hjemmebaserte tjenester var rigget for å håndtere på kort varsel. Det kan se ut til at spesialisthelsetjenesten ikke gir kommunene tilstrekkelig tid til å planlegge mottak av brukere med behov for omfattende grad av bistand og behandling. En slik tendens påvises også av Rohde og medforfattere (2020). En utbredt måte som casekommuner håndterte dette på, var ved å betale døgnmulkt for å forlenge sykehusoppholdet til denne kategorien brukere. Også denne utgiften bidro til relativt høy samlet utgiftsvekst i noen av kommunene.

Samtidig med vekst i oppgaver og i antall brukere, har stillinger vokst og kompetansen blitt styrket i flere casekommuner, på tvers av kommunestørrelse, geografisk beliggenhet og KOSTRA-gruppe. Mens noen har økt grunnbemanningen og/eller hevet grunnkompetansen i hele sektoren, hadde andre hovedsakelig styrket hjemmebaserte tjenester eller institusjonstjenester. En av de største kommunene hadde for eksempel opprettet 20 nye stillinger for sykepleiere, for blant annet å begrense bruken av vikarer og vikarbyråer. Andre kommuner hadde økt antall årsverk i forbindelse med omstillinger og styrket kompetanse blant annet via stipender til videreutdanning av sykepleiere til KAD-enheter. Flere casekommuner hadde dessuten lagt vekt på å nå det nasjonale målet om at 40 prosent av ansatte i pleie- og omsorgssektoren skal ha utdanning på BA-nivå, som et minimum.

Mens statistiske data som er analysert i denne studien, viser at nedbyggingen av institusjonstilbudet hadde stoppet opp på landbasis, har enkelte casekommuner erfart at deres reduksjon i institusjonsplasser hadde gått for langt. Etter en betydelig nedskalering måtte noen reetablere institusjonskapasiteten, med påfølgende kostnader, både på grunn av økt etterspørsel og etter press fra politiske organer og kommunens innbyggere.

### **Avsluttende kommentarer**

Norske kommuner har i en lengre tidsperiode bygget ned institusjonstilbudet og bygget opp hjemmebaserte tjenester. Nedbyggingen av institusjonene har nå stoppet opp. At antallet langtidsopphold er konstant mens antall tidsbegrensede opphold og avlastningsopphold øker, indikerer at kapasiteten i de kommunale institusjonene nå øker.

Nesten hele veksten i kommunenes pleie- og omsorgstjenester fra 2017 kommer i aldersgruppene under 80 år. Dette gjelder for alle tjenester vi har undersøkt med unntak for praktisk bistand der det også er vekst i antall mottakere over 80 år. Forutsatt at yngre brukere også har lengre forventet levetid

vil en økning i antallet yngre brukere over tid lede til en akkumulasjonseffekt som gir økte utgifter. For det første fordi det i seg selv kan gi flere brukere enn hva tilfellet var dersom antallet yngre brukere var mindre. For det andre, og dette er en viktigere mekanisme, fordi disse brukerne etterspør andre og flere typer tjenester. Den multiplikative effekten av dette vil forsterke seg over tid og gi store utslag - ikke fra år til år, men over tid.

I tillegg vil vi kunne vente, når hjemmebaserte tjenester er en større andel av de totale utgiftene, at endringer i hvilke typer tjenester som gis og hvordan de gis, kan føre til mer uforutsigbarhet i kostnadsvariasjoner fra år til år. Dette kan virke begge veier; for eksempel ved at velferdsteknologi reduserer antallet timer hjelp en trenger å gi til hjemmeboende, men også andre veien dersom omfanget eller bredden av tjenester utvides som en følge av prioriteringsendringer eller politiske/ideologiske føringer, altså endringer på tilbudssiden.

Forklaringer bak kostnadsveksten finnes delvis internt i den enkelte kommune, knyttet til faktorer som demografi og fysisk og mental helsetilstand i befolkningen. Tilgang på kompetanse og geografiske så vel som organisatoriske forhold har også betydning. Flere kommuner har for eksempel kjøpt kostbare løsninger fra private leverandører for å ta ivare innbyggenes behov og for å fylle kompetansekrav. Et gjennomgående trekk i datamaterialet er imidlertid at endringer blant annet i lovverk som ble satt i verk før 2017, som Samhandlingsreformen og Brukerstyrt personlig assistanse, ga utslag et par år etter at lovendringene trådte i kraft. Veksten innenfor disse områdene er ikke uventet. Begge reformene legger opp til vekst i kommunale oppgaver og i utgifter. Samhandlingsreformen krever dessuten økning både i grunnbemanning og i formell kompetanse i pleie- og omsorgstjenester. I tillegg har HVPU-reformen gitt forsterket utslag med tanke på brukere som passerer 67 år, og med det har mistet grunnlaget for statlig refusjon. Rettigheter som har vært kjempet frem for noen brukergrupper, har etter hvert blitt svært kostnadskrevene for mange kommuner. Likevel øker kommunenes egenandeler til ressurskrevene omsorgstjenester. Ledere i noen casekommuner uttrykte derfor bekymring for at tjenester som er rettighetsfestet, kan bli så kostnadskrevene at de går på bekostning av tjenester til andre, som for eksempel eldre med betydelig bistandsbehov.

Denne studien har utvidet forståelsen av hva som ligger bak økte kostnader i kommunale helse- og omsorgstjenester ved å utforske statistiske sammenhenger og samtidig utdype erfaringer fra et utvalg kommuner hvor kostnadsveksten har vært høyere enn landsgjennomsnittet. Bredden i datakilder og metoder har bidratt til å avdekke mye av kompleksiteten innenfor feltet. Denne kompleksiteten handler ikke bare om kostnadsvekst, men også om registrering, hvor blant annet grovmaskete kategorier gjør det problematisk både å registrere og å følge utviklingen over tid. Forhåpentligvis kan resultater fra studien brukes for å møte noen av utfordringene som denne kommunale sektoren står over for.

# SUMMARY

## **Background and purpose**

This report shows results from a study of the cost growth in municipal health and care services that Nordland Research Institute and the Department of Health Management and Health Economics (HELED), Department of Health and Society, University of Oslo, have conducted on behalf of KS. The starting point for the study was the increase in costs observed from 2017 to 2018. During this period, the expenditure increased by around eight per cent on a national basis, which was almost double from previous years.

## **Research questions**

The driving forces behind cost growth have been unclear. Among the more specific questions that KS wanted to shed light on was therefore whether some areas and/or diagnoses explained more of the costs than others, whether differences could be revealed between age groups, whether quality improvement or new services have played a role, and to which extent national policy aims or reforms have contributed.

In the study, we looked specifically at which services that have had the strongest growth, whether it is home-based services, institutional based services, or other services. We have also looked at the types of municipalities that stand out with strong expenditure growth within the various services.

## **Data material and methodological approach**

To provide the best possible answer to the question of causes of expenditure growth in the Health and Care sector, we combined a quantitative and a qualitative approach. The quantitative approach is based on data from Municipal-State Reporting (KOSTRA) and Municipal Patient and User Register (KPR). Qualitative data stems from interviews of leaders from a sample of 15 case municipalities. The case study includes municipalities that had an increase in expenditure on health and care services above the national average of eight per cent. These municipalities otherwise vary in population size and geographical location, and they represent different KOSTRA groups. Prior to the interview, informants had identified where the growth in their own municipality had been strongest during 2017-2018.

## **Results**

There has been a strong growth in expenditure on Health and Care services in the period 2015-2020. While the compounded annual growth rate has been 3,4 percent here, the corresponding figure for the growth in municipal income is 1,4 percent. Overall, the growth in the municipalities free disposable income has been weak in the period. As a consequence, the growth in expenditure on Health and Care services has been financed by reallocation and reorganization within the municipalities.

We have used the Municipal Patient and User Register (Kommunalt pasientregister – KPR) to analyze the development in service use for the period 2017-2020. We observe the following main trends and developments:

- The number of patients in long term stays in institutions is stable, while the number of short-term stays has increased.
- There is a strong increase in users of “Brukerstyrt personlig assistanse” (User-controlled personal assistance)
- There is a strong increase in the number of users who receive practical help at home. For user between the ages 18-39, the increase is a staggering 75 percent.
- The number of users who received services in the home increased evenly in the period 2017-2020. The number of hours per user increased by about 25 percent between 2017 and 2019 but returned to the 2017-level in 2020.

In the case municipalities, resource-intensive care services dominated as a cost driver. The share of total growth varied, however, between municipalities. Some municipalities had experienced steady growth across the type of user group, while others primarily experienced growth in services for users with intellectual disabilities. The cost increase for the latter user group was due to an increase both of users and in hours per user. New users were young people who moved from the family home, and/or users moving from other municipalities or refugees. Growth in hours per user indicated a change in the need for assistance, often a 24-hour service change from 1-to-1 to 2-to-1. Establishing new residences for this user group explains some of the cost increase.

For some municipalities, the need for resources for this user group exceeded what the municipality had of capacity and/or required formal competence within their health and care services, and they had to buy services from private agencies or from a neighboring municipality. For municipalities with significant growth in services for this user group, changes in the state compensation scheme also had a noticeable effect, especially for small municipalities (see also Lunder et al. 2019). In these case municipalities increase in hours per user included an increase both of “direct time” – face-to-face contact - and indirect time that is not covered by the state compensation scheme.

Cost increase for resource-intensive users who do not fall under the criterion of intellectual disability (see 8.2.1.), points mainly in the same direction. According to municipal leaders, the costs have grown steadily since the Norwegian Coordination Reform was in effect, fully, from January 2016. The result of this reform is more evident in home-based services due to both far more users and far more users in need of extensive care. Municipal leaders point to this development as an effect of hospital’s discharge practices that changed after the Coordination Reform. At the same time, there has been a targeted capacity reduction at nursing homes following national as well as local policy aims of allocating resources towards homebased services (see e.g., St. meld. 47 2008- 2009). For some case municipalities this had gone too far, and they had to reestablish some of their nursing home capacity. While for some case municipalities cost growth began earlier than 2016, others registered noticeable

growth from 2017 onwards. User groups with growing need for assistance from homebased services primarily had illnesses of a somatic nature and needed extensive treatment and care. However, users suffering from substance abuse and/or experiencing mental health problems had also increased, as had the number of users with cognitive impairment. Additionally, several municipalities had an increase in users with intellectual disability who have passed the age of 67, i.e., the age at which point the state compensation terminates. These users had lived in the municipality since the HVPU reform (“intellectual disability reform”) came into effect in the early 1990s.

The cost growth indicated by KPR data above, concerning User-controlled personal assistance (UPA) is also reflected in the case municipalities. Half of the case municipalities had experienced cost growth for this service, mostly as a steady increase from 2015 onwards, rather than as sudden increase after the law came into effect (see e.g., Prop. 86 L 2013–2014, Ervik *et al.* 2017, 2020). Only one municipality pointed to UPA as the primary cost driver during 2017-2018. Growth in expenditure for UPA was on the one hand due to an increase in the number of users and to users’ growing need for assistance, and on the other hand, due to the County Governor granting more expensive solutions than the municipality initially could offer.

Municipal acute bed units (MAUs) explain some of the cost growth. MAUs were implemented as a part of the Coordination Reform and had partly driven up costs in some of the case municipalities. Two of the largest municipalities had more than doubled the volume of their MAUs. However, due to the lack of use, one of the two municipalities had to reduce the capacity of this service. Some of the smaller municipalities had also established MAUs during 2017-2018. While MAUs were rarely or not being used in some of these municipalities, others used MAUs for early discharge from hospitals. However, several municipalities preferred to pay a “daily fine” to the hospital to avoid early discharge, and this was another expenditure that contributed to drive costs.

Additional cost drivers in the case municipalities were for instance; expansion of positions, e.g., for Registered Nurses, and strengthening of formal competence or qualification either at nursing homes or within homebased services, or both. One reason for expanding permanent positions was to avoid the use of expensive employment agencies. Another reason was to achieve the goal that 40 per cent of employees should have a BA-degree, as a minimum.

### **Concluding comments**

Most of the growth in services are for users below 80 years. If these users also have a longer life expectancy compared to earlier generations, this can lead to an accumulation in the number of users over time. This can further increase expenses because of the increased numbers of users, but also because these users may demand more services and/or different types of services. The combined effect of more users who also demand more services can be substantial in aggregate.

Furthermore, when home services make up a larger part of the sum of expenditure on health and care services, changes in how services to users living at home are delivered will have a greater impact and

can create larger variations in expenditure from year to year. This goes both ways; innovations such as new welfare technologies can reduce the number of hours needed, but the scale or scope of services may also be expanded because of changes in policy or ideology.

Explanations behind the cost growth are partly internal to each municipality, related to factors such as demographics and the physical and mental health condition of the population. Access to qualified staff and geographical as well as organizational conditions are also important. A common pattern revealed in the study, however, is that costs were following reforms that came into effect before 2017, such as the Coordination Reform and the law on User-controlled personal assistance. The cost growth due to these reforms is not unexpected. Both provide for expansion in municipal tasks and expenditure. The Coordination Reform also requires an increase of positions and formal competence particularly within the homebased services, but also in nursing homes. In addition, the HVPU reform has had an impact due to users who have passed the age of 67, and no longer fulfil eligibility criterium for state compensation. Important rights for some user groups have gradually become expensive for many municipalities. Nevertheless, the compensation for resource-intensive care services have changed to the municipalities' disfavour. Leaders in some case municipalities therefore expressed concern that increasing costs for services for some user groups may be at the expense of services for other user groups, such as older people in need for extensive assistance.

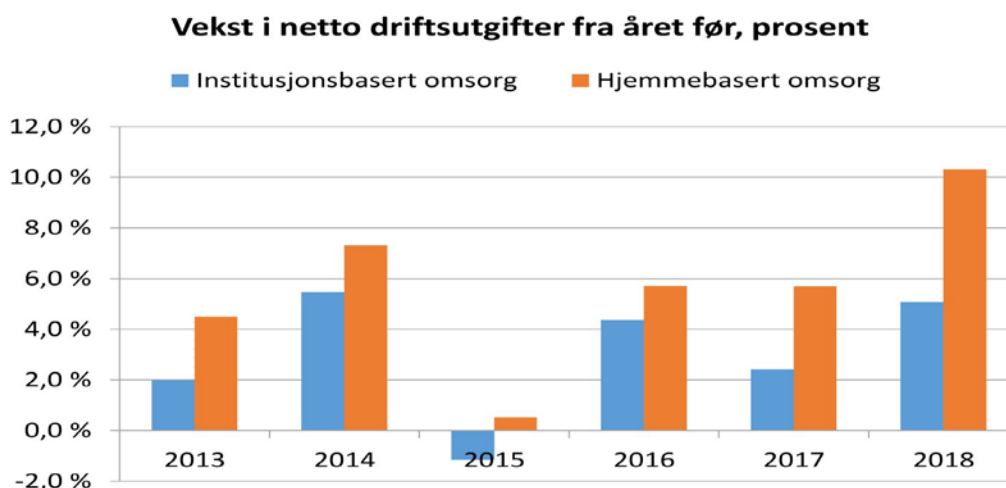


# 1. INNLEDNING

## 1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED STUDIEN

I studien som ligger til grunn for denne rapporten, var utgangspunktet den sterke veksten i kostnader til kommunale pleie- og omsorgstjenester som ble observert fra 2017 til 2018. Kommunenes utgifter til sektoren økte i denne perioden med rundt åtte prosent målt i løpende priser. Generelt sett vokser omfanget av kommunale pleie- og omsorgstjenester år for år. En slik vekst er også forventet på grunn av økninger i behov, primært som følge av økninger i befolkningens alder og i omfanget av skrøpelige eldre (Otnes 2015). En endring fra ett år til et annet i en slik størrelsesorden som pekt på her, er imidlertid uvanlig, og dessuten langt høyere enn det endringer i demografien tilsier. Dersom utgifter til pleie- og omsorgstjenester skulle fortsette å vokse med syv-åtte prosent i året, vil kommunenes utgifter doble seg i løpet av 10 år. Ettersom veksten i norsk økonomi neppe vil være i nærheten av dette, kan en slik veksttakt føre med seg en markant vridning av samfunnets ressurser over til pleie- og omsorgssektoren. Kommunene kan derfor bli nødt til å redusere andre tilbud, dersom statlige overføringer til sektoren har om lag samme veksttakt som andre deler av økonomien.

Vekst i kostnader innenfor pleie- og omsorgstjenester betyr at utgifter til denne sektoren vil utgjøre en stadig større andel av offentlige utgifter. Denne kostnadsveksten oppfattes derfor av mange som den viktigste helsepolitiske utfordringen ikke bare på kort sikt, men også på lang sikt. Med kunnskap om hva som ligger til grunn for denne veksten, vil sentrale myndigheter kunne tilpasse inntektssystemet for kommunene slik at kommunenes inntekter står i bedre samsvar med behovet. KS har derfor ønsket en grundig belysning av denne tematikken. Vekstraten som KS peker på som bakgrunn for oppdraget, er illustrert i figur 1, hvor netto utgiftsvekst i løpende priser for institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg vises separat.



Figur 1 Vekst i netto driftsutgifter til kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kilde: KS 2019  
<https://www.ks.no/faqomrader/okonomi/kno/kraftig-vekst-i-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/>

## 1.2 DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN: KORT OM KRAV OG FORVENTNINGER

Norske kommuner skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Dette ansvaret er nedfelt i Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30) og det gjelder alle pasient- og brukergrupper, personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I lovteksten er følgende spesifikke tjenester inkludert:

- Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder: helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste.
- Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder: legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste, og psykososial beredskap og oppfølging
- Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Andre helse- og omsorgstjenester, herunder: helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og plass i institusjon, herunder sykehjem

Krav til helse- og omsorgstjenester er også nedfelt i andre lovverk som for eksempel i Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). I tillegg finnes en rekke føringer, både nasjonale og kommunale, som har betydning for virksomheten. Ett eksempel er regjeringens plan for omsorgsfeltet, *Omsorg 2020*, som følger opp Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*. Her beskrives blant annet «aktiv omsorg» som en hovedstrategi. Dette åpner for nyteknning både i tjenestetilbud og i ressursbruk. Satsningen «Inn på TUNET» er ett eksempel, hvor kommuner kan kjøpe forskjellige tilbud fra gårdsbruk (Landbruks- og Matdepartementet 2012). Denne typen satsning løftes frem blant annet i Helse og omsorgsdepartementets Demensplan 2015 og 2020, i Meld. St. 16 (2011-2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan, og i Meld. St. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig ruspolitikk* (se f.eks. Fabritius og Vinogradov 2017).

Innovasjonspolitiske tiltak kommer dessuten til uttrykk i strategiske dokumenter som HelseOmsorg21 (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) hvor oppmerksomheten rettes mot kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* legger seg på samme linje med tiltak som skal bidra til å utvikle løsninger som sikrer brukere økt innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Av eksempler kan nevnes tiltak for å bedre den medisinske oppfølgingen i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester, og å sikre bedre og mer systematisk samhandling og koordinering mellom ulike deltjenester i kommunene. Regjeringen vil imidlertid se på muligheten for at staten kan ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og utvikler kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

### 1.3 PROBLEMSTILLINGER

Med dette oppdraget ønsket KS svar på hva som kan forklare utgiftsveksten som har vært observert i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i løpet av de siste årene, og særlig i perioden fra 2017 til 2018. I spesifiseringen av oppdraget, trakk KS frem følgende delproblemstillinger som det var ønskelig å få belyst:

- På hvilke områder, diagnoser eller forhold viser veksten seg i kommunens virksomhet?
- Hvilken rolle spiller kommunens egen kvalitetsutvikling?
- Hva er drivkrefter for økt tilbud, kvalitet o.l.?
- I hvilken grad skyldes veksten føringer fra statlig hold?
- Hvor mye betyr veksten innenfor ressurskrevende tjenester?
- Er sykere pasienter fra sykehus og tilbud til disse noe av forklaringen?
- Hvordan er utgiftene fordelt mellom aldersgrupper?
- Er det etablert nye tilbud som kan forklare veksten, eventuelt hvilke?
- Hvordan arter kostnadsutviklingen seg i de konkrete tilbudene - hva går de ut på?

I studien har vi sett spesielt på hvilke tjenesteområder (funksjoner) som har hatt sterkest vekst, og om det er snakk om hjemmetjenester, institusjonstjeneste eller annet. Så langt som det har vært mulig, peker vi på hvilke deltjenester som har den sterkeste veksten. Vi har i tillegg sett på hvilke kommunetyper som utmerker seg med sterk utgiftsvekst innenfor de ulike funksjonene. Kostnadsveksten som er beskrevet innledningsvis, dreier seg først og fremst om det som betegnes som «andre helse- og omsorgstjenester» i listen over tjenester i punkt 1.2. Denne studien er derfor i hovedsak konsentrert om denne typen tjenester, som altså omfatter hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester. Tjenester som sorterer inn under habilitering og rehabilitering er delvis inkludert.

### 1.4 FORSKNINGSDESIGN

For å gi best mulig svar på spørsmålet om årsaker til utgiftsveksten innenfor pleie- og omsorgssektoren, la vi opp til et metodisk design hvor vi kombinerer kvantitative og kvalitative data. Den todelte tilnærmingen gir både breddekunnskap og dybdekunnskap. Det metodiske designet er dessuten utformet på en slik måte at de to datasettene utfyller hverandre og gir samlet sett betydelig innsikt i forhold som angår vekst i kommunale utgifter til sektoren.

De to metodiske tilnærmingene er beskrevet i detalj i henholdsvis kapittel 3 og kapittel 9. I den kvantitative delen er registerdata analysert på en slik måte at dette bringer frem nyttig informasjon om hva som ligger bak veksten i kostnader. Denne tilnærmingen gir også bedre svar på flere av problemstillingene som KS ønsket å få belyst, enn det som andre analyser har gitt. Tallmaterialet er hentet fra Kommune-Stat Rapportering (KOSTRA), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS).

I den kvalitative delen av studien har vi gått i dybden i et utvalg casekommuner. Målet har vært å få innsikt i mer enn det data fra forskjellige offentlige registre kunne bidra med. Kommunale ledere på flere nivå har gransket egne regnskapstall og identifisert hvor veksten ligger i tidsrommet 2017-2018, og formidlet sine antakelser om hva som kan forklare denne. Resultatet av denne granskningen ble i hovedsak formidlet muntlig til forskerteamet. I intervjuene bidro hver enkelt leder i tillegg med sine refleksjoner rundt utviklingstrekk i denne kommunale sektoren.

## **1.5 KORT OM RAPPORTEN**

Rapporten består av 9 kapitler. Den er bygd opp etter en struktur som følger todelingen i forskningsdesign, hvor Nordlandsforskning og HELED har hatt ansvar for hver sin del. I Del 1, som inkluderer kapitlene 3-6, presenteres metodisk tilnærming og resultater fra analysene av det statistiske datamaterialet som forskerteamet fra HELED har gjennomført. Et kapittel med nærmere beskrivelser av datamaterialet og analyser av utgiftsvariasjoner og utgiftsvekst, finnes i Vedlegg 1. Del 2 med kapitlene 7 og 8, dekker den kvalitative delen av studien som teamet fra Nordlandsforskning har stått bak. Den metodiske fremgangsmåten utdypes i kapittel 7, mens resultater fremstilles i kapittel 8.

En kortfattet gjennomgang av tidligere studier av kostnadsvekst i kommunale helse- og omsorgstjenester, og av ulike instansers forventninger til videre utvikling i denne sektoren, finnes i kapittel 2.

I det siste kapitlet i rapporten, kapittel 9, oppsummerer vi hovedfunn fra de to studiene. Der beskriver vi hvilke tjenester som har hatt sterkest vekst og diskuterer forklaringer på veksten. Vi bruker også data fra casestudien til å utdype og nyansere funn i de statistiske analysene. Kapitlet avslutter med et knippe antakelser om videre kostnadsutvikling i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten som de to datasettene gir grunnlag for.

## 2. HVA PÅVIRKER UTGIFTER TIL HELSE- OG OMSORGS-TJENESTER?

Det vil være mange forhold som, enkeltvis og i samspill med hverandre, påvirker utgiftsnivået en kommune har til helse- og omsorgstjenester. Vi skal her ta opp årsakene som på bakgrunn av tidligere forskning, kan antas å være de viktigste.

Studier av variasjoner i utgifter til sektoren på nasjonalt nivå, har vist at inntekter, målt som brutto nasjonalprodukt (BNP) per innbygger, er den mest stabile forklaringsvariabelen over tid og på tvers av ulike land. Elastisiteten varierer med ulike inntektsnivåer. For eksempel viser Di Matteo (2003) at elastisiteten er høyere for lavinntektsland enn for høyninntektsland. Det er imidlertid ikke åpenbart hvilken betydning innsikten fra nasjonalt nivå har for utgifter på regionalt og lokalt nivå. Analysen av Di Matteo (2003) indikerer at inntektselastisitetene er høyere på nasjonalt enn på regionalt og lokalt nivå. Det kan være flere grunner til dette. Inntektene til lokale og regionale myndigheter er ofte sterkt regulert av nasjonale myndigheter og gjerne basert på forventede behov blant innbyggerne, såkalt «formula funding» (Smith 2007). En annen forklaring kan knyttes til hva som måles av utgifter til helse- og omsorg. Dette varierer mellom land. Skal for eksempel utgifter til praktisk bistand i hjemmet kategoriseres som sosialutgifter (som i England) eller som helseutgifter (som i Norge)?

Analyser av norske data, som blant annet er gjort i forbindelse med utformingen av inntektssystemet for regionale helseforetak og for kommuner, har vist at inntektsnivå og variasjoner i demografi er de viktigste variablene for å forklare variasjoner i utgifter både til spesialisthelsetjenesten og til kommunale helse- og omsorgstjenester (NOU 2005:18, NOU 2019:24). Økning i kommunenes frie inntekter har en positiv effekt på utgifter til pleie og omsorg, om alt annet holdes konstant (Borge og Haraldsvik 2006, Hagen m.fl. 2011). Hvordan kommuner prioriterer en økning i frie inntekter, varierer imidlertid med demografiske trekk (NOU 2005:18). I en kommune med en høy andel eldre vil det som regel være høyere etterspørsel etter ressurser til omsorgstjenester enn det vil være i en kommune med en høy andel yngre i aldersgruppen 0-17. Disponeringen av en økning i frie inntekter kan også påvirkes av et samspill mellom andre variabler på tilbudssiden for eksempel strukturen i tilbudet av omsorgstjenester – om kommunen prioriterer (relativt kostbare) institusjoner eller (mindre kostbare) hjemmebaserte tjenester. Endringer i demografi har også en selvstendig effekt på utgiftsnivået, men det er verdt å merke seg at veksten i antall eldre over 80 år har økt vesentlig mindre enn utgiftene de siste årene.

Demografiske endringer som har betydning for kostnadsveksten, handler også om at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har fått et stadig større mangfold av brukere, ikke minst en voksende gruppe av yngre brukere, det vil si brukere under 67 år (Gautun m.fl. 2012, McArthur m.fl. 2013, Romøren 2012). Blant forklaringene her er flere skader i forbindelse med ulykker og demenssykdom som ikke bare øker blant eldre innbyggere, men også blant yngre (Folkehelseinstituttet 2018, Helsedirektoratet 2018). McArthur og medforfattere (2013) viser imidlertid at inntektssystemet til

kommunene har kompensert for kostnadene som yngre brukere av omsorgstjenester har vært en viktig driver av. Spørsmålet er om denne konklusjonen fortsatt er gyldig. Det kan hende at det har skjedd endringer de siste årene som gjør at kommunene ikke lenger får en adekvat kompensasjon for økte kostnader som følge av endringer i demografi.

To andre forklaringer på utgiftsveksten har fått særlig oppmerksomhet de siste årene. Den første fremhever at brukerne i en gitt aldersgruppe har blitt mer ressurskrevende over tid. Dette kan igjen ha sin årsak i bakenforliggende forhold som for eksempel endringer i arbeidsdelingen mellom kommuner og sykehus i forbindelse med Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). SINTEF finner for eksempel i en nylig publisert rapport (Rohde m.fl. 2020) at bistandsbehovet til brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester har økt. Dette reflekteres spesielt bruken av hjemmesykepleie. Økning i bruk av kommunale rehabiliteringstjenester kan her være en viktig driver (Bliksvær m.fl. 2021). Den andre forklaringen peker på at nasjonale politiske vedtak har gitt nye grupper tilgang til tjenester. Et eksempel er Stortingets rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) fra 1. januar 2015 gjennom Lov om pasient- og brukerrettigheter (Prop. 86 L (2013–2014)). Rettighetsfestingen skulle sikre BPA til mennesker med funksjonsnedsettelse som trenger mer enn 25 timer assistanse i uken. Ervik og medforfattere (2017) viser at antall BPA-brukere på landsbasis økte i perioden 2010–2016, med en forholdsvis sterk økning (12,5 prosent) i perioden 2014–2016. Forfatterne pekte blant annet på en betydelig variasjon mellom kommuner både med tanke på bruk og på tildelingspraksis. BPA-ordningen reflekterer en generell trend der andelen yngre brukere av omsorgstjenester har økt kraftig samtidig som disse brukerne etterspør andre typer tjenester enn eldre brukere (McArthur m.fl. 2013). Ervik og medforfattere (2020) finner også at brukere av BPA er yngre, og at de som gruppe derfor har et høyere aktivitetsnivå, noe som igjen gir et høyt antall timer.

I forbindelse med Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) har også betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter ført til at kommunene fikk utskrevet pasienter med større omsorgsbehov enn tidligere (Ambugo og Hagen 2019, Bruvik, Drageset og Abrahamsen 2017, Melberg og Hagen 2016). Dette har stilt krav til økning både av kompetanse og bemanning i så vel sykehjem som i hjemmebaserte tjenester. Med dette har kostnader knyttet til medikamenter og til teknisk utstyr også økt. En analyse fra Oslo viste for eksempel at liggetidene for hoftebruddpasienter ble signifikant redusert i sykehusene og samtidig signifikant økt i etterfølgende sykehjemsopphold. Samlet sett var det en svak økning i liggetiden i institusjon (sykehus + sykehjem), mens kostnadene falt marginalt som følge av rimeligere liggedøgn i kommunene enn i sykehusene (Häkkinen, Hagen og Moger 2018). Antall pasienter med ekstra liggedøgn har variert over tid, men har falt de to siste årene (Helsedirektoratet, 2020).<sup>1</sup>

Kommunene ble også pålagt å tilby heldøgns, medisinsk akuttberedskap (KAD/ØHD) i forbindelse med Samhandlingsreformen, også dette som et ledd i å avlaste sykehusene med innleggelser. Tjenesten var

---

<sup>1</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-somatikk/Kortnotat%20UKP%2016-20.pdf/\\_/attachment/inline/54dc6a71-d0ca-46a4-b7ab-fbfe2b7a8daa:3104872ccf5daa41c2be8697cfef594f6b41a940/Kortnotat%20UKP%2016-20.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-somatikk/Kortnotat%20UKP%2016-20.pdf/_/attachment/inline/54dc6a71-d0ca-46a4-b7ab-fbfe2b7a8daa:3104872ccf5daa41c2be8697cfef594f6b41a940/Kortnotat%20UKP%2016-20.pdf)

lovpålagt fra 1. januar 2016. En betydelig andel av kommunene hadde tilbudet på plass i løpet av innfasingsperioden som startet 1. januar i 2012. Kommunene har valgt forskjellige løsninger for denne tjenesten, enten interkommunale samarbeidsordninger knyttet til lokal-/distriktmedisinske sentra, eller til kommunale sykehjem eller legevakt. Flere av kommunene har omdefinert eksisterende sengeplasser til dette formålet, men en stor del har opprettet nye plasser (Hole et al. 2015). Det er tidligere vist at tiltaket reduserer antallet akutte innleggelser ved indremedisinske avdelinger for aldersgruppen over 80 år (Swanson og Hagen 2016), men det har ikke vært gransket hvordan dette påvirker kommunale kostnader.

