

Vi forbereder oss på ‘eldrebølgen’, men i kommunehelsetjenesten er der en ‘yngrebølge’

Terje P. Hagen og Trond Tjerbo\*

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

\* Kontaktforfatter. E-post: [trond.tjerbo@medisin.uio.no](mailto:trond.tjerbo@medisin.uio.no)

## Sammendrag

Vi gjør en detaljert analyse av endringer i etterspørselen av kommunale pleie- og omsorgstjenester i perioden fra starten av 2017 til og med 2020 basert på data fra Kommunalt pasientregister (KPR). Resultatene indikerer 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. Det er en økning i antall pasienter i alle aldersgrupper under 80 år. Antall pasienter som har vært i institusjoner på tidsbegrensede opphold og i avlastningsopphold har økt. Veksten er sterkest i aldersgruppene under 80 år. Antallet brukere med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) økte og er høyest i aldersgruppene 18-39 år og 40-59 år. Antallet brukere som mottar helsetjenester i hjemmet økte jevnt i perioden. Også her er veksten sterkest i aldersgruppene under 80 år. Konklusjonen er at med unntak for praktisk bistand, så er all vekst i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i den aktuelle perioden i aldersgruppene under 80 år. Det indikerer at det for tiden er andre årsaker enn demografi som driver endringene i kommunehelsetjenesten. I høy grad er etterspørselsøkningen politikkdrivet. Den kan trolig forklares med langtidseffekter av nedbygging av statlige og fylkeskommunale institusjoner og nylig økning i brukerrettighetene.

# 1 Introduksjon

Antallet personer som er 70 år eller mer øker fra dagens 670 000 til rundt 1,4 millioner i 2060. Det betyr at hver femte person vil være over 70 år i 2060, mot én av åtte i dag. Økningen blir spesielt sterk blant de som er 80 år eller mer. Som følge av denne økningen, forventes en betydelig vekst i etterspørselen etter omsorgstjenester fra den eldre befolkningen. I følge en analyse fra SSB (Leknes, Hjemås mfl. 2019) vil den kommunale omsorgstjenesten trenge omtrent 65 000 flere årsverk i løpet av perioden 2020-2035. Nesten hele veksten er forbundet med økt behov i aldersgruppen 70 år og over. Totalt er det forventet en økning i antall årsverk i omsorgstjenesten på 46 prosent mellom 2017 og 2035.

Staten forbereder da også kommunene på den sterke økningen i antall eldre for eksempel gjennom tilskuddet til investeringer i omsorgsboliger og sykehjem. Kommunene responderer i moderat grad på investeringsinsentivene. I stedet for en økning i institusjonsplasser observerer vi en fortsatt og betydelig vekst i hjemmetjenestene. Treffer ikke de statlige insentivene?

Statens policydokumenter har imidlertid en nyansert forståelse av framtidige behov. I Omsorg 2020, den forrige regjeringens plan for omsorgsfeltet for perioden 2015-2020, heter det for eksempel om framtidens sykehjem og omsorgsboliger at de må «utformes ut fra de behov morgendagens brukere har. Det vil være brukere i alle aldersgrupper (vår understrekning)» (Helse – og omsorgsdepartementet 2015a). Under overskriften «den nye hjemmetjenesten ser vi blant annet at disse utviklingstrekkene blir vektlagt (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a):

- De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene, og det er først og fremst hjemmesykepleien som vokser.
- Som følge av en rekke reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg kommer omstilling i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling.
- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov.

Det er altså andre viktige utviklingstrekk ved siden av økningen i andelen eldre. I denne artikkelen gir vi en detaljert analyse av endringer i etterspørselen etter kommunale pleie- og omsorgstjenester i perioden 2017 -2020 basert på data fra Kommunalt pasientregister (KPR). Målsettingen er å avklare for hvilke tjenester og i hvilke aldersgrupper økningen i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester faktisk har skjedd de siste årene.

## 2 Hva driver endringene i omsorgstjenestene?

Det er ikke sikkert en økning i andelen eldre vil øke etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Kanskje er «tid til død» viktigere enn alder for å forstå etterspørselsendringene, altså hvor nærme i tid en person er til døden. Alder har blitt kalt en «red herring», altså noe som leder oppmerksomheten vår bort fra de viktigste forklaringsfaktorene (Zweifel, Felder mfl. 1999). I tillegg til «tid til død» er vekst i BNP og teknologiske endringer antagelig viktigere for etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester enn aldringen. En finsk analyse nyanserer resultatene (Hakkinen,

Martikainen mfl. 2008): Alder påvirker etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, men først og fremst omsorgstjenestene. I sykehusene er tid til død en bedre forklaringsfaktor. En viktig konklusjon i den finske analysen er også at hvordan helsepolitikken innrettes er viktig når en skal forklare trender i etterspørselen etter tjenester. Andre nyere analyser viser ingen effekt av alder på bruk av omsorgstjenester etter kontroll for tid til død og uførhet (Chen, Zheng mfl. 2022). I en analyse av norske registerdata finner Kalseth, Anthun mfl. (2020) at «red herring» effekten er sterkere for akutte tjenester enn for omsorgstjenester - et resultat som er i tråd med de finske analysene.

