



Omfang og
sammensetning av
omsorgstjenester
i tre nordiske land

*Geir Godager
Terje P. Hagen
Tor Iversen*

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

**UNIVERSITETET
I OSLO**

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM
Skriftserie 2011: 2

HERO

Omfang og sammensetning av omsorgstjenester i tre nordiske land*

Geir Godager, Terje P. Hagen, Tor Iversen

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

Korrespondanse rettes til: g.c.h.godager@medisin.uio.no

7. november 2011

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
HERO 2011**

* Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet er ikke ansvarlig for innholdet og deler ikke nødvendigvis alle synspunkter i rapporten.

Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å beskrive de nordiske lands tjenesteprofiler innenfor de kommunale omsorgstjenestene. Med tjenesteprofil menes blant annet antall brukere og type brukergrupper, tjenestens organisering og tjenestens driftskostnader, samt fordelingen mellom hjemmebasert versus institusjonsbasert omsorg.

Datagrunnlag og definisjoner varierer mellom de nordiske landene. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne nivået på tjenestetilbudet. Dette gjelder særlig for Finland der det ikke er mulig å skille pleie og omsorgstjenestene fra deler av spesialisthelsetjenestene. Finland inngår derfor ikke i den tallmessige beskrivelsen.

Når det gjelder hjemmetjenester, er det bare for praktisk bistand at data er sammenlignbare for de tre landene Danmark, Norge og Sverige. Andelen mottakere av praktisk bistand i Danmark og Norge er omtrent på samme nivå, mens tilsvarende andel i Sverige er mindre. Noe av forskjellen kan skyldes at svenske tall bare omfatter hjemmetjenester til hjemmeboende og ikke for eksempel i omsorgsboliger som i Norge.

Når hjemmetjenester inkluderer både praktisk bistand og hjemmesykepleie, er gjennomsnittlig andel mottakere noe større i Danmark enn i Norge.

Andelen av befolkningen som bor i institusjon eller tilrettelagte boformer er redusert noe i alle tre land etter 2001. Reduksjonen synes å ha vært størst i Sverige og minst i Norge.

For den eldste aldersgruppen (80 år og over) har Norge den største andelen av befolkningen i institusjon eller tilrettelagte boformer, mens andel beboere i aldersgruppen 67-79 år er større i Danmark enn i Norge.

En oppsplitting i institusjon og tilrettelagt boform er bare mulig i Danmark og Norge. Andelen på institusjon i den eldste aldersgruppen er noe større i Norge enn i Danmark. Mens andelen har blitt redusert i Danmark siden 2006, har den vært konstant i Norge.

Norge viser gjennomgående en større kommunal variasjon i omfang og sammensetning av omsorgstjenester enn Sverige og Danmark.

Analysene av de skandinaviske landene samlet viser at kommunenes inntektsnivå har en positiv effekt på andel innbyggere i institusjoner og omsorgsboliger, dvs. at andelen beboere i disse boformene øker med kommunenes inntekter. Vi finner ikke tilsvarende effekter av inntekter på andel innbyggere som mottar praktisk bistand. At inntekter har ulike effekter på de to formene for omsorg, kan skyldes ulikhet i kostnader mellom omsorgsformene. Det kan også være at større inntekter vil medføre at antallet timer med praktisk bistand til de som allerede er mottakerne, vil øke. Tilgjengelige data har ikke gitt mulighet til å undersøke dette nærmere. Vi finner videre en positiv effekt av andel av befolkningen i aldersgruppen 67 og over for begge de to omsorgsformene. Dødelighet har en positiv effekt på institusjonsdekning og en negativ effekt på andel innbyggere som mottar praktisk bistand. Vi tolker dette som at

det i kommuner som har mange innbyggere i livets siste fase, skjer en dreining av omsorgstilbudet over fra lettere til tyngre omsorgsformer.

Tidligere analyser har vist at Danmark har lagt stor vekt på utvikling av hjemmetjenester som kom til erstatning for institusjonstjenestene. Utviklingen i Sverige har derimot vært preget av reduksjon både i hjemmetjenester og institusjonsplasser/omsorgsboliger. Norge har vært et sted i mellom de to andre landene. I dag kan vi konkludere med at Danmark fortsatt har noe større dekning når det gjelder mottakere av hjemmehjelp/hjemmesykepleie, mens Sverige har lavere dekning enn Norge. Norge ligger svakt over Danmark i dekningsgrader for institusjoner/omsorgsboliger. Også her ligger Sverige lavere. De lange linjer viser med andre ord at Norge fortsatt har lavere nivå enn Danmark på hjemmetjenester. De viser også at avinstitusjonaliseringen fortsetter i våre to naboland, mens institusjonsdekningen i Norge trolig er nokså stabil og høyere enn i de to andre landene.