Samhandlingsreformen hadde en underforstått målsetting om å bremse veksten i utgifter til helse- og omsorgstilbud samlet sett både gjennom overføring av deler av tilbudet til kommunene og gjennom forsterkning av det forebyggende helsearbeidet. Kommunene har altså fått et tydeligere ansvar knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid (folkehelsearbeid) og til rehabilitering. Det er dessuten et mål at pasientene så fort som mulig skal tilbakeføres fra behandling i spesialisthelsetjenesten til lokalmedisinske sentra, kommunale sykehjem eller til oppfølging i eget hjem. Dette kan ha drevet kostnadene de siste årene. I Nordlandsforsknings studie av aldring i rurale strøk, understreket kommunale ledere at det ikke bare er kortere liggetid for somatisk syke pasienter som skaper press på kommuneøkonomien. Spesialisthelsetjenesten har også redusert tilbud om døgnbehandling for personer med rusproblemer og/eller psykiske helseutfordringer. Med dette stilles det høyere krav til kommunene både med tanke på fagkompetanse og ressursbruk (Bliksvær mfl. 2020).

Når alvorlig syke og behandlingstrengende personer overføres fra ett helsetjenestenivå til et annet, må samarbeidet mellom tjenestenivåene fungere. Selv om det er satt i verk tiltak med samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene for å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene, viser Bruvik, Drageset og Abrahamsen (2017) at samarbeidet knyttet til pasientoverføring er svekket etter at Samhandlingsreformen ble innført. Liknende funn er gjort av Gaski og Abelsen (2017). Dersom kommunene får brukere av pleie- og omsorgstjenester som i gjennomsnitt er mer krevende enn tidligere, vil det være i tråd med generelle intensjoner i Samhandlingsreformen om at kommunene skal spille en mer sentral rolle i helsevesenet samlet sett. Det er dermed ikke sagt at aktuell politikk er tilpasset en slik effekt. Også her er det et klart behov for mer kunnskap som kan komme beslutningstakere både på statlig og kommunalt nivå, til gode.

Andre faktorer som ligger til grunn for veksten, kan være generelle og langsiktige slik som en økende individualisering av tjenestene. Kommunene erfarer jevnt over økte krav om individuelle tilbud. Disse kravene er en del av den generelle fagutviklingen hvor det legges vekt på individuell tilpasning og pasientsentrerte tjenester. Individtilpasning og skreddersøm av tjenester møter resonans i det politiske miljøet og drives videre fram av organisasjoner, fagmyndigheter i departementer og direktorater, pasientombud og tilsynsmyndigheter (se f.eks. Helse- og omsorgsdepartementet (2011), Meld. St. 26 (2014-2015)). Slike krav er ikke nødvendigvis nedfelt i lovverk, men ett unntak er rettighetsfesting av BPA, som pekt på over.

Kostnadsdrivere i pleie- og omsorgstjenestene har altså blitt knyttet til ulike forhold og faktorer, som delvis har virket i samspill med hverandre. Endringer i demografi har som vist, vært en av enkeltfaktorene som har hatt den sterkeste statistiske effekten på kostnadsvariasjonene. Demografieffektene har imidlertid i lengre perioder blitt moderert av bedringer i eldres funksjonsevne slik at behovsøkninger har blitt lavere enn det isolerte effekter av demografi tilsier (Moe og Hagen 2011). Hvordan endringen i eldres funksjonsevne har utviklet seg de siste årene, har derimot ikke vært utforsket på en grundig måte.



# DEL 1: KVANTITATIV TILNÆRMING

## 3. KORT BESKRIVELSE AV TILNÆRMINGEN

I rapporten analyserer vi veksten i utgifter i kommunenes pleie- og omsorgstjenester i perioden fra 2015 til 2020. Dataene som ligger til grunn for rapporten er hentet fra Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA) i Statistisk sentralbyrå (SSB). Tallene er kategorisert etter år, kommune, og KOSTRA-funksjon. For noen av analysene ser vi på perioden 2015-2019. I andre analyser har vi oppdatert tallene og analyserer perioden 2015-2020.

I kapittel 4 gir vi en beskrivelse av utgiftsutviklingen i analyseperioden. Vekten legges på endringene i netto driftsutgifter, samt utgiftsfordelingen mellom institusjons- og hjemmetjenester. Vi gjør også en enkel analyse av utgiftsøkningen etter kommunegrupper. Analysen følges opp i appendiks 1, der vi forklarer utgiftsveksten ved hjelp av en statistisk modell der både inntekter, demografi og sosioøkonomiske forhold er forklaringsvariabler.

I kapittel 5 følger en nærmere analyse av utviklingen i antall pasienter og brukere etter tjeneste 2017-2020 basert på Kommunalt Pasientregister (KPR). Her gis beskrivende analyser av tjenester som i særlig grad påvirker kommunenes utgiftsnivå:

- Langtidsopphold
- Avlastningsopphold i institusjon
- Tidsbegrenset opphold – annet
- Tidsbegrenset opphold – habilitering/rehabilitering
- Tidsbegrenset opphold – utredning/behandling
- Helsetjenester i hjemmet
- Praktisk bistand - daglige gjøremål.
- Praktisk bistand – opplæring.
- Praktisk bistand – BPA.

I kapittel 6 gir vi en separatanalyse av effekten av Kommunale øyeblikkelig hjelp-døgntilbud (KAD).

Analysene av KOSTRA data er gjort i Stata 16, mens analysene av KPR er gjort i SAS.

## 4. ENDRINGER I UTGIFTER TIL PLEIE OG OMSORGS- TJENESTENE

### 4.1 KOMMUNEØKONOMIEN 2015-2019

Den generelle utviklingen i kommunesektorens økonomi er senest beskrevet i notat fra TBU i februar 2020 (TBU 2020). Realveksten i kommunesektorens inntekter har vært god de siste årene, og gjennomgående høyere enn den opprinnelige utformingen av det økonomiske opplegget for sektoren har lagt til grunn. Dette gjelder også for 2019.

Inntektsveksten var imidlertid lav i 2019, bare 0,7 prosent. Veksten i inntekter var til sammenlikning 3,9 prosent i 2015, 2,0 i 2017 og 3,0 prosent i 2018. Den svake veksten i 2019 bidro til å redusere sektorens netto driftsresultat som kan betraktes som hovedindikatoren for økonomisk balanse i kommunesektoren. De senere årene har netto driftsresultat for kommunesektoren likevel ligget over det nivået som er anbefalt av TBU som er 2 prosent av inntektene. For 2019 var netto driftsresultat om lag på anbefalt nivå. Utgiftsveksten i perioden fra 2015 har generelt sett vært innenfor de rammene som defineres av inntektsveksten. Unntaket er, som nevnt, utgiftsveksten i deler av kommunenes helse- og omsorgstjenester som belyses nærmere i det følgende.

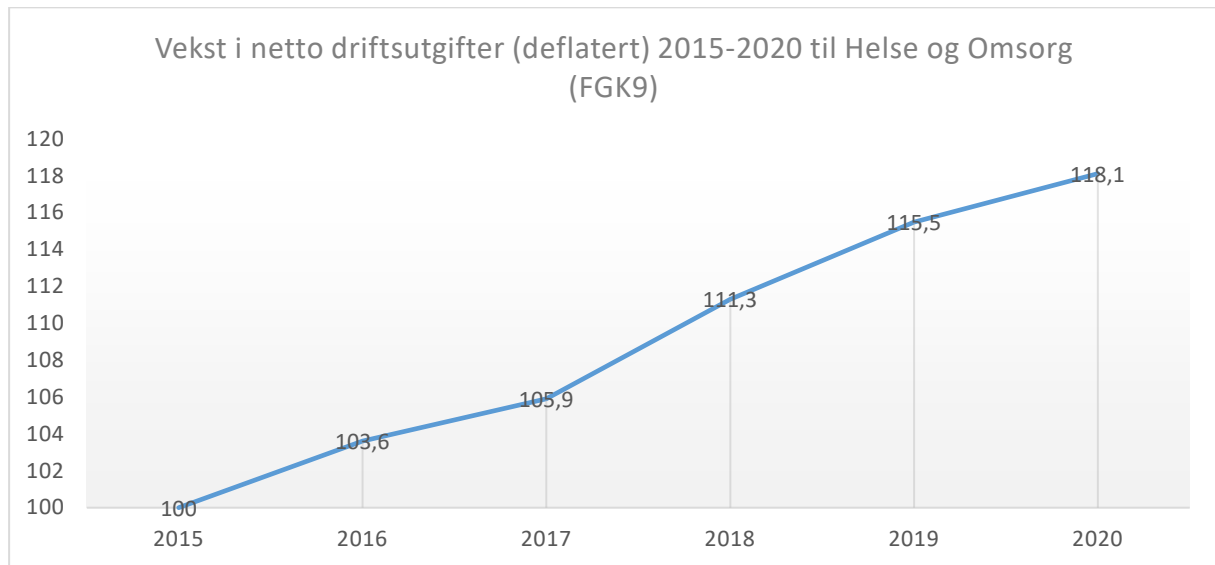
### 4.2 NÆRMERE OM VEKSTEN I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Tabell 1 viser nivået på samlede netto driftsutgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester og fordelingen på ulike KOSTRA- funksjoner i 2020. Vi merker oss at helse- og omsorgstjenester i institusjon og helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende som er de to største postene, utgjør henholdsvis 31,5 og 44,3 prosent av de totale utgiftene. Den tredje største posten, diagnose, behandling og re-/habilitering som blant annet omfatter kommunenes utgifter til fastlegeordningen, utgjør 10 prosent.

Tabell 1: Samlede netto driftsutgifter og utgiftsfordeling i kommunale helse og omsorgstjenester i 1000 kroner (2020). Kilde: KOSTRA tabell 12362

Funksjon	Funksjonsbeskrivelse	Netto driftsutgifter	Prosentandel
232	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	4 037 347	3,2
233	Annet forebyggende helsearbeid	2 083 973	1,7
234	Aktiviserings- og servicetj. for eldre og personer med f.nedsett.	5 433 109	4,3
241	Diagnose, behandling, re-/habilitering	12 586 487	10
253	Helse- og omsorgstjenester i institusjon	39 706 620	31,5
254	Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	55 787 821	44,3
255	Medfinansiering somatiske tjenester	0	0,00
256	Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene	813 847	0,64
261	Institusjonslokaler	5 621 174	4,46
FGK9	Helse- og omsorg (sum)	126 069 838	100,00

Utgiftsveksten i analyseperioden er nærmere beskrevet i figur 2 der vi har satt utgiftsnivået i 2015 til 100 prosent og sett på utviklingen i perioden 2015 til 2020.

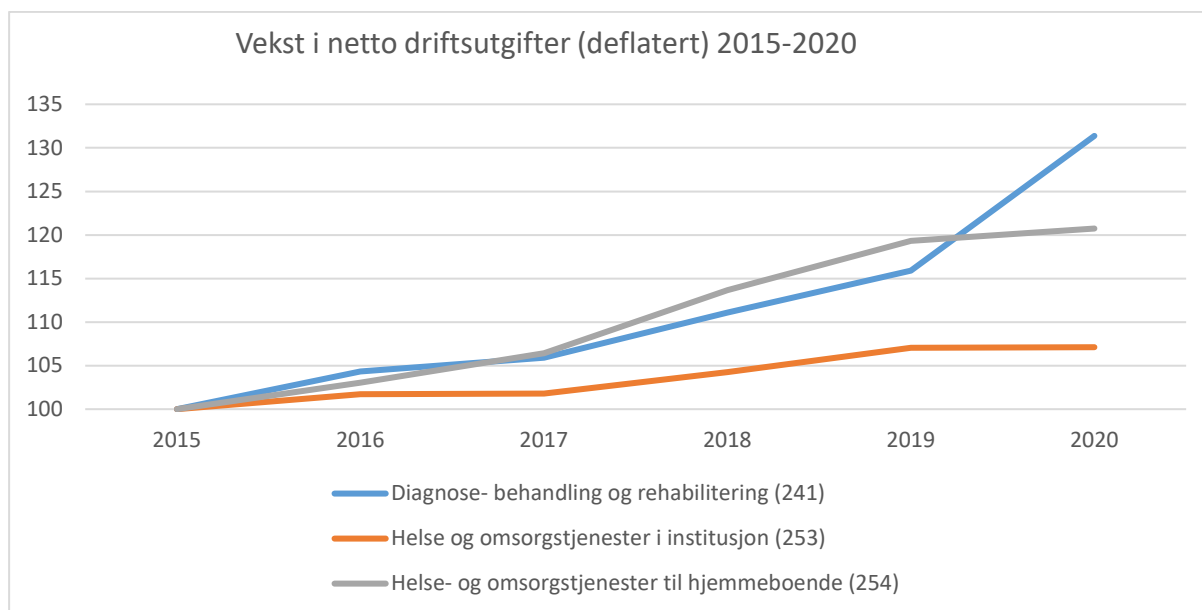


Figur 2 Vekst i netto driftsutgifter (deflatert) til kommunale helse- og omsorgstjenester, 2015-2020.

Justert for prisindeks for kommunalt konsum, er veksten i utgifter 18,1 prosent i analyseperioden.<sup>2</sup> Det tilsvarer en årlig gjennomsnittlig vekst på 3,4 prosent per år. Fra 2017 til 2018 er veksten i faste priser på 5,4 prosent. Selv om veksten er sterkest fra 2017 til 2018 er det en betydelig utgiftsvekst i hele analyseperioden. I figur 3 der vi har trukket ut de tre største tjenesteområdene (jfr. tabell 1) – a) diagnose, behandling, re-/habilitering, b) helse- og omsorgstjenester i institusjon og c) helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Som i figur 2, er 2015 satt til 100 prosent.

---

<sup>2</sup> Veksten i netto driftsutgifter er i noen grad påvirket av at kommuner har gått inn og ut av forsøksordningen om statlig finansiert eldreomsorg. Et alternativ er å benytte brutto driftsutgifter som både inkluderer kommunenes og statens utgifter til pleie og omsorgstjenester. Med det utgangspunktet blir veksten i perioden 2015-2020 på 16,5 prosent



Figur 3: Vekst i netto driftsutgifter (deflatert) til kommunale helse- og omsorgstjenester – de tre største funksjonsområdene, 2015-2020.

I tråd med tidligere analyser finner vi sterkere utgiftsvekst i hjemmetjenestene enn i institusjonstjenestene. Utgiftsnivået for institusjonene ligger stabilt fra 2015 til 2017, deretter øker utgiftene med om lag 2 prosent per år. Utgiftene til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende øker med rundt 21 prosent i perioden. Det tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekstrate på 3,9 prosent. Det er imidlertid sterk vekst på alle funksjonsområder innen helse- og omsorgstjenestene. For diagnose, behandling og rehabilitering er veksten i analyseperioden 31 prosent (gjennomsnittlig årlig vekst er 5,5 prosent), og det er en spesielt sterk vekst i 2020. Veksten på dette punktet siste året kan trolig knyttes til Korona-pandemien.

### 4.3 UTGIFTSVEKST ETTER KOSTRA-GRUPPER

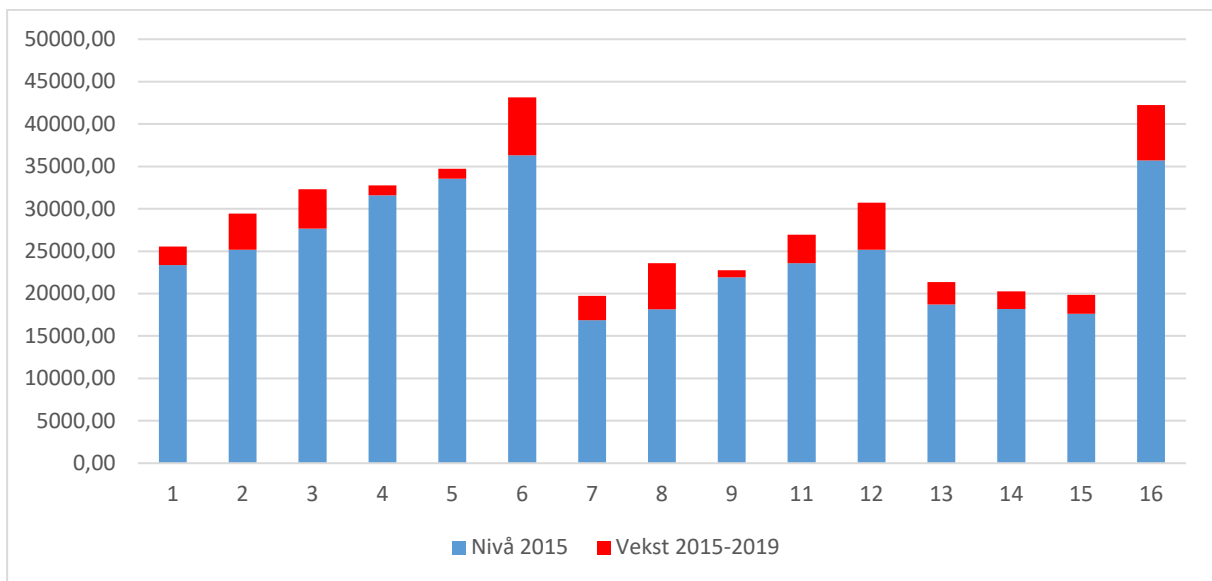
KOSTRA- grupperingen er basert på tre hovedkriterier. Kommunene blir først klassifisert etter hvilke kostnader de står overfor for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver. Disse kostnadene varierer mellom kommunene på grunn av ulike demografiske, sosiale og geografiske forhold. Men siden driften av små kommuner atskiller seg fra driften av store kommuner, har SSB også funnet det hensiktsmessig å gruppere kommunene etter folkemengde. Det tredje kriteriet som brukes er frie disponible inntekter, det vil si de inntektene som er til disposisjon når minstestandarder og lovpålagte oppgaver er dekket. Størrelsen på de frie disponible inntektene gir et anslag på kommunenes økonomiske handlefrihet. Følgende grupper inngår<sup>3</sup>:

- KOSTRA-gruppe 1: Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter

<sup>3</sup> Dette delkapitlet ble skrevet våren 2020 og det er Kostragrupperingen 2015-2019 som er benyttet.

- KOSTRA-gruppe 2: Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 3: Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 4: Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 5: Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 6: Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 7: Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 8: Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 9: Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 11: Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 12: Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter
- KOSTRA-gruppe 13: Store kommuner utenom de fire største byene
- KOSTRA-gruppe 14: Bergen, Trondheim og Stavanger kommuner
- KOSTRA-gruppe 15: Oslo kommune
- KOSTRA-gruppe 16: Kommunene med høyest skatteinntekter per innbygger.

Figur 4 gir to typer informasjon. De blå søylene angir nivået på nettodriftsutgifter per innbygger til helse- og omsorgstjenester i 2015. De røde søylene viser vekst fra 2015 til 2019. Summen av blå og røde søyler gir da utgiftsnivået i 2019.



Figur 4 Samlede netto driftsutgifter i helse og omsorg per innbygger. Veide gjennomsnitt av kommuner, etter KOSTRA grupper

Utgiftsveksten er høyest i KOSTRA- gruppene 6, 12 og 16. Dette er alle kommunegrupper med høye frie disponible inntekter. Vi merker oss også at utgiftsnivået er høyest i de minste kommunene. Dette reflekterer både høyt inntektsnivå, skalaulempet og en høy andel eldre (Hagen m fl., 2011).

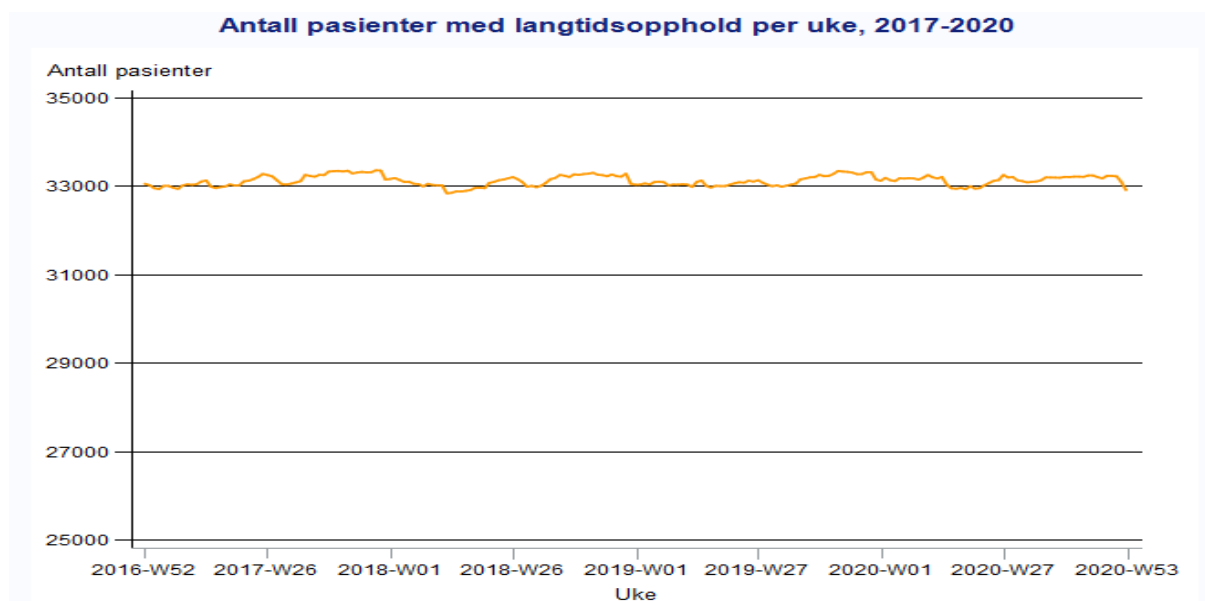
## 5. UTVIKLINGEN I ANTALL PASIENTER OG BRUKERE ETTER TJENESTE 2017-2020 BASERT PÅ KOMMUNALT PASIENTREGISTER

Data fra Kommunalt pasientregister (KPR) ble tilgjengelig høsten 2021 og gir muligheter for langt mer detaljerte analyser av aktivitetene i kommunenes leie- og omsorgstjenester enn tidligere. Rådata fra KPR er imidlertid beheftet med en del usikkerhet. Dette skyldes både dårlig koding og organiseringen av selve databasen. Det er derfor viktig å understreke usikkerheten i tallene. Dette gjelder særlig data om helsetjenester i hjemmet. I det følgende har vi trukket ut de mest kostnadskrevene tjenestene og underlagt disse nærmere analyser. I beskrivelsen av data sammenlikner vi også våre data med data som er publisert i Helsedirektoratets rapport «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019».<sup>4</sup> I hovedsak er tallene i våre og helsedirektoratets analyser på samme nivå, men vi finner noe sterkere vekst for enkelte av tjenestene i analyseperioden.

### 5.1 OPPHOLD I INSTITUSJON

#### 5.1.1 LANGTIDSOPPHOLD

Antall pasienter med langtidsopphold per uke viser en stabil trend i perioden og ligger på om lag 33000.



Figur 5 Antall pasienter med langtidsopphold per uke, 2017-2020

<sup>4</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2019/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202019.pdf/\\_/attachment/inline/47dc922a-6df8-499c-ac22-75895392f211:7392130011de41d3d199d1c16bb34b1bc7d9b22e/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2019/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202019.pdf/_/attachment/inline/47dc922a-6df8-499c-ac22-75895392f211:7392130011de41d3d199d1c16bb34b1bc7d9b22e/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202019.pdf)

Antall pasienter med langtidsopphold *per år* er fallende fra 47439 i 2017 til 46535 i 2019 (en reduksjon på 904 pasienter), deretter er det en liten oppgang til 46628 pasienter i 2020. Reduksjonen er mindre enn i Helsedirektoratets rapport der antall pasienter med langtidsopphold faller fra 47508 i 2017 til 45866 i 2019 (en reduksjon på 1642 pasienter).

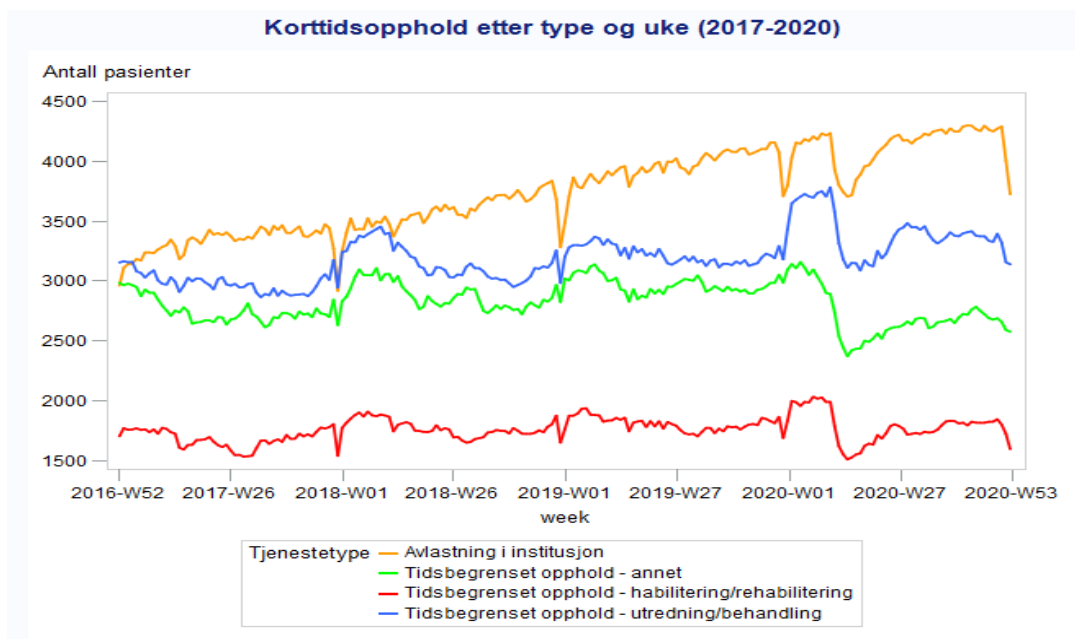
Stabilt antall pasienter per uke kombinert med fallende antall pasienter per år, indikerer at liggetiden for langtidsoppholdene går svakt opp over tid. Dette kan ha flere årsaker, for eksempel et økende innslag av demente som lever lenge med nedsatt funksjonsevne. Om lag 75 prosent av pasientene i langtidsopphold er i aldersgruppen 80 år og over. Antallet pasienter i denne gruppen er svakt fallende fra om lag 25500 ved inngangen til 2017 til 23300 ved slutten av 2020. Antallet pasienter er svakt økende i alle de øvrige aldersgruppene (0-17, 18-39, 40-59, 60-79). Gjennomsnittsalderen blant pasientene er svakt fallende fra 85 år i starten av 2017 til 83,3 år ved utgangen av 2020.

Årsaken til reduksjonen i gjennomsnittsalder er den nevnte økningen i pasienter i aldersgruppene under 80 år. I aldersgruppen over 80 år er gjennomsnittsalderen relativt konstant på 89 år i hele analyseperioden. Andelen kvinner er om lag 68 prosent i perioden, svakt fallende fra 68,7 prosent i 2017 til 67,5 prosent i 2020.

## 5.1.2 KORTTIDSOPPHOLD

Korttidsoppholdene omfatter her fire typer tjenester:

- Avlastningsopphold i institusjon
- Tidsbegrenset opphold – annet
- Tidsbegrenset opphold – habilitering/rehabilitering
- Tidsbegrenset opphold – utredning/behandling



Figur 6: Korttidsopphold etter type og uke (2017-2020)



Antallet pasienter som er inne til tidsbegrensede opphold for rehabilitering eller habilitering (rød linje) ligger på rundt 1700 per uke. De tilsvarende tallene for tidsbegrensede opphold – annet (grønn linje) – er rundt 3000 per uke. Antall pasienter som mottar tidsbegrensede opphold for utredning eller behandling (blå linje) ligger på i overkant av 3000 per uke.

Det er klare sesongvariasjoner ved at det skjer økninger på nyåret for alle disse tre pasientgruppene, særlig i 2018 og 2020. I uke 10 og 11 i 2020 skjer det et markert fall i antall pasienter for alle de tre gruppene. Dette sammenfaller med tidspunktet for nedstengningen av samfunnet som følge av korona-pandemien. Med unntak for Tidsbegrenset opphold – annet – er antall pasienter tilbake på 2019-nivå fra sommeren 2020.

Samlet sett var om lag 7700 pasienter inne til tidsbegrensede opphold i januar 2017. Dette økte til om lag 8000 i januar 2020. Ved utgangen av 2020 var samlet antall pasienter i tidsbegrensede opphold 7800. Reduksjonen gjennom 2020 skyldes nedgangen i forbindelse med korona-epidemien og at Tidsbegrensede opphold - annet – ikke er tilbake på nivået fra før epidemien. Pasienter som har avlastningsopphold (gul linje) øker jevnt i analyseperioden fra om lag 3300 i januar 2017 til om lag 4300 ved utgangen av 2020. Vi merker oss igjen at det er klare sesongvariasjoner ved at antallet pasienter som mottar avlastning er markant lavere i jule- og nyttårsukene.

Antall pasienter *per år* med avlastningsopphold øker fra om lag 8300 i 2017 til 8500 i 2019 og for tidsbegrenset opphold – annet – reduseres fra om lag 22400 i 2017 til om lag 22100 i 2019. Antall pasienter på tidsbegrensede opphold – habilitering/rehabilitering – reduseres fra om lag 16300 i 2017 til om lag 15600 i 2019. Antall pasienter på tidsbegrensede opphold – utredning/behandling – varierer lite og ligger mellom 28600 og 28800 i perioden. Det er små forskjeller i forhold til tallene som rapporteres av Helsedirektoratet.

Blant brukerne som mottar avlastning i institusjon er det flest i aldergruppen 0-18 år, om lag 1400 per uke ved starten av 2017 økende til knapt 2000 per uke ved slutten av 2020. Gjennomsnittsalderen i denne gruppen er mellom 11 og 12 år. De tidsbegrensede oppholdene omfattes i hovedsak av pasienter i aldergruppen over 80 år.