I Norge kan flere helsepolitiske reformer ha påvirket etterspørselen etter kommunale helse- og omsorgstjenester. De viktigste er HVPU-reformen i 1991 og den gradvise deinstitutionaliseringen av psykisk helsevern som har skjedd siden 1980-årene, men som fikk kraft gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helsevern fra 1997 (Sosialdepartementet 1986, Helse- og omsorgsdepartementet 1997). Hovedgrepet i HVPU-reformen var at pasienter med psykisk utviklingshemming ble overført fra fylkeskommunene til kommunene. Med reformen fulgte også en nedbygging av institusjoner for den samme gruppen. Målet var at personer med psykisk utviklingshemming så langt som mulig skulle bo i vanlige eller tilrettelagte boliger drevet av kommunene. Reformen ble vedtatt i 1988 og gjennomført mellom 1991-1998 (Brevik og Høyland 2007). Ideen var at psykisk utviklingshemmede i så stor grad som mulig skulle leve som andre. Normalisering og integrering var nøkkelord i reformen, men den hadde også et klart mål om standardheving.

HVPU-reformen ble etterfulgt av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Målet med denne planen var å bygge ut tjenestene for personer med psykiske lidelser og å fremme

selvstendighet og livsmestring. Også i dette tilfellet var etablering av boligtilbud i kommunene et viktig virkemiddel.

Både HVPU-reformen og Opptappingsplanen har blitt evaluert. I en oppsummering av evalueringene av Opptappingsplanen for psykisk helse skrev Forskningsrådet i 2004 at spesielt samhandlingen på tvers av kommunale sektorer var utfordrende (Søgnen 2004). En viktig årsak var at de fleste kommunene hadde valgt å organisere det psykiske helsearbeidet i en egen enhet og ikke i forskjellige kommunale sektorer/enheter (Brofoss, Larsen mfl. 2009).

Kanskje ble hverken HVPU-reformen eller Opptappingsplanen det løftet brukere og pårørende hadde håpet på. I Meld. St. 45 (2012-2013) (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2013) ble det konkludert med at de politiske målene ikke var nådd for mennesker med utviklingshemming. Manglende rettighetsfesting kan ha vært en grunn til det (Barne- og likestillingsdepartementet 2016). Når brukerne ikke fikk klare rettigheter til en bestemt tjenestestandard, ble det opp til kommunene å bestemme hva som skulle være nivået på tjenestene.

I 2015 ble Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) rettighetsfestet. Det at BPA ble en rettighet betød at enkelte brukere nå kunne kreve å få tjenestene praktisk og personlig bistand organisert som BPA. En viktig forutsetning for BPA ordningen var at omfanget av BPA skal være det samme som for sammenlignbare tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2015b, Ervik, Grimsrud mfl. 2020). Hvis BPA kommer på toppen av andre tjenester og ikke erstatter andre tjenester (f. eks praktisk bistand), vil ordningen bli kostbar.

HVPU reformen og ambisjonene om deinstitutionisering og normalisering for personer med psykisk utviklingshemming har gitt økning i antallet yngre brukere av kommunale omsorgstjenestene. Økningen i antall brukere kan føre til en prosentvis større økning i tjenestenivået enn det en enkel framskrivning basert på antall tilsier. Årsaken er målet om at yngre brukere skal leve så likt andre mennesker på samme alder som mulig. Brukere i denne gruppen får et høyere behov for tjenester enn eldre brukere med samme helseprofil. Hvor stor betydning dette har for utgiftene per i dag, er usikkert.

Også endringer i spesialisthelsetjenesten kan som alt antydnet, påvirke bruken av tjenester i kommunene. Lavere liggetid blant somatiske pasienter er et eksempel. En studie fra Oslo viste at reduksjonen i liggetider i sykehusene for pasienter med hoftebrudd som følge av samhandlingsreformen, ble mer enn motsvart av økningen i liggetider i kommunale sykehjem (Häkkinen, Hagen mfl. 2018). I sykehusene vil Innsatsstyrt finansiering basert på DRG-systemet også gi incentiver til å redusere liggetiden. Teknologiske endringer som f. eks nye anesthesi- og operasjonsteknikker vil trekke i samme retning. Reduserte liggetider i sykehusene vil ikke generelt gi større oppfølgingsbehov i kommunene, men vil gjøre det i noen tilfeller og kanskje særlig for eldre pasienter med stort rehabiliteringsbehov.