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet er ikke ansvarlig for innholdet og deler ikke nødvendigvis alle synspunkter i rapporten.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	4
2 Organisering og finansiering av omsorgssektoren i Norden.....	6
2.1 Innledning.....	6
2.2 Kommunalt ansvar.....	6
2.3 Inntektssystemene for kommunene	8
2.4 Egenbetaling	10
2.5 Valg av tjenesteyter - private leverandørers rolle.....	11
2.6 Oppsummering	11
3 Beskrivende statistikk	13
3.1 Datagrunnlag og definisjoner	13
3.2 Beskrivende av landenes befolkningsprofil.....	14
3.3 Beskrivelse av tjenesteomfang.....	17
3.4 Kommunale kostnader	26
3.5 Oppsummering	29
4 Analyser av omsorgstruktur i Danmark, Norge og Sverige.....	31
4.1 Skandinavia samlet	31
4.2 Enkeltland	35
4.3 Oppsummering	38
5 Konklusjoner	40
Referanser.....	43

1 Innledning

Det er gjennomført få analyser av forskjeller i tilbudet av pleie- og omsorgstjenester i Norden. De mest omfattende analysene er samlet i Daatlands artikkelsamling fra midt på 1990-tallet (Daatland, 1997). I oppsummeringen (Daatland og Szebehely, 1997) heter det om forskjellene mellom de tre skandinaviske landene som analysene av datamessige hensyn måtte konsentrere seg om: ”Det er åpenbare likhetstrekk i utviklingen i alle de tre landene både hva gjelder volum og profilering av eldreomsorgens tjenester”. Deretter beskrives en etterkrigsperiode med stor vekt på aldershjem, etterfulgt av en periode med sterk vekst i institusjonsplasser. Fra starten av 1980-tallet kulminerer veksten samtidig med at utviklingen i de tre landene skiller seg fra hverandre. Danmark la stor vekt på utvikling av hjemmetjenester som kom til erstatning for institusjonstjenestene. Utviklingen i Sverige var derimot preget av reduksjon både i hjemmetjenester og institusjonsplasser/omsorgsboliger. Norge kom senere i gang med avinstitusjonaliseringen og ble liggende et sted i mellom de to andre landene. Tidlig på 1990-tallet hadde Norge lavere dekningsgrader totalt sett enn Danmark, lavere dekningsgrader i hjemmetjenestene, men høyere dekningsgrader i institusjoner. I denne rapporten har vi anledning til å se hvordan status er i dag – 15 år etter at Daatland og kollegaer avsluttet sine analyser.

Svakheter i datagrunnlaget har påvirket arbeidet med rapporten. I beskrivelsen av den overordnede organisering og finansiering av de kommunale omsorgstjenestene måtte vi utelate Island siden vi ikke klarte å framskaffe litteratur som var tilstrekkelig detaljert og som vi kunne lese. Den tallmessige beskrivelsen av omfanget og sammensetningen av omsorgstjenestene i Norden omfatter Danmark, Norge og Sverige. Det ble fort klart at Finland ikke var hensiktsmessig å inkludere på grunn av problemene med å atskille omsorgstjenester fra rehabilitering og spesialisthelsetjenester i de kommunale helsesentrene (Health Centres). For øvrig har vi hentet data elektronisk på kommunalt nivå i henhold til de kildene vi beskrev i løsningsforslaget. Sverige har vært et problem siden landstingene fortsatt er ansvarlige for og tilbyr hjemmesykepleie i mange tilfeller. I Sverige eksisterer det derfor ikke tilfredsstillende data for hjemmesykepleie verken på kommunalt nivå eller for landet som helhet. Hjemmetjenester som kan sammenlignes mellom alle tre land, omfatter derfor bare praktisk bistand. I Sverige er det heller ikke mulig å skille mellom institusjon (sykehjem) og omsorgsbolig. Beskrivelser som omfatter alle tre land, er derfor begrenset til summen av de ulike tilrettelagte boformer. Vi har heller ikke kommet så langt som vi ønsket når det gjelder beskrivelse av kommunale kostnader til omsorgssektoren i de tre landene. Dette skyldes mangel på enhetlige definisjoner mellom landene. Vi redegjør nærmere for dette i rapporten. I den analytiske delen har vi gjennomført regresjonsanalyser som beskrevet i løsningsforslaget. Tilgangen på data fra de tre landene har vært styrende for de analysene vi har gjort. Vi har supplert analysene av data fra alle tre land med analyser for Danmark og Norge og med analyser for hvert land separat.

I rapporten gis først en beskrivelse av den overordnede organisering og finansiering av de kommunale omsorgstjenestene (kapittel 2). Vi vektlegger forskjeller i organisasjon og finansiering av institusjonsbaserte omsorgstjenester og hjemmebaserte omsorgstjenester.

Denne beskrivelsen omfatter de fire nordiske landene Sverige, Danmark, Finland og Norge. Deretter (kapittel 3) gis en tallmessig beskrivelse av sammensetningen av omsorgstjenestene i Norden både med hensyn til kostnader og brukere. Denne beskrivelsen omfatter data fra Sverige, Danmark og Norge. I den analytiske delen (kapittel 4) forklarer vi variasjoner både i nivå og sammensetning av tjenestene med utgangspunkt i kommunale kjennetegn som kommunalt inntektsnivå, befolkningens alderssammensetning og andre variabler som kan uttrykke behovet for pleie- og omsorgstjenester. Det har vært begrensninger i hvilke data det har vært mulig å skaffe til veie også fra de tre skandinaviske landene. Vi diskuterer og benytter ulike måter å løse dette problemet på. Til sist i rapporten gir vi i kapittel 5 en oppsummering og diskusjon av funnene fra beskrivelsene og analysene.