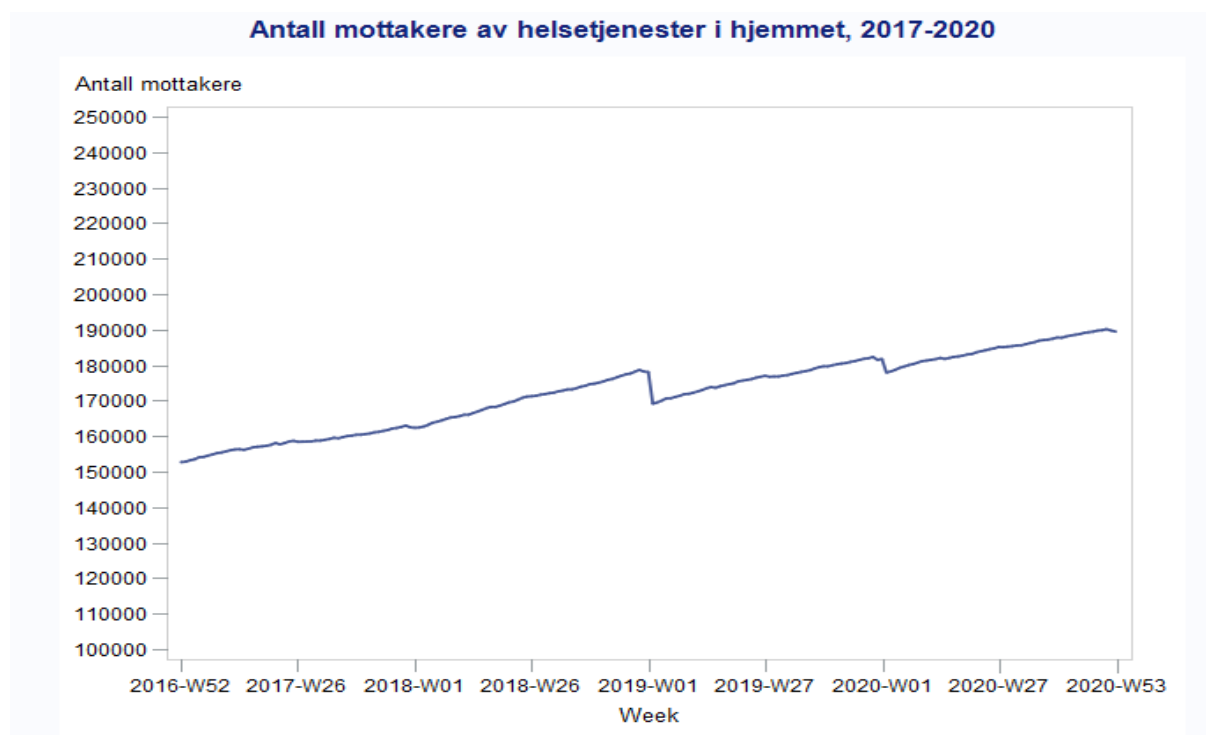
## **5.2 HELSETJENESTER I HJEMMET**

Helsetjenester i hjemmet inkluderer alle typer av helsetjenester som ytes i pasientens hjem, inklusive utredning og opptrening. De viktigste tjenestene i kategorien er hjemmesykepleie, fysioterapi og ergoterapi. Datahåndteringen er langt mer krevende for disse tjenestene enn for de andre tjenestene som rapporteres i KPR. Det har flere årsaker, men det primære problemet er et betydelig antall overlappende observasjoner.

Antall brukere per uke som mottar helsetjenester i hjemmet er jevnt økende i perioden fra januar 2017 til utgangen av 2020, men med et mindre fall ved overgangen mellom 2018 og 2019 som vi ikke kan

utelukke skyldes metodologiske problemer. Antall mottakere per uke var om lag 152800 i januar 2018 og om lag 189900 i desember 2020. Veksten i perioden er 24 prosent.

Nivået på våre tall på årsbasis er om lag som i Helsedirektoratets årstall, men vi har noe sterkere vekst. Direktoratet rapporterer totalt 229566 antall brukere på årsbasis i 2017 og 247 808 brukere i 2019. Tilsvarende tall hos oss er 226000 (2017) og 251100 (2019).

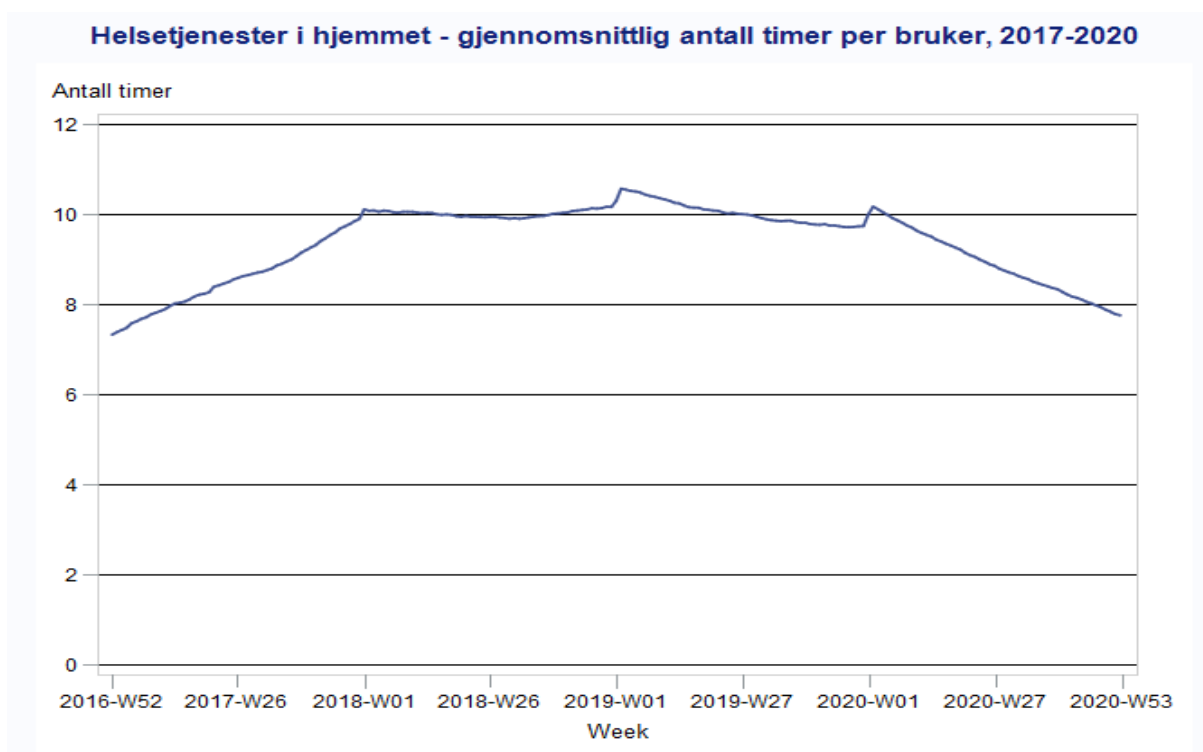


Figur 7: Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet (2017-2020)

Antall mottakere er høyest i aldersgruppen over 80 år. Her er det om lag 64000 brukere per uke. Antallet er relativt stabilt i hele analyseperioden. Det laveste antall brukere finner vi i aldersgruppen 0-18 år. Der er det vel 1300 brukere ved starten av perioden. Veksten i antall brukere i denne gruppen er på 114 prosent i perioden slik at tallet på slutten av perioden er 2800 brukere per uke. Det er også betydelig vekst i de andre aldersgruppene. Aldersgruppen 18-39 år hadde om lag 20000 brukere per uke i januar 2017 og en vekst på 70 prosent fram til utgangen av 2020, aldersgruppen 40-59 år hadde om lag 2700 brukere og en vekst på 33 prosent og aldersgruppen 60-79 år hadde knapt 40 000 brukere og en vekst på 30 prosent.

Samtidig er det en vekst i antall timer per bruker i 2017. I 2018 er gjennomsnittlig antall timer relativt stabilt, mens det går ned gjennom 2019 og 2020. Gjennomsnittlig antall timer til helsetjenester i hjemmet er høyest i aldersgruppen 0-18 år med 13,6 timer per uke. Timetallet er nest høyest i aldersgruppa 80 år og over med 9,8 timer. De tre andre aldersgruppene mottar brukerne i

gjennomsnitt om lag 9 timer per uke. Det er først en vekst i gjennomsnittlig antall timer per uke og deretter en reduksjon i 2020 i alle aldersgrupper.



Figur 8: Helsetjenester i hjemmet - gjennomsnittlig antall timer per bruker (2017-2020)

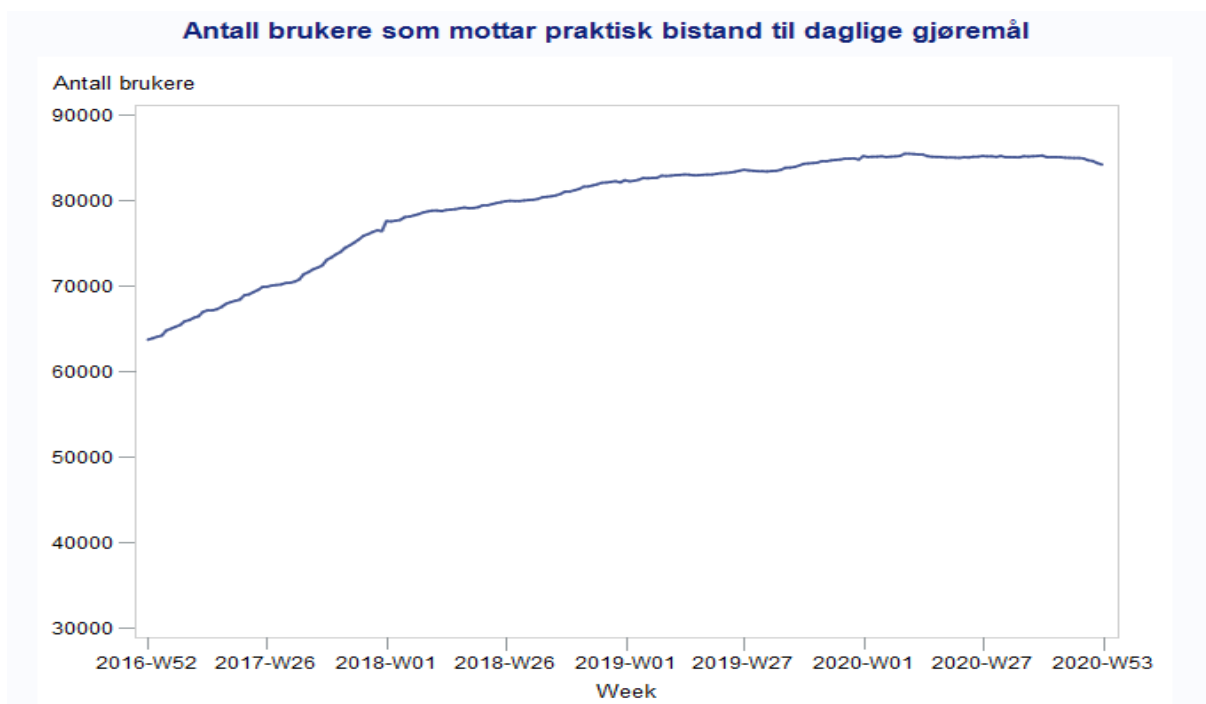
### 5.3 PRAKTISK BISTAND

Praktisk bistand består av tre ulike type av tjenester:

- Praktisk bistand - daglige gjøremål. Formålet er å gi bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell.
- Praktisk bistand – opplæring. Formålet er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, dvs. opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og i forbindelse med måltider.
- Praktisk bistand – BPA. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ organisering av praktisk og personlig bistand for personer med funksjonsnedsettelse. Hjelpen kan ytes både i og utenfor brukers hjem. Målsettingen med tjenesten er at brukeren skal få et mest mulig aktivt og uavhengig liv.

#### 5.3.1 PRAKTISK BISTAND TIL DAGLIGE GJØREMÅL

Antall brukere øker betydelig i 2017 fra om lag 64000. Deretter er veksten svakere. I 2020 er antall brukere konstant rundt 83000 med en svak reduksjon de siste månedene.



Figur 9: Antall brukere som mottar praktisk bistand til daglige gjøremål

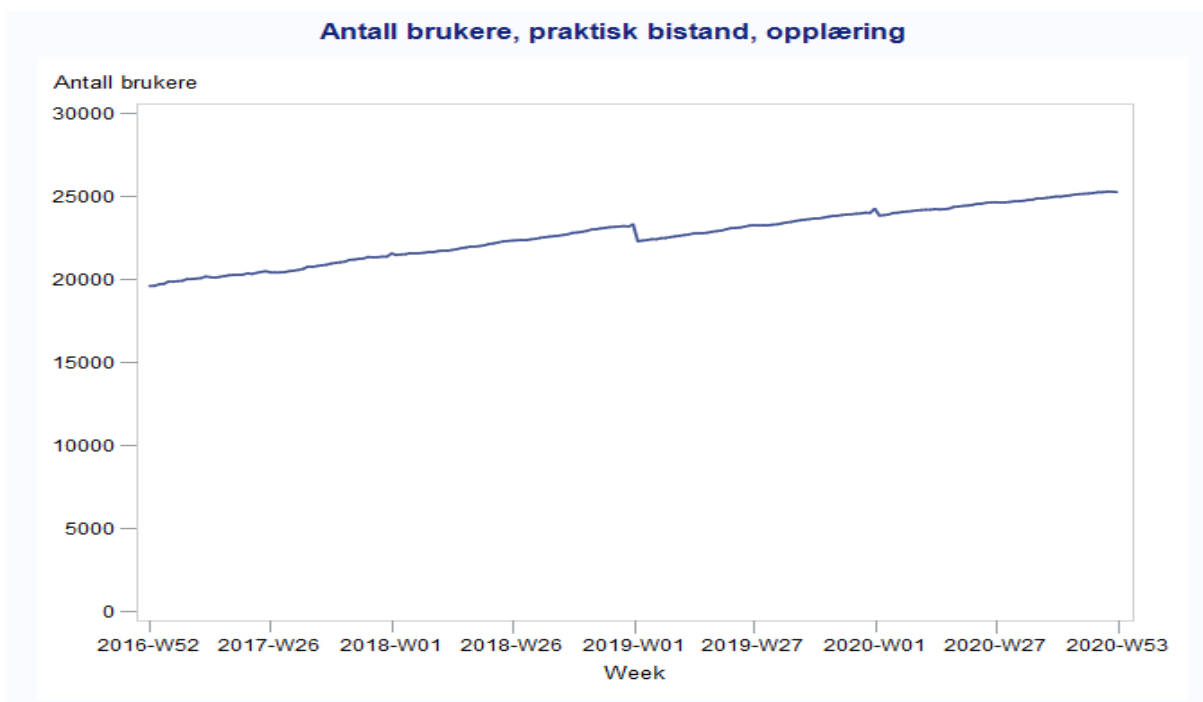
Antallet brukere er størst i aldersgruppen 80 år og over med rundt 40 900 brukere ved utgangen av 2020. Det er en svak nedgang i antall brukere i denne aldersgruppen i løpet av 2020. For analyseperioden samlet er det vekst i alle aldersgrupper. I relative størrelser er vekst størst i aldersgruppen 18-39 år der antall brukere har økt fra om lag 3600 i januar 2017 til om lag 6400 ved utgangen av perioden. Det gir en relativ økning på vel 75 prosent. I absolutte tall er veksten størst i aldersgruppen 60-79 år der antall brukere øker fra om lag 16600 i januar 2017 til om lag 24600 desember 2020.

Omfanget av praktisk bistand, daglige gjøremål er relativt konstant på 4,3 timer per uke. Som nevnt rapporterer Helsedirektoratet kun tall på årsbasis. Direktoratet rapporterer en reduksjon i antall brukere i perioden, fra 106767 i 2017 til 101826 i 2019. Det er verdt å merke seg at vi finner en vekst i perioden – fra 97000 i 2017 til 100400 i 2019 og videre til 102000 i 2020.

### 5.3.2 PRAKTISK BISTAND – OPPLÆRING

Antall brukere av opplæringstiltak i praktisk bistand økte fra om lag 19700 i januar 2017 til vel 25300 i desember 2020. Det er flest brukere i aldersgruppene 18-39 år med vel 10500 brukere på slutten av analyseperioden. Aldersgruppen 40-59 år er den nest største gruppen med om lag 8000 brukere på samme tidspunkt.

På årsbasis registrerer vi 24900 brukere i 2017 mot 24856 i Helsedirektoratets rapport. I 2019 har vi 26606 mot Helsedirektoratets 26269.

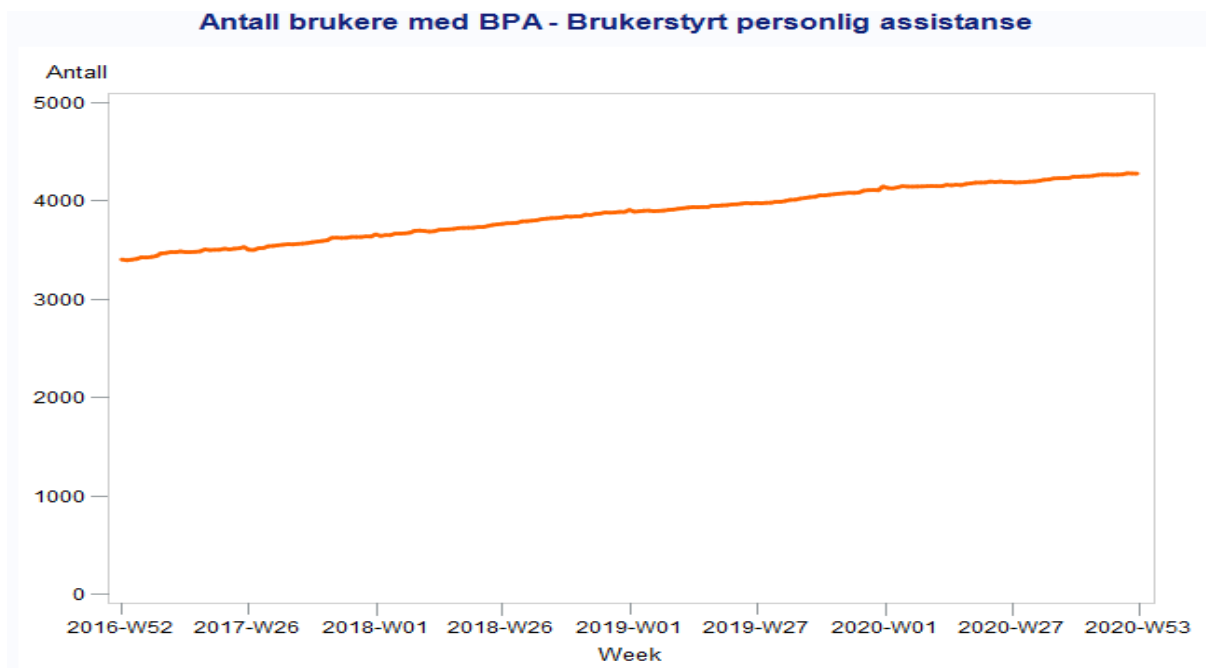


Figur 10: Antall brukere, praktisk bistand og opplæring

### 5.3.3 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE (BPA)

Det er en jevn og sterk vekst i antall brukere med BPA. Ved inngangen til perioden identifiserer vi om lag 3400 brukere per uke. Antallet øker til knapt 4300 per uke ved utgangen av 2020. Brukere per år var 3975 i 2017, 4154 i 2018, 4362 i 2019 og 4507 i 2020. Dette er tilsvarende tall som Helsedirektoratet rapporterer for 2017. For 2019 rapporterte Helsedirektoratet 4032 brukere. Våre tall indikerer med andre ord en sterkere vekst i ordningen enn det som rapporteres av Helsedirektoratet.

Antall brukere med BPA er høyest i aldersgruppene 18-39 og 40-59 år. Veksten er sterkest i aldersgruppen 18-39 år der antallet øker fra 960 i januar 2017 til 1345 i desember 2020 – en vekst på 40 prosent i perioden.



Figur 11: Antall brukere med Brukerstyrt personlig assistanse

Antall tildelte timer er høyest i den nest yngste aldersgruppen – 18-39 år. I gjennomsnitt tildeles denne gruppen om lag 75 timer BPA per uke i starten av 2017. Dette øker til knapt 120 timer per uke ved starten av 2020. Deretter er det en liten reduksjon på 5 timer i gjennomsnitt fram til utgangen av 2020. Nest flest timer tildeles i aldersgruppen 0-18 år. Det er økning i gjennomsnittlig antall tildelte timer i analyseperioden i alle aldersgrupper.

## 6. KOMMUNALE ØYEBLICKELIG HJELP DØGNTILBUD

Kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD eller KAD) ble etablert som et nytt tiltak gjennom Samhandlingsreformen. Etter en innfasingsperiode som startet i 2012 fikk kommunene fra 2016 plikt til å etablere ØHD for pasienter med behov for akutt hjelp eller observasjon. Tilbudet ble i utgangspunktet fullfinansiert av staten. Tilskuddene ble fra 2016 lagt inn i rammen for kommunene. Ifølge loven (jf. Prop. 91 L, 2010-2011) skal plikten «gjelde for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. I all hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling [...], og hvor allmenntilstanden ikke tilsier at det er behov for sykehusinnleggelse».

ØKD klassifiseres i kommuneregnskapene innenfor funksjon 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering. Som vi så i kapittel 4, var funksjon 241 den delen av helse- og omsorgstjenestene som hadde den sterkeste veksten fra 2016 til 2019. Her er målet å undersøke hvilke effekter innføringen av ØHD-ene har hatt på etterspørselen etter sykehustjenester.

I en tidligere analyse (Swanson and Hagen, 2016) fant vi at effektene av innfasing av ØHD-ene var sterkest for pasienter 80 år og over som ble lagt inn akutt ved indremedisinske avdelinger. Generelt skjedde det en reduksjon i innleggelser på -1,9 prosent, men med stor variasjon i effekter mellom kommunene. Blant kommunene med god legeberedskap ved ØHD-ene var effekten på innleggelser for den refererte gruppen på - 3,4 prosent. For ØHD-er med lav legeberedskap fant vi ingen effekter.

### 6.1 NÆRMERE OM ANALYSEOPPLEGGET

Vi analyserer variabler som beskriver sykehusinnleggelser langs fire dimensjoner:

- Alder (alle aldersgrupper, <80 år, ≥80 år)
- Type avdeling (alle, indremedisin, kirurgi)
- Type kontakt (innleggelse, dagopphold og poliklinisk konsultasjon)
- Hastegrad (alle, elektive, akutte)

I denne rapporten avgrenses analysen til pasienter over 80 år, til innleggelser og dagopphold og til variasjoner i hastegrader. Av særlig interesse er om innføring av ØHD gir en reduksjon i akutte innleggelser ved indremedisinske avdelinger for pasienter over 80 år. Denne gruppen kan sies å være kjernen i målgruppene for ØHD-ene.

Det analytiske opplegget er basert på en standard etterspørselsmodell for kommunale tjenester slik den er implementert av Swanson og Hagen (2016). En antar at henvisende lege velger mellom sykehus og ØHD basert på informasjon om lokalt tilbud og pasientens tilstand. Modellen korrigerer for variasjoner i behov ved hjelp av aldersvariabler, samt i andre deler av det kommunale tilbudet (f.eks. sykehjemsdekning) og andre kommunespesifikke forhold (f.eks. avstander til sykehus). I tillegg

inkluderes 'faste' effekter for kommune som innebærer at vi utnytter endringer som skjer i etterspørselen etter sykehustjenester 'innenfor' den enkelte kommune over tid. En forenklet versjon av modellen kan skrives slik:

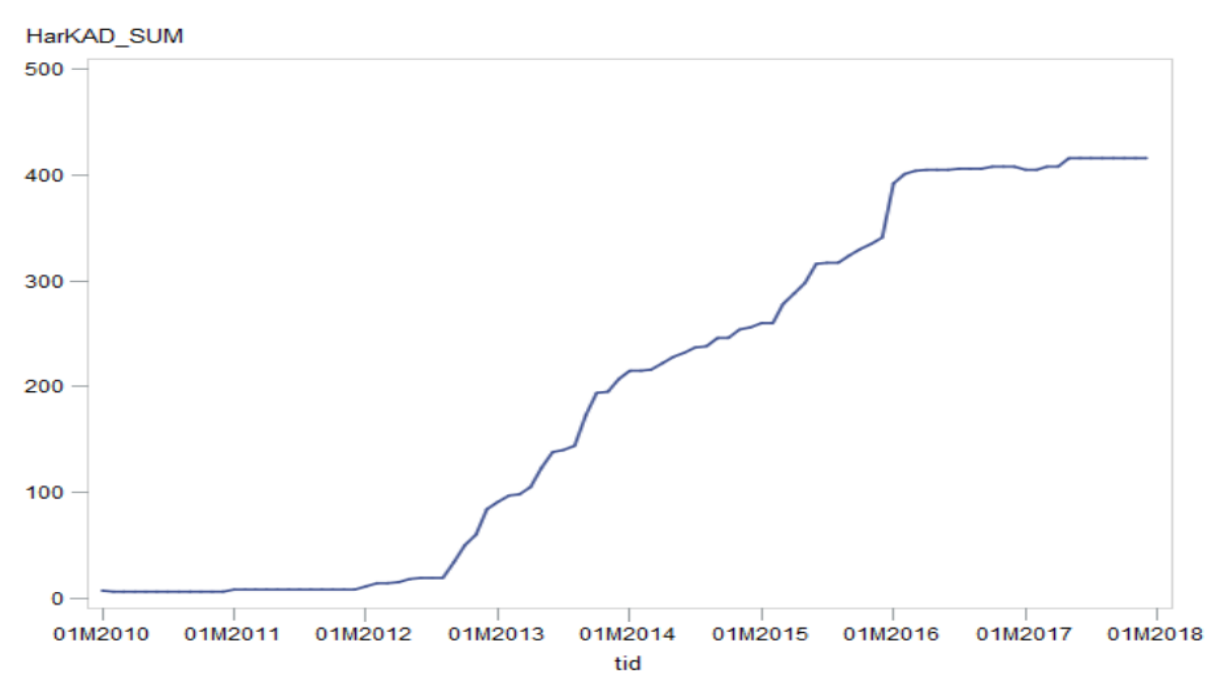
$$\log H_{mt} = \beta_S \log S_{mt} + \beta_D \log D_{mt} + \beta_{\emptyset HD} \emptyset HD_{mt} + f_m + \beta_t M_t + u_{mt}$$

der  $\log H_{mt}$  er variablene som beskriver bruk av sykehus fra hver kommune i hver måned (t), S er en vektor som beskriver lokalt tilbud (sykehjemsplasser, fastleger per capita), D er en vektor som beskriver etterspørsel (aldersfordelingen), f er faste effekter for kommune og M en variabel som justerer for sesongvariasjoner. I en sensitivitetsanalyse inkluderes et AR(1)-ledd for å håndtere tidsavhengighet. Siden implementeringen av  $\emptyset HD$  skjedde på ulike tidspunkt i ulike kommuner (sekvensiell implementering), gir modellen gode muligheter for å identifisere effektene.

$\emptyset HD$  operasjonaliseres ved en dummyvariabel som tar verdien 0 for perioden uten  $\emptyset HD$  og 1 for perioden med  $\emptyset HD$ , der denne perioden starter den måneden første pasient er innlagt ved  $\emptyset HD$ . Registreringen av tidspunktet er gjort ved telefonintervjuer med kommunene på tre ulike tidspunkter - 2013, 2016 og 2019.

## 6.2 RESULTATER

Figur 12 viser kumulativt antall kommuner som har  $\emptyset HD$  etter tid. Vi har klassifisert sykestuene i Finnmark som  $\emptyset HD$ -er. Grafen starter derfor ikke på 0. De første  $\emptyset HD$ -ene etter Samhandlingsreformen ble iverksatt fra sommeren 2012. 416 av 425 kommuner hadde tilgang til  $\emptyset HD$  per 31.12.2017.



Figur 12: Kommuner med øyeblikkelig hjelp døgntilbud ( $\emptyset HD$ ).



Effekten av ØHD-ene på akutte innleggelser ved medisinske avdelinger for eldre 80 år og over har økt fra -1,9 prosent i perioden til og med 2014 til - 4 prosent når vi analyserer hele perioden (2010-2017). Som i den tidligere analysen finner vi heller ikke nå effekter på elektive innleggelser ved indremedisinske avdelinger. Vi finner ingen effekter for kirurgiske innleggelser for pasienter som er 80 år og over. Konklusjonen er med andre ord at ØHD-ene har en økende effekt på sykehusinnleggelsene over tid. Effekten er sterkest for eldre pasienter som innlegges akutt ved indremedisinske avdelinger.

## DEL 2: KVALITATIV TILNÆRMING

### 7. CASESTUDIE

#### 7.1 INNLEDNING

Til den kvalitative delen av studien har vi valgt et casesdesign og foretatt et metodisk dypdykk i noen utvalgte kommuner. Gjennom et casesdesign er det mulig å granske aspekter innenfor et forskningsfelt på en grundig måte (Flyvebjerg 2011, Yin 2009). Designet er derfor egnet til å gi innsikt i det kompleksitetsbildet som det er snakk om her. Casestudier kan dessuten gi grunnlag for substansiell generalisering av resultater ved at disse diskuteres opp mot både teori og annen relevant forskning (Patton 1990).

Kostnadsveksten i tidsrommet 2017-2018 er i denne delen av studien belyst fra et nedenfraperspektiv med inspirasjon fra Dorothy Smiths (1999, 2005) institusjonelle etnografi. Smith retter oppmerksomheten både mot praksiser og erfaringer, og mot forhold som påvirker praksiser. Hun trekker et skille mellom det «lokale» og det «ekstralokale», hvor det «lokale» dreier seg om det som foregår og erfares innenfor en lokal kontekst, mens det «ekstralokale» dreier seg om forhold som virker inn på det som foregår lokalt, for eksempel organisatoriske forhold, profesjonelle diskurser og lovverk. Med utgangspunkt i dette perspektivet har vi beveget oss inn i forskningsfeltet med et åpent blikk og med det hatt mulighet til å fange opp noe av mangfoldet innenfor dette feltet. Detaljer i det metodiske designet og i gjennomføringen av studien, er beskrevet nedenfor.

#### 7.2 CASEUTVALG OG UTVALGSKRITERIER

Casestudien inkluderer i alt 15 kommuner som var registrert med høy kostnadsvekst i KOSTRA for perioden 2017-2018. I den videre utvalgsprosessen la vi vekt på det Patton (1990) omtaler som «purposeful sampling», hvor et sentralt prinsipp er å maksimere variasjon i forskningsfeltet for deretter å analysere datamaterialet på tvers av casene. Av de 15 casekommunene, ble 12 valgt blant kommuner som hadde en utgiftsvekst til helse- og omsorgstjenester innenfor et spenn fra rundt 10 prosent til i underkant av 30 prosent.<sup>5</sup> Noen av disse kommunene hadde også registrert høy utgiftsvekst innenfor denne sektoren per innbygger. Tre caseområder ble valgt blant kommuner som hadde registrert særlig høy kostnadsvekst til hjemmebaserte tjenester i de aktuelle årene.

Variasjon i utvalget ble også sikret ved å rekruttere kommuner med forskjellig befolkningsstørrelse og forskjellig geografisk beliggenhet, og ved å få med kommuner fra flere KOSTRA-grupper (KG), hvor kommuner er gruppert utfra noen sammenliknbare karakteristika. I utvalget totalt sett, varierer befolkningsstørrelse fra rundt 1000 innbyggere i den minste kommunen til godt og vel 50 000

---

<sup>5</sup> Her er det snakk om netto driftsutgifter til sektoren i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter rapportert i KOSTRA.

innbyggere i den største. Kommunene tilhører 10 KOSTRA-grupper og de er lokalisert i åtte fylker (tabell 2). Både kystområder og innland er dekket.