Også endringer innenfor selve omsorgstjenestene kan påvirke etterspørselen etter kommunale tjenester. Det økte søkelyset på hverdagsrehabilitering, tidlig innsats og «hva er viktig for deg», kan eksempelvis ha påvirket kostnadene og ressursbruken i omsorgssektoren. Premisset bak disse modellene er at mer innsats, og til dels en annen type innsats, vil redusere fremtidig etterspørsel etter tjenester. Vi vet imidlertid ikke sikkert at

dette er tilfellet på lang sikt, men endringen kan ha en korttidseffekter på kostnadsnivået (Tuntland, Aaslund mfl. 2015).

### 3 Metode

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble tilgjengelig høsten 2021 og gir muligheter for langt mer detaljerte analyser av aktivitetene i kommunenes leie- og omsorgstjenester enn tidligere. Data vi har hatt tilgang til dekker perioden fra og med januar 2017 og til og med desember 2020, dvs. at de første 9-10 månedene av pandemien dekkes. KPR har imidlertid en annen datastruktur enn tilsvarende data fra spesialisthelsetjenesten. For eksempel har data fra spesialisthelsetjenesten en observasjon per kontakt med tjenesten, mens KPR-data har flere observasjoner per kontakt. Rådata fra KPR må derfor bearbeides i betydelig grad før nærmere analyser gjøres. Her gjør vi rede for vi for tre av de mest grunnleggende problemene som må håndteres:

- Dubletter mellom ulike årganger
- Overlapp mellom tjenester som ikke skal være overlappende
- Mangelfull koding av hjemmetjenester

*Dubletter:* KPR er i dag basert på data fra registrene for Individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS) og Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR). I denne artikkelen benyttes kun IPLOS-data. Et kjennetegn ved IPLOS-data er at de hentes inn for den enkelte pasient hvert år. Data fra for eksempel 2020 for en pasient vil da også inneholde informasjon om tjenester som ble levert pasienten i tidligere år, gitt at tjenester da ble tildelt. Dette innebærer at det oppstår former for dubletter når data hentes fra flere årganger. Hvis



dette var ordinære dubletter, var løsningen enkel. En kunne benytte data fra siste tilgjengelige årgang og slette tidligere informasjon.

Problemet er imidlertid at det ikke alltid er identisk informasjon i ulike årganger av IPLOS-data.

Vi har benyttet følgende regler for å håndtere disse problemene:

- Der informasjonen om hvilke tjenester og eventuelt hvilke antall timer som er tildelt er identisk, har vi benyttet informasjon fra siste tilgjengelige årgang.
- Der det er ulikhet mellom årgangene i hvilke tjenester eller hvilke antall timer som er tildelt, har vi benyttet det høyeste antall tjenester og det høyeste antall timer i analysene.

*Overlapp:* Et neste problem er at det i IPLOS ikke systematisk registreres sluttdato for tjenestene. Dette har flere effekter. Et problem er at samme pasient kan stå som mottaker av flere tildelinger av f.eks. praktisk bistand som overlapper hverandre i tid. Et annet problem er at en pasient kan stå som mottaker av flere tjenester samtidig selv om disse tjenestene i prinsippet ikke skal kunne mottas samtidig. En pasient kan for eksempel stå oppført som mottaker av et langtidsopphold i institusjon samtidig med at pasienten står som mottaker av helsetjenester i hjemmet.

Vi har benyttet følgende regler for å håndtere problemene:

- Der pasienter står oppført med flere tildelinger av den samme tjenesten, har vi benyttet informasjonen som har høyest antall timer og lengst tidsperiode, gitt at tidsperioden er endelig.

- Der pasienten står oppført med både langtidsopphold i institusjon og hjemmetjenester, har vi benyttet informasjon om langtidsoppholdene. Teknisk sett er dette gjort ved at all tjenesteinformasjon om en pasient beskrives langs en tidsakse. Vi maksimerer deretter en funksjon basert på et hierarki av tjenestene for å tilordne pasienten den tjenesten i hierarkiet som er høyest (f.eks. langtidsplass i institusjon). Når vi behandler informasjon om enkeltkommuner, er enheten på tidsaksen en dag. Når vi behandler data fra hele landet, har vi av kapasitetshensyn benyttet uker som tidsenhet.