2 Organisering og finansiering av omsorgssektoren i Norden

2.1 Innledning

De nordiske landene har valgt å bruke kommunesektoren som ansvarlig for anskaffelsen av viktige velferdstjenester, som barnehager, undervisning og pleie- og omsorgstjenester. Begrunnelsene for modellen faller i to hovedgrupper: Vi har kommuner for å sikre politisk deltakelse og legitimitet for rasjoneringsbeslutninger, og vi har kommuner for å sikre lokal tilpasning av offentlig tjenesteproduksjon. Nordiske kommuner er samtidig sterkt regulert. Tradisjonelt har en ønsket å regulere kommunene for å sikre likhet og standardiserte tjenester, og for å verne minoritetsinteresser. De siste årenes økte reguleringer av kommunesektoren har trolig sammenheng med to andre forhold: For det første er kommunene de siste årene blitt tilført oppgaver som er svært spesialiserte og ressurskrevende, og der det er store variasjoner i etterspørselen. Dette er håndtert ved mer finmaskede overføringssystemer (Norge og Sverige) eller større kommuner (Danmark). For det andre skjer det betydelige endringer i grunnleggende politiske holdninger som følge av utdanningsrevolusjonen. De ”nye” brukerne er langt mer bevisste enn tidligere brukere av kommunale tjenester, og de stiller høyere krav om kvalitet, tilgang og valgfrihet. De nordiske velferdsstatene har respondert på denne utfordringen på litt ulike måter.

I dette kapitlet gir vi en nærmere beskrivelse av kommunenes ansvar for pleie- og omsorgstjenestene i de nordiske landene, beskrivelse av inntektsfordelingsmodellene som benyttes mellom staten og kommunene, beskrivelse av innslagene av private aktører og innslag av egenbetaling. Informasjonen vi har tilgang til fra Island, er utilstrekkelig. Beskrivelsen begrenses derfor til Danmark, Finland, Norge og Sverige.

2.2 Kommunalt ansvar

I *Sverige* er kommunenes ansvar for omsorgstjenestene regulert i socialtjänstlagen og hälso- och sjukvårdslagen. Utgangspunktet er at man skal kunne bo i sitt eget hjem så lenge som mulig og tilbys hjemmetjenester etter behov. Hvis omsorgsbehovene blir for store til at en person kan bo hjemme, har kommunene ansvaret for å tilby tilrettelagte boformer (särskilda boendeformer). Kommunene har i sin helhet ansvaret for finansieringen av de særskilda boendeformer. Kommunene har også ansvaret for eventuell hjemmesykepleie i de tilrettelagte boformene, mens bildet er mer sammensatt når det gjelder hjemmesykepleie til hjemmeboende: Kommunene kan, etter avtale med landstinget og med regjeringens godkjenning, overta helt eller delvis ansvaret for hjemmesykepleien i ordinære boliger. I 2007 hadde det skjedd i over halvparten av kommunene (Socialstyrelsen, 2008a).

Også i *Danmark* er det lovregulert at kommunene har ansvaret for organisering og finansiering av omsorgstjenester. Danmark gjennomførte en omfattende reform av kommunestrukturen i 2007. Antallet kommuner ble redusert fra 271 til 98. Forvaltningsreformen medførte at kommunene fikk ansvaret for flere oppgaver enn tidligere, for eksempel rehabilitering utenfor sykehus. Omtrent 20 prosent av kommunenes utgifter går med til omsorgstjenester for eldre og funksjonshemmede (Statskontoret, 2009). En lov om

forebyggende hjemmebesøk forplikter kommunene til å tilby hjemmebesøk to ganger per år til alle eldre over 75 år. Formålet er å hjelpe den eldre til å opprettholde sitt funksjonsnivå og tilrettelegge passende omsorgstiltak. Sosialstyrelsen (2009) opplyser at 60 prosent av de eldre aksepterer tilbudet. I Danmark er overgangene mellom de ulike omsorgsformene nokså flytende. Den følgende beskrivelsen bygger på opplysninger fra Sosialstyrelsen (2009). Tradisjonelle sykehjem (*plejehjem*) har ikke blitt bygd siden 1987. *Plejhjemsboliger* er boliger i institusjoner for eldre med omfattende omsorgsbehov. *Beskyttede boliger* finnes også i institusjoner og tilbys til personer som ikke lenger kan bo i eget hjem, men som samtidig har mindre behov for hjelp enn i *plejehjem*. Det opplyses at i to av tre *beskyttede boliger* fins fast ansatt personale. En dansk *ældrebolig* er en samlebetegnelse for boformer der den eldre har sin egen leilighet, og omsorgstjenestene kan være mer eller mindre omfattende. Fra og med 2006 er *ældreboliger* oppdelt i *plejeboliger* og *almene ældreboliger*. *Plejeboliger* er boformer for eldre der personal, omsorgs- og servicefunksjoner er tilpasset beboernes behov. I ni av ti tilfeller fins fast ansatt personale. *Almene ældreboliger* er tilpasset eldre og funksjonshemmede, men det er verken fast ansatt personale eller fellesarealer.

I *Finland* er kommunene ansvarlige for både helsetjenester (inkludert spesialisthelsetjenester) og omsorgstjenester. Hele spekteret av tjenester fra hjemmetjenester til institusjonstjenester blir tilbudt. Spesielt med *Finland* i forhold til de andre nordiske landene er eksistensen av de såkalte Health Centres, som er en mellomting mellom lokalsykehus, rehabiliteringstilbud og omsorgstilbud til pasienter som ikke lenger kan bo hjemme. Opphold i et Health Centre kan være et alternativ til opphold i sykehjem. Dette innebærer blant annet at grensen mellom helsetjenester og omsorgstjenester er mer flytende i *Finland* enn i de andre nordiske landene (Johansson, 2010). I den seinere tid har det skjedd omfattende utbygging av omsorgsboliger (sheltered housing) med og uten 24 timers bemanning. I følge Johansson (2010) er skillet mellom omsorgsboliger og sykehjem uskarpt.