Tabell 2: Caseutvalg

Kommunestørrelse	Kommuner (antall)	Fylke	KOSTRA-gruppe
< 4 999	4	Møre og Romsdal, Troms og Finnmark, Vestfold-Telemark, Viken	1, 2, 6, 16
5 000 - 9 999	4	Agder, Møre og Romsdal, Nordland	8, 11, 12
10 000 - 19 999	2	Troms og Finnmark, Trøndelag	8, 12
20 000 - 49 999	4	Innlandet, Viken	7, 13, 10
> 50 000	1	*	13

\* Av hensyn til anonymisering, er navn på fylke utelatt i denne kategorien

### 7.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJUER

Kommunenes størrelse og organiseringsmodeller varierer. Vi valgte derfor noe ulike fremgangsmåter i rekruttering både av kommuner og av enkeltinformanter. I de minste og middels store kommunene ble første henvendelse om studien rettet til kommunedirektør eller rådmann, mens vi i de største kommunene henvendte oss direkte til kommunaldirektør eller kommunal leder for seksjonen.<sup>6</sup> Blant kommunene som ble invitert til å delta i studien, var det kun én som takket nei. Dette ble begrunnet med at kommunen var under omorganisering og at aktuelle ledere var nylig ansatt.<sup>7</sup>

Antall informanter i hver kommune varierte fra én til fem. I tre kommuner deltok kommunedirektør/rådmann eller assisterende rådmann. Andre deltakere hadde stilling som økonomisjef, økonomirådgiver, økonomikontroller, kommunal leder for tjenesteområdet, leder for tildelingskontor eller enhetsleder enten for institusjonstjeneste, hjemmetjeneste eller miljøtjeneste. Informanter fra seks kommuner ble intervjuet i gruppe. I disse intervjuene fikk deltakerne anledning til å respondere på hverandres erfaringer og synspunkter (Silverman, 2000), noe som var gunstig for nyansene i datamaterialet. Der kun en person ble intervjuet, var dette i hovedsak kommunal leder for sektoren, og i ett tilfelle leder for hjemmetjenesten. Informanter som ble intervjuet enkeltvis, hadde på forhånd

<sup>6</sup> Virksomhetsfelt og stillingsbetegnelser for ledere innenfor pleie- og omsorgsfeltet varierte mellom kommunene.

<sup>7</sup> Noen kommuner som ble vurdert som interessante å inkludere i studien, måtte utelates på grunn av kommunesammenslåing etter 2018. I tillegg ble to kommuner tatt ut fordi utgiftsveksten som vist i KOSTRA, handlet om feilregistrering. Disse kommunene ble erstattet med andre kommuner av tilsvarende størrelse og andre karakteristika.

diskutert tallgrunnlaget med økonomisjef og/eller andre. I fem kommuner ble det gjennomført oppfølgingsintervju med de samme informantene, eller med noen av dem.

Denne delen av undersøkelsen pågikk i perioden fra februar til desember 2020.<sup>8</sup> Intervjuene ble gjennomført per telefon eller digitalt via Skype eller Teams, og de varte fra 45 minutter til 1 time og 15 minutter. Oppmerksomheten i intervjuene var rettet inn mot pleie- og omsorgstjenester, eller mot det som rapporteres i KOSTRA-funksjonene 253 (helse- og omsorgstjenester i institusjon), 254 (helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende) og 256 (øyeblikkelig hjelp døgntilbud). Intervjuene hadde en åpen form. Det vil si at informantene fikk anledning til å beskrive kostnadsvekst i egen kommune i det aktuelle tidsrommet, inkludert detaljer innenfor de enkelte utgiftspostene. Her var det for eksempel snakk om nye oppgaver og/eller tilbud som vokser eller endres på måter som er kostnadskrevende, mulig økning i personellressurser, i form av stillingsvekst og/eller kompetanseøkning, og/eller annet. Noen informanter hadde hentet frem et eksakt tallgrunnlag som viste økning målt i antall kroner og/eller i prosent. Dette ble presentert muntlig eller fremstilt grafisk under intervjuet, eller tilsendt i etterkant av intervjuet. Andre informanter pekte i hovedsak på tendenser i utgiftsveksten i egen kommune, og oppga eksakte utgifter innenfor noen områder. En intervjuguide fungerte som sjekklister for å sikre at vi fikk opplysninger om alle forhold som kunne tenkes å forklare den aktuelle kostnadsveksten. Intervjuguiden ble gjennomgått mot slutten av intervjuet, om ikke informantene selv hadde berørt de aktuelle punktene. Under intervjuene ble det tatt grundige notater, og i noen tilfeller gjort lydopptak.

#### **7.4 SKRIFTLIG KILDEmateriale**

Flere av kommunene i caseutvalget har bidratt med informasjon fra eget statistikkmateriale, fra egne evalueringsrapporter, og fra andre aktuelle kilder. Dette datamaterialet har blitt gjennomgått og lagt til grunn i samlet analyse. Deler av statistikkmateriale er også tatt med i resultatdelen som illustrasjon på utviklingstrekk i enkelte kommuner innenfor enkelte temaer eller utgiftsposter.

#### **7.5 ANALYSER AV DATA**

Datamaterialet består av kommunale ledes beskrivelser av kostnadsveksten innenfor pleie og omsorgssektoren i egen kommune, med utdyping av opplysninger som er registrert i KOSTRA. Det samlede datamaterialet er analysert på tvers av kommuner. I kapittel 10 er områder for kostnadsvekst kategorisert og fremstilt i 11 hovedgrupper, inkludert en «annet»-kategori som består av utgiftsområder som kom opp bare i en eller noen få av kommunene, eller som utgjorde en liten andel av samlet kostnadsvekst. I presentasjon av resultater gjør vi oppmerksom på eksempler som bare gjelder en kommune eller noen få kommuner.

Foreløpige resultater ble presentert i fire møter med representanter for oppdragsgiver, og ett møte med referansegruppen som består av KS' sentrale rådmannsutvalg. Diskusjoner med og innspill fra

---

<sup>8</sup> Datainnsamlingsperioden ble forlenget på grunn av at de kommunale deltakerne hadde knapt med tid til å planlegge og gjennomføre intervjuene under koronapandemien.

møtedeltakerne har blitt brukt i både bearbeidelsen og tolkningen av datamaterialet. Våre funn er i tillegg sett i sammenheng med funn fra Lunder og medforfattere (2019) og Rohde og medforfattere (2020).

I diskusjonsdelen vurderes resultater også opp mot statlige føringer for de aktuelle tjenesteområdene og profesjonelle diskurser innenfor dette feltet. Datamaterialet gir dessuten innsikt i de utvalgte kommunenes strategier og prioriteringer innenfor dette feltet.

## **7.6 FORSKNINGSETISKE HENSYN**

Prosjektet ble rutinemessig meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk senter for forskningsdata (NSD). Datamaterialet har vært behandlet i samsvar med EUs personvernforordning (The General Data Protection Regulation/GDPR) og etter etiske retningslinjer for forskning (jfr. retningslinjer fra Nasjonal forskningsetisk komité for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi). Kommunene ble orientert muntlig og skriftlig om formålet med studien, om aspekter som konfidensialitet, anonymisering, og frivillighet, og om at deltakerne kunne trekke seg når som helst, uten begrunnelse og uten konsekvenser for dem, og i tillegg la være å svare på spørsmål de ikke ønsker å besvare. Både kommuner og enkeltinformanter er anonymisert.

## 8. RESULTATER

### 8.1 INNLEDNING

I dette kapitlet presenterer vi forhold som har bidratt til utgiftsveksten i de 15 casekommunene. Kapitlet er organisert i temaområder som kommer frem i intervjuene, og hvert temaområde er illustrert med utdypende eksempler. Beskrivelsene tyder på at kommunene har hatt utgiftsvekst innenfor flere av de samme områdene. Bortsett fra i et par kommuner, hadde kostnadene i den aktuelle perioden økt innenfor flere tjenester eller enkeltoppgaver. Informanter fra én kommune bemerket for eksempel at utgiftene hadde økt innenfor så mange områder at det hadde vært enklere å liste opp de områdene hvor det ikke var registrert økning. Mens noen kommuner rapporterer om tilfeldig kostnadsvekst i de to aktuelle årene, med nedgang for 2019, har andre, på grunn av utgiftsveksten i perioden 2017-2018 som de oppgir startet tidligere enn dette, gjort forsøk på å bremse eller senke utgifter. Noen kommuner peker dessuten på nedgang i kostnader etter 2018, mens andre viser til videre vekst inn i 2019 og i 2020. For noen handlet imidlertid deler av den høye kostnadsveksten som går frem av KOSTRA i den aktuelle perioden, om feil i registreringen for eksempel som følge av at statlig refusjon for 2018 ikke var overført. Funksjonene i KOSTRA 253 (helse- og omsorgstjenester i institusjon) og 254 (helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende), spenner over et bredt register av oppgaver. I intervjuene ble det bemerket at det vide omfanget bidrar til at endringer innenfor enkeltoppgaver blir usynlig. Det kom også frem at utgifter registreres på forskjellige måter. Et eksempel er hverdagsrehabilitering hvor noe registreres som helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (funksjon 254) mens annet føres under diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241). Områder som ser ut til å ha vært særlig kostnadskrevende i perioden 2017-2018, går frem av punktene 8.2 til 8.12 nedenfor. I punkt 8.14 og i kapittel 9 løftes de viktigste funnene frem.

### 8.2 RESSURSKREVENDE OMSORGSTJENESTER

I intervjuene ble det oftest pekt på økning i utgifter til ressurskrevende omsorgstjenester som forklaring på kostnadsveksten i det tidsrommet som dekkes i denne studien. Betegnelsen «ressurskrevende tjenester» ble brukt på litt ulike måter. Noen trakk opp et skille mellom det som ble omtalt som tradisjonelle ressurskrevende tjenester med referanse til personer med psykisk utviklingshemming som faller inn under «PU-kriteriet» (se nedenfor), og andre brukere med behov for omfattende kommunale helse- og omsorgstjenester. Andre brukte denne betegnelsen om alle typer brukere som har behov for omfattende kommunale helse- og omsorgstjenester uavhengig av type diagnose og andre karakteristika. I den videre presentasjonen har vi derfor skilt mellom det som ble omtalt som brukere innenfor «PU-kriteriet» og andre brukere.

#### 8.2.1 BRUKERE MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING

Brukergruppen som det er snakk om her, faller inn under kriteriet «Personer med psykisk utviklingshemming 16 år og eldre» i inntektssystemet for kommunene. Kriteriet omtales også som «PU-kriteriet», og inkluderer brukere som har medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse (Lunder m.fl. 2019). I caseutvalget brukes forskjellige betegnelser på tjenester til denne

brukergruppen, blant annet miljøtjeneste, miljøarbeidertjeneste, PU-tjeneste og TFF (Tjeneste for funksjonshemmede). Tjenestetilbudet organiseres enten som del av hjemmetjenesten eller som institusjonstjeneste, eller begge deler alt etter hvilke former for boliger som er opprettet. Utgifter til denne tjenesten føres dermed under ulike rubrikker i KOSTRA. I noen av de største kommunene var miljøtjenesten etablert som egen virksomhet. Innenfor tjenester til denne brukergruppen kan det være nødvendig med utøvelse av tvang. Vedtak fattes i henhold til Lov om helse- og omsorgstjenester kapittel 9 (LOV-2011-06-24-30), inkludert vedtak om hvorvidt 2-til-1 bemanning er nødvendig.

Veksten i kostnader til denne brukergruppen, handlet om at de aktuelle kommunene hadde fått flere brukere totalt og/eller at flere brukere hadde fått større bistandsbehov. Enkelte kommuner hadde overtatt ansvaret for brukere og skaffet dem bolig da de fylte 18 år, men andre har erfart at brukere ofte nærmer seg 25 år før de flytter inn i egen bolig. For brukere som bor hjemme sammen med sine foreldre, går kommunale ressurser med til aktivisering og avlastning.

I en av de største kommunene skyldtes kostnadsveksten til denne brukergruppen i hovedsak «etterslep på boligfronten». Kommunen hadde både opprettet flere bofellesskap og åpnet nye avdelinger innenfor institusjonstjenesten. Informantene understreket at kommunen samtidig hadde tilbudt flere og bedre tjenester, men la til at enkeltbrukere krever betydelige ressurser, ikke bare i individuelle boliger, men også i bofellesskap:

Når de [brukere] flytter fra privat til selvstendig eller kollektiv løsning, øker behovet for tjenester. Det uformelle blir da svekket og det offentlige overtar. Det forventes i samfunnet at kommunen skal overta. Pårørende ønsker å være pårørende og ikke omsorgsperson. Pårørende har vært tett på livet til sine barn. Omsorgsbyrden skal stoppe på et tidspunkt. De [foreldre] blir eldre og de blir sliten. Vi har nå flere yngre med kognitiv svikt med økt gjennomsnittlig hjelpebehov. Vår tidligere profil var hjelp til mange og mye tid til dem som trenger det mest. Tendensen nå er at vi har noen brukere med stort ressursbehov. Mange har 24 timer 1-til-1 bemanning. De fleste i bemannet bolig har mye behov. Noen har selvstendig enhet etter individuell vurdering og individuelt tilrettelagt. Noen har ledsagere til arbeidsplass, aktiviteter og annet.

Informanter i kommunen, som er nevnt over, fortalte også om klagesaker hvor brukere har fått innvilget tilbud i privat hjem i stedet for i bokollektiv - som ville ha kostet mindre for kommunen. I en annen av de største kommunene, fortalte informanter at utgifter til pleie- og omsorgstjenester steg voldsomt i perioden fra 2014 til 2018. Også i den kommunen hadde ekspansjonen vært størst innenfor tjenester til denne brukergruppen, med blant annet etablering av et nytt botilbud i 2017:

Mye utgiftsvekst dreier seg om en-til-en-døgntilbud, med vedtak fra Fylkesmannen. Kapittel 9-regimet kan være en rigid løsning. [Navn på egen kommune] er preget av det. Vi har ikke spesielt mange, men vi har drevet dyrt.

For tre av kommunene med i underkant av 10 000 innbyggere utgjorde også utgifter til denne brukergruppen en betydelig andel av kostnadsveksten. I ett av intervjuene ble det lagt vekt på at dette er en utgiftspost som vil vokse ytterligere:

Utgiftsveksten på en million kroner innenfor pleie og omsorg har i hovedsak gått til miljøtjenesten. Tjenesten gir tilbud til brukere fra de er rundt 20 år og til de blir eldre – ingen går ut i andre enden, som i eldreomsorgen, hvor det er turnover. Disse brukerne må ha kommunal hjelp, og kommunen har bygd opp boliger over flere år. Brukere som bor i bofellesskap, trives, det er populært og det er sjelden ledige boenheter. Om brukere kjøper bolig selv, [som de kan velge], må kommunen betale. Det tvinger seg frem dyre løsninger.

En annen av de tre kommune som er nevnt over, hadde i perioden fra 2017 til 2018 fått seks nye brukere. Alle hadde flyttet fra foreldrehjemmet til egen bolig. Informanter i den tredje kommunen spesifiserte utgiftsveksten med utgangspunkt i vedtakstimer som hadde økt med 20 prosent, og hvor timer til denne brukergruppen hadde økt mest. Fra 2016 til 2017 gikk antall timer opp fra 2600 til 3100, mens ved utgangen av 2018 hadde timeantallet passert 3200. Av intervjuet går det frem at en vedtakstime per uke kan koste mellom 25 000 og 30 000 kroner per år. Kommunen hadde ikke bare fått flere brukere som hadde flyttet i egen bolig da de hadde fylt 18 år, inkludert brukere som var tilflyttere. I perioden 2017-2018 hadde dessuten flere brukere hatt behov for mer omfattende tjenester med endring fra 1-til-1 til 2-til-1 bemanning. Kostnadsveksten de aktuelle årene handlet også om kjøp av tjenester, hvor kommunen hadde inngått en kostnadskrevenne kontrakt for privat omsorgstjeneste for to brukere. Veksten i behov hadde vært så stor at kommunen ikke hadde hatt mulighet til å bygge opp et eget kommunalt apparat. Det første året hadde utgiftene til den ene av de to nevnte brukerne, beløpt seg tett opp mot åtte millioner kroner. Det ble videre bemerket at utgiftene begynte å løpe i 2016, og ble forsterket da brukeren måtte ha 2-til-1 bemanning i 2017. Informanter i denne kommunen uttrykte også bekymring for det de beskrev som en skjevfordeling av ressurser, i den forstand at en brukergruppe kan vinne mens en annen taper i fordelingen av knappe budsjettmidler:

Det som bekymrer mest, er den store veksten i miljøarbeidertjenesten. Det er enkeltvedtak som må innfris. Det er bekymringsverdig at en gruppe skal få en så stor jafs av kaka. Det er noe KS må få staten til å se på, så det ikke blir en A-gruppe og så en B-gruppe som er eldreomsorgen.

Informanter i tre av de minste kommunene beskrev også til dels betydelig utgiftsvekst til denne brukergruppen. I en av disse kommunene hadde det meste av utgiftsveksten på rundt 13 prosent i 2017–2018 gått med til bolig med bistand for en bruker med 2-til-1 bemanning. Kommunen manglet kompetanse til å dekke kravet om at en ansatt i hvert vaktteam må ha utdanning på minimum Bachelor-nivå fra høyskole eller universitet. Kommunen måtte derfor kjøpe privat bo- og omsorgstjeneste fra nabokommunen. Den aktuelle brukeren hadde bodd i omsorgsbolig med fire andre personer, men måtte flytte i egen bolig på grunn av utagerende atferd og etter vedtak fra



Fylkesmannen. I 2017-2018 ble det brukt til sammen vel åtte millioner kroner til den ene brukeren. Fem millioner ble dekket via statlige overføringer, mens 3,2 millioner ble dekket av kommunen.

I den aktuelle perioden fikk en annen av de minste kommunene fire svært ressurskrevende brukere. To av de fire har 2-til-1 bemanning. Den ene av disse to har bodd i kommunen i mange år, men ble plutselig mer hjelpetrengende. Tilstanden til den andre brukeren, som har vokst opp i kommunen, ble også plutselig forverret. I tillegg kommer to brukere som er barn av flyktninger. Disse krever 1-til-1 bemanning i barnebolig hele døgnet. Også her ble det i intervjuet bemerket at kompetansekravet kan være utfordrende å oppfylle:

Psykisk utviklingshemmete har rettigheter. Staten har bestemt at ved bruk av tvang skal det være to personer på vakt. Etter vedtak i kapittel 9 - B-vedtak - skal den ene være høyskoleutdannet, og det er nå skjerpet inn. Vi fikk rundskriv for et par år siden som virkelig setter skruen på.

Den tredje av de minste kommunene hadde også fått flere brukere i denne kategorien som hadde fylt 18 år i den aktuelle perioden. Selv om det her ikke var snakk om et stort antall nye brukere «gir en liten vekst i antall brukere relativt store utslag i kostnadsbudsjettet i en liten kommune». Denne kommunen hadde dessuten erfart at brukere fra andre kommuner flytter til kommunen når de fyller 18 år og kommunen skal overta ansvaret for omsorgen. Også informanter fra større kommuner forteller at brukere flytter til kommunen når de er klar til å forlate foreldrehjemmet fordi den aktuelle kommunen tilbyr bedre tjenester enn oppvekstkommunen. Dette gjelder både for kommuner som fungerer som regionsenter, og for andre kommuner.

### **8.2.2 ANDRE BRUKERE**

Det som i intervjuene omtales som brukere med behov for ressurskrevende tjenester, dekker, som nevnt over, brukere med ulike typer utfordringer eller diagnoser. Her inkluderes personer som er rammet av demenssykdom med utagerende atferd og med behov for tilrettelagt omsorg i egen bolig med blant annet 2-til-1-bemanning; trafikkskadde med omfattende hjelpebehov; brukere med psykiske helseutfordringer (yngre og eldre); brukere med rusproblemer; barn i barnebolig; funksjonshemmete barn av innvandrere som har kommet til landet i forbindelse med familiegjenforening og som bor i barnebolig, og enkelte brukere i barneverninstitusjon. I tillegg kommer alle ressurskrevende brukere over 67 år, inkludert brukere med psykisk utviklingshemming.

Informanter fra godt over halvparten av casekommunene rapporterte om til dels betydelig utgiftsvekst i tjenester til en eller flere av de nevnte brukergruppene. En kommune med i underkant av 10 000 innbyggere hadde fått både flere brukere og flere brukere som ble beskrevet som «dyre brukere». Blant annet gjaldt dette to personer som var rammet av demenssykdom med utagerende atferd. Kommunen har for få institusjonsplasser og mangler plasser med tilstrekkelig skjerming. Det hadde derfor vært vanskelig å håndtere personer med utagerende atferd i institusjon. De to aktuelle brukerne krevde døgkontinuerlig tilsyn hjemme. Den ene ble beskrevet som en «stor og sterk» mann hvor flere

ansatte må være til stede samtidig. Personalet skifter på å være en halv time inne og en halv time ute. En voksen bruker med psykisk utviklingshemming hadde i tillegg flyttet tilbake til kommunen i 2016. Kommunen hadde dermed tre som ble omtalt som «utagerende brukere», og som krever fem nattevakter til sammen. Andelen faglært personell har økt til 44 prosent til denne gruppen brukere. Dette har også vært kostnadskrevende. I 2017 fikk kommunen dessuten en bruker med trafikkskade med stort bistandsbehov og døgnbemanning hjemme.

To andre kommuner hadde også i perioden 2017-2018 fått nye krevende brukere nærmest fra en dag til den neste. I den ene kommunen var det snakk om to brukere, én med omfattende trafikkskade og ett nyfødt barn i barnebolig. Begge krevde heldøgns bemanning. Til disse to ble det brukt til sammen 9,5 årsverk innenfor rammen av pleie- og omsorgstjenesten. Kommunen hadde fra før et svært ressurskrevende barn som bodde i familiehjem. Den andre kommunen fikk et ressurskrevende barn fra en familie etter familieforening:

Fra en dag til den neste fikk vi en bruker som skulle ha 2-til-1-bemanning – et stort problem for kommunen. Om det hadde vært snakk om flyktninger, hadde vi fått statsstøtte.

Informanter i en av de største kommunene pekte på en økning over flere år i antall barneboliger både i institusjon (KOSTRA 253) og i heldøgns omsorgsbolig (KOSTRA 254), uten at dette ble nøyaktig spesifisert. En kommune som i den aktuelle perioden hadde hatt betydelig økning i vedtakstimer, måtte blant annet kjøpe private tjenester, inkludert tjenester til barnevern fra en institusjon et annet sted i landet. Kommunen hadde også bosatt flere flyktninger med betydelig hjelpebehov:

Årsaken til hvorfor vi har hatt en økning i vedtakstimer på 20 prosent er ikke lett å sette fingeren på. Vi hadde en del saker som begynte som barnevernssak, og som senere kom inn under helse- og omsorgsloven på grunn av hjelpebehov. Også bosetting av flyktninger har spilt inn. Der er det en del brukere som har store behov.

Også i en annen kommune beskrev informantene kostnadsvekst i perioden til tjenester for barn som barnevernet har hatt ansvar for:

Vi har fått store overraskelser fra barnevern som gjør at vi må ut og kjøpe tjenester [til brukere med psykiske helseutfordringer]. Barnevern genererer økning med kvasiinstitusjonelle løsninger. Jeg trodde dette var forlatt, men kanskje det er på vei inn igjen.

En av de største kommunene i utvalget hadde i perioden 2017-2018 inngått en ekstern kontrakt om tilbud til en bruker på én million kroner i løpet av ett år. Brukeren hadde tidligere hatt avlastning av en annen type. I tillegg hadde to ressurskrevende brukere fylt 67 år. Informanter i denne kommunen bemerket at på grunn av størrelsen på kommunens totale budsjett utgjorde denne utgiftsposten lite i prosentvis økning. Kostnadsutfordringer knyttet til brukere over 67 år ble imidlertid omtalt som

betydelig og langt mer merkbar i andre kommuner, blant annet i en kommune med i underkant av 10 000 innbyggere som i den aktuelle perioden fikk tre nye brukere i denne kategorien:

Når brukere er over 67 år så får vi ikke det tilskuddet lenger. Det gjelder mellom 15 og 20 stykker. Når tre stykker ble 68, så blir det fort snakk om 3-4 millioner.

Informanter fra en av de største kommunene pekte på at de hadde fått nye brukergrupper som har hatt kostnadmessige konsekvenser. De trakk spesielt frem personer med psykiske helseutfordringer, og særlig unge personer med spisevegring, som hadde økt de to, tre siste årene. Personer med rusproblemer har også økt. I intervjuet ble utviklingen innenfor dette området knyttet til endringer i spesialisthelsetjenesten og denne tjenestens utskrivningspraksis. Kommunen hadde på grunn av dette hatt en betydelig vekst i brukergrupper i alderen fra 15/16 til 18 år. Det ble videre bemerket at disse ungdommene hadde fungert godt på skolen frem til da. Volumveksten innenfor dette området hadde beløpt seg til mellom 14 og 18 millioner kroner. Denne utviklingen ble ikke bare omtalt som en kostnadskrevende utfordring, men også som en faglig utfordring med tanke på å kunne lykkes med hjelpetilbudet. En av informantene kommenterte dette på følgende måte:

Tilrettelagte tjenester gjaldt tidligere bare psykisk utviklingshemmete. Nå har gruppen med unge kommet til – litt diffust, personlighetsforandring og spisevegring. Disse krever tung oppfølging av psykisk helsetjeneste og rustjeneste – i hjemmetjenesteforamt. Vi har saker gående for disse her hvor det søkes om heldøgnsstilbud. Dette ligger i grenseland med barnevern. ... De som banker på døra nå, er yngre. Tidligere hørte disse med til oppvekstsektoren, og budsjettposter der, nå er disse definert inn under helse- og omsorgstjenesten. Dette handler om samfunnsutvikling. Men hva skjer med denne gruppen ungdommer? Vi vet egentlig ikke noe om dem før de faller ut av skolen. Det er litt sent når de er 17-18 år å komme inn i støttetjenester i kommunen. Vi må få til gode overganger. Det er feil å få dem inn når de er 18 år. Vi må ha sømløse overganger. Vi må komme tidsnok inn. Atferdsforstyrrelser må tas tidlig. Helsetjeneste og behandlingstiltak må settes inn tidligere.

En annen av de større kommunene hadde hatt en utgiftsvekst til hjemmeboende brukere på noe i underkant av 30 millioner. Dette utgjorde den største økningen. I tillegg til spesifisert vekst i brukerstyrt personlig assistanse (se nedenfor) og annet, trakk kommunalleder for sektoren frem at en betydelig andel [uspesifisert] hadde blitt brukt til overføring av alvorlig psykisk syke fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I intervjuet bemerket kommunallederen videre:

Endringer i samhandlingsreformen på rus og psykisk helse kom i 2016. Det er en endring som har skjedd over tiår; nedbygging av heldøgns plasser i spesialisthelsetjenesten og en holdning om at ingen skal bo der. Det er også mange som blir sagt er ferdigbehandlet i sykehus, og som ikke lar seg behandle, og som er veldig krevende for kommunen å ivareta. Krevende i forhold til kompetanse, sykdomsbilde, og usikkerhet i nærmiljøet. Det er altså mange svar som til sammen er svar på spørsmålet [om årsaker til kostnadsvekst]. Det er en lovendring. Og en

budsjettendring i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Dersom du ser hvor mye som har økt på ressurskrevende brukere, så handler det nok også om økningen av de alvorlig syke som overføres til kommunene. Det er krevende for kommunene å håndtere også med hensyn til bomiljøene. Vi fikk ut to stykker som krevde to-til-en bemanning. Det betydde 14 millioner per person i 2017-18.

Også i en av de minste kommunene hadde betydelige ressurser blitt brukt til personer med rusproblemer og/eller psykiske helseutfordringer, uten at eksakt beløp ble rapportert. I 2018 gjaldt dette to personer. Da intervjuet ble gjennomført, var begge døde. To andre kommuner hadde også hatt betydelig økning i antall brukere med psykiske helseplager, først og fremst yngre. I den ene kommunen ble det poengtert at de forsøker å hjelpe disse brukerne i grupper for på den måten å holde kostnadene nede. I den andre kommunen fortalte informantene om press som legges på tjenester til ulike brukergrupper, både type tjenester og omfang av tjenester, på grunn av økende forventninger det være seg fra pårørende eller media. Dette hadde særlig gjort utslag i 2018.

Informanter i en kommune med i underkant av 10 000 innbyggere beskrev at de hadde hatt betydelig økning i utgifter til støttekontakt i den aktuelle perioden. Antall brukere med behov for denne tjenesten hadde økt fra 152 til 174 i 2018. Noe av utgiftsøkningen skyldtes at kommunen da fikk dekket behovet for støttekontakter etter en tid med mangelfull tilgang.

### 8.2.3 ENDRINGER I REFUSJONSORDNING

En betydelig del av utgiftsveksten ble knyttet til endringer i statens refusjonsordning. For det som defineres som særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, det vil si tjenester til psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, eldre med fysisk eller mental svikt og psykiatriske pasienter,<sup>9</sup><sup>10</sup> blir kostnader ut over et bestemt beløp (innslagspunkt), delvis kompensert. I 2018 var innslagspunktet 1 270 000 kroner, mens kompensasjonsgraden for utgifter utover dette var 80 prosent. For brukere som faller inn under «PU-kriteriet», blir tilskuddet på 656 000 kroner (2018-verdi) trukket fra (se Lunder m.fl. 2019). Terskel for kompensasjon, eller nivå for innslagspunktet, har imidlertid blitt endret de siste årene. Så godt som alle informantene uttrykte betydelig grad av frustrasjon over konsekvensene som denne endringen har for den enkelte kommunes økonomi, som det går frem av intervjuutdragene nedenfor av informanter fra en kommune med i underkant av 10 000 innbyggere:

For 2017 anmerket vi at stor vekst i ressurskrevende brukere med kommunal egenandel har gått opp til 1,2 millioner før en kunne få refusjon. ... bare det at en øker innslagspunktet ut over prisstigningen på 50 000 kroner per bruker i året, når vi har 20 brukere så blir det én million ekstra i egenandel hvert år. Vi får ikke lenger tatt med i beregningsgrunnlaget

---

<sup>9</sup> [Hdir Rapportmal-gjeldende.him 19.06.19 \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/hdir-rapportmal-gjeldende-him-19.06.19)

<sup>10</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-arbeidsgruppe-om-ressurskrevende-tjenester/id2619805/>

administrative utgifter, som vi kjøper fra for eksempel [navn]. Vi har administrative utgifter på opptil én million i året, det kommer ikke inn i beregningsgrunnlaget for ressurskrevende brukere. .... Vi hadde utgifter på ressurskrevende brukere på 60 millioner, og får refundert 26 millioner. Reelt sett betaler altså kommunen 60 prosent selv på disse 20 brukerne.

[Navn], nabokommunen vår, har 12 slike brukere, det er 20 millioner i forskjell i kostnader mellom [navn på egen kommune] og [navn på nabokommune], som ikke kompenseres gjennom inntektssystemet. Det betyr at [navn på egen kommune] har 20 millioner mindre å bruke på ordinær hjemmetjeneste enn en sammenliknbar kommune som [navn på nabokommunen]. Vi har desidert mer ressurskrevende brukere enn mange sammenliknbare kommuner. Vi hadde mange som ble tilbakeført fra sentralinstitusjon [HVPU-reform] på slutten av 80-tallet. Disse bor fortsatt på basene, noen har flyttet på sykehjem. Vi har også en aldrende PU-befolkning. Mange nærmer seg 50-60-årsalder.