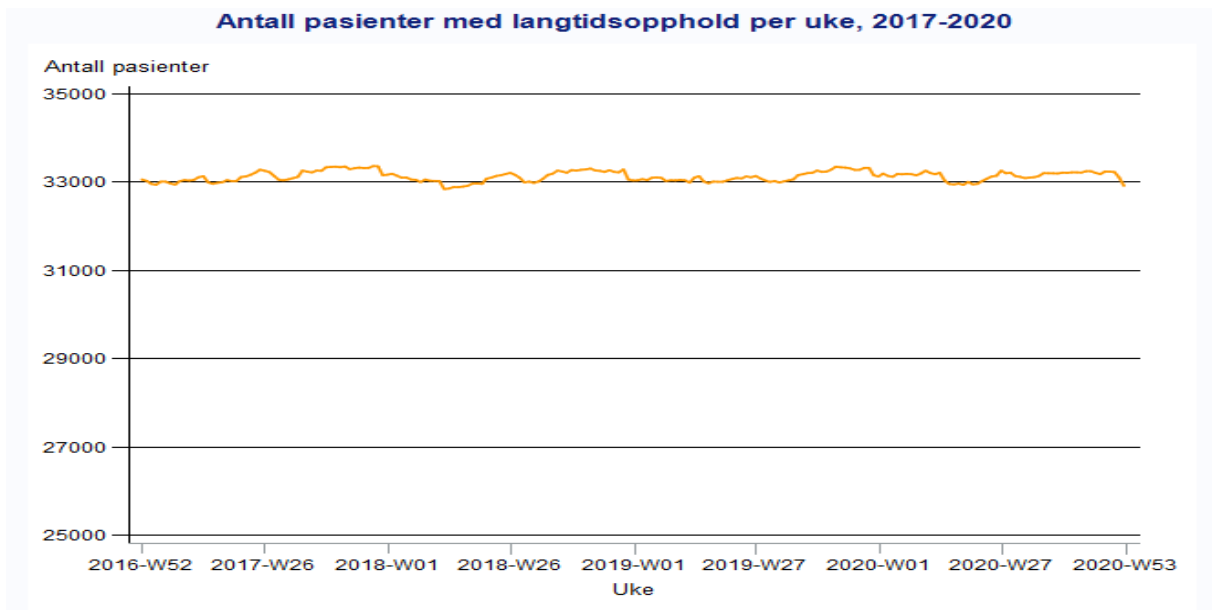
*Mangelfull koding:* Problemet her er at ulike typer av hjemmetjenester som for eksempel - hjemmesykepleie, fysioterapi og ergoterapi - ikke er utskilt ved egne verdier, men alle er registrert ved verdien 15 på variabelen som beskriver tjenestetypen. I dette tilfellet kan vi ikke slette noe av informasjonen som beskriver helsetjenester i hjemmet siden de kan beskrive ulike typer av tjenester. Vi har summert antall timer som tildeles for inntil tre typer helsetjenester i hjemmet per uke. Det er grunn til å anta at kodingen i IPLOS på dette punktet fører til at vi overvurderer antall timer som tildeles pasientene.

Tilretteleggingen av data har skjedd i SAS Enterprise Guide. Det benyttes kun enkle statistiske mål (frekvensfordelinger og beregninger av gjennomsnitt).

## 4 Resultater

### *Langtidsopphold i institusjoner*

Antall pasienter med langtidsopphold per uke viser en stabil trend i perioden og ligger på om lag 33000 (Figur 1).