I *Norge* fikk kommunene med kommunehelsereformen i 1984 det samlede ansvaret for all primærhelsetjeneste og sosialtjenesten. Sykehjemsreformen overførte ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå i 1988. I alt 30 000 sykehjemsplasser og 25 000 årsverk ble overført til kommunene og samordnet med hjemmetjenesten innenfor rammene av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming i 1991 medførte nedlegging av institusjonene i det fylkeskommunale HVPU (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede) og overføring av ansvaret for tjenestetilbudet til kommunene (St.meld. nr. 25, 2005-2006). Også Opptappingsplanen for det psykiske helsevernet har bidratt til desentralisering av tjenester fra spesialisthelsetjenestene til kommunene. For kommunene har dette i særlig grad hatt effekter for boligtilbudet.

Innenfor eldreomsorgen har vi sett at norske kommuner i økende grad velger å bygge ut tilbudet innenfor hjemmebasert omsorg. Fra å være et praktisk tilbud til enkelte brukere har hjemmebasert omsorg utviklet seg til å bli et fullverdig tilbud til flere typer brukergrupper. Fra og med 2005 brukte norske kommuner minst like mange årsverk innenfor hjemmebaserte tjenester som de gjorde innenfor institusjonsbasert omsorg (Hermansen 2009).

2.3 Inntektssystemene for kommunene

En viktig del av reguleringen av kommunal tjenesteproduksjon i alle de nordiske landene skjer via inntektssystemene for kommunene. Flere tidligere norske studier og utredninger (NOU 1996: 1, NOU 2005:18) har vist at kommunenes inntektsnivå er en viktig variabel når variasjoner og sammensetning av tilbudet av pleie- og omsorgstjenester skal forklares. Den generelle sammenhengen er at tilbudet av pleie- og omsorgstjenester øker med økende inntektsnivå. Kontrollert for andre forhold vil da en kommune med høye inntekter per innbygger ha et høyere tilbud av pleie- og omsorgstjenester enn kommuner med lave inntekter. Som vist av Borge og Haraldsvik (2005) er det også en viss sammenheng mellom inntektsnivå og sammensetning på tjenestene ved at kommuner med høye inntekter generelt sett har en høyere andel av pleie- og omsorgstilbudet i form av institusjonsplasser enn det en finner i kommuner med lavere inntekter. I de andre nordiske landene er disse sammenhengene, så vidt vi vet, ikke analysert.

Norge har et relativt sentralisert inntektssystem for kommunesektoren i den forstand at kommunene i liten grad selv kan påvirke sine inntekter. I motsetning til i Sverige og Danmark kan norske kommuner ikke variere inntektsskatten, mens det er tillatt noe større variasjon i eiendomsskatt de siste årene. Bortsett fra mulighetene for å variere inntektsskatten, er det store likheter mellom de skandinaviske landene når det gjelder finansieringen av kommunesektoren. Hovedelementene i kommunenes inntektskilder er skatt, et tilskudd som utjevner variasjoner i skatteinntekter, et tilskudd som utjevner variasjoner i behov og kostnader og et tilskudd som håndterer distriktsmessige forhold. De distriktsmessig motiverte overføringene har et stort omfang i Norge og har siste årene blitt utvidet til å omfatte flere kommuner (KRD, 2007).

De *svenske* kommunene og landstingene har fri beskatningsfrihet. Ved beregningen av det inntektsutjevneende tilskuddet tas det hensyn til at skattesatsene varierer mellom kommunene. Dette gjøres ved at en først beregner hvor høye skatteinntekter kommunene ville hatt dersom de hadde hatt en gjennomsnittlig skattesats. Deretter legges beregnede skatteinntekter til grunn for beregningen av det inntektsutjevneende tilskuddet. Det brukes egne gjennomsnitt for hvert län, da oppgavefordelingen mellom landsting og kommuner kan variere (jfr. diskusjonen av kommunalt ansvar for hjemmesykepleien i 2.1). Selve inntektsutjevningen har vært mer omfattende enn i Norge, men Norge har nærmet seg Sverige siste årene. Utgiftsutjevningen har en nokså lik funksjon i Norge og Sverige, men den svenske løsningen er teknisk sett utformet på en annen måte med definerte behovsnormer for den enkelte sektor. Fra 2005 er det innført et eget strukturtilskudd i det svenske inntektssystemet. Tilskuddet består av tre elementer: Tilskudd til små kommuner, tilskudd til kommuner med vanskelig arbeidsmarked og tilskudd til kommuner og landsting som tapte betydelig på omleggingen av inntektssystemet i 2005.