Informanter fra andre kommuner, på tvers av kommunestørrelse, ga også uttrykk for frustrasjon over at det i beregningen av kompensasjon ikke tas hensyn til tidsbruk utover «tid som går med til ansikt-til-ansikt-kontakt». Informanter i en av de største kommunene formulerte dette på følgende måte:

Dette er en reell problemstilling. Direkte tid øker. Indirekte tid øker også i andel, men det får vi ikke dekning for. Det er et voldsomt arbeid å dokumentere hva som er direkte tid og indirekte tid. Endringer fra statlig hold er et problem. Antall timer som kan kreves inn, blir mindre og mindre. Vi kan spare inn noe på psykisk utviklingshemmede som bor sammen, men vi har alle aldre og vi har 100 prosent direkte tid på alle brukere uansett hvor mye vi sambraker.

I en middels stor kommune fortalte informantene at de ikke hadde vært tilstrekkelig oppmerksom på hva de kunne søke om refusjon for. De siste årene hadde de «blitt flinkere til det», og de hadde dermed fått redusert noen av sine utgifter. Informanter i en av de største kommunene poengterte at ressurskrevende tjenester ikke var den utgiftsposten som hadde økt mest. Utgifter til denne typen tjenester hadde likevel økt i 2017-2018 blant annet fordi kommunen hadde investert i nye boliger. Også her bemerket informantene at endringer i innslagspunktet fører med seg økonomisk utrygghet:

Staten kutter. Det er ganske krevende. Det blir mindre og mindre dekning. Kriterier strammes inn. Hva som kan føres opp, endres for hvert år. Endringer i regelverket for noen år siden gjør at ressurskrevende brukere ikke lenger bare er psykisk utviklingshemmede. Dette bidrar til utrygghet for hvert år økonomisk.

En annen utfordring som ble kommentert av en kommunalleder for sektoren, handlet om kompliserte diagnosekriterier, eller om urimeligheten i at refusjonskriterier knyttes til bestemte diagnoser. Som eksempel ble det nevnt at en person med autisme kan være langt mer krevende ressursmessig enn en person med Downs syndrom, mens det kun er sistnevnte tilstand som utløser tilskudd. Ekstra utgifter til et barn eller en elev med autisme dekkes over skole-/oppvekstsektorens budsjett. Når denne

personen har avsluttet skolegangen, har personen fortsatt et hjelpebehov. Ansvarer blir da overført til helse- og omsorgssektoren uten kompenserende tilskudd.

### **8.3 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE**

Vekst i utgifter til Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) varierte i dette utvalget. BPA ble lovfestet i 2013 og satt i verk i 2015 (Prop. 86 L 2013–2014, Ervik m.fl. 2017, 2020), men flere casekommuner fikk ikke sin første bruker før i 2017, mens én kommune, som er blant de minste i befolkningsstørrelse, ikke hadde noen innbyggere med BPA da intervjuet ble gjennomført. I rundt halvparten av kommunene ble økte kostnader innenfor pleie og omsorgssektoren knyttet til ekstra utgifter til BPA, men bare i én kommune hadde BPA utgjort den største andelen av utgiftsveksten i 2017-2018. Flere informanter beskriver imidlertid tilbudet som «et sluk» som illustrert i eksemplene nedenfor:

Brukere med BPA er komplekse brukere med dyre løsninger. Kommunen har lite innflytting av BPA-brukere selv om vi har hatt lav terskel for dyre tjenester. Hvor lett får man dyre tjenester? Egentlig lett. Vi har hatt klagesaker på BPA som har vært et sluk. Bruker har fått medhold som har vært dyrt. Vi har hatt omlegging av BPA ved å flytte tjenesten over til miljøarbeider-tjenesten. Det har styrket tjenesten. BPA har vokst. Det er mye en-til-en løsninger i private hjem. Mye av forklaringen [på kostnadsveksten], ligger på BPA.

Det er fritt brukervalg på BPA. Det er ressurskrevende. Der har vi sett noe økning. Da BPA ble rettighetsfestet i 2015 trodde vi at det kom en eksplosiv økning, men den kom heller gradvis. Her får vi ikke stordriftsfordeler. På sikt er dette fordyrende. Fritt brukervalg gjelder både mellom kommuner og privat. Timepris per assistent varierer – det foretas en totalberegning. Timetallet har økt, men ikke antall brukere. Private løsninger tar noe [av kostnadsveksten]. Fylkesmannen har bestemt ressursbruk i to saker. Flere av etableringene har ført til store økninger. Dette er gjenstand for etisk diskusjon.

I kommunen som det refereres til i sitatet over, pekes det på at antall timer til hver bruker har økt. Andre kommuner har hatt økning i antall brukere. Blant disse finnes kommuner som tilbyr tjenester til denne brukergruppen som vurderes som så attraktive at ordningen trekker til seg brukere fra andre kommuner. I en av de største kommunene bemerket informantene at det har vært et politisk ønske å utvikle et godt tilbud til denne brukergruppen. Timebruken hadde økt gradvis fra 2015, det vil si fra noen få timer til 39 000 timer i 2018. I denne kommunen går vel 20 årsverk til BPA:

Dette er rettighetsstyrt, men det er et politisk ønske om å være liberal. Kommunen har egen koordinerende enhet til denne tjenesten. Rådmannen har forsøkt å stramme inn, men det ble nedstemt. Når brukere styrer selv, øker behovet.

To andre kommuner, av varierende størrelse og med varierende geografisk beliggenhet, hadde hatt kostnadsvekst til BPA både til brukere som hadde flyttet til kommunen og til brukere som hadde vokst opp i kommunen og som hadde passert 18 år. Også i en av de største kommunene poengterte

kommunalleder for sektoren at rettigheten til BPA først ga effekt et par år etter at loven trådte i kraft i 2015. I denne kommunen hadde utgiftene økt med 5,3 millioner kroner fra 2017 til 2018. Denne økningen inngikk i en samlet økning på 28 millioner kroner til hjemmeboende brukere i den aktuelle perioden. På lik linje med andre, ga kommunallederen i denne kommunen uttrykk for en generell bekymring for kostnadsutviklingen:

BPA - det er yngre dette dreier seg om, og alvorlig psykisk syke, mellom 30 og 55 [år]. Kommune-Norge er nå veldig redd for at det skal skje en lovendring der man fjerner aldersgrensen på 67 år. Kommunen får ikke refusjon for den utgiftsøkningen det vil innebære. Kommunene lurer også på om det skal være «sykehjem» i hvert hjem. Det vil være situasjonen dersom alle skal bo hjemme med BPA i stedet for å bo på sykehjem. Det er et regnestykke som ikke går opp. Vi er veldig spent på hvordan vi skal praktisere det i tilfelle det blir gjennomført. Som kommunal leder føler jeg at kommunene får mer oppgaver og forpliktelser som vi skal håndtere. Vi merker også flere brukere som henvender seg med krav og forventninger, og mer klager. ... På BPA er det veldig forskjellig. Trafikkulykker og annet. Brukerne er ofte hjelpetrengende, for eksempel lam fra halsen og ned, og med respirator. Vi har også noen som klarer seg veldig bra, og har småvedtak på BPA.

Kommunalleder i en kommune med i underkant av 10 000 innbyggere, oppga at den største veksten i utgifter hadde vært til BPA, som ett av to områder, og særlig til brukere med psykisk utviklingshemming. Dette ble utdypet på følgende måte:

For utviklingshemmete har det blitt flere BPA vedtak. Dette er dyre tjenester fordi det er en-til-en tjenester. Kommunen har hatt en vekst fra ingen til fem, seks brukere, men hele økningen kom ikke i 2017-2018. BPA har blitt dyrere fordi statens refusjon har blitt lavere og kommunal egenandel høyere. Støtte fra Staten har gått ned fra 5,2 millioner til 4,6 millioner for to brukere, med samme hjelpen som før. Totalt for kommunen er det kanskje 1,5-2 millioner mindre i refusjon fra Staten til BPA.

Også kommuner med få BPA-brukere hadde hatt vekst til denne tjenesten, som en middels stor kommune hvor informanter beskrev utfordringen på følgende måte:

Til BPA er det snakk om en bruker. Vi har kun to brukere inne på BPA. Det har vært en lang prosess. Kommunen fikk ansvar for å betale tjenester for brukeren, en tung bruker i rullestol. Jeg tror det var i 2017 at denne enkeltbrukeren gikk inn på døgnpleie, med døgn-timeantall. Vi er da oppe i flere millioner. Personlig assistent kom på plass i 2017.

I en av de minste kommunene inngikk ekstra utgifter til en bruker med BPA i en samlet kostnadsøkning hvor det meste hadde gått til «ressurskrevende tjenester». Brukeren med BPA hadde bodd i kommunen over lengre tid, men trengte mer bistand i 2018. Det vil si at både omsorgsbehovet og

trygghetsbehovet hadde økt. I intervjuet pekte informantene på et vedvarende dilemma som gjelder spriket mellom tjenestens vurderinger av brukeres behov og brukeres vurderinger av egne behov:

Det er et minfelt dette her. Hva er nødvendig, og hva er lovpålagt? Hva er brukeres definerte behov og hva er tjenestens definering av behov?

Informanter i kommuner som selv ikke hadde erfart nevneverdig økning i utgifter til BPA i den aktuelle perioden, ser ut til å dele bekymringen som ble uttrykt fra andre kommuner knyttet til den generelle kostnadsveksten til denne tjenesten. Kommunalleder for sektoren i en av disse kommunene formulerte dette på følgende måte:

Nei, vi hadde ingen økning der [til BPA]. Det var kanskje en liten økning i antall timer på den ene brukeren. Det er en spesiell sektor. Det blir flere som trenger bistand. Du merker den spådommen, at det blir flere eldre. Men det er en økning i hjelpebehov hos de som er yngre, 40-50-60 år. Årsaker? Ikke godt å si, annet enn at det er spesielle krav, folk [foreldre/foresatte] jobber begge to, og når folk skal flytte for seg selv ved 18 år, så blir det merkbart.

#### **8.4 TJENESTER TIL ANDRE HJEMMEBOENDE**

Kostnadsøkning ble ikke bare forklart av kostnadskrevede brukere i gruppene som er nevnt over, men også av flere brukere og flere timer til hver bruker innenfor «tradisjonelle hjemmetjenester». Informanter i en av de største kommunene ga klart uttrykk for at mye av kostnadsveksten i deres kommune var en direkte konsekvens av spesialisthelsetjenestens utskrivningspraksis, og dermed en følge av Samhandlingsreformen. Intervjuutdraget nedenfor er hentet derfra:

Folk skal bo lenger hjemme. Sykehjem har bare et visst antall plasser. Vi ser tydelige endringer i pasientgrunnlaget – de er mye dårligere. Sykehjem har ikke hatt vekst i antall plasser til eldre, men vekst i brukere av miljøtjenesten som også bor på institusjon. Vi har økning på heldøgns omsorgsbolig, og til rus og psykiatri. Dette er effekt av Samhandlingsreformen. Pasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet. Vi ser vekst i timetall. Brukere av hjemmetjenesten er sykere. Det er ikke snakk om luksus. Tidligere var det litt løsere rammer. Da kunne hjemmehjelpen ta brukeren med til [navn] for å drikke kaffe i stedet for å vaske. Det er en helt annen tjeneste nå. Nå skal folk settes i stand til å klare seg selv. Antall personer i målgruppene øker, særlig antall over 80 år. Aldersgrupper fra 0-67 år øker også. Brukere med psykiske helseutfordringer skrives fortere ut fra spesialisthelsetjenesten, og brukere over 67 år med behov for en-til-en bemanning øker reelt.

Hjemmetjenesten i en annen av de største kommunene hadde ikke registrert flere brukere i den aktuelle perioden. Antall timer som går med til hver bruker, hadde derimot økt, først og fremst på grunn av økning i tid som går med til transport etter at to tjenestesteder ble slått sammen til ett med påfølgende økning i geografiske avstander:



Vi har slått sammen to tjenestesteder for å kunne bruke personalet på tvers, men vi har ikke vært god nok til å vurdere bruk av kompetanse. Hvor mange [brukere] trenger sykepleier om kvelden? I en travel hverdag er det gull å se på slike ting, men vi har ikke tid. ... Trykket på hvor det er mye å gjøre, varierer. Stadig flere eldre bor i moderne leiligheter i [navn på tettsted], men det er fortsatt en del som bor perifert. Vi har normal tid hos hver bruker, men indikatoren tar ikke med tid som øker på grunn av store avstander. Vi har høyere antall stillinger i hjemmetjenesten enn gjennomsnittet på grunn av lange avstander.

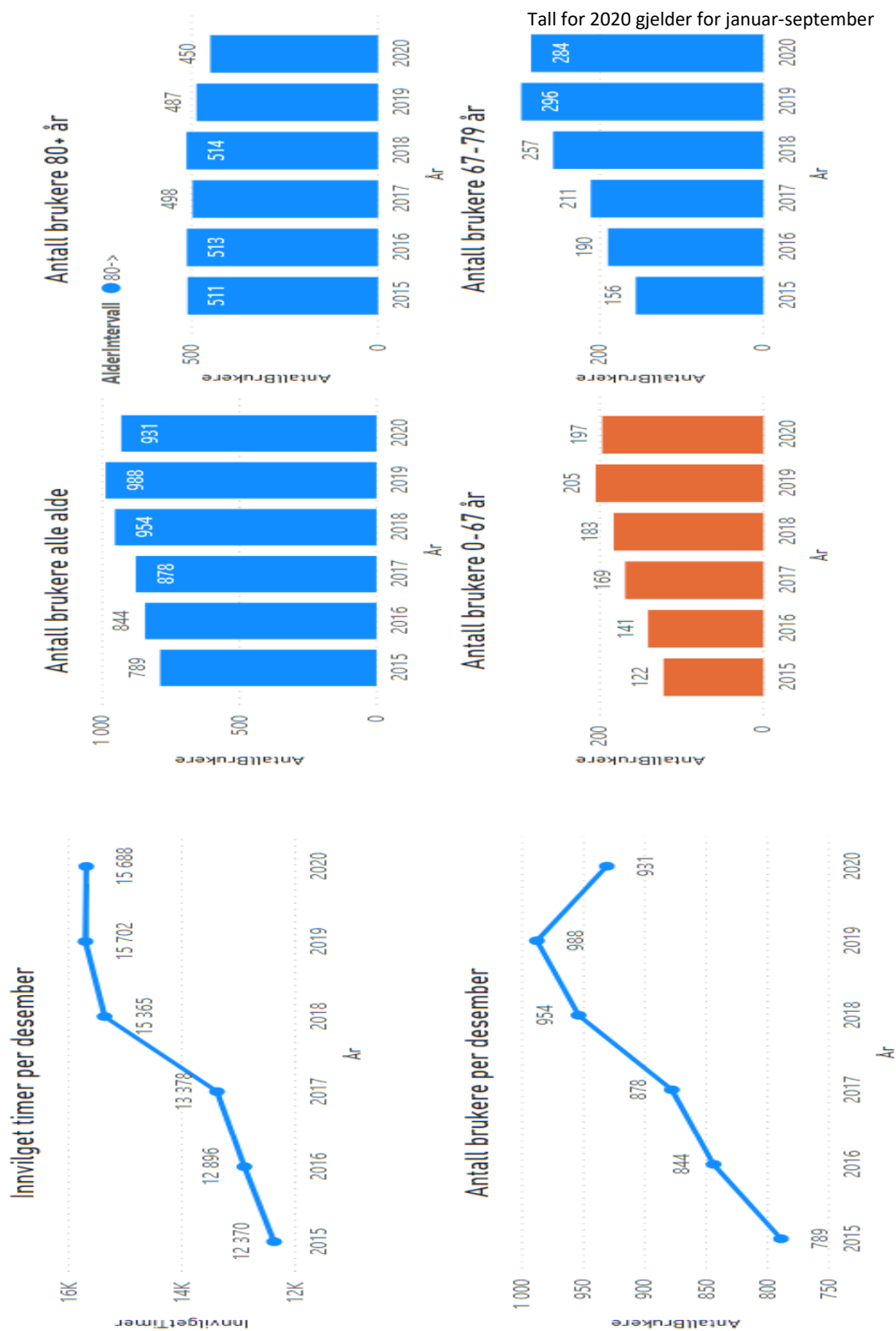
I den samme kommunen hadde mangel på omsorgsboliger vært en betydelig kostnadsdriver i 2017-2018. En periode måtte de kjøpe dyre løsninger hos private aktører for en-til-en bemanning hos brukere. Utgifter til dette har nå stabilisert seg:

Vi ligger under landsgjennomsnittet på sykehjem, men over på heldøgns omsorgsbolig. Vi har moderne tilsyn og bemanning som en miniinstitusjon. Ansatte er flyttet fra institusjons-tjenesten. Dette fungerer på litt ulike måter, men det er ikke store forskjeller [i kostnader] på sykehjem og heldøgns omsorgsbolig. Veksten i utgifter til bolig har nå flatet ut, og vi ligger under gjennomsnittet i KOSTRA-gruppen.

En annen av de største kommunene hadde hatt jevn økning fra 2015 og utover i brukere med psykiske helseutfordringer og i tilbud til dem som bor i bemannet bofellesskap. I 2017 og 2018 hadde kommunen hatt vekst både i brukere med psykiske helseutfordringer og i eldre brukere. Etter dette hadde veksten vært størst blant eldre og blant eldre med kognitiv svikt:

Det har ikke vært noe ekstra, bare vekst. En del praktisk hjelp [til forskjellige typer brukere] kjøpes privat. Det har økt og koster mer. Tilgang på sykehjems plasser i kommunen er begrenset. Vi har hatt stort etterslep, spesielt etter dagplasser. Vi har vekst i brukere med kognitiv svikt som bor hjemme. De trenger oppfølging flere ganger per dag.

Knippet av figurer nedenfor (figur 13) viser utvikling både i antall brukere og antall timer for perioden fra 2015 til medio 2020 i en av de største kommunene. Økningen i antall timer er betydelig og størst i perioden 2017–2018. Mens vekstkurven i timebruk flater ut etter 2018, går antall brukere i samme periode ned. Figurene viser også at antall brukere i aldersgruppen 67-79 år økte mer enn antall brukere som er 80 år eller eldre. For 2020 gjelder tallmaterialet frem til september, og er dermed ikke helt sammenliknbart med de foregående årene.



Figur 13 Utvikling i antall brukere og antall timer i hjemmetjenesten i en av de største kommunene i caseutvalget. Tall for 2020 gjelder for perioden januar-september.

Informanter i tre kommuner med en befolkningsstørrelse på i underkant av 10 000 innbyggere, lokalisert i svært forskjellige geografiske områder, beskrev utviklingstrekk både i antall brukere og i antall vedtakstimer. For to av kommunene ble veksten i brukere tallfestet til henholdsvis 20 og 25 prosent. Antall brukere økte i den ene kommunen fra 500 til vel 600 i løpet av ett år. Her var det snakk om vekst i brukere både med somatiske lidelser og med psykiske lidelser som ble skrevet ut fra sykehus. Den tredje kommunen hadde hatt en vekst i vedtakstimer på 15 prosent, med en spesifisert økning i timeantall per uke fra 1058 i 2016 til 1214 i 2017. Dette var vedtakstimer til det som ble omtalt som tradisjonelle hjemmetjenester som i hovedsak har gått til personer over 67 år. Kommunalleder for sektoren i denne kommunen pekte imidlertid på et generelt utviklingstrekk hvor yngre aldersgrupper krever mer av hjemmetjenestens samlede ressurser:

Hvorfor dette kom så brått? Det kan ha å gjøre med demografien i kommunen, det har blitt litt flere eldre. Hjemmetjenesten har tradisjonelt vært en mer fleksibel tjeneste, og har hatt både travle og rolige perioder, men er nå tynt helt. Hjemmetjenesten bruker nå like mye på de under 67 år som de over 67.

To av kommunene som er nevnt over, har i perioden arbeidet aktivt for å snu driften fra institusjonsbasert til mer hjemmebasert omsorg med blant annet oppretting av flere heldøgns omsorgsboliger. Den ene kommunen la ned 10 sykehjemsplasser i 2017, og åpnet samtidig 16 nye omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Også i en av de minste kommunene var kostnadsvekst i hjemmetjenesten knyttet til etablering av omsorgsboliger. Der hadde i tillegg antall sykehjemsplasser blitt redusert med 12 i perioden fra 2016 til 2018, samtidig som nytt omsorgssenter med omsorgsboliger og dagsenter ble etablert. Utgifter til dagsenter utgjorde 1,5 millioner kroner i 2018.

Et annet utviklingstrekk som pekes på av flere, og særlig av informanter fra de minste kommunene, er at de mottar flere pasienter som trenger palliativ og terminal omsorg. Dette trekkes ikke frem som like kostnadskrevende i alle kommunene. I en kommune understreket informantene at terminal pleie og omsorg krever 24 timers beredskap i en kort periode, og at sykepleierressurser omdisponeres for å dekke behovet. Det samme ble poengtert i en av de minste kommune. Her ble det i tillegg beskrevet at hjemmetjenestens bistand til personer som ønsker å avslutte livet hjemme i egen bolig, ikke bare er kostnadskrevende, men også ukontrollerbar fordi utgifter løper mens tjenesten pågår. Utgifter til dette går imidlertid i bølger. I en annen av de små kommunene ble kostnadsveksten innenfor dette feltet, som i noen av de største kommunene som pekt på over, knyttet til den generelle utviklingen hvor ansvaret for pleie- og omsorgsoppgaver som tidligere ble utført i sykehus, i stadig større grad har blitt overført til kommunene:

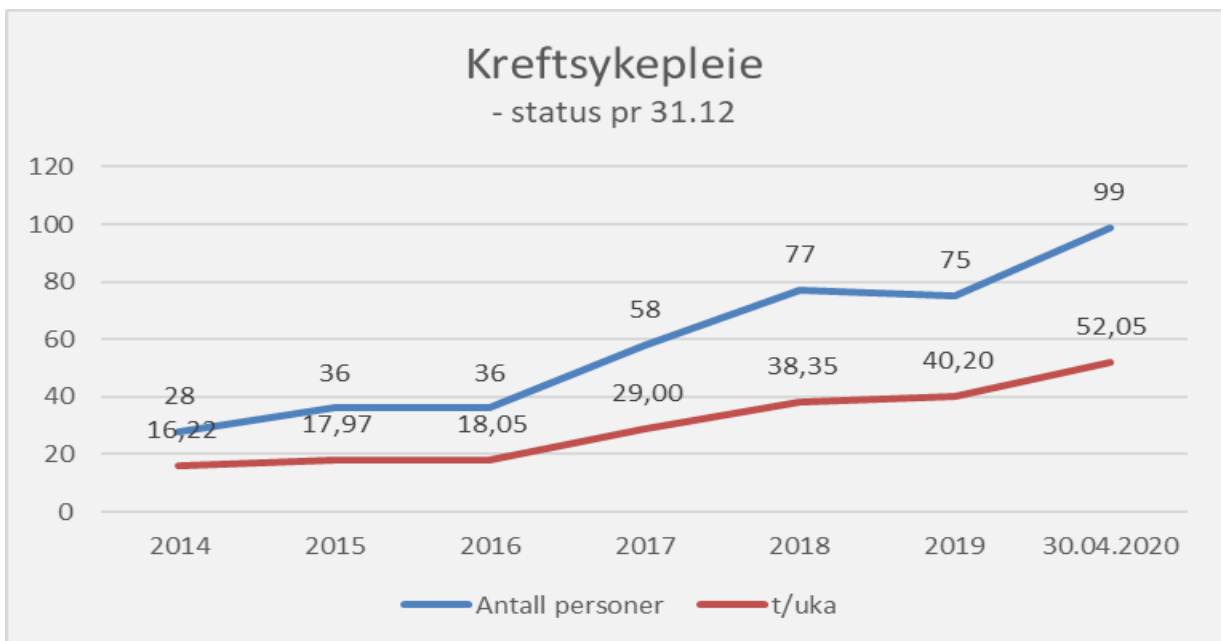
Etter Samhandlingsreformen har det vært stadig økning i krav fra spesialisthelsetjenesten. De tar imot pasienter, setter diagnose, starter behandling og sender over [til kommunene]. Dette har økt over år. Vi har pleie av terminale pasienter, og pleie og omsorg av svært syke pasienter som er hjemme. Vi har også tung psykiatri, som spesialisthelsetjenesten tok seg av tidligere. Nå bor de i kommunen og behandles i kommunen – vanvittig krevende, de siste par årene

spesielt. Vi har lite rus, men noen tunge psykiatriske pasienter. Til en pasient må vi kjøpe private tjenester til fem-seks millioner per år. Ved utagering og vold må vi også kjøpe tjenester fordi vi er en liten kommune. Ekstra ressurser har gått med til døende, det synes på budsjettet, men mer som en jevn økning.

Blant andre oppgaver som har vokst i omfang og som særlig nevnes av informanter i de største kommunene, er tilbud til brukere med kreftsykdommer:

Vi har hatt stor vekst innenfor kreftsyke. Vi gjør mye mer avansert i hjemmetjenesten nå. Vi har vekst i oppgaver som krever økt kompetanse. Vi må ha sykepleiere med videreutdanning. Dette er ikke for vanlige sykepleiere.

Vekst innenfor dette feltet både i antall brukere og i antall timer per uke går frem av figur 14. Figuren viser tallgrunnlaget fra en av de største kommunenes beregninger, og vi ser her at det skjedde en dobling, og vel det, i antall brukere i perioden fra 2016 til 2018. Det samme gjelder for antall timer per uke. Figuren viser en ytterligere økning både i antall brukere og i antall timer per uke i perioden fra 2019 til 2020. I intervjuet ble det imidlertid bemerket at tiden som er oppgitt, refererer til vedtakstimer ikke til reell tid som vanligvis utgjør langt mer målt i timer. Som eksempel ble det nevnt tid som går med til oppfølging av familier, barn og ektefeller, og koordinering og samhandling med andre som lege, fysioterapeut og sykehus.



Figur 14 Utvikling i antall personer og timer per uke til kreftsykepleie i en av de største kommunene i caseutvalget

Et annet aspekt som informanter fra en av de minste kommunene trakk frem, var at ansatte i hjemmetjenesten bruker stadig mer tid hos hver enkelt bruker fordi pårørende viser mer engasjement

både i behandlingen og i omsorgen som brukeren får, og de ønsker mer informasjon enn de har gjort tidligere.

## 8.5 NYE TILBUD

Kun i et fåtall av kommunene ble kostnadsvekst i pleie- og omsorgstjenesten helt eller delvis forklart med etablering av nye tilbud. Et par kommuner hadde opprettet nye kostnadskrevende tilbud etter perioden 2017-2018, det vil si enten i 2019 eller 2020. Informanter i en annen kommune beskrev at i stedet for å bygge opp nye tilbud, hadde de funnet det nødvendig å legge ned tilbud, eller å overføre tilbud fra offentlig sektor til drift i regi av frivillig sektor:

Vi forsøker heller å trekke inn tilbud for å spare, for eksempel dagsenter for eldre. Nå er det frivillige som driver dette i kommunale lokaler, uten lønnskostnader. Tidligere hadde vi 80 prosent stilling til drift av dagsenteret. Det frivillige tilbudet er annerledes, men godt. Brukere hentes hjemme av frivillige.

Den samme kommunen hadde imidlertid opprettet dagsenter for demente i 2018. Dette drives av profesjonelle, uten at det har «kostet så mye ekstra». To andre kommuner hadde også etablert tilbud til demente. Den ene, som er en av de største kommunene i utvalget, hadde etablert et lavterskeltilbud til denne brukergruppen i form av et dagsenter med 10 ansatte. Her gis også tilbud til pårørende. I intervjuet ble tilbudet omtalt som et utstillingsvindu for kommunen, men som det ble lagt til: «det kostet en del». Tilbudet er opprettet som et eget virksomhetsområde, og det er lagt opp til en personsentrert tilnærming. Brukere kan hentes i egen buss eller komme sammen med pårørende. Tilbudet går ut over det lovpålagte, og arbeid med personer som er rammet av demenssykdom er noe av det som øker i kommunen – «det er viktig å ta vare på dem hjemme». Den andre kommunen hadde bygd to dagsenter for personer med demenssykdom. Det ene var helt nytt, mens det andre var ombygd. I intervjuet bemerket informantene at kommunen hadde valgt å etablere dette tilbudet i god tid før det ble lovpålagt fra 1. januar 2020.

Informanter i en av de største kommunene beskrev et lavterskeltilbud som var etablert innenfor psykisk helse og rusfeltet. Kommunen hadde blant annet opprettet to stillinger for psykologer: «Dette kan holde dem det gjelder ute av andre typer tilbud, men det koster med lavterskel tilbud». Kommunen hadde også etablert demensteam som føres i KOSTRA-funksjon 241.

Informanter i nesten halvparten av kommunene nevnte hverdagsrehabilitering som et av områdene som har gitt utslag på kostnadsveksten i 2017-2018. Utslaget ble imidlertid ikke regnet som spesielt stort i alle kommunene og dermed i liten grad vurdert som en tydelig kostnadsdriver. Det kom også frem en viss variasjon i hvilken KOSTRA-funksjon som ble brukt til registrering, om dette for eksempel ble registrert under pleie- og omsorg, for eksempel hjemmetjeneste (254), eller under re-/habilitering i KOSTRA-funksjon 241. I noen kommuner hadde utgiftene blitt splittet mellom funksjonene. Det kom også frem noe variasjon med tanke på om veksten startet i perioden 2017-2018, eller om utgifter først hadde økt etter 2018. For eksempel hadde en av kommunene med i underkant av 10 000 innbyggere,

etablert hverdagsrehabiliteringsteam i 2019 og hadde da hatt en økning på 1,8 årsverk fra 2018. En kommune på omtrent samme størrelse hadde arbeidet med hverdagsrehabilitering i tre år. Kommunen hadde ansatt egen fysioterapeut i 2017. Dette hadde ifølge informantene «gitt merutgifter», først og fremst på kort sikt:

... på sikt er det utgifter til inntekts erverv. Dess lengre vi klarer å holde pasienter ute av sykehjem, dess bedre er det for kommunen. Hverdagsrehabilitering har vært minst en stilling ekstra. Vi har fysioterapi spesielt ansatt til det, og vi ønsker ellers å få tenkingen inn i den ordinære hjemmetjenesten. Vi bruker ikke spesielt mye på forebygging, dessverre, det taper i kampen om knappe ressurser.

En av kommunene med et innbyggertall mellom 10 000 og 20 000 hadde stryket teamet for hverdagslivsmestring med en halv stilling. I en annen kommune i samme størrelseskategori hvor oppmerksomheten i intervjuet i hovedsak var konsentrert om hjemmetjenesten, ble det oppgitt at denne deltjenesten hadde opprettet tre stillinger til hverdagsrehabilitering. Disse stillingene var nå flyttet fra hjemmetjenesten til et eget budsjett. Informanter i en av de minste kommunene oppga at de hadde fått finansiering fra Helsedirektoratet, og at kommunen dermed har hatt mulighet til å sette av personell til å arbeide utelukkende med dette, men, som det ble føyd til:

... vi kan ikke fremover bruke eget personell til dette. Tankegangen er at det må komme frem hvilke ressurser som kan brukes for å mestre. Dette har ikke medført vesentlige kostnader for kommunen hittil, men kommunen har fått ekstra kompetanse [via finansiering fra Helsedirektoratet].