Figur 1 Antall pasienter med langtidsopphold per uke, 2017-2020

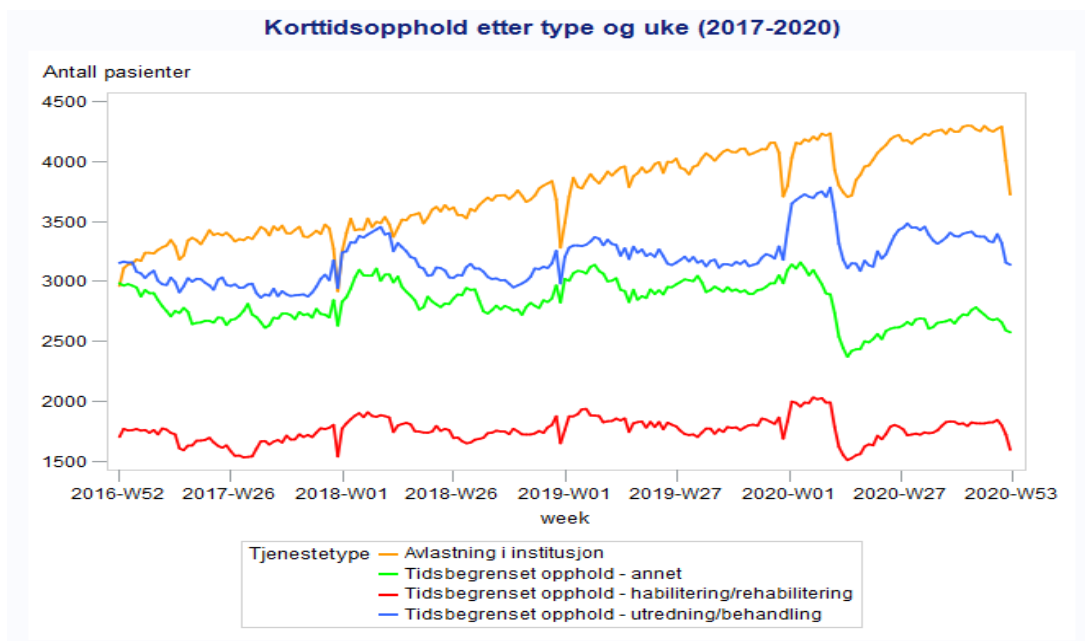
Ser vi på antall pasienter i langtidsopphold *per år*, så faller de fra 47439 i 2017 til 46535 i 2019 (en reduksjon på 904 pasienter), deretter er det en liten oppgang til 46628 pasienter i 2020. Stabilt antall pasienter per uke kombinert med fallende antall pasienter per år, indikerer at liggetiden 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 imidlertid 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 år, 18-39 år, 40-59 år, 60-79 år). 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.

## Korttidsopphold i institusjoner

Korttidsoppholdene omfatter fire typer tjenester (Figur 2):

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



Figur 2: 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 er i 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.

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.

### *Helsetjenester i hjemmet*

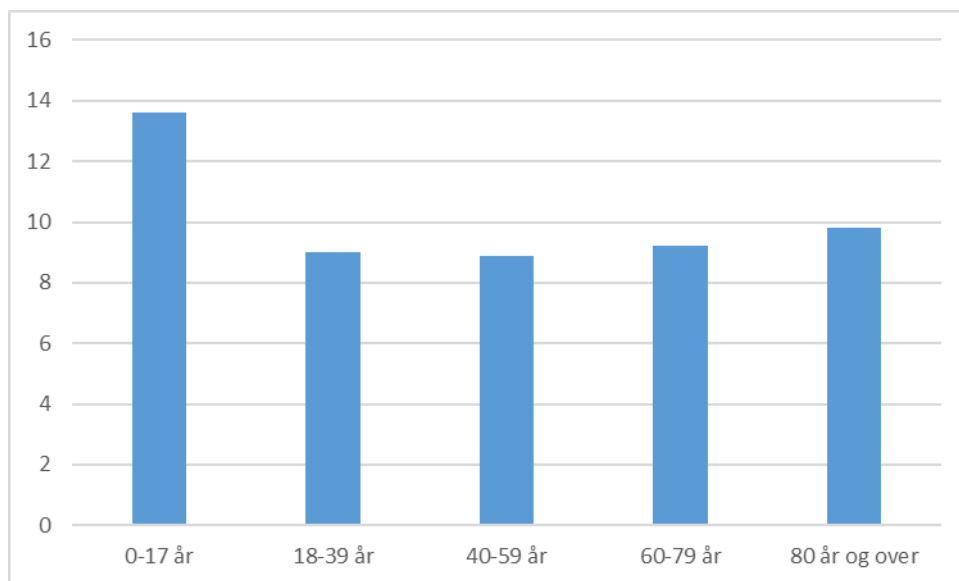
Helsetjenester i hjemmet inkluderer alle typer av helsetjenester som ytes i pasientens hjem, inklusive utredning og opptrening. De viktigste tjenestene i kategorien er hjemmesykepleie, fysioterapi og

ergoterapi. Datahåndteringen er som alt beskrevet, 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 (se metodedelen).

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.

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 tydelig vekst også i de andre aldersgruppene under 80 år. 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 når vi betrakter hele perioden samlet (Figur 3). 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.