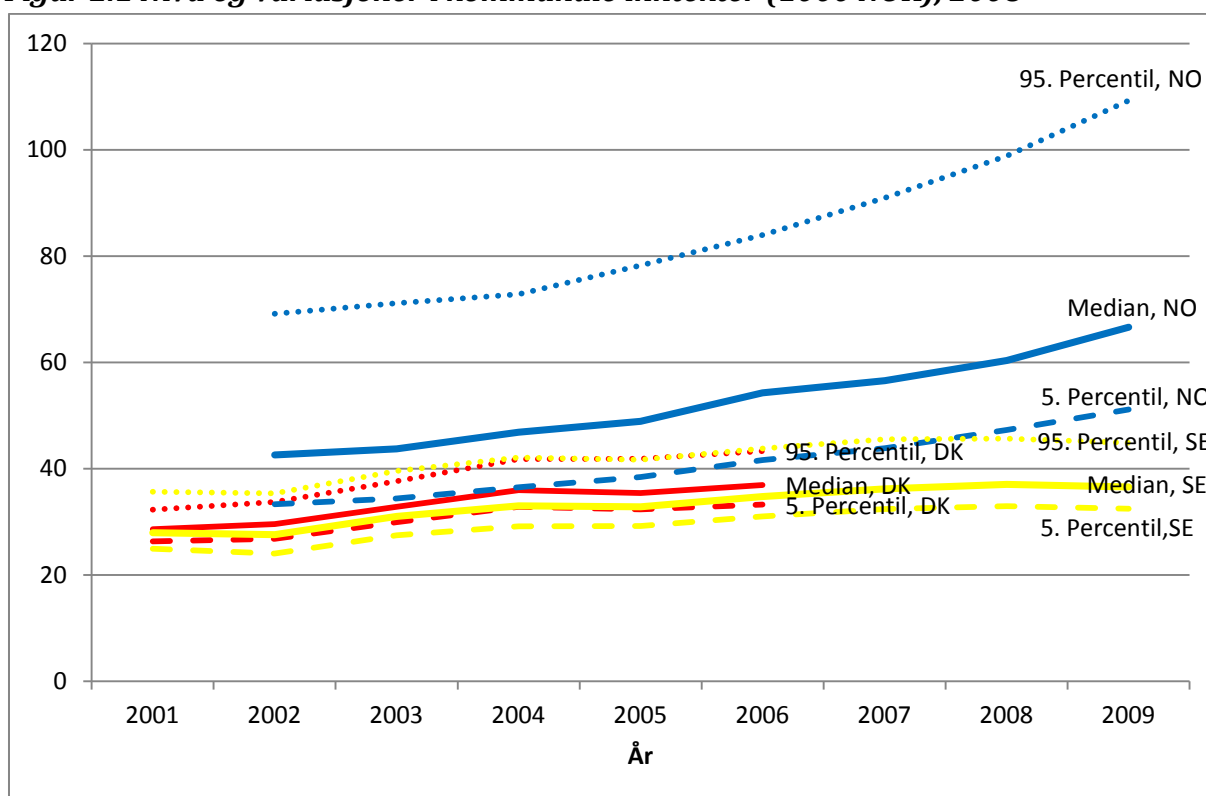
Også i *Danmark* fastsetter kommunene selv satsen for den proporsjonale inntektsskatten, som varierer mellom 18 og 24 prosent. Inntektsskatten utgjør omtrent to tredeler av kommunenes samlede inntekter. De generelle overføringene fra staten til kommunene skal utjevne forskjeller mellom kommunene i skattegrunnlag og kostnadsforhold. I Danmark ble inntektssystemet for kommunesektoren forenklet i forbindelse med Strukturreformen av 2006.

De viktigste endringene innebar styrking av de økonomiske insentivene i utjevningssystemet, dvs at lokal skatteinntang i høyere grad enn tidligere påvirket kommunenes inntektsnivå. Et basistilskudd (småkommunetilskudd) ble fjernet, primært fordi kommunene etter reformen ble betydelig større.

Også det finske systemet er oppbygd på liknende måte. På grunn av at finske kommuner har vesensforskjellige oppgaver (blant annet i finansiering av spesialisthelsetjenesten) fra de tre skandinaviske landene, gir vi ikke en nærmere beskrivelse av Finland her.

Figur 2.1 viser nivå og variasjoner i kommunale inntekter per innbygger de tre landene i 2008.

Figur 2.1 Nivå og variasjoner i kommunale inntekter (1000 NOK), 2008



Figuren beskriver medianen (kommunen som ligger midt i fordelingen når det gjelder brutto inntekter per innbygger), 5 percentilen (kommunen som har et brutto inntektsnivå der 5 prosent av kommunene faller under) og 95 percentilen (kommunen som har et brutto inntektsnivå der 5 % av kommunene ligger over). Det er viktig å være klar over at selve inntektsnivået påvirkes av kommunenes oppgaveportefølje i de enkelte landene og ikke reflekterer om kommunene har ”god” eller ”dårlig” økonomi. Det vi merker oss er imidlertid at det i Norge er betydelig større ulikheter i inntekter enn i de andre skandinaviske landene.

Større inntektsulikheter i Norge enn i de andre landene har flere årsaker: For det første vil det at Norge har mange små kommuner, i seg selv øke sannsynligheten for variasjoner i inntektene siden deler av inntektene påvirkes av forhold staten og kommunene ikke fullt ut kan kontrollere. Dette gjelder for eksempel skatteinntangen. For det andre har enkelte norske

kommuner store inntekter fra kraftbeskatning. Dette er inntekter som ikke inngår som grunnlag i inntektsutjevningen og som dermed ikke utjevnes mellom kommunene. For det tredje mottar små og næringssvake kommuner egne tilskudd. Innretningen på disse har variert over tid. I perioden som analyseres har de regionalt motiverte overføringene vært særlig store overfor kommuner i Nord-Norge (Hagen og Sørensen, 2006).

2.4 Egenbetaling

Egenbetaling i omsorgssektoren i Sverige utgjorde i 2007 3,7 prosent av kostnadene (SALAR 2009). Kommunene og landstingene fastsetter selv satsene for egenbetaling innenfor grenser fastsatt av staten. I 2010 er maksimumsbeløpet for egenbetaling for hjemmetjenester SEK 1696 per måned. Maksimumsbeløpet for egenbetaling i tilrettelagt bolig er SEK 1766. Egenbetalingen må ikke være større enn at en enslig eldre har igjen SEK 4787 per måned til personlige formål. Tilsvarende sum for par er SEK 4045 per person.