De største kommunene hadde i varierende grad registrert merkbar kostnadsvekst til dette. En av kommunene hadde i 2017-2018 opprettet det informantene omtalte som mestringsteam: «Ved nedsatt funksjonsevne kjører vi intensivt på med rehabilitering. Kostnadene blir tjent inn».

## **8.6 PRESS PÅ INSTITUSJONSTJENESTER**

Nesten alle kommunene har, ifølge beskrivelser i intervjuene, en godt utbygd hjemmetjeneste. Variasjon kommer først og fremst til uttrykk i tilbud innenfor institusjonsomsorgen og i tilbud om omsorgsboliger. En av de minste kommunene hadde organisert sine tjenester med en viss fleksibilitet. Blant annet gjaldt dette tilbud om omsorgsboliger som var innrettet slik at de ved behov kunne benyttes til personer som trenger sykehjems plass. Informanter fra en annen kommune fortalte at de hadde for svakt tilbud innenfor heldøgns omsorgsboliger, mens andre hadde kommet på etterskudd med institusjons plasser, eller hadde bygget ned institusjonstilbudet mer enn behovet skulle tilsi. En kommune, som er blant de største i utvalget, hadde for eksempel senket årsbudsjettet med 30 millioner kroner i 2015 ved å legge ned sykehjems plasser. På grunn av betydelige protester både fra innbyggere og fra politikere, måtte plasser reetableres året etter. Dette utgjorde en merkbar økning også i 2017 da 14 plasser ble reetablert. Informantene forteller at kommunen mangler tilbud om

mellomløsninger til eldre hjelpetrequende, og de la til at heldøgnsomsorg utenom institusjon også er kostbart:

Vi har politikere som vil mye, men de glemmer at vi er en fattig kommune. Det har vært mye støy i lokalavisen. Politikere går fort inn i enkeltsaker. De vil gi gode tilbud til alle.

De samme informantene bemerket videre at akuttbehandling i sykehjem etter Samhandlingsreformen krever kompetanse:

Tidligere kunne vi ha en sykepleier på helg og natt. Nå er det et annet tall. Vi kan ikke ta folk inn fra gaten. Vi har et stort sykehjem med over 100 senger. Vi profiterer på stordriftsfordel. Vi har ikke høye kostnader på bygninger og kjøkken. Men vi er blant kommunene med høyest andel sykepleiere. Vi ligger over landsgjennomsnittet både i hjemmetjenesten og i sykehjem. Vi leier inn.

En annen blant de største kommunene, hadde hatt en økning på 13,5 millioner kroner til institusjonstjenester. Det ble blant annet åpnet flere nye sykehjems plasser i et nytt demenssenter. Økningen for kommunen totalt sett hadde imidlertid ikke vært fullt så høy fordi kommunen før dette hadde kjøpt tjenester fra andre kommuner. Til åpning av nye sykehjems plasser hadde kommunen fått husbanktilskudd for å pusse opp og bygge, men informantene poengterte at den store kostnaden er knyttet til drift:

Vi ser det - de store sykehjemmene, det koster å drifte de. Vi har brukt opp gevinsten som investerings og byggetilskuddet utgjør på tre år. Det skal være bemanning 24/7, og det koster.

I 2018 hadde en middels stor kommune hatt rundt 60 søknader om heldøgns omsorgsplass. Dette utgjorde nesten det dobbelte av året før. Kommunen hadde også økt press på korttids plasser og rehabiliterings plasser etter utskrivning fra sykehus. Kapasiteten samlet sett, hadde økt med fire heldøgns omsorgsplasser. Dette igjen hadde krevd fem ekstra årsverk og en ekstra utgift på tre millioner kroner. Informanter fra en av kommunene på rundt 10 000 innbyggere, beskrev et stadig økende press på tjenestene, som fører med seg krav blant annet om høyere bemanning:

... for de brukerne vi har nå, har lavere funksjonsnivå i tillegg. Vi ser veldig stor forskjell på sykehjemmet bare siste året. Bare siste året har det vært slik at vi har tatt ned 60 plasser, men vi kan ikke redusere personell.

I en av de minste kommunene var institusjonstjeneste og hjemmetjeneste organisert i en samordnet virksomhet. Informanter fra denne kommunen fortalte at utgifter til institusjonstjeneste i perioder er høye fordi personer som har behov for hjemmetjeneste, og som bor perifert i kommunen eller på øyer uten tilstrekkelig båtforbindelse, må oppholde seg på institusjon enten for korttids- eller langtidsopphold, fordi hjemmetjenesten ikke har kapasitet til å reise ut. Kommunen har i den aktuelle

perioden satset stort på omsorgsboliger i kommunesenteret. En annen liten kommune hadde hatt ekstra utgifter i den aktuelle perioden på grunn av et smitteutbrudd i et sykehjem og på grunn av etablering av heldøgns omsorgsboliger.

Informanter i to kommuner fortalte at deres egen kommune lå høyt i utgifter til institusjonsplasser, og samtidig høyere enn landsgjennomsnittet. For en den ene, som er en stor kommune, ble dette forklart med at kommunen hadde hatt flere små enheter i institusjoner fra 2014. Utgiftsøkningen på grunn av dette, hadde vært jevn, men ikke spesielt stor i 2017-2018. Informanter i den andre kommunen beskrev egen kommune som en «institusjonsbasert kommune», det vil si en kommune med høy andel institusjonsplasser, men det ble føyd til at dette i seg selv ikke forklarte veksten de siste årene:

Vi ser en dreining til mer korttidsopphold og mindre langtidsopphold i institusjon. Vi har sett dette siden Samhandlingsreformen, den største delen de siste fire årene. Fra 2012 til 2018 har vi hatt en dobling i korttidsopphold. Nedgangen har vært omtrent en halvering i antall personer som får langtidsopphold. Men vi ser også at andelen pasienter som er ressurskrevende i institusjoner, stiger. Personer med demens, for eksempel, vi må bruke 1-til-1 bemanning for å unngå tvang.

## **8.7 KOMMUNALT AKUTT DØGNTILBUD**

Kommunalt akutt døgntilbud (KAD) eller kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) ble etablert i forbindelse med Samhandlingsreformen fra januar 2012, med full innfasing fra januar 2016 (St. meld. 47 2008-2009). I casekommunene er tilbudet organisert på ulike måter. Tilbudet blir dessuten brukt på forskjellige måter og i forskjellig omfang, og har i varierende grad bidratt til å drive opp kostnader i perioden 2017-2018. Eksempler på variasjon i bruk kommer til uttrykk på følgende måte i tre kommuner: Den ene kommunen hadde en generell utnyttelse på mellom 10 og 15 prosent, i den andre ble tjenesten i hovedsak brukt til eldre i forbindelse med utskrivning fra sykehus, mens den tredje oppga at de manglet kvalifisert personell, for eksempel sykepleiere, og brukte derfor tilbudet lite. Kommunalleder for sektoren i én kommune fortalte at de hadde brukt 1,6 millioner kroner til en KAD-plass i nabokommunen, som ikke ble benyttet. En av de største kommunene hadde imidlertid styrket tilbudet ved å opprette tre nye KAD-senger i den aktuelle perioden. Det vil si at kapasiteten økte fra to til fem plasser. Dette ble gjort i forbindelse med at kommunen åpnet ny legevakt i lokaler tett knyttet til et sykehus. Budsjetten til KAD hadde økt med 2,8 millioner kroner i 2018, og det gikk med til å dekke opp døgnbemanningen etter utvidelsen. De nye KAD-plassene ble ikke brukt. Kommunen besluttet derfor å legge ned de tre ekstra sengene og å flytte tjenesten ut av legevakten og til der den var tidligere:

Vi har ikke råd til å ha fire plasser ledig hver dag. Vi har prøvd å få opp volumet. Dette er en diagnostisk sløyfe. Mange [pasienter] er for dårlig, men det handler litt om profesjoner også. De [leger] stoler ikke helt på tilbudets kvalitet.



KAD ble også oppgitt som en betydelig kostnadsdriver i en annen av de største kommunene. Utgiftsveksten var spesielt merkbar i 2018. Plassene ble fra da av driftet for fullt. Kommunen har totalt syv plasser, seks plasser til brukere med somatiske lidelser og en plass til brukere med psykiske lidelser. I intervjuet ble det bemerket at KAD er en integrert del i ett nytt sykehjem, hvor personalet benyttes på tvers. Det tas ikke inn ekstra personell til tjenesten. En tredje av de største kommunene hadde hatt noe utgiftsøkning som skyldtes kjøp av to KAD-plasser fra nabokommunen, mens en fjerde kommune med rundt samme befolkningsstørrelse, hadde hatt en økning på 1,1 millioner kroner til KAD, men, som det ble poengtert:

Det har ikke vært så store forandringer fra år til år. [Navn på regionen] vokser veldig, så når det blir flere innbyggere, blir det også høyere aktivitet og større behov.

## **8.8 FORLENGET OPPHOLD I SYKEHUS**

For årene 2017-2018 hadde nesten halvparten av kommunene i utvalget betalt mer i dagbøter for utskrivningsklare pasienter i forbindelse med sykehusopphold («overliggedøgn») enn det de hadde gjort tidligere. Veksten i utgifter til dette startet i en kommune før 2017, mens i en annen kommune hadde denne utgiftsposten økt på en merkbar måte først etter 2018. I intervjuene ble kostnadsveksten til dette i enkelte kommuner oppgitt enten i eksakt kronebeløp eller i antall «overliggedøgn», eller begge deler, mens i andre ble det pekt på at kommunen hadde brukt mer på «overligere på sykehus» i den aktuelle perioden enn tidligere uten at eksakt beløp ble spesifisert. Informanter i en av de største kommunene bemerket at kommunen ligger «høyt på overliggedøgn», og la til at budsjett til dette hadde økt gradvis. Da intervjuet ble gjennomført i september i 2020, hadde kommunen frem til da det året, registrert 270 «overliggedøgn». En av informantene kommenterte årsaker på følgende måte:

Før Samhandlingsreformen fikk vi flere dager på oss til å planlegge og motta pasienter fra sykehus. Med Samhandlingsreformen er det betraktelig kortere tid. Vi får melding fra sykehuset før operasjonen. Hoftepasienter kommer ut dagen etter. De kommer ut på ettermiddagen samme dag som de er meldt. Vi mangler plasser, særlig korttids plasser og plasser til demente. Vi har derfor et høyt antall overliggedøgn.

Informanter i en av de middels store kommunene som nevnte økning i dagbøter for utskrivningsklare pasienter som en av flere forklaringer på kostnadsvekst i den aktuelle perioden, kommenterte at kommunen i 2018 hadde hatt et sterkt press på heldøgns omsorgsplasser blant annet på grunn av et år med få dødsfall blant beboere i institusjon og dermed lang venteliste for institusjonsplasser. Det året var antall «overliggedøgn» totalt vel 500, og rundt ti ganger høyere enn for de to foregående årene. Kostnaden for dette beløp seg til rundt 2,4 millioner kroner. For en annen kommune, med rundt 10 000 innbyggere, hadde utgiftsøkningen til utskrivningsklare pasienter vært mest merkbar i 2017:

Vi hadde vårt verste år i 2017, med 160 overliggedøgn. Vi betalte 720 000 kroner for disse, 4500 kroner i døgnnet cirka. Det hadde sammenheng med at vi i korttidsavdelingen hadde lav dekning av sykepleiere over tid. Vi er nede igjen på normale tall i både 2018 og 2019, hvor vi

ligger på noen og 30 liggedøgn. Samhandlingsreformens oppgaveforskyvning gir økning i kommunene, vi får mulkt eller døgnbetaling når pasienter er utskrivningsklare, men det betyr ikke at de er ferdigbehandlet.

Det er naivt å tro at en skal reformere ved å gi sykehusene lavere utgifter, så er det kommunene som får utgiftene. I det bildet så er boten for liggedøgn relativt lav. Så hadde det ikke vært for at det gir dårlig omtale, så hadde det kanskje blitt brukt mer. Vi ser at de [pasientene] blir sykere og sykere, de som skrives ut. I prinsippet skal de reise hjem, men det er flere og flere som må ha korttids plass hos oss. Der ser vi det blir stadig tettere og tettere.

Frustrasjonen over presset på de kommunale tjenestene, og særlig på institusjonsplasser, kom også til uttrykk i kommuner hvor utgiftsveksten til «overliggedøgn» hadde startet senere enn 2017-2018:

Vi måtte betale et par og førti dagmulker i fjor [2019], 5000 per stykk blir et par hundre tusen kroner i året, fra nesten å ha hatt null. .... Vi hadde 150 000 kroner i døgnmulkt i 2018.

## **8.9 KOMPETANSEØKNING OG STYRKING AV PERSONELLRESSURSER**

Vekst i tjenester har også ført til vekst i stillinger og styrking av kompetanse. Hvilke tjenester som hadde fått styrket personellressurser, varierte. Både større og mindre kommuner hadde økt grunnbemanningen og/eller hevet grunnkompetansen, enten generelt i pleie- og omsorgssektoren eller hovedsakelig i hjemmetjenesten eller i institusjonstjenesten. Denne variasjonen illustreres via satsninger i tre av de største kommunene: Den ene kommunen hadde opprettet 20 nye stillinger for sykepleier, blant annet for å begrense bruken av vikarer og vikarbyråer. Kommunen hadde også en årlig stillingsvekst i forbindelse med opptrappingsplan for psykisk helse og rus, blant annet gjaldt dette stillinger til psykologer. Kommunale kostnader til disse stillingene hadde imidlertid vært noe begrenset på grunn av tilskudd fra staten. Den andre av de tre kommunene hadde økt antall årsverk i forbindelse med omstillinger og styrking av kompetanse. Blant annet hadde kommunen gitt stipend, på toppen av ordinær lønn, til videreutdanning av sykepleiere og vernepleiere:

Vi hever grunnkompetansen i hjemmesykepleien. Vi tar inn over oss leve hele livet. Det handler om kvalitet som må sees opp mot økonomi.

Den tredje kommunen, som er nevnt over, hadde styrket institusjonstjenesten. Kommunen hadde ansatt to nye sykehjemsleger, opprettet ergofysisk tjeneste, som kanskje var ført under KOSTRA-funksjonen rehabilitering (241), og opprettet kjøkkenassistentstillinger for å avlaste pleiepersonalet på dagtid og i helger. Til den siste satsningen hadde kommunen brukt en million kroner og antall stillinger økte fra én til tre per avdeling. Kommunen hadde i tillegg ansatt ernæringsfysiolog. Denne stillingen er ikke plassert i pleie- og omsorgstjenesten, men kompetansen kan benyttes der.

Den største kostnadsveksten i en av kommunene på mellom 10 000 og 20 000 innbyggere, var knyttet til stillingsvekst i hjemmetjenesten. I 2017 fikk tjenesten tilført rundt 8,5 ekstra årsverk med en

kostnadsøkning på 4,9 millioner kroner. Den direkte foranledningen var et multifunksjonshemmet barn som måtte ha heldøgnbemanning i omsorgsbolig. Et annet barn ble behandlet med respirator i eget hjem med fast nattevakt. Dette barnet fikk i den aktuelle perioden et tilbud også på dagtid. I tillegg fikk en bruker med trafikkskade økt antall timer til BPA. Tjenesten hadde slitt med underbemanning over flere år, noe som var medvirkende til det høye antallet nye stillinger.

Både stillingsvekst og kompetanseøkning i forbindelse med KAD ble også pekt på som årsak til kostnadsvekst i 2017-2018. En kommune med i underkant av 10 000 innbyggere fikk, for eksempel, tilført fire sykepleiere med spesialutdanning til denne deltjenesten. To stillinger var nye. I tillegg dekket kommunen spesialutdanning til to ansatte sykepleiere. En generell kompetanseøkning ble trukket frem som delforklaring for kostnadsveksten i noen av de minste kommunene. Informanter i en av disse kommunene listet i intervjuet opp følgende:

På grunn av tjenester med økte personalressurser til funksjonshemmete, nye brukere og nye krav må vi øke kompetansen både i sykehjem og i hjemmetjenesten. Vi bruker mye ressurser og penger på å øke kompetansen. ... Vi har mye kursvirksomhet. Vi betaler lønn både til personalet og til vikarer – 15-20 personer per år, både sykepleiere og pleiepersonell. I 2017-2018 har vi hatt utgifter til kurs i ABC-program, velferdsteknologi, psykisk utviklingshemmete og førstehjelp, og vi har gitt stipend til sykepleierutdanning [til en person], med bindingstid. Vi har fått spesialitet i palliasjon til hjemmetjenesten. Vi betalte skolepenger og noe til vikar under utdanningen.

Utgiftsøkning i 2017-2018 til kursvirksomhet ble også nevnt av andre blant de minste kommunene, for eksempel til akutthjelp, e-opplæring, bruk av tvang, medikamenthåndtering og personvernforordning (GDPR) i 2018. Andre beskrev kostnadskrevende fagdager i egen kommune. Disse hadde imidlertid blitt arrangert over flere år og bidro dermed i liten grad til å forklare kostnadsøkningen i den aktuelle perioden.

To kommuner blant de mellomstore i befolkningsstørrelse, hadde først og fremst tilført personalressurser til ressurskrevende tjenester i takt med økningen i antall timer. Informanter i den ene av disse kommunene fortalte om innsparingstiltak som hadde startet i 2015, med inndragning av totalt 15 årsverk, med en ny runde i 2017 hvor personell ble omdisponert. I 2018 måtte imidlertid noen av innsparingstiltakene reverseres, og antall stillinger måtte økes.

Noen kommuner med varierende befolkningsstørrelse, hadde styrket kompetansen i pleie og omsorgssektoren ved å øke andelen sykepleiere både i institusjon og i hjemmetjeneste, eller bare i en av disse tjenestene. Dette hadde imidlertid ikke vært like kostnadskrevende i alle disse kommunene i den aktuelle perioden selv om de hadde et felles mål om å oppnå en bemanningsnorm på 40 prosent med høyskoleutdanning. I en av de minste kommunene hadde det pågått en generell nedbemanning i perioden fra 2010 til 2016, men denne prosessen måtte settes «på pause» i 2017-2018. Informanter

fra en av de største kommunene kommenterte målet om å gjøre om stillinger fra fagarbeider til stilling for ansatte med høyskoleutdanning på følgende måte:

Målet om 40 prosent sykepleiere er litt vanskelig å holde og å rekruttere. Vi har høyere sykepleierandel enn andre. De gjør mer av pleie og omsorgsoppgaver enn bare det som trengs kompetanse som sykepleier. De fleste sykepleiere vil til sykehus. Vi kunne ha gjort en jobb med å gå gjennom hva de gjør. ... Sykehjemspasienter nå har en kompleksitet som er mye større enn tidligere. Det er avanserte oppgaver også i hjemmetjenesten. Det burde ha vært attraktivt for sykepleiere. ... Kvalitetsutvikling kan føre til at både ansatte og pasienter blir mer fornøyd, og det kan føre til billigere drift.

Flere kommuner har «satset stort» på heltidskultur. Personellressurser har økt også til dette. Utslaget ser imidlertid ut til å ha vært større i 2019 og 2020 enn i 2017 og 2018. Som svar på spørsmålet om omgjøring av stillinger fra deltid til heltid har hatt innvirkning på kostnadsvekst i det aktuelle tidsrommet, responderte informanter i en kommune på følgende måte:

Kommunen har politiske føringer på at det skal være mest mulig heltidsstillinger. Heltidsstillinger gir økt kvalitet. ... Heltidsandelen er økende. I 2019 – 2020 ble det satt av 2 millioner ekstra til heltidssatsingen, samt økning av ledertetthet. ... Satsing på heltidskultur har resultert i nedgang i sykemeldinger.

I intervjuet bemerket informanter i en av de største kommunene at de foreløpig ikke har hatt stor utgiftsøkning til omlegging av stillinger fra deltid til heltid. De har imidlertid fått finansiering til å prøve ut nye ordninger for turnuser og helgevakter, men som en sier; «fagforeninger er vanskelig å få på gli». Informanter i en av de minste kommunene fortalte at de hadde økt grunnbemanningen i pleie- og omsorgstjenesten i takt med den demografiske utviklingen. Kommunen prioriterer også 100 prosent stillinger for å styrke både kvalitet og stabilitet i tjenestene, og har som mål å fjerne helgestillinger med lave stillingsprosenter.

### **8.10 «EKSTRAORDINÆRE» LØNNSUTGIFTER**

I halvparten av kommunene ble bruk både av vikarer og av vikarbyråer til å skaffe vikarer, beskrevet som betydelige kostnadsdrivere. En av de minste kommunene hadde hatt utgifter til vikarer på mellom to og tre millioner kroner årlig i flere år før 2017, men svært begrenset etter dette, mens for andre hadde denne utgiftsposten sitt «toppår» i 2017-2018. I en av de største kommunene utgjorde rekrutteringsutfordringer og utgifter til bruk av vikarbyrå, som følge av dette, den største andelen av kostnadsveksten i perioden som er gransket. Kommunen hadde brukt 13 millioner kroner til vikarbyrå i 2017. Året etter hadde denne utgiftsposten økt til 43,5 millioner kroner. I intervjuet ble det pekt på at det hadde utviklet seg en kultur for å bruke vikarbyrå, og at:

.. det ble lettvis å bruke dem - det ble lettvis for avdelingslederne å bruke dem, men det var nødvendig fra starten av å ha tilgang til denne tjenesten.

Det var stort sett sykepleiere som ble rekruttert via vikarbyråer. Utfordringen hadde startet i 2017 i forbindelse med et omstillingsarbeid som blant annet innebar økte stillingshjemler for denne yrkesgruppen. Det ble til sammen opprettet vel 20 årsverk for sykepleiere hvor blant annet tidligere vikarer inngikk i den økte grunnbemanningen. En annen av de største kommunene hadde også hatt et betydelig merforbruk av vikarer i forbindelse med omstilling i hjemmetjenesten. Her gikk omstillingen ut på en samlokalisering av tjenesten som tidligere hadde vært splittet i to geografisk. Dette førte til høyt sykefravær og, igjen, høyt forbruk av vikarer. Informantene fra denne kommunen forteller at de ikke lenger bruker vikarbyrå. I stedet for satses det på overtidsarbeid fra egne ansatte. Også denne kommunen hadde gjort om vikarstillinger til faste stillinger for å ivareta behovet. Informantene bemerket at sykefraværet fortsatt er høyt, og kostnadskrevende også i form av at overtidsarbeid øker:

Vi må ha kompetanse. Tidligere kunne vi ha en sykepleier på helg og natt. Nå er det snakk om et helt annet tall. ... Det har vært kultur her for å bli borte når det er nok. ... Sykepleiere tar ikke vikarjobber. De vil ha faste stillinger, men vi må ha fleksible stillinger. Vi har noe lavere andel heltidsstillinger. Det er vanlig å shoppe vakter. Noen ønsker å ha lav stilling for å shoppe. Det øker ikke våre utgifter som med andre med høyere stillingsbrøk.

Vi har ikke god nok tid til å se på hva som skjer, og hvordan vi kan lære av dette. Det er økt arbeidspress. Det blir lett ustabil. Det er mye skifte. Vi har hatt syv kommuneleger på nesten like mange år. Vi får det ikke helt til. Det blir mye overtid og litt mye hopp og sprett. Vi prøver mange nye ting samtidig.

To av kommunene med et innbyggertall på mellom 10 000 og 20 000 beskrev også en betydelig utgiftsøkning i den aktuelle perioden til ansettelse av vikarer via vikarbyråer, uten at dette ble spesifisert i form av eksakt kronebeløp eller som prosentvis økning. Den ene av disse kommunene hadde etablert fire nye heldøgns omsorgsplasser, som de hadde problemer med å skaffe kvalifisert personell til i oppstartsfasen. Kommunen måtte derfor leie inn vikarer fra bemanningsbyrå, til en høy kostnad. Den andre kommunen hadde fått økt antall stillinger til hjemmetjenesten på grunn av underbemanning over lengre tid:

Vi får ikke alltid tak i de folkene vi trenger. Vi må derfor leie inn fra vikarbyrå, og det er meget dyrt. Vi må ha folk til ferier og helger. Vi stipulerer alltid for lavt, og kommer hvert år ut på minussiden. ... Vi har vært fornøyd med vikarbyråene.

En av de minste kommunene hadde i 2017-2018 slitt med svak dekning av personell i sykepleierstillinger på grunn av sykdom og på grunn av permisjoner uten lønn. Kommunen har blant annet KAD-senger hvor de må ha sykepleiere til å dekke vakter. For å skaffe kvalifisert personell, måtte også denne kommunen bruke vikarbyrå noe som for 2018 ble stipulert til et forbruk på 2,7 millioner kroner. I denne kommunen ble det i intervjuet også pekt på at vakanser og sykemeldinger fører med seg økt belastning på det faste personalet og resulterer i mye overtidsbetaling. En annen av de minste

kommunene hadde også hatt økning i sykefravær i 2017-2018, noe som i intervjuet ble kommentert på følgende måte:

Det var mest sannsynlig tilfeldig, men vi har en høy andel kvinner over 50 år og en høy andel småbarnsforeldre. Vi hadde da et stort forbruk av vikarer og brukte 2,3 millioner i 2017 og 2,5 millioner i 2018. I 2019 er vi oppe i 2,9 millioner.

Informantene i kommunen, som er referert til over, beskrev utgifter til vikarer som en økende tendens fra 2015 da det hadde vært brukt 2 millioner kroner og frem til 2019 hvor nesten tre millioner kroner hadde gått med til dette formålet. Informanter i andre kommuner fortalte at de hadde «tatt grep» eller satt i verk tiltak for å senke utgifter til vikarbruk etter veksten som de hadde hatt frem til og med 2018, mens andre igjen oppga at i deres kommune hadde denne utgiftsposten først og fremst økt i løpet av de to siste årene. En av de største kommunene hadde for eksempel hatt en utgiftsvekst til vikarer i 2017-2018 på fire millioner kroner. I intervjuet ble det bemerket at «av et totalbudsjett på flere hundre millioner, utgjør dette lite i prosent». Veksten hadde imidlertid «tatt av» fra 2018-2019 hvor økningen hadde beløpet seg til 21 millioner kroner. Mens økonomirådgiver i intervjuet bemerket at kommunen nå arbeider med en bevisstgjøring rundt kostnader ved bruk av vikarbyrå, trakk ledere for de aktuelle tjenestene frem i et separat intervju at kommunen er stor i geografisk utstrekning og at det derfor har vært nødvendig å bruke vikarbyrå særlig til rekruttering «ute i distriktene».

En kommune hadde i perioden 2017-2018 hatt økte utgifter i forbindelse med omlegging av turnus for ansatte i deler av pleie- og omsorgstjenesten. Det vil si at kommunen hadde innført langturnus. Hittil har ikke dette vært erfart som direkte kostnadsbesparende, heller tvert imot. Kommunalleder for sektoren poengterte at langturnus innebærer mer timetillegg for arbeid i helger, på ettermiddager og natt, og når flere arbeider i slik turnus øker tilleggene og med det, lønnsutgifter, og la til:

Endring i turnus er lukrativt. 13 timer betyr lenge på arbeid, men også lenge fri. Dette er en fordel for brukere, men også for ansatte. Vi fikk flere søkere med riktig kompetanse. Alle turnuser ble ikke lagt om samtidig. Vi begynte i 2015, men dette tok av i 2017. Det er ikke nødvendigvis kostnadsdrivende med langturnus, men det kan være det.

Et annet aspekt som kom frem, handlet om lønnsoppgjør for sykepleiere:

Ja, dette er en faktor. Vi har hatt et kjempehopp i lønnsutgifter fra 2017 til 2019. Avtalefestete tillegg har også blitt dyrere.

### **8.11 VELFERDSTEKNOLOGI**

Velferdsteknologi bidrar til forklaring av utgiftsvekst i rundt halvparten av kommunene. Mens noen hadde investert i utstyr, hadde andre først og fremst hatt utgifter til bruk og vedlikehold. Registrering av kostnader ser imidlertid ut til å praktiseres ulikt. I en av de største kommunene føres utgifter i

KOSTRA-funksjon 241 (diagnose, behandling og re-/habilitering), mens andre tar større innkjøp over investeringsbudsjettet, og knytter utgifter til bruk og vedlikehold til den enkelte tjeneste.

Investeringer i to kommuner ble brukt til interkommunalt responscenter. Den ene kommunen, som er blant de middels store, brukte i overkant av 1,1 millioner kroner til dette, hvor det også inngikk samarbeid om GPS til hjemmeboende som et eget team arbeider med. Den samme kommunen hadde dessuten startet simuleringstrening for helsepersonell, men eksakte utgifter til dette ble ikke spesifisert. En av kommunene som er blant de minste i utvalget, hadde investert i flere typer teknologi:

Nå investerer vi i en stor andel trygghetstiltak med all mulig sensorteknologi, med sensormatte, for bevegelse, på seng, inn og ut av dør, og GPS. Investeringen har vært på en million per år, med initiering i 2018. Vi bruker gevinstrealiseringsinformasjon, men det er for tidlig å si noe om effekt. Vi har brukere med egen aktiv nattevakt, men vi må se om vi kan slå sammen to pasienter med en felles nattevakt ved at de bor i hver sin leilighet, nært hverandre.

En annen av de minste kommunene hadde investert tre millioner kroner i 2017-2018, hvor en betydelig andel hadde gått med til teknologi i sykehjem. Kommunen hadde i tillegg investert i medisindispensere som ikke hadde fungert. Flere informanter undret seg imidlertid over muligheten til økonomisk inntjening på kort eller lengre sikt av investeringer i teknologiske løsninger:

Det er først og fremst på investeringssida vi har brukt noe, vi har hatt budsjett på en million kroner til investering de siste tre årene, men vi har kun brukt cirka to millioner av tre millioner totalt. Det er krevende å få opplært personalet, og å ta ut gevinstrealisering. Det er vanskelig å forvente stor gevinstrealisering når det gjelder velferdsteknologi, men det kan forebygge framtidige utgifter - vi har fjernet en nattevakt i miljøarbeidertjenesten.

Her tenker jeg at det blir spennende å se hva som blir bildet etter hvert, om det [velferdsteknologi] overtar tilstrekkelig i forhold til kostnaden. Jeg ser at hvis vi har brukere som trenger hjelp til tre ting og teknologien tar en, så må vi likevel reise dit for å gjøre de to siste. Vi må nok gi dette litt tid. Jeg tror uansett at vi må ha slik teknologi. Og det at brukeren faktisk er fornøyd med at tjenesten leveres av en dings. Teknologeutviklingen tror vi kommer til å være formidabel. Foreløpig er det begrenset hva vi sparer.

Kommunen er frempå når det gjelder velferdsteknologi. Det drar på mye kostnader, men teknologi har ikke vært store drivere i 17-18. Vi er flink å hoppe i det, men vi har ikke grunnlag for å si noe om gevinst i andre enden. Vi har klart å redusere noe, men samtidig økt. Jeg tror vi demper veksten mer enn å redusere utgifter tydelig. Til sykehjem med krevende brukere har vi fått sensorer og teknologi som gjør at vi kan ha hvilende nattevakt i stedet for aktiv.

Informanter i kommunen som er sitert i det siste utdraget over, bemerket videre at de fører driftsutgifter i KOSTRA-funksjonene 253 og 254 uten spesifisering, noe som gjør det umulig å følge

kostnader og besparelser. Flere andre informanter uttrykte tydelig bekymring for kostnader til både bruk og vedlikehold av teknologiske løsninger, inkludert utgifter til lisenser som stadig øker. De antydte også at dette er underkommunisert og for lite debattert:

Kommunen må betale 40 000 per år for sykkel på sykehjem med bilder og video, hvor både armer og ben brukes. Alle dataprogrammer med lisenser for å levere statistikker, som er lovpålagt, er også kostnadskreven, for eksempel Profil, IPILOS, Gis-line som koster nesten en million årlig. Staten kunne ha opprettet en plattform til bruk for alle. ... Rådmannen er glad i «hightech», men det skal fungere også, og det må ikke koste skjorten i årevis.