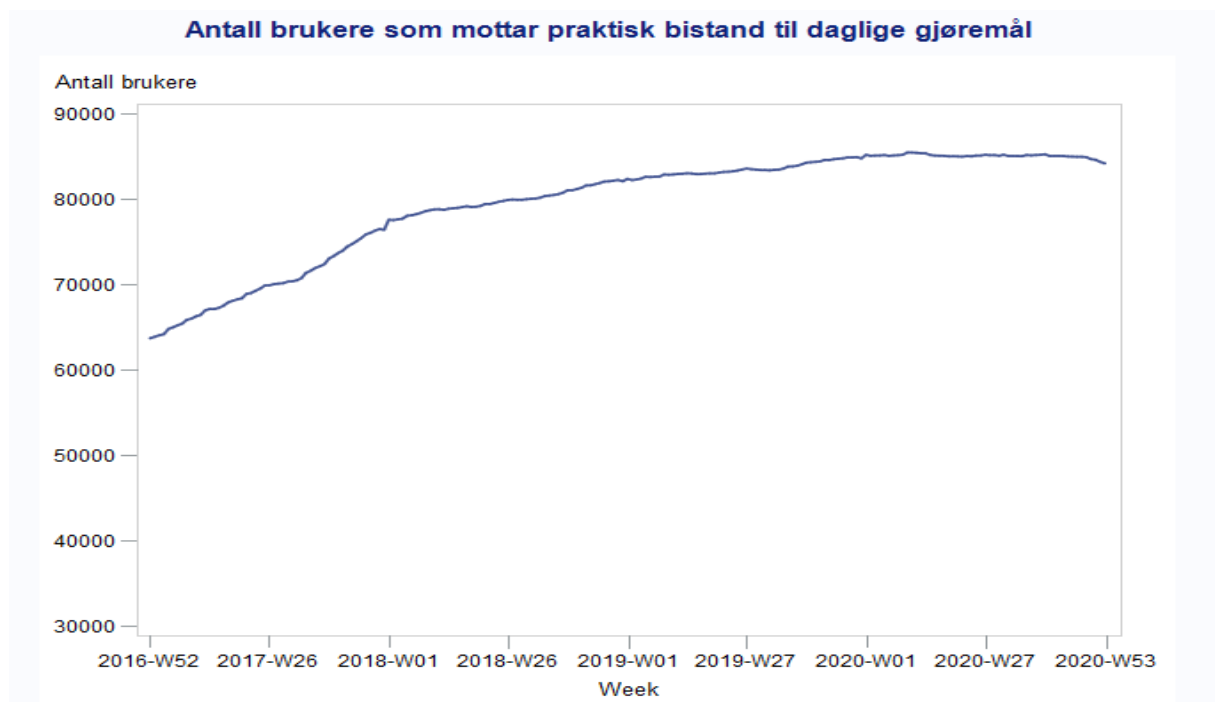
*Figur 3: Helsetjenester i hjemmet - gjennomsnittlig antall timer per uke etter aldersgruppe (2017-2020)*

### *Praktisk bistand*

Praktisk bistand består av tre typer 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. gi 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.

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 4). 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 veksten 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.



Figur 4: Antall brukere som mottar praktisk bistand til daglige gjøremål

Omfanget av 'praktisk bistand daglige gjøremål' er relativt konstant på 4,3 timer per uke. Som nevnt rapporterer Helsedirektoratet kun tall på årsbasis (Helsedirektoratet 2021).



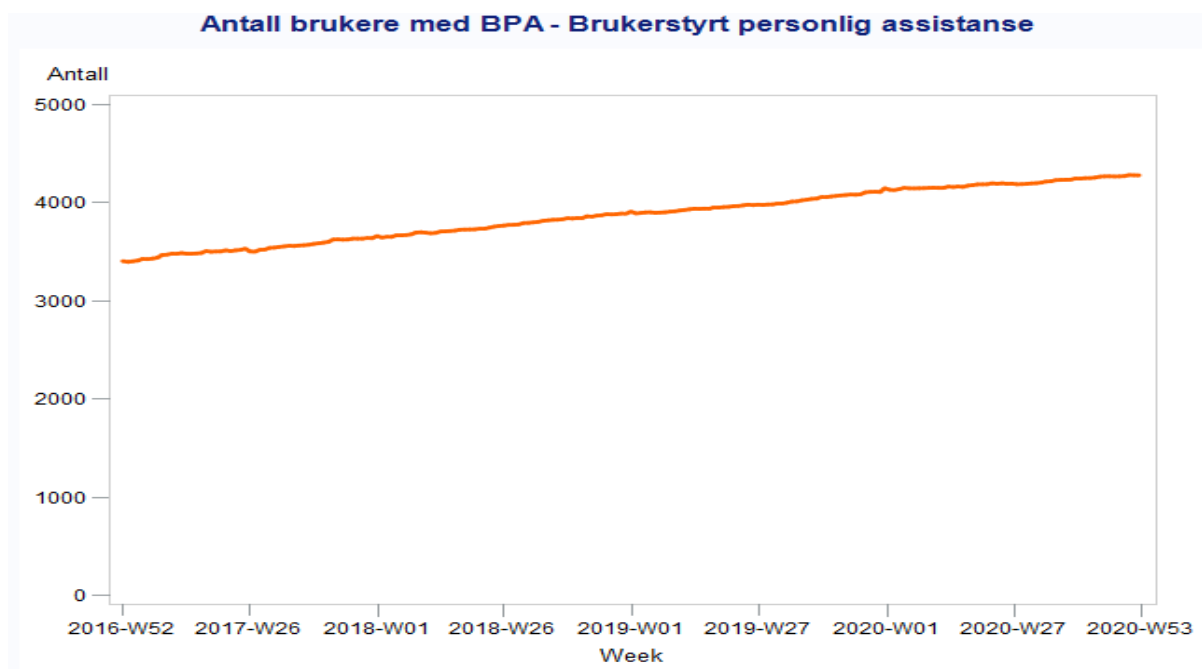
Direktoratet rapporterer en reduksjon i antall brukere i perioden, fra 106767 i 2017 til 101826 i 2019. Det er verdt å merke seg at vi finner en svak vekst i tilsvarende periode – fra 97000 i 2017 til 100400 i 2019 og videre til 102000 i 2020.