I Danmark er det ikke noe prinsipielt skille mellom egenbetaling for hjemmeboende og de som bor i pleiehjem eller tilrettelagt bolig (NOSOSKO, 2010). For hjemmetjenester som er forskrevet av pasientens allmennlege ble egenbetaling avskaffet fra 1989 (Socialstyrelsen, 2009). I pleiehjem og tilrettelagt bolig betaler pasientene/beboerne kostnadene for boligjenester på samme måte som de ville gjort hvis de hadde bodd i egen bolig. For helsetjenester er egenbetalingen den samme som for den øvrige befolkning. I Danmark vil det si at man ikke betaler egenandel hos allmennlege hvis man er registrert hos en fastlege. Man betaler heller ikke egenandel ved sykehusopphold eller for spesialistlegekonsultasjon hvis man er henvist fra sin fastlege.

I Finland er egenbetalingen for langtidspleie av eldre avhengig av pasientens inntekt (NOSOSKO, 2009). Den skal maksimalt utgjøre 82 prosent av nettoinntekten (Johansson, 2010). Når avgiften er betalt, skal det minimum være disponibelt 90 Euro per måned til personlig forbruk. I følge NOSOSKO utgjorde egenbetalingen i 2007 17 prosent av de samlede utgifter til omsorgstjenester. Også egenbetalingen for hjemmehjelp er avhengig av husstandens inntekt. Egenbetalingen utgjorde ca. 15 prosent av de samlede utgifter til hjemmehjelp i 2007 i følge NOSOSKO.

I Norge er egenbetalingen avhengig av om den eldre bor i eget hjem eller omsorgsbolig eller sykehjem. For langtidsopphold i sykehjem er egenbetalingen inntektsavhengig. Av inntekter opp til grunnbeløpet (G) i Folketrygden (75 641 kroner i 2010) fratrukket et fribeløp betales 75 prosent. For inntekter utover G betales 85 prosent. Betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 % av G i tillegg til fordelingen av fribeløpet. Egenbetalingen skal heller ikke være større enn kostnaden ved en sykehjemsplass slik den er beregnet lokalt av den enkelte kommune. Beboere i omsorgsboliger betaler husleie og kan søke bostøtte på linje med den øvrige befolkning. Beboere i omsorgsbolig og eget hjem betaler ingen egenandel for hjemmesykepleie. For praktisk bistand i hjemmet er det kommunale variasjoner i egenbetalingen. Egenbetalingen må ikke være større enn de faktiske utgiftene. For eksempel er det i Oslo inntektsavhengig abonnementspris og/eller inntektsavhengig timepris. For inntekter mindre enn 2G er det utgiftstak på 268 kroner per måned, mens for inntekter >5G er utgiftstaket 2759 kroner per måned. Ved opphold i

sykehjem betaler pasienten ikke ekstra for mat, legehjelp, medisiner osv. Ved bolig utenfor institusjon betaler pasienten egenbetaling for legehjelp og medisiner som den øvrige befolkning, dvs egenbetaling er inntektsuavhengig med et øvre tak (egenandelstak 1) som i 2010 er 1840 kroner per år.

2.5 Valg av tjenesteyter - private leverandørers rolle

I Sverige fikk private tilbydere adgang til omsorgssektoren tidlig på 1990-tallet. Tall fra svenske Socialstyrelsen viser at de private har mer enn tredoblet sin andel av den samlede omsorgen siden 1993 (Karlsson, Iversen & Øien, 2011). Samtidig er det store regionale forskjeller med størst innslag av private tilbydere i de store byene. I noen tilfeller er dette utviklet som en del av fritt brukervalg for de eldre. I andre tilfeller har andelen av private utviklet som en del av kommunale anbudskonkurranser. En egen lov om brukervalg i offentlig tjenesteyting ble vedtatt i 2009. Fremdeles er det opp til den enkelte kommune å introdusere brukervalg for omsorgstjenester.

I Danmark har derimot brukervalg blitt introdusert nasjonalt av regjeringen fra 2002. En person som har fått godkjent søknad om tilpasset bolig, kan velge boform og mottakere av hjemmehjelp kan velge mellom et utvalg av tilbydere (Servicelovens § 91). Det vil for eksempel være mulig å velge en privat tilbyder for praktisk hjelp og en offentlig tilbyder for personlig hjelp og pleie. Private tilbydere må inngå kontrakt med en kommune for å ha rett til å tilby tjenester. De fleste kommuner gir private som oppfyller visse kvalitetskrav, adgang til å tilby sine tjenester. De private innslagene er fremdeles mindre i Danmark enn i Sverige.

I Norge er det en lang tradisjon i enkelte kommuner å inngå kontrakter med private sykehjem drevet av ideelle organisasjoner. Kommersielle firmaer (for eksempel Aleris omsorg, Adecco helse, Attendo care, Carema omsorg og Norlandia omsorg) har inngått kontrakter med noen få kommuner (Oslo, Asker, Bergen, Stavanger, Opegaard, Eidsvoll) om drift av sykehjem og omsorgsboliger. Også for hjemmebaserte tjenester er innslaget av private langt mindre enn i Sverige og Danmark. For praktisk bistand har enkelte kommuner innført valgfrihet mellom offentlige og private tilbydere. For hjemmesykepleie er det så langt bare Bergen og Oslo (fra 1.4.2011) som gir pasientene valgmuligheter mellom offentlige og private tilbydere. NHO Service (2010) anslår at 4,1 % av omsetningen i sykehjem utføres av private kommersielle og 4,8 prosent av private ideelle. Tilsvarende tall for hjemmesykepleie anslås til 0,4 prosent og 0,1 prosent.