Vi har mye kostnader på drift til velferdsteknologi. Vi har høye driftsutgifter hver måned. Det er kort levetid på sensorer og andre ting. De må byttes ut. Vi har påpekt det mange ganger. Det er del av en IT-avtale. [Navn på egen kommune] var tidlig ute med digitale løsninger i hjemmetjenesten. Det ekspanderte i 2017-2018. Folk er ofte ikke klar over hvor dyrt det er å drive dette. Man bør ikke binde seg til en leverandør.

Talleffekt av velferdsteknologi er ikke mulig å se fra en dag til en annen. Sykefraværet gikk i alle fall ikke ned i perioden. Nye ansatte ble skremt vettet av med alt de skulle forholde seg til. På institusjon har vi digitale pasientrom. Det er nettbrett på hvert rom. Hver pasient har tag på seg – alarmen går. Ved morgenstell kvitteres det ut på nettbrett. Pilledispensere – det koster mye per måned i leasing. Og i stedet for notatbok har ansatte journal med på telefon. Det betales for leasing, lisenser og drift. Apparatene varer ikke evig.

Informanter fra kommunen som er sitert over, poengterte videre at de har betydelige utgifter i forbindelse med trygghetsalarmer. Selv om hver enkelt bruker betaler for egen alarm, blir alarmen mye brukt, inkludert «feilbrukt». Dette må ansatte ut og vurdere. Noen informanter berørte også bruksverdien av forskjellige teknologiske løsninger, som ikke alltid «treffer»:

Nå er det en bølge om at det skal være velferdsteknologi på alt, men ingen tenker på om det treffer der det skal. De som er 80-90 år i dag, har kanskje ikke bil en gang. Velferdsteknologi er ikke lett å bruke. Kaffemaskin som kan slåes på - de som ikke engang kan klare å bruke mobiltelefon – treffer man dem som trenger det?» Vi har en ung mann som har fått medisindispenser. Han har ikke følsomhet i fingertuppene etter blodsukkertaking i mange år. Han kan ikke bruke den [medisindispenseren]. De fleste sier at de vil ha menneskelig kontakt heller enn disse teknologiene inn i huset. Vi kan ikke spare på sykepleiere og leger – vi må følge lovkrav.

## **8.12 ANDRE UTGIFTSPOSTER**

Kategorien «andre utgiftsposter» dekker utgifter som ble nevnt av enkeltkommuner eller noen få kommuner og som ikke sorterer inn under noen av kategoriene som er tatt med i avsnittene over. Ett eksempel er kostnader til drift og utstyr som går ut over det som ble nevnt i forbindelse med



velferdsteknologi i punkt 8.11. Det ble blant annet pekt på bilparken som er knyttet til hjemmetjenesten. En av de største kommunene hadde fått betydelig økning i kjøreavstand etter at de slo sammen to lokasjoner av hjemmetjenesten. Her ble det bemerket at «70 leasingbiler» hvor halvparten bruker diesel, setter tydelige spor i kostnadsbudsjettet.

En kommune trakk frem at utgifter hadde økt i forbindelse med at leger nå reiser ut til alvorlig syke hjemmeboende innbyggere. Andre eksempler er økning innenfor KOSTRA-funksjon 234 som blant annet dekker aktivisering av eldre og av funksjonshemmete. I den aktuelle perioden hadde en kommune registrert bort imot én million kroner i økning innenfor denne posten. Godt og vel tre millioner kroner hadde gått med til å åpne et kommunalt fastlegekontor (KOSTRA-funksjon 241) i en kommune, mens et uspesifisert beløp samtidig hadde blitt brukt til å etablere lederstilling innenfor en sykepleierfunksjon.

Flere informanter ga uttrykk for betydelig frustrasjon knyttet til registrering- og rapporteringskrav, som har ført til at det brukes stadig mer tid og ressurser til dette. Veksten i tidsbruk til denne posten ble ikke avgrenset til årene 2017 og 2018, men dette var relevant også i den perioden. Informanter i en av de største kommunene bemerket at rådmannen i deres kommune har støttefunksjoner rundt seg, og spør samtidig: *Hva skal småkommuner klare? Alt skal dokumenteres i ettertid, om vakter, hva som ble leid inn og hvorfor.*

## **8.13 GENERELLE KOMMENTARER**

### **8.13.1 OM KOMMUNENS INNTEKSTSSITUASJON**

Informantenes beskrivelser tyder på inntektssituasjonen til casekommunene varierte i perioden som er gransket. Variasjonen spenner fra stabil, god eller svak, via lite endringer til betydelige endringer. Tre kommuner, en større og to mindre, hadde relativt god økonomi. To av disse hadde inntekter fra kraftproduksjon, mens den tredje hadde høye inntekter fra annen privat virksomhet. To kommuner hadde fått ekstra inntekter fra bosetting av flyktninger. Den ene hadde i tillegg styrket inntektsgrunnlaget via flere beboere i sykehjem. Bosetting av flyktninger var imidlertid ikke bare inntektsgivende. En kommune som hadde bosatt rundt 100 flyktninger i løpet av en toårsperiode, hadde også fått betydelig utgiftsvekst på grunn av at flere av flyktningene var «multihandikappet» og/eller led av alvorlige sykdommer, noe som hadde utgjort mellom en fjerdedel og halvparten av samlet utgiftsvekst i 2017-2018. I intervjuet undret informantene seg over om kommunen har tilbud som er for gode og for attraktive, generelt sett:

Vi har stilt oss spørsmål om vi har for gode tjenester. Det handler ikke om flyktninger først og fremst. Det handler om innflyttete etniske nordmenn. Der har vi sett tendenser til at det eksisterer tilflytting. Vi har kombinasjon av lave huspriser i deler av kommunen, og foreldre som flytter hit, får billig hus og gode tjenester.

Noen av de mindre kommunene ble omtalt som lavinntektskommuner, blant annet uten eiendomsskatt, og med en inntektssituasjon som hadde vært uendret de siste årene. Andre ble beskrevet som kommuner med en prekær økonomisk situasjon, som følgende eksempel illustrerer:

Vi sliter mer og mer med småkommunetillegget, som reduseres for hvert år. Tidligere fikk vi fem millioner per år, nå får vi rundt to millioner. Vi sliter også med rammen. Kommunen har ikke fått økte inntekter. Vi har søkt skjønnsmidler fra Fylkesmannen for å dekke opp for utgifter som kommuner med ekstra store belastninger kan søke om. I tillegg har vi søkt prosjektmidler [fra Fylkesmannen] for å få dette til å gå i hop. Vi har fått tilskudd de to siste årene.

### **8.13.2 REFLEKSJONER RUNDT UTGIFTSVEKST OG MULIGHETER FOR INNSPARINGER**

Utgiftsposter som ikke gjorde seg spesielt gjeldende for årene 2017 og 2018, men som hadde manifestert seg over tid, eller som informantene ser komme i nærmeste fremtid, ble også reflektert over i intervjuene. Et gjennomgående moment var at tyngden av brukere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten flytter seg fra eldre til yngre aldersgrupper:

Vi har en høy andel eldre. Vi ser at eldrebølgen gjør seg gjeldende, men disse er også friskere enn før, og mer resurssterk. .... Kvantiteten er de eldre som skal motta hjemmetjenester, men de som tynger mest enkeltvis, er de yngre.

Yngre – under 50 år koster mest. De ressurskrevende brukerne er under 50. Når de blir 67 år – den tid den sorg. Da mister vi tilskuddet. Jeg våger ikke å tenke på det en gang. Behovet for tjenester til utagerende er usikkert – de kan bli mindre utagerende [med alderen], men vi vet det ikke – det er syke mennesker og ting kan skje. Demente kan være voldelige og krevende. Vi ville ha fått refusjon for dem om de var yngre.

Nye brukergrupper på tvers av alder har også kommet til, som det går frem av dette knippet med intervjuutdrag:

Demens, psykiatri, rus er diagnosene som skiller seg ut. Kanskje er disse like «tunge» på budsjettet. Det vi merker gradvis økning på, er psykiatri og rus, men der disse blir eldre, og der det går over i andre tjenester.

Jeg vet at noen kommuner, [navn på egen kommune] vil sikkert også få det, har innbygger/-e som er flyktning og traumatisert etter krig, som har utøvd vold eller drap, og blir dømt til behandling fordi personen ikke er soningsdyktig. De får ett års behandling, og blir skrevet ut til kommunen som ferdigbehandlet. Dette skjer nå, men det skjedde ikke for fem år siden. Det er krevende for kommunene å håndtere også med hensyn til bomiljøene.

De som nå bor i institusjon eller hjemme med hjemmetjenester, levde ikke tidligere. Det blir flere eldre og økt trykk på tjenestene. Folk feiler flere ting og berges medisinsk. De som ble født med lidelser, levde tidligere kun få år, nå blir de voksne. Kronisk syke lever også lenger.

Et annet aspekt handler om bosettingsstruktur i kommunen og at dette er, og kommer til å forbli, kostnadsdrivende:

Kommunen er stor geografisk og langstrakt. Ifølge KOSTRA skal dette kompenseres for, men det gjør ikke det fullt ut. Om alle skal få samme tjenester uavhengig av hvor de bor, er dette kostnadsdrivende og en utfordring. Vi har som strategi i kommunen at alle skal få bo hjemme lengst mulig. Dette er en villet politikk. Dette krever flere sykepleiere i hjemmetjenesten.

Flere informanter pekte også på at kommunale ledere og politikere føler seg presset av ulike aktører, både på nasjonalt og lokalt nivå, til å prioritere visse kostnadskrevene tilbud. I tillegg kommer statlige krav. Intervjuutdragene nedenfor fra informanter i noen av de største kommunene, illustrerer dette:

Det har kommet garantier med jevne mellomrom, som verdighetsgarantien. Så sier man at det ikke har ført til mer kostnader for kommunen. Det er jo rart å si. Det har jo egentlig ikke vært noe problem, det er ikke mange som er friske, som har lyst å bo på sykeheim om man ikke har behov. Men så er det noen få som har hatt ønske og problemer med å få det innfridd. Og så har det blitt til nasjonale saker, og så har man hatt behov for å gjøre rett på det. Det ble sagt at da kan den friske hjelpe til, men da er det mange etiske problemstillinger rundt det, både for den som er frisk, og den som er syk.

Det finnes flere statlige pålegg og krav. Fylkesmannen sier ja til alle. Det er få som klager. BPA er et nasjonalt, statlig flaggskip. [Navn på egen kommune] gir til mange med høy pris.

Det offentlige må gjøre mindre. Hver enkelt må gjøre mer selv. Men det er økte krav i befolkningen – Hva skal være på stell? Pårørende har også tydelige krav.

I den typen refleksjoner som kommer frem over, ble det også lagt betydelig vekt på virkninger av Samhandlingsreformen. Informanter fra alle typer kommuner, og på tvers av kommunestørrelse, nevnte både nye brukergrupper og gradvis volumvekst innenfor alle områder etter denne reformen, som, etter informantenes fortellinger, ikke kompenseres fra statlig hold. Et eksempel på nye oppgaver som trekkes frem, er medisinsk behandling som blodtransfusjoner, som skal administreres av sykepleiere i hjemmetjenesten. Få, om noen, av disse oppgavene er oppgaver som kan nedprioriteres:

Det har vært en generell kostnadsøkning etter Samhandlingsreformen – som har medført og medfører stadig nye oppgaver. Det er en tendens til at det blir stadig med spesialisert pleie. Pasienter som tidligere ble behandlet på intensiv og i palliative enheter, kommer hjem til kommunen for pleie og omsorg.

Vi må løse flere og flere oppgaver. Hva skal kommunene fortsette med, og hva kan nedlegges? Hva skal gjøres, hva skal ikke gjøres? Det kan ikke gjøres noe med forventninger, men vi kan senke vikarbruk og endre turnuser. Noe pengebruk kan tas ned med samarbeid for eksempel mellom hjemmetjeneste og helsehus.

Informanter i et par av kommunene pekte også på at de i 2020 driver lovstridig fordi de ikke har ansatt psykolog som ble pålagt fra januar samme år. De bemerket også at de har fått ekstra utgifter etter tilsyn. Som nevnt i punkt 8.1, hadde noen kommuner i caseutvalget satt i verk tiltak for å få bukt med kostnadsveksten som de hadde i perioden som er gransket. Flere informanter reflekterte også over mulige måter for ytterligere innsparing. Eksempler som nevnes dreier seg om å redusere tilbud, planlegge nye boligløsninger, legge vekt på holdningsendringer og forebyggende virksomhet:

Tildelingspraksis er endret. Kommunen har luket bort tilbud som Spa, velferdstilbud og stell av hår. Tildelingskontoret har fungert som en nøytral objektiv instans som har bestemt tjenester. Men tjenesten har gått mot kunnskap fra forskning ved at de ser på papirer i stedet for å snakke med brukere.

De som blir eldre fremover, har god økonomi. De har økt kjøpekraft. De har råd til å kjøpe tjenester. Vi må få til holdninger om å kjøpe selv – det offentlige skal være sikkerhetsnett – og for dem som trenger det mest. Når vi bygger ut tjenester, trekker vi inn nabolagstjenester.

Jeg tror at fokuset på å hjelpe folk på å mestre livet sitt der en er, er viktig i alle sammenhenger. Det er en holdningsendring med generasjonene, at folk vil klare seg selv. I 2020 har vi mer ledig plass enn før. Flere kjøper seg bolig for å bli gamle, de legger til rette for egen alderdom. Vi merker forskjell og tror at noe har med det å gjøre. Vi sier at det ønskes, men da må de boligene også finnes. I [navn på egen kommune] har det vært bygging av nye boliger [privatmarked]. Vi ser det blir en endring – de som bor i omsorgsboligene er de med dårlig boevne og dårlig økonomi. Så det vi ser på nå, er å bygge leiligheter i bokollektivaktige former. Foreløpig er dette krav som vi legger inn i reguleringen til utbyggere. Vi har også ett firma som har prøvd å utvikle boligkompleks til eldre, med butikk og annet. Der er Eldrerådet aktivt til å spille inn, og de eldre i de eldrepolitiske partiene. Så tar byggesak og regulerer det inn.

Effekten av forebyggende tjenester kan være at hver enkelt kan mestre mer. Men det er vanskelig å balansere og å se effekter. Vi må vite at det forebyggende dimensjoneres for å få rett balanse. Det er lett å ta fra forebyggende tjenester for å gjennomføre lovpålagte oppgaver. Det er viktig for egenverd å klare seg selv, men det er også kostnadseffektivt. .... Vi hadde et dypdykk i utgifter og kostnadsvekst i 2015. Det var lite økning på eldre sammenliknet med andre grupper. Vi må gjøre dette på nytt for å se hvor det er rom for endringer.

## 8.14 OPPSUMMERING

De kommunale ledernes beskrivelser av kostnadsveksten i pleie- og omsorgssektoren for perioden 2017-2018 viser ikke noe entydig mønster. Kun unntaksvis er det en enkelt årsak som ligger til grunn for veksten. I de fleste kommunene hadde flere utgiftsposter gitt utslag samtidig. Den tydeligste kostnadsdriveren ser ut til å være ressurskrevende omsorgstjenester. Her var det snakk om vekst både i antall brukere og i antall timer per bruker. For noen kommuner handlet veksten innenfor dette området først og fremst om brukere med psykisk utviklingshemming, mens andre beskrev vekst innenfor flere brukergrupper. I kommuner hvor utgiftsøkning ble knyttet til brukere med psykisk utviklingshemming, var økningen ofte tilfeldig, det vil si at flere unge brukere i samme periode flyttet ut fra foreldrehjemmet og inn i egen bolig, og/eller at flere brukere fikk økt bistandsbehov, eller at brukere i denne kategorien flyttet til kommunen. Kommuner som manglet kapasitet eller kompetanse til å håndtere denne veksten innenfor eget tjenesteapparat, måtte enten kjøpe tjenester fra private leverandører eller fra en nabokommune. Etablering av nye boliger, inkludert kjøp av private boliger, til denne brukergruppen, forklarer også noe av kostnadsøkningen.

Kostnadsveksten knyttet til andre brukergrupper hadde utviklet seg mer gradvis. Så godt som alle kommunene, på tvers av befolkningsstørrelse, geografisk beliggenhet og KOSTRA-gruppe, hadde erfart å få stadig flere omsorgskrevende brukere eller brukere med komplekse sykdomsbilder overført fra spesialisthelsetjenesten etter at Samhandlingsreformen ble fullt innfasert fra januar 2016. Dette gjaldt særlig brukere med somatiske lidelser, men i økende grad også personer med rusproblemer og/eller psykiske helseutfordringer, både unge og eldre. Hjemmeboende med kognitiv svikt hadde også økt. Flere av casekommunene hadde dessuten fått flere brukere med psykisk utviklingshemming som hadde passert 67 år, og med mistet grunnlaget for statlig refusjon. Endringer i refusjonsordningen med et høyere innslagspunkt for kompensasjon, hadde bidratt til ytterligere kostnadsvekst i de aktuelle kommunene, ikke minst for kommuner med mange brukere i denne kategorien.

Etablering av Kommunalt akutt døgntilbud (KAD), som lovpålagt tjeneste i forbindelse med Samhandlingsreformen, forklarer deler av utgiftsveksten i flere kommuner. Noen av de største kommunene hadde økt volumet på sitt tilbud, mens andre hadde styrket stillinger i egen KAD-enhet eller kjøpt en eller flere KAD-plasser i en nabokommune. I en av kommunene som hadde økt volumet på tjenesten, måtte deler av tilbudet reduseres fordi det ikke ble brukt. Også andre kommuner hadde erfart at KAD-tilbudet ble lite brukt eller ikke brukt. Noen kommuner brukte imidlertid KAD som avlastningsplass for ressurskrevende brukere som ble skrevet tidlig ut fra sykehus, mens andre i slike tilfeller valgte å betale døgnmulkt til spesialisthelsetjenesten for å forlenge sykehusoppholdet. Denne utgiftsposten hadde vært en av kostnadsdriverne i den aktuelle perioden. Enkelte casekommuner som hadde bygd ut hjemmebaserte tjenester samtidig som institusjonskapasiteten var redusert, hadde erfart at de i perioden 2017-2018 måtte reetablere institusjonsplasser fordi nedskaleringen hadde gått for langt.

En annen reform som hadde gitt kostnadsmessig utslag i den aktuelle perioden, er retten til Brukerstyrt personlig assistanse som trådte i kraft fra januar 2015. Flere casekommuner erfarte utgiftsvekst til BPA

først et par år etter lovendringen. Enkelte kommuner hadde dessuten etablert et tilbud som ble vurdert som så attraktivt at kommunen tiltrakk seg brukere fra andre kommuner.

I casekommunene ble det også fremhevet andre årsaker til kostnadsøkning i den aktuelle perioden, blant annet følgende: Flere hadde økt grunnbemanningen og/eller grunnkompetansen i sektoren, blant annet for å redusere kostbar vikarbruk gjennom vikarbyråer, mens andre hadde satset på kompetanseutvikling ved å ansette sykepleiere med spesialutdanning. Et par kommuner hadde tatt igjen etterslep innenfor boligbygging, blant annet bygging av heldøgns omsorgsboliger, både for eldre generelt og for yngre med funksjonsnedsettelse, mens andre hadde bosatt flyktninger som kom til landet i 2015, med stort bistandsbehov. I enkeltkommuner forklarte lederne deler av kostnadsveksten med omlegging til heltidskultur og innføring av langturnuser. På grunn av økning i brukervolum, hadde kommuner som er store i geografisk utstrekning, fått betydelig vekst i indirekte tid til hver bruker, det vil si vekst i tid som ikke gir grunnlag for statlig refusjon til ressurskrevende brukere.

Kostnadsveksten samlet sett, forklares i liten grad av nye tilbud i den aktuelle perioden. Et unntak var enkeltkommuner som hadde opprettet omfattende dagtilbud for personer med demenssykdom et par år før dette ble lovpålagt. Flere kommuner hadde dessuten investert i mer eller mindre kostnads-krevende velferdsteknologi, med høye utgifter til drift. Eventuell langsiktig økonomisk gevinst av investeringene, var det for tidlig å trekke slutninger om. Etter perioden som har vært gransket i studien, hadde noen casekommuner satt i verk tiltak for å få bukt med kostnadsveksten, mens andre beskrev stabilitet eller videre vekst i utgifter i de påfølgende årene.

## 9. HOVEDFUNN OG DISKUSJON AV KOSTNADSVEKST

### 9.1 ÅRSAKER TIL KOSTNADSVEKSTEN

Formålet med denne studien har vært å forklare veksten i kostnader i pleie- og omsorgssektoren som er observert i løpet av de siste årene. Veksten var særlig kraftig for årene 2017 og 2018 da kommunenes utgifter til sektoren økte med rundt åtte prosent i gjennomsnitt på landsbasis. Denne veksten var nærmest en dobling fra de foregående årene. Hvilke drivkrefter som ligger bak kostnadsutviklingen, har det vært usikkerhet om. Blant mer spesifikke spørsmål som har vært belyst i denne studien, er derfor om noen felt eller områder og diagnoser har vært mer utslagsgivende enn andre, hvordan veksten er fordelt mellom forskjellige aldersgrupper, hvilken rolle kvalitetsutvikling og eventuelt nye tilbud har spilt og hvordan eksterne forhold som statlige føringer, har virket inn. I studien har vi sett spesielt på hvilke tjenesteområder som har hatt sterkest vekst, om det er snakk om hjemmebaserte tjenester, institusjonstjenester eller annet. Vi har i tillegg sett på hvilke kommunetyper som utmerker seg med sterk utgiftsvekst innenfor de ulike funksjonene.

For å forklare veksten, har vi analysert data fra Kommune-Stat Rapportering (KOSTRA) i perioden fra 2015-2019 og Kommunalt pasientregister (KPR) for perioden 2017-2020. Dette tallmaterialet er supplert med data fra kvalitative intervjuer med ledere i 15 casekommuner. Caseutvalget ble satt sammen av kommuner hvor den gjennomsnittlige kostnadsveksten lå over landsgjennomsnittet for den aktuelle perioden, og som varierte i befolkningsstørrelse og geografisk beliggenhet, og var fordelt på ulike KOSTRA-grupper. Detaljerte opplysninger fra kommunenes egne regnskapstall har bidratt til å gi et nyansert bilde av kostnadsveksten, og fyller dermed ut funn som trer frem av statistiske data.

Studien viser at det har vært en sterk vekst i kostnader til kommunale helse- og omsorgstjenester i perioden 2015-2020. Etter justering med prisindeks for kommunalt konsum, er veksten for hele perioden på 18 prosent. Dette tilsvarer en årlig gjennomsnittlig vekst på 3,4 prosent. Til sammenlikning var veksten i kommunenes inntekter på 1,4 prosent per år. Veksten i kostnader er sterkest i starten av perioden, men det er betydelig vekst i hele perioden. Samtidig er veksten høyest i kommuner som har høy inntektsvekst. Ett av de mest sentrale funnene i tidligere studier av utgifter til helse- og omsorgssektoren, er at økte inntekter gir økte utgifter. Det vi ser for perioden 2015-2019 (Vedlegg 1) er at det ikke har vært en økning i kommunenes frie inntekter i makro, mens det har vært en sterk økning i utgifter til helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at kostnadsveksten i denne sektoren er finansiert ved omstilling av den kommunale virksomheten.

Analysen av data fra Kommunalt pasientregister (KPR) for perioden 2017-2020 viser at nedgangen i pasienter i langtidsopphold i institusjon har stoppet opp. I analyseperioden observeres et stabilt antall pasienter, om lag 33000 per uke. Andelen pasienter over 80 år utgjør om lag 75 prosent av totalen, men er svakt fallende over tid. Antall pasienter i alle aldersgrupper under 80 år, øker. Antall pasienter som har vært i institusjoner på tidsbegrensede opphold, har samtidig vokst fra 7700 per uke ved inngangen til 2017 til vel 8000 per uke ved inngangen til 2020. Pasienter i avlastningsopphold i

institusjoner økte fra 3300 per uke i 2017 til 4300 per uke i ved inngangen til 2020. Det er en kortsiktig reduksjon både i tidsbegrensede opphold og avlastningsopphold i forbindelse med Korona-nedstengningen i mars 2020. Det er flest avlastningsopphold i aldersgruppen under 18 år.

KPR-data viser videre at antall brukere med Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) økte fra 3400 per uke ved inngangen til 2017 til 4300 brukere per uke i 2020. Antall brukere er høyest i aldersgruppene 18-39 år og 40-59 år, mens antallet tildelt timer er høyest i aldersgruppen 0-18 år. Det er økning i tildelte timer i alle aldersgrupper. Også antall brukere som mottar helsetjenester i hjemmet, økte jevnt i perioden 2017-2020. Timer per bruker steg med rundt 25 prosent mellom 2017 og 2019, men faller tilbake til 2017-nivået i løpet av 2020. Kraftigst vekst vises i antall brukere som mottar praktisk bistand til daglige gjøremål, for brukere mellom 18-39 år er økningen på 75 prosent.

I tråd med tidligere analyser finner vi sterkere utgiftsvekst i hjemmebaserte tjenester enn i institusjonstjenestene. Utgiftsnivået for institusjonene ligger stabilt fra 2015 til 2017, deretter øker utgiftene med om lag 2 prosent per år. Utgiftene til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende øker med rundt 21 prosent i perioden. Det tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekstrate på 3,9 prosent. Det er imidlertid sterk vekst på alle funksjonsområder innen helse- og omsorgstjenestene. Analysene av KPR-data viser imidlertid at nedbyggingen av institusjonene nå har stoppet opp. Dette skjer etter en lengre periode med reduksjon i antall institusjonsplasser. At antallet langtidsopphold er konstant mens antall tidsbegrensede opphold og avlastningsopphold øker, indikerer økt ledig kapasitet i institusjonene.

I casekommunene dominerte ressurskrevende omsorgstjenester som kostnadsdriver.<sup>11</sup> Andelen av samlet vekst varierte imidlertid mellom kommunene. Noen hadde dessuten hatt jevn vekst på tvers av type brukergruppe, mens andre først og fremst erfarte vekst i tjenester til brukere med psykisk utviklingshemming. Kostnadsveksten til den sistnevnte brukergruppen dreide seg om økning både i antall brukere og i antall timer per bruker. Nye brukere var unge som flyttet fra familiehjemmet og/eller innflyttere fra andre kommuner og flyktninger. Vekst i vedtakstimer per bruker indikerte endring i bistandsbehov med blant annet styrking av bemanningen fra heldøgns 1-til-1 til 2-til-1. En kommune med i underkant av 10.000 innbyggere fikk, for eksempel, fire ressurskrevende brukere med behov for heldøgns bemanning i egen bolig enten 2-til-1 eller 1-til-1. Til disse fire var det blant annet nødvendig med fem nattevakter. Etablering av nye boliger til denne brukergruppen forklarer også noe av kostnadsøkningen.

For noen kommuner overgikk ressursbehovet til denne brukergruppen det den enkelte kommune hadde kapasitet eller kompetanse til å ta seg av innenfor det eksisterende tjenesteapparatet.

---

<sup>11</sup> Rapporten «Variasjon i beregning av refusjonskravet for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester» viser også vekst både i utbetalinger og i antall mottakere på landsbasis for perioden 2017-2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-arbeidsgruppe-om-ressurskrevende-tjenester/id2619805/>



Kommunen måtte derfor kjøpe tjenester fra private leverandører, eller fra nabokommunen, for blant annet å fylle kompetansekravet i forbindelse med tvangstiltak og 2-til-1-bemanning for enkeltbrukere. For kommuner med betydelig vekst i tjenester til denne brukergruppen, ga også endringer i den statlige refusjonsordningen merkbart utslag, og særlig for små kommuner, noe som også Lunder og medforfattere (2019) peker på. Ett eksempel er en casekommune med i underkant av 10.000 innbyggere som hadde hatt en økning på 20 prosent i vedtakstimer i perioden 2017-2018. Ett av de aktuelle årene hadde kommunens registrerte utgifter til ressurskrevende omsorgstjenester nådd 60 millioner kroner. Av dette ble 26 millioner kroner dekket av refusjonsordningen. I casekommunene samlet sett var det ikke bare direkte tid - tiden med ansikt-til-ansikt kontakt med brukere - som har økt. Også indirekte tid, som ikke inngår i refusjonsberegningen, øker, ikke minst i kommuner som er store i geografisk utstrekning.

Utgifter til ressurskrevende brukere som ikke faller inn under «PU-kriteriet» (se punkt 8.2.1.), peker hovedsakelig i samme retning, på tvers av karakteristika ved den enkelte casekommune. Ifølge kommunale ledere har kostnadene her steget jevnt etter at Samhandlingsreformen var fullt innfaset fra januar i 2016. Utslaget er tydeligst i hjemmebaserte tjenester som både har fått flere brukere og flere brukere med høyt bistandsbehov. Det vil si at det mønsteret som kommer til uttrykk statistisk, og som vi har pekt på i avsnittene over, også erfares i casekommunene. De kommunale lederne knytter denne utviklingen i kommunene spesielt til spesialisthelsetjenestens utskrivningspraksis etter Samhandlingsreformen. Samtidig har det pågått en nedbygging av institusjonskapasitet i kommunene, noe som også har sammenheng med et nasjonalt så vel som lokalt politisk ønske om at hjelpetrequende innbyggere skal kunne bo lengst mulig i eget hjem (se f.eks. St. meld. 47 2008-2009). For noen casekommuner hadde imidlertid kostnadsveksten startet tidligere enn 2016, eller fra og med 2016, mens andre registrerte merkbart vekst fra 2017 og utover. Brukergrupper med økt bistandsbehov hadde først og fremst somatiske lidelser med behov for omfattende behandling og pleie, inkludert pleie i terminalfase. Brukere med rusproblemer og/eller psykiske helseutfordringer, herunder unge med blant annet alvorlige spiseforstyrrelser, har imidlertid også økt og ga utslag på kostnadsveksten særlig i enkeltkommuner hvor tjenester til disse brukergruppene er under oppbygging. I tillegg hadde hjemmeboende med kognitiv svikt økt i antall, medregnet brukere med demenssykdom som har behov for blant annet 2-til-1-bemanning i egen bolig fordi kommunen mangler mulighet for nødvendig skjerming i institusjon. Flere kommuner hadde dessuten hatt økning i brukere med psykisk utviklingshemming som har passert 67 år, med påfølgende bortfall av statlig refusjon. Her var det snakk om brukere som har bodd i kommunen fra HVPU-reformen trådte i kraft tidlig i 1990-årene. Mulige måter å bremse kostnadsveksten til den sistnevnte brukergruppen, diskuteres av Lunder og medforfattere (2019).