Praktisk bistand – opplæring: Antall brukere av opplæringstiltak i praktisk bistand økte fra om lag 19700 i januar 2017 til vel 25300 i desember 2020. På slutten av analyseperioden er det flest brukere i aldersgruppene 18-39 år med vel 10500 brukere. 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 og 26606 i 2019.

#### *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*

Det er en jevn og sterk vekst i antall brukere med BPA (Figur 5). 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.

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 5: 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.

## 5 Diskusjon

Målsettingen med denne artikkelen har vært å beskrive endringer i bruken av omsorgstjenester i perioden fra starten av 2017 til utgangen av 2020. Resultatene indikerer at nedgangen i pasienter i langtidsopphold i institusjon har stoppet opp. I analyseperioden observeres et stabilt antall pasienter. 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 og i avlastningsopphold har økt. Veksten er i aldersgruppene under 80 år. Antallet brukere med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) økte og er høyest i aldersgruppene 18-39 år og 40-59 år. Antallet brukere som mottar helsetjenester i hjemmet økte jevnt i perioden. Også her er veksten i aldergruppene under 80 år. Konklusjonen er at med unntak for praktisk bistand, så er all vekst i bruken av pleie- og omsorgstjenester i analyseperioden i aldersgruppene under 80 år.

Helsedirektoratet (2021) presenterer noe av den samme statistikken, men da i form av tall på årsbasis og uten fordeling på aldersgrupper. Aggregerer vi tallene som er presentert i vår analyse til det samme nivået, finner vi stort sett de samme resultatene som Helsedirektoratet. De viktigste forskjellene er: 1) I analysen av pasienter i langtidsopphold per år, så finner vi en reduksjon 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). 2) For BPA rapporterte Helsedirektoratet 4032 brukere i 2019, mens vi fant 4507. Våre tall indikerer med andre ord en sterkere vekst i ordningen enn det som rapporteres av Helsedirektoratet. Utover dette er resultatene de samme.

Forklaringene på endringene er ikke nærmere analysert her. Det at veksten i tjenestene er i aldersgruppen under 80 år, kan indikere at deinstitutionaliseringen av psykiatrien og HVPU-reformen spiller en rolle, men bildet må nyanseres. Hvis HVPU-reformen og deinstitutionalisering var hele forklaringen ville vi ventet en jevn økning i antallet yngre

brukere. Det at det har vært en så sterk og markant økning i perioden 2017-2020 gjør at vi må se etter andre årsaker også (Andrews, Tjerbo mfl. 2021). Trolig er mye av etterspørselsøkningen drevet av politiske endringer de siste årene.

Manglende rettighetsfesting ble av flere nevnt som en svakhet ved HVPU reformen (Vik 2018). Da kommunene tok over ansvaret ble det i stor grad kommunale ønsker og prioriteringer som avgjorde hvordan tjenestene til denne gruppen skulle utformes.

Rettighetsfesting gjør at disse kildene til ulikhet får redusert betydning. En reduserer dermed også kommunene mulighet til å tilpasse utgiftene til egne økonomiske rammer. BPA er et eksempel på en tjeneste der det har skjedd rettighetsfesting. Rettighetsfestingen skjedde i 2015 og vi finner en kraftig vekst i antallet brukere av BPA i perioden 2017-2020. Antallet brukere mellom 18-39 år økte fra 960 til 1345 mellom 2017 og 2020, samtidig økte antallet timer tildelt i gjennomsnitt for denne gruppen fra 75 til 120 per uke - nesten en dobling på tre år. Dersom BPA ikke fullt ut erstatter andre tjenester/annen bistand vil dette åpenbart være svært kostnadsdrivende. Om det er tilfellet vet vi ikke, men BPA er som Ervik, Grimsrud mfl. (2020) påpeker, «elefanten i rommet» når en skal diskutere årsakene til utgiftsveksten i kommunene.