2.6 Oppsummering

Den beskrivende gjennomgangen av organisering og finansiering av pleie og omsorgstjenestene har vist følgende:

- Alle de fire nordiske landene Norge, Sverige, Finland og Danmark har kommunalt ansvar for pleie- og omsorgstjenestene. Sverige har en viss valgfrihet for kommunene ved at de kan velge å organisere hjemmesykepleien på landstingsnivå.
- I alle de fire landene reguleres den kommunale oppgaveløsningen relativt sterkt. Dette gjelder i særlig grad kommunenes inntektsnivå og de fire landene har utviklet relativt like inntektsfordelingsmodeller mellom staten og kommunene. Norge avviker fra de

andre ved at kommunene har små muligheter for å variere lokale skatter. I Norge har de distriktsmessig motiverte overføringene større omfang enn i de andre nordiske landene.

- Egenbetalingen for omsorgstjenester utgjør en relativt liten andel av tjenestenes kostnader i alle de nordiske landene.
- Innslaget av private leverandører varierer mye mellom de tre skandinaviske landene. Bruken av private er størst i Sverige og minst i Norge.

3 Beskrivende statistikk

3.1 Datagrunnlag og definisjoner

Det tilgjengelige datagrunnlaget har gjort at tallmessige beskrivelser og analyser er begrenset til Danmark, Sverige og Norge. Vi har ikke klart å skaffe data fra Island. I Finland tilbyr kommunale Health Centres både sykehusbehandling, rehabilitering og langtidsomsorg. Vi har ikke hatt tilgang til statistikk som gjør det mulig å skille de tre funksjonene fra hverandre.

For Norge er data hentet fra Statistikkbanken til Statistisk Sentralbyrå (<http://statbank.ssb.no/statistikkbanken>). For perioden som inngår i analysen er data hentet inn gjennom KOSTRA eller IPLOS. Innføringen av IPLOS fra 2007 har endret datagrunnlaget noe. Dette kommenteres underveis. For Norge er det totale antall mottakere av pleie og omsorgstjenester gitt ved antall mottakere av hjemmetjenester pluss mottakere/beboere i institusjoner. For å unngå dobbelttelling skal beboere i omsorgsboliger ikke inngå i summen når en beregner totalt antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester.

Fra Danmark har vi elektronisk hentet ned data på kommunenivå fra to kilder:

- Danmarks statistikk (<http://www.dst.dk>) og spesielt Statistikkbanken (<http://www.statistikbanken.dk>)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriets datasamling De kommunale Nøgletal (<http://www.noegletal.dk/>)

Som kjent har det skjedd en betydelig endring av kommunestrukturen i Danmark fra og med 2007. Dette har medført at tall på kommunenivå ikke er sammenlignbare før og etter reformen. Vi gjennomfører derfor beskrivelser og analyser på kommunenivå for Danmark bare til og med 2006.

Fra Sverige har vi elektronisk hentet ned data fra Statistiska Centralbyrån <http://www.scb.se/>. Tallene som beskriver brukere av ulike omsorgstjenester, er registrert som andeler. I enkelte av analysene har det vært nødvendig å regne ut antall brukere ved hjelp av informasjon om hvor mange innbyggere i kommunen som befinner seg i ulike aldersklasser, samt den enkelte kommunes folkemengde. For rundt halvparten av de svenske kommunene vil tallene for brutto utgifter til pleie og omsorg ikke inkludere utgifter til hjemmesykepleie for hjemmeboende. Dette gjelder i de kommuner der Landstinget har ansvaret for "Hemsjukvård i ordinärt boende". I praksis vil dette kunne medføre en viss underrapportering av samlede kostnader (Socialstyrelsen, 2008b). Sverige skiller seg også fra Danmark og Norge ved at tilgjengelig datamateriale er mindre detaljert. I tillegg til mangelfull informasjon om hjemmesykepleie for hjemmeboende, er det i Sverige ingen offisiell statistikk om ulike typer av tilpassede boformer slik tilfellet er med Norge og Danmark. For Sverige er det altså ikke mulig å skille mellom beboere i sykehjem og beboere i andre typer tilrettelagte boformer. For å utføre felles analyser for alle tre land har det vært nødvendig å benytte det samme todelte skille mellom brukergrupper som benyttes i Sverige: Omsorg for hjemmeboende og omsorg for personer i tilrettelagte boformer. Slik variablene som beskriver mottakere av hjemmetjenester er definert i datamaterialet fra Sverige, vil dobbelttelling ikke forekomme.

Grunnen er at tallene for hjemmetjenester i Sverige kun beskriver mottakere av hjemmetjenester i ordinært boende.