Veksten som KPR-data viser innenfor Brukerstyrt personlig assistanse (BPA), gjenspeiles også i data fra casestudien. Halvparten av kommunene hadde hatt kostnadsvekst til dette tilbudet, i form av en jevn økning fra 2015 og utover, snarere enn som en brå stigning etter at loven trådte i kraft. Kun én kommune oppga BPA som den viktigste kostnadsdriveren i perioden. Vekst i utgifter til BPA handlet blant annet om enkeltbrukere med omfattende bistandsbehov med 1-til-1-bemanning i privat hjem og

kjøp av private løsninger enten fordi kommunen manglet kapasitet i egen regi, eller fordi Fylkesmannen hadde innvilget mer kostbare løsninger enn det kommunen kunne tilby. Noen kommuner hadde tilbud om tjenester innenfor BPA som ble vurdert som så attraktive at de trakk til seg brukere fra andre kommuner.

Kommunalt akutt døgntilbud (KAD) ble pålagt i forbindelse med Samhandlingsreformen. Dette tilbudet har til dels drevet opp kostnader i casekommunene. To av de største kommunene hadde mer enn doblet volumet på sitt tilbud i perioden, men den ene måtte redusere tilbudet igjen fordi det ikke ble brukt. Noen av de mindre kommunene hadde også investert i KAD-tilbud som ikke ble brukt, eller som ble lite brukt. I noen kommuner ble KAD-plasser benyttet til avlastningsopphold for brukere som ble skrevet ut fra sykehus med mer omfattende bistandsbehov enn det hjemmebaserte tjenester var rigget for å håndtere på kort varsel. Det kan se ut til at spesialisthelsetjenesten ikke gir kommunene tilstrekkelig tid til å planlegge mottak av brukere med behov for omfattende grad av bistand og behandling. En slik tendens påvises også av Rohde og medforfattere (2020). En utbredt måte som casekommuner håndterte dette på, var ved å betale døgnmulkt for å forlenge sykehusoppholdet til denne kategorien brukere. Også denne utgiften bidro til relativt høy samlet utgiftsvekst i noen av kommunene.

Samtidig med vekst i oppgaver og i antall brukere, har stillinger vokst og kompetansen blitt styrket i flere casekommuner, på tvers av kommunestørrelse, geografisk beliggenhet og KOSTRA-gruppe. Mens noen har økt grunnbemanningen og/eller hevet grunnkompetansen i hele sektoren, hadde andre hovedsakelig styrket hjemmebaserte tjenester eller institusjonstjenester. En av de største kommunene hadde opprettet 20 nye sykepleierstillinger, blant annet for å begrense bruken av vikarer og vikarbyråer. I denne kommunen hadde utgifter til vikarbyrå økt fra 13 millioner kroner i 2017 til 43,5 millioner kroner i 2018, noe som utgjorde den største andelen av kostnadsveksten der. Andre kommuner hadde økt antall årsverk i forbindelse med omstillinger og styrket kompetanse blant annet via stipender til videreutdanning av sykepleiere til KAD-enheter. Flere casekommuner hadde dessuten lagt vekt på å nå det nasjonale målet om at 40 prosent av ansatte i pleie- og omsorgssektoren skal ha utdanning på BA-nivå, som et minimum. For noen hadde imidlertid dette målet vært utfordrende å opprettholde over tid. Om bemannings- og kompetansehevingen har bidratt til å styrke kvaliteten på tjenestene, og med det bidratt til den utviklingen som Gautun (2020) etterlyser, gir ikke vårt datamateriale grunnlag for å si noe om. Det er imidlertid grunn til å anta at det finnes en viss sammenheng mellom kompetanse og kvalitet (se Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Mens statistiske data som er analysert i denne studien, viser at nedbyggingen av institusjonstilbudet hadde stoppet opp på landbasis, har enkelte casekommuner erfart at deres reduksjon i institusjonsplasser hadde gått for langt. Etter en betydelig nedskalering måtte noen reetablere institusjonskapasiteten, med påfølgende kostnader, både på grunn av økt etterspørsel og etter press fra politiske organer og kommunens innbyggere.

## 9.2 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Norske kommuner har i en lengre tidsperiode bygget ned institusjonstilbudet og bygget opp hjemmebaserte tjenester. Nedbyggingen av institusjonene har nå stoppet opp. At antallet langtidsopphold er konstant mens antall tidsbegrensede opphold og avlastningsopphold øker, indikerer økt kapasitet i institusjonene.

Nesten hele veksten i kommunenes pleie- og omsorgstjenester fra 2017 kommer i aldersgruppene under 80 år. Dette gjelder for alle tjenester unntatt praktisk bistand der det også er vekst i antall mottakere over 80 år. Forutsatt at yngre brukere også har lengre forventet levetid vil en økning i antallet yngre brukere over tid lede til en akkumulasjonseffekt som gir økte utgifter. For det første fordi det i seg selv kan gi flere brukere enn hva tilfellet var dersom antallet yngre brukere var mindre. For det andre, og dette er en viktigere mekanisme, fordi disse brukerne etterspør andre og flere typer tjenester. Den multiplikative effekten av dette vil forsterke seg over tid og gi dramatisk utslag - ikke fra år til år, men over tid.

I tillegg vil vi kunne vente, når hjemmebaserte tjenester er en større andel av de totale utgiftene, at endringer i hvilke typer tjenester som gis og hvordan de gis, kan føre til mer uforutsigbarhet i kostnadsvariasjoner fra år til år. Dette kan virke begge veier; for eksempel ved at velferdsteknologi reduserer antallet timer hjelp en trenger å gi til hjemmeboende, men også andre veien dersom omfanget eller bredden av tjenester utvides som en følge av prioriteringsendringer eller politiske/ideologiske føringer, altså endringer på tilbudssiden.

Forklaringer bak kostnadsveksten finnes delvis internt eller lokalt i den enkelte kommune, knyttet til faktorer som demografi eller alderssammensetning, og til fysisk og mental helsetilstand i befolkningen. Tilgang på kompetanse og geografiske så vel som organisatoriske forhold har også betydning. Flere kommuner har for eksempel kjøpt kostbare løsninger fra private leverandører for å ta ivare innbyggenes behov og for å fylle kompetansekrav. Et gjennomgående trekk i datamaterialet er imidlertid at endringer blant annet i lovverk som ble satt i verk før 2017, som Samhandlingsreformen fra 2016, (men som ble gradvis iverksatt fra 2012), og Brukerstyrt personlig assistanse fra 2015, ga utslag et par år etter at lovendringene trådte i kraft. Veksten innenfor disse områdene er ikke uventet. Begge reformene legger opp til vekst i kommunale oppgaver. Samhandlingsreformen krever dessuten økning både i grunnbemanning og i kompetanse. I tillegg har HVPU-reformen gitt forsterket utslag med tanke på brukere som passerer 67 år, og med det har mistet grunnlaget for statlig refusjon. Rettigheter som har vært kjempet frem for noen brukergrupper, har etter hvert blitt svært kostnadskrevede for mange kommuner. Likevel øker kommunenes egenandeler til ressurskrevede omsorgstjenester. Ledere i noen casekommuner uttrykte derfor bekymring for at tjenester som er rettighetsfestet, kan bli så kostnadskrevede at de går på bekostning av tjenester til andre, som for eksempel eldre med betydelig bistandsbehov.

Denne studien har utvidet forståelsen av hva som ligger bak økte kostnader i kommunale helse- og omsorgstjenester ved å utforske statistiske sammenhenger og samtidig utdype erfaringer fra et utvalg

kommuner hvor kostnadsveksten har vært høyere enn landsgjennomsnittet. Bredden i datakilder og metoder har bidratt til å avdekke mye av kompleksiteten innenfor feltet. Denne kompleksiteten handler ikke bare om kostnadsvekst, men også om registrering, hvor blant annet grovmaskete kategorier gjør det problematisk både å registrere og å følge utviklingen over tid. Forhåpentligvis kan resultater fra studien brukes for å møte noen av utfordringene som denne kommunale sektoren står over for.

## REFERANSER

- Ambugo, E.A. og Hagen, T. P. (2019): Effects of introducing a fee for “inpatient overstays” on the rate of death and readmissions across municipalities in Norway. *Social Science & Medicine*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed>
- Bliksvær, T., Andrews, T., Bardal, K. G. og Waldahl, R.H. (2020): «Et godt sted å bli gammel» En studie av aldring i rurale kommuner. *NF-rapport 11/2020*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Bliksvær T, Bertelsen TM, Fabritius MK, Hansen MB, Lunde BV, Waldahl RH (2021): The Diffusion of Home-Based Reablement in Norwegian Municipalities. *J Healthc Leadersh*. 2021 (13): 231-242  
<https://doi.org/10.2147/JHL.S326663>
- Borge, L.E. og Haraldsvik, M. (2006a): Effektivitetsforskjeller og effektiviseringspotensial i pleie- og omsorgssektoren.
- Borge, L. E. og Haraldsvik, M. (2006b): Empirisk analyse av handlingsplanen for eldreomsorgen. *Senter for økonomisk forskning, SØF-rapport, 6*, 2006
- Bruvik, F., Drageset, J. og Abrahamsen, J. F. (2017): Fra sykehus til sykehjem - hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12, 60613.
- Casas, I., Gao, J. og Xie, S. (2018): Modelling Time-Varying Income Elasticities of Health Care Expenditure for the OECD. CREATES Research Paper 2018-29
- Di Matteo, L. (2003): The income elasticity of health care spending. *Eur J Health Econom* (4): 20–29.
- Ervik, R., Kjerstad, E., Lindén, T. S. og Rubecksen, K. (2017): Rettighetsfesting av BPS - store forventninger, betinget suksess. *Rapport 2–2017*. Bergen: Uni Research Rokkansenteret.
- Ervik, R., Grimsrud, G.M., Kjerstad, E. og Lindén, T.S. (2020): Suksess eller katastrofe? Utviklingstrekk etter rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). *Rapport 19-2020*. NORCE Samfunnsforskning.
- Fabritius, M. K. og Vinogradov, E. (2017): Gårdsbaserte omsorgs- og velferdstjenester i Nordland: Intervju av 19 tilbydere. *NF-rapport 4/2017* Bodø: Nordlandsforskning
- Flyvbjerg, B. (2011): Case Study. I Denzin, N. og Lincoln, Y. (red.): *The SAGE handbook of qualitative research*, 301-316. Los Angeles: Sage.
- Folkehelseinstituttet (2018): Folkehelse rapporten – kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018. ISBN ELEKTRONISK: 978-82-8082-942-9 Utgave 2
- Gaski, M. og Abelsen, S. (2017): Samhandling om utskrivingsklare pasienter. Bidrag til evalueringen av Samhandlings-reforme i Nord. Nasjonalt senter for distriktmedisin, Universitetet i Tromsø.
- Gautun, H. (2020): En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. NOVA rapport nr. 14/20. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Oslo Metropolitan University.
- Gautun, H., Grødem, A. S. og Hermansen, Å. (2012): Hvordan fordele omsorg. Utfordringer med å prioritere mellom yngre og eldre brukere.

Gravelle, H., Sutton, M., Morris, S., Windmeijner, F., Leyland, A., Dibben, C. og Muirhead, M. (2003): Modeling supply and demand influences on the use of health care: implications for deriving a needs-based capitation formula. *Health Econ*; 12 (2):985-1004

Häkkinen, U., Hagen, T. P. og Moger, T. A. (2018): Performance comparison of hip fracture pathways in two capital cities: Associations with level and change of integration. *Nordic Journal of Health Economics*.

Hagen, T.P., Amayu, K.N., Iversen, T. Godager, G. og Øien, H. (2011): Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. HERO Working Paper 2011:5.

Hagen, T. P. og Tingvold, L. (2017): Planning future care services: Analyses of investments in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, <https://doi.org/10.1177/1403494817730996>

Helse Sør-Øst (2017): Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF. Prosjekt 2017 – Videreutvikling av inntektsmodell og inntektsfordeling i Helse Sør-Øst. Delprosjekt 2 – psykisk helsevern og TSB.

Helsedirektoratet (2019): Enhetskostnad norske kommuner. *Rapport nr. 9272 – 07 Agenda Kaupang*

Helsedirektoratet (2018): Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018

Helse- og omsorgsdepartementet (2013): HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020

Helse - og omsorgsdepartementet ( 2015): Demensplan 2020. Et mer demensvennlig 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Hole, T., Barstad, J., Teigen, S. og Kvangarsnes, M. (2015): Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i seks kommuner på Sunnmøre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135 (17): 1553 -1557

Holm, F.E. (2012): Samhandlingsreformen: helsereform eller samfunnsreform? *Rapport 1/2012*. Norsk Senter for bygdeforskning

Khan, J. A. og Mahumud, R. A. (2015). Is healthcare a 'Necessity' or 'Luxury'? An empirical evidence from public and private sector analyses of South-East Asian countries? *Health Economics Review*, 5(1): 1-9.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014): Veiledning til regnskapsrapporteringen i KOSTRA - Regnskapsåret 2015. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/kostra\\_hovedveileder\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/kostra_hovedveileder_2015.pdf)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015): Veiledning til regnskapsrapporteringen i KOSTRA - Regnskapsåret 2016. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder-2016---endelig-til-publisering.pdf>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016): Veiledning til regnskapsrapporteringen i KOSTRA - Regnskapsåret 2017.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder-2017.pdf>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2017): Veiledning til regnskapsrapporteringen i KOSTRA - Regnskapsåret 2018.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder\\_2018.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder_2018.pdf)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2020): Regnskapsrapporteringen i KOSTRA.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen-i-kostra/id551573/>

Landbruks- og Matdepartementet (2012): Inn på tunet. Nasjonal Strategi

LOV-2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)

Lunder, T.E., Hjertstrøm, H.K., Håkonsen, L. og Kvernenes, M.S. (2019): Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene. Finansieringsordningens betydning for tjenestene. *TF-rapport nr 539*. Bø i Telemark: Telemarksforskning

Melberg, H. O. og T.P. Hagen. (2016): Liggetider og reinnleggelser før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (2): 143-158.

Meld. St. 16 (2010–2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Meld. St. 30 (2011–2012): Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Meld. St. 29 (2012–2013): Morgendagens omsorg. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Meld. St. 26 (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Meld. St. 15 (2017–2018): Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Moe, J. O. og Hagen T. P. (2011): Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986-2008. *European Journal of Aging*, 8 (1): 49-61.

Moger, T. A og Hagen, T. P. (2017): Analyser av tjenestebruk, reinnleggelser og mortalitet blant infarkt-, slag-, hoftebruddpasienter i Oslo, 2009-2014. HERO WP 2017/1. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn/Helseøkonomisk forskningsprogram.

McArthur, DP, Tjerbo, T. og Hagen, TP (2013): The role of young users in determining long-term care expenditure in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 41 (5): 486-491

NOU (2019:24) Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

NOU (2008:2): Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.

- NOU (2005:18): Fordeling, forenkling, forbedring – Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner
- Otnes, B. (2015): Utviklingen i pleie – og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning* (1): 48–61.
- Patton, M.Q. (1987): *Qualitative Evaluation Method*. London: SAGE
- Prop. 91 L (2010–2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- Prop. 86 L (2013–2014): Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse). Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J. og Anthun, K.S. (2020): Samhandling mellom kommuner og sykehus. *Rapport SINTEF Digital Velferd 2020-03-11*. Oslo: SINTEF
- Romøren, T. I. (2012): Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere?: en kvantitativ analyse, b. 2012 nr. 4. Høgskolen i Gjøvik
- Silverman, D. (2000): *Doing Qualitative Research*. London: SAGE
- Smith, D. (1999): *Writing the Social. Critique, Theory, and Investigations*. Toronto: University of Toronto Press.
- Smith, D. (2005): *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. Lanham: AltaMira Press.
- Smith, P. C. (2007): *Formula funding of public services*. Taylor & Francis.
- Spradley, J. (1979): *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart & Einston
- StataCorp (2019): *Stata 16 Base Reference Manual*. In. College Station, TX: Stata Press.
- Statistisk sentralbyrå (2001): Standard for gruppering av familier og husholdninger. 31. Hentet fra: [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/nos\\_c677/nos\\_c677.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/nos_c677/nos_c677.pdf)
- Statistisk sentralbyrå (2018): KOSTRA. Hentet fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra>.
- Statistisk sentralbyrå (2019, 2019, 20. desember): Tettsteders befolkning og areal. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/beftett>
- Statistisk sentralbyrå (2020a): 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2020 (Statistikkbanken). Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>.
- Statistisk sentralbyrå (2020b): 11820: Utvalgte nøkkeltall befolkningsprofil (K) 2015 - 2019 (Statistikkbanken). Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11820>.
- Statistisk sentralbyrå (2020c): 12134: Utvalgte nøkkeltall for kommuneregnskap (K) 2015 - 2019 (Statistikkbanken). Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12134>.
- Statistisk sentralbyrå (2020d): 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg (K) 2015 - 2019 (Statistikkbanken). Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>.



Statistisk sentralbyrå (2020e): Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbf>.

Statistisk sentralbyrå (2020f): Regnskapsfaglig veiledning til KOSTRA-publiseringsen 15. mars 2020. Hentet fra: [https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/\\_attachment/415286?\\_ts=170d3c960b8](https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/_attachment/415286?_ts=170d3c960b8)

St.meld. nr. 47 (2008–2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Swanson, J.O.J. og Hagen, T.P. (2016): Reinventing the community hospital: A retrospective population-based cohort study of a natural experiment using register data. *BMJ Open* 2016;6: e012892.doi:10.1136/bmjopen-2016-012892.

Wiig, O., Rørstad, K., og Børing, P. (2016): Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater.

Yin (2009): *Case-study Research – Design and Methods, Applied Social Research Methods Series*. Thousand Oaks: Sage Publications.

# VEDLEGG 1: NÆRMERE ANALYSER AV UTGIFTSVARIASJONER OG UTGIFTSVEKST

I dette vedlegget presenterer vi en regresjonsanalyse av utgiftsvariasjoner og utgiftsvekst. Analysen er basert på en generell etterspørselsmodell etter kommunale tjenester.

Utgiftstallene er målt i kroner eller kroner per innbygger og er deflatert med indeks for kommunalt konsum (2019=1). Tabell 3 viser netto driftsutgifter og frie inntekter per innbygger for perioden 2015-2019. Gjennomsnittlige driftsutgifter per innbygger har økt med rundt 13 prosent i perioden, og gjennomsnittet av frie inntekter per innbygger har økt med rundt 2,6 prosent.

Tabell 3: Beskrivende statistikk på Beskrivende statistikk på kommunale netto driftsutgifter og frie inntekter etter år (2015 til 2019, N=1825 kommuner-etter-år)

Variabel	Gjennomsnitt	Std.avvik	Minimum	Maksimum
<b>Utgifter*</b>				
2015	19927.549	4440.630	12639.581	61835.645
2016	20507.632	4799.429	8676.690	65065.195
2017	20751.453	5230.224	233.720	64892.897
2018	21804.828	5394.469	1028.178	67654.612
2019	22522.397	5506.636	1438.186	65802.747
2015-2019	21112.169	5173.503	233.720	67654.612
<b>Frie inntekter*</b>				
2015	56828.050	9792.432	48557.750	126067.358
2016	58309.915	10106.614	43817.183	131358.846
2017	58549.592	10335.459	35769.545	129998.961
2018	57622.683	6504.111	35564.238	101523.726
2019	58331.410	6462.649	36875.000	103179.000
2015-2019	57931.963	8818.977	35564.238	131358.846

Notat: \*Tallene er målt i kroner per innbygger og er justert for inflasjon med 2019 som basisår.

I regresjonsanalysene der vi gjør nærmere analyser av samlede netto driftsutgifter i helse- og omsorgstjenestene inngår følgende uavhengige variabler:

- Frie inntekter (deflatert) er definert som summen av inntekts-, formue-, og naturressurskatt pluss statlige rammetilskudd (SSB, 2020c; 2020f, p. 10) – se Tabell 3.
- Fem variabler som beskriver aldersgrupper og som i noen grad reflekterer kommunale ansvarsforhold: 0-5 år, 6-16 år, 16-66 år, 67-79 år og 80 år og over.
- Variabler som beskriver sosiale og helsemessige forhold: Døde, innvandrere, enslige over 80 år, skilte og separerte 16-66 år, og arbeidsledige 15-74 år.

Alle variablene er normert med folketall. I tillegg inngår folketall for å fange opp eventuelle skalaeffekter og en variabel som beskriver kommunens bosettingsstruktur (andel bosatt i tettsteder). For beskrivelse av de sosiodemografiske variablene, se KOSTRA (SSB, 2020a; 2020b).

Alle analysene er gjort med utgangspunkt i balanserte panel. At panelet er balansert innebærer at vi inkluderer like mange enheter hvert år. I vårt tilfelle betyr det at det året som har færrest gyldige enheter som definerer antall enheter i panelet. Bruken av et balansert panel er nødvendiggjort av at vi analyserer veksten i utgifter. Ubalanserte paneler kan i slike analyser gi upresise anslag på veksttakten.

Universet av kommuner bestod av 427 kommuner i 2015 og ble gradvis redusert til 422 i 2019.<sup>12</sup> Kommuner som ble sammenslått i analyseperioden er i hele perioden behandlet som en kommune. Dette gjelder for eksempel Rissa og Leksvik som ble sammenslått til Indre Fosen 1.1.2018. Kommuner der det har skjedd grensejusteringer er ekskludert på grunn av at vi ikke har full kontroll på folketallet i hele perioden. Dette gjelder Sandefjord og Tønsberg der Vear krets ble flyttet til Tønsberg fra 1.1.2017. For 2019 er det foreløpig manglende informasjon i SSBs statistikkbank fra om lag 10 kommuner. I de beskrivende analysene er derfor grunnlaget 401 kommuner som omfatter om lag 98 prosent av Norges befolkning. I regresjonsanalysene er antallet noe lavere (se de enkelte analysene). Tallene under den første kolonnen i tabellene beskriver gjennomsnittet på tvers av kommunene.

Tabell 4: Beskrivende statistikk på kommunenes sosiodemografiske karakteristikk 2015-2019 (N=1825 kommuner-etter-år)

<b>Variabel</b>	<b>Gjennomsnitt</b>	<b>Std.avvik</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
Alder_0-5	6.945	0.903	2.628	10.451
Alder_6-15	11.964	1.321	7.545	17.435
Alder_16-66	65.970	2.479	55.855	71.503
Alder_67-79	9.953	2.528	0.026	21.964
Alder_80+	4.153	1.084	1.983	9.342
Enslige_80+	63.000	4.638	0.000	89.500
Skilte_16-66	10.560	1.650	0.000	15.300
Arbeidsledige_15-74	1.724	0.572	0.000	7.200
Innvandrere	17.424	7.794	0.000	33.800
Tettsteder beboende	81.368	19.842	0.000	98.860
Døde (per 1000 innbygger)	7.632	2.040	3.100	22.900
Folketall/innbyggere (i 10 000)	13.885	22.100	0.073	69.349

<sup>12</sup> Fra 2020 er antallet kommuner redusert til 358.

La oss nå se nærmere på hva som kan forklare veksten i utgifter. Resultatene av våre regresjonsanalyser er gjengitt i tabell 5. Den første modellen viser årlige endringer (basert på estimatene av dummyer for år. Her er 2015 referansekategori, slik at effekten av et år tolkes i forhold til 2015.

I modell 2 inkluderer vi sosiodemografiske variabler. Disse brukes gjerne som indikatorer på behov for helsetjenester. Alt annet likt vil for eksempel en kommune med en høyere andel eldre oppleve en sterkere etterspørsel etter helsetjenester. Effektene av variablene er i forventet retning. For eksempel ser vi at en prosent økning i andel personer i aldersgruppen 67 til 79 fører til en økning i utgifter på over 340 kroner per innbygger. Når andelen personer mellom 16 til 66 år som er skilte eller separerte øker med en prosent gir det en reduksjon på rundt 400 kroner i utgifter til omsorgstjenester per innbygger. I modell 3 legger vi til frie inntekter. Estimaten til variabelen er positivt og statistisk signifikant. Med andre ord, en økning på en krone i frie inntekter gir en økning på 0.039 kroner i netto driftsutgifter per innbygger. Det vil si at dersom frie inntekter til kommunen øker med 10000 kroner kan det forventes en økning av 390 kroner i utgifter per innbygger.

Effektene av år endres noe når vi inkluderer de andre blokkene med variabler, men med unntak av dummyen for 2016 i modell 4, er de fortsatt signifikante. I modell 4 er vi mest interessert i å avdekke eventuelle samspillseffekter mellom frie inntekter og år. Er det slik at effekten av frie inntekter på omsorgsutgifter varierer etter hvilket år vi ser på? Analysene viser at effekten av frie inntekter varierer med år, og at den er spesielt sterk i 2018 og 2019. En økning i frie inntekter per innbygger på en i 2018 gir rundt 8 prosent økning i utgifter sammenlignet med 2015, mens effekten for 2017 er på om lag halvparten. De årene der samspillseffekten er sterkest er også de årene der økningen i frie inntekter for kommunene over ett var lavest.

Gjennomsnittet for frie inntekter per innbygger har økt med 2,6 prosent i perioden 2015-2019. Gjennomsnittet for netto driftsutgifter per innbygger har økt jevnt i den samme perioden, og veksten er på rundt 13 prosent mellom 2015 og 2019. Frie inntekter har en positiv effekt på netto driftsutgifter; høyere frie inntekter gir mer utgifter til helse- og omsorgstjenester. Det er også en samspillseffekt til stede i dataene. Effekten av frie inntekter er med andre ord sterkere noen år enn andre.

Tabell 5: Lineær regresjonsanalyser av netto driftsutgifter på frie inntekter (2015-2019, N=1825 kommuner-etter-år)

Uavhengige variabler	Modell 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	b	SE	b	SE	b	SE	b	SE
År <sup>a</sup> :								
2016	598.983***	(89.142)	621.225***	(122.770)	703.720***	(122.619)	555.839	(506.869)
2017	869.133***	(88.981)	973.729***	(197.824)	1203.972***	(200.730)	-1180.770*	(567.254)
2018	1949.777***	(88.844)	2071.300***	(265.349)	2459.139***	(272.849)	-2334.926**	(767.388)
2019	2699.377***	(88.680)	2895.967***	(343.441)	3376.686***	(352.098)	-	(860.385)
							3661.409***	
Alder_0-5			153.995	(192.932)	117.228	(191.267)	-26.007	(185.541)
Alder_6-15			-223.704	(163.165)	-281.780	(162.020)	-191.906	(157.270)
Alder_16-66			-67.757	(79.582)	-137.353	(79.926)	-129.051	(77.328)
Alder_67-79			347.060*	(156.031)	48.900	(164.470)	-56.494	(161.266)
Alder_80+			174.525	(287.678)	1.966	(286.856)	-82.954	(278.711)
Enslige_80+			8.871	(10.985)	22.430*	(11.179)	39.138***	(11.698)
Skilte_16-66			-400.205**	(151.940)	-422.182**	(150.587)	-584.794***	(146.689)
Arbeidsledige_15-74			168.254	(114.300)	210.089	(113.513)	39.553	(111.275)
Innvandrere			-150.785	(78.056)	-219.386**	(78.404)	-43.236	(77.821)
Tettsteder beboende			-13.829	(30.592)	-3.765	(30.367)	-19.463	(29.438)
Døde (per 1000 innbygger)			-3.616	(40.415)	2.822	(40.058)	1.234	(38.813)
Folketall (10 000 innbyggere)			-419.792***	(93.203)	-542.765***	(95.199)	-900.607***	(99.869)
Frie_inntekter					0.039***	(0.007)	0.024**	(0.009)
Interaksjonsvariabel <sup>b</sup> :								
2016 X Frie_inntekter							0.002	(0.008)
2017 X Frie_inntekter							0.039***	(0.009)
2018 X Frie_inntekter							0.081***	(0.012)
2019 X Frie_inntekter							0.118***	(0.013)
Konstant	19878.936**	(63.167)	34672.828**	(7181.296)	42761.067**	(7275.961)	48614.095**	(7070.405)
r <sup>2</sup>	0.957		0.959		0.960		0.963	

**Notater:** Standardfeil (SE) i parenteser; <sup>a</sup>Referanseåret = 2015; \* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001

## VEDLEGG 2: BESKRIVELSER AV KOSTRA-FUNKSJONER

Tabell 6: Beskrivelse av KOSTRA-funksjoner

Funksjon	Beskrivelse
232	«All helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for ungdom, og all skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole). Dette innbefatter foreldreveiledningsgrupper, annen grupperettet helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll samt barselomsorg. Jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 1 og 2.» (KMD, 2014, p. 25).
233	«Annet forebyggende helsearbeid enn helsestasjons- og skolehelsetjeneste som miljørettet helsevern, bedriftshelsetjenestene, annet forebyggende arbeid etter helse- og omsorgsloven § 3-3 og folkehelseloven § 8, screening, opplysning, helsestasjoner for eldre og for innvandrere, og frisklivssentraler» (KMD, 2014, p. 26).
234	«Aktiverings- og servicetjenester til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, utviklingshemming, personer med rusproblemer, blant annet sentre for hjemmeboende personer og personer med utviklingshemming, aktiviseringscentre for barn med funksjonsnedsettelse, andre dagaktivitetstilbud, støttekontakter, og frivilligsentraler» (KMD, 2014, p. 26; 2017, p. 26)
241	«Allmenmedisinske utgifter blant annet legekontor, basistilskudd fastleger per capita tilskudd, utgifter og årsverksinnsats knyttet til re-/habilitering for hjemmeboende brukere, personellgrupper hvis tjenester ikke registreres med antall timer per uke i IPLOS» (KMD, 2014, p. 27)
253	«Direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd nr. 6 bokstav c) og forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstavene a, c og d (institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsbolig, aldershjem og sykehjem)» (KMD, 2014, p. 29). «Servicefunksjoner som husøkonom, kjøkken, kantine, kiosk, vaskeri, og aktivitør er også inkludert i 253» (KMD, 2014, p. 29).
254	«Utgifter til blant annet «praktisk bistand og opplæring, brukerstyrt personlig assistent, avlastning utenfor institusjon, hjemmesykepleie, og psykisk helsetjeneste» (KMD, 2014, p. 30). «Tiltak til rusmisbrukere som bor i egen eller kommunalt tildelt bolig («hjemmeboende»)» er ført inn under 254 i 2018 (KMD, 2017, p. 29)
255	Utgifter til «medfinansiering av spesialisthelsetjenesten...kun iht helse- og omsorgstjenesteloven §11-3» (KMD, 2015, p. 30). 255 «inkluderer ikke utgifter til utskrivningsklare pasienter som føres under 253» (KMD, 2015, p. 30) Funksjon 255 eksisterer kun mellom 2012 til 2015 (utgår f.o.m. 2016).
256	Utgifter til «tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommune iht helse- og omsorgstjenesteloven §3-5 utenom utgifter til drift og vedlikehold av lokaler for akutt døgnopphold som skal føres til funksjon 261» (KMD, 2014, p. 30).
261	Blant annet «drift og vedlikehold av institusjoner hjemlet i helse- og omsorgslover, jf. funksjon 253 og forskrift om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner, og driftsutgifter for boliger vedrørende tjenester regulert etter i helse- og omsorgslover, jf. funksjon 253 og forskrift om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner som lønn, innkjøp av materiell og utstyr, og kjøp av drifts- og vedlikeholdstjenester, sikring, energi og vann, avløp, og renovasjon» (KMD, 2014, p. 31; 2017, p. 30).



NORLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

Postboks 1490  
N-8049 Bodø  
Norge

Tlf: +47 75 41 18 10  
nf@nforsk.no  
www.nordlandsforskning.no

ISBN:  
978-82-7321-760-8 (trykt)  
978-82-7321-761-5 (digital)  
ISSN-nr: 0805-4460