Prioritering og rasjonering er hovedutfordring i all helsepolitikk. Vi er kjent med utfordringene dette skaper i spesialisthelsetjenester, for eksempel knyttet til kostbare medisiner. Avveininger mellom nytte og kostnader gjennomføres rutinemessig, og skaper debatt. Denne balanseringen av kostnader mot nytte er ikke en rutine i omsorgstjenestene. Det er flere grunner til det. Nyttan av omsorgstjenester er vanskeligere å tallfeste. Vi vet ikke

alltid hva effekten er. Etterspørselen etter omsorg er også av en annen art enn etterspørselen etter en medisin. Når har en aleneboende fått «nok» omsorg?

Våre funn viser en utvikling som neppe er bærekraftig over tid. Veksten i utgifter til omsorgsutgifter er klart høyere enn veksten i BNP og også veksten i kommunenes inntekter. Dersom ikke veksten flater ut vil de politiske utfordringene knyttet til prioritering mellom omsorgstjenester og andre tjenester bli svært krevende.

Målsettingen i denne artikkelen har vært begrenset til å kartlegge bruken av omsorgstjenester de siste årene. Konklusjonen er at med unntak for praktisk bistand, så er all vekst i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester fra aldersgruppene under 80 år. Vi forbereder oss på 'eldrebølgen', men i kommunehelsetjenesten er der en 'yngrebølge'.

**Data**

Publikasjonen har benyttet opplysninger fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de tilgjengelige opplysningene. Registerforvalter for KPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de tilgjengelige opplysningene

## Referanser

- Andrews, T. M., T. Tjerbo, E. A. Ambugo, T. Bliksvær, M. K. Fabritius, S. J. Aguinaldo og T. P. Hagen (2021). "Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie-og omsorgstjenester." Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). Meld. St. 45 (2012-2013). Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming. Regjeringen.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). NOU 2017:17 På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming. Regjeringen
- Brevik, I. og K. Høyland (2007). Utviklingshemmedes bo-og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen, Oslo: Norsk institutt for by-og regionforskning.
- Brofoss, K. E., F. Larsen og S. Friis (2009). "Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) Sluttrapport-Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter." Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse.
- Chen, L., Y. Zheng, W. Wen and L. Chu (2022). "Long-term Care Expenditures and the Red Herring Hypothesis: Evidence from the Oldest-old in China." Journal of Population Ageing.
- Ervik, R., G. M. Grimsrud, E. Kjerstad og T. S. Lindén (2020). "Suksess eller katastrofe. Utviklingstrekk etter rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)." Rapport 19-2020. NORCE Samfunnsforskning
- Helsedirektoratet (2021). "Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020." Helsedirektoratet.
- Helse – og omsorgsdepartementet (1997). St.prp. nr. 63 (1997 – 98). Om opptappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Regjeringen.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2015a). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Regjeringen.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2015b). Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA), (18.12.2015). Rundskriv Nr. I-9/2015. Regjeringen.
- Häkkinen, U., P. Martikainen, A. Noro, E. Nihtila og M. Peltola (2008). "Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland." Health Econ Policy Law **3**(Pt 2): 165-195.
- Häkkinen, U., T. P. Hagen og T. A. Moger (2018). "Performance comparison of hip fracture pathways in two metropolitan areas: Associations with the level and change of integration." Manuscript.
- Kalseth, J., K. S. Anthun og L. Forma (2020). "Health care and long-term care costs by age and proximity to death in a publicly funded universal system: A descriptive study of population data." Nordic Journal of Health Economics **8**(1): 31-45.
- Leknes, S., G. Hjemås, E. Holmøy og N. M. Stølen (2019). "Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester." SSB rapporter **26**.
- Sosialdepartementet (1986). St.meld. nr. 67 (1986-87) Om ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede. Regjeringen.
- Søgnen, R. (2004). Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse - konklusjoner og policyutfordringer. Norges forskningsråd.
- Tuntland, H., M. K. Aaslund, B. Espehaug, O. Forland og I. Kjekken (2015). "Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial." BMC Geriatr **15**: 145.
- Zweifel, P., S. Felder og M. Meiers (1999). "Ageing of population and health care expenditure: a red herring?" Health economics **8**(6): 485-496.