Vi presenterer data om mottakere av hjemmetjenester, mottakere av institusjonsplasser og driftsutgifter til hjemmetjenester og institusjoner. For å skape sammenliknbarhet mellom de tre landene benytter vi de følgende definisjoner ved beskrivelser og analyser av data fra Danmark, Sverige og Norge:

- Hjemmetjenester som omfatter hjemmehjelp/praktisk bistand
- Tilrettelagte boformer:
 - o Omsorgsboliger og andre tilrettelagte boformer + sykehjem
- Driftsutgifter

Siden materialet fra Danmark og Norge har noe høyere detaljnivå presenteres også noen analyser kun med utgangspunkt i disse to landene. Vi benytter da følgende definisjoner:

- Hjemmetjenester
 - o omfatter hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie.
- Tilrettelagte boformer splittes i to:
 - o Omsorgsboliger og andre tilrettelagte boformer
 - o sykehjem
- Driftsutgifter

3.2 Beskrivende av landenes befolkningsprofil

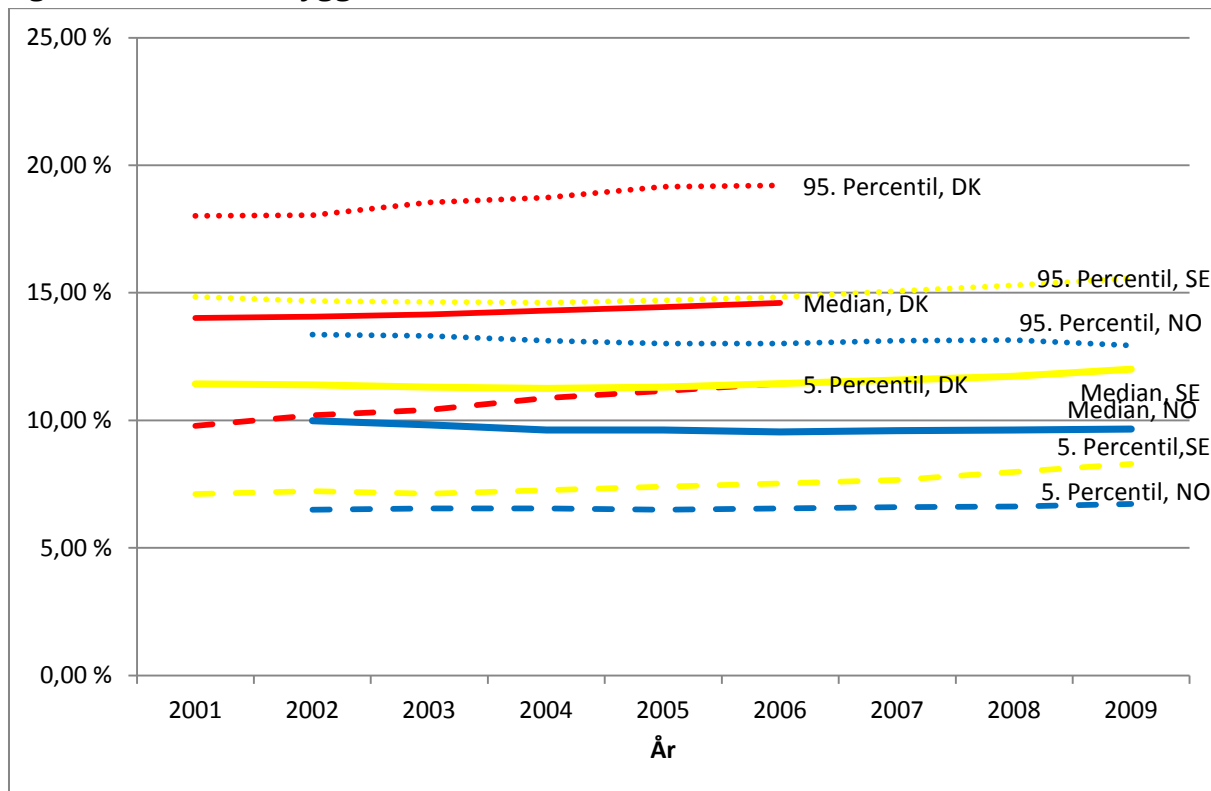
I tabell 3.1 beskrives befolkningsprofilen i de tre landene. Vi benytter her samme aldersgruppering for de tre landene: 0-66 år, 67-79 år og 80 år og eldre.

Tabell 3.1: Befolkningsprofil. Andel av befolkningen innen ulike aldersgrupper

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Danmark									
0-66 år	87,0 %	87,0 %	87,0 %	86,9 %	86,8 %	86,7 %	86,5 %	86,4 %	86,1 %
67-79 år	9,0 %	9,0 %	9,0 %	9,0 %	9,1 %	9,2 %	9,3 %	9,5 %	9,8 %
80 år og eldre	4,0 %	4,0 %	4,0 %	4,1 %	4,1 %	4,1 %	4,1 %	4,1 %	4,1 %
Norge									
0-66 år	86,4 %	86,5 %	86,7 %	86,8 %	86,9 %	86,9 %	87,0 %	87,0 %	87,2 %
67-79 år	9,3 %	9,0 %	8,8 %	8,6 %	8,5 %	8,4 %	8,4 %	8,3 %	8,3 %
80 år og eldre	4,4 %	4,5 %	4,5 %	4,6 %	4,6 %	4,7 %	4,7 %	4,6 %	4,6 %
Sverige									
0-66 år	84,6 %	84,7 %	84,7 %	84,7 %	84,7 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,4 %
67-79 år	11,1 %	11,0 %	10,9 %	10,9 %	10,9 %	10,9 %	11,0 %	11,2 %	11,5 %
80 år og eldre	5,2 %	5,3 %	5,3 %	5,4 %	5,4 %	5,4 %	5,3 %	5,3 %	5,3 %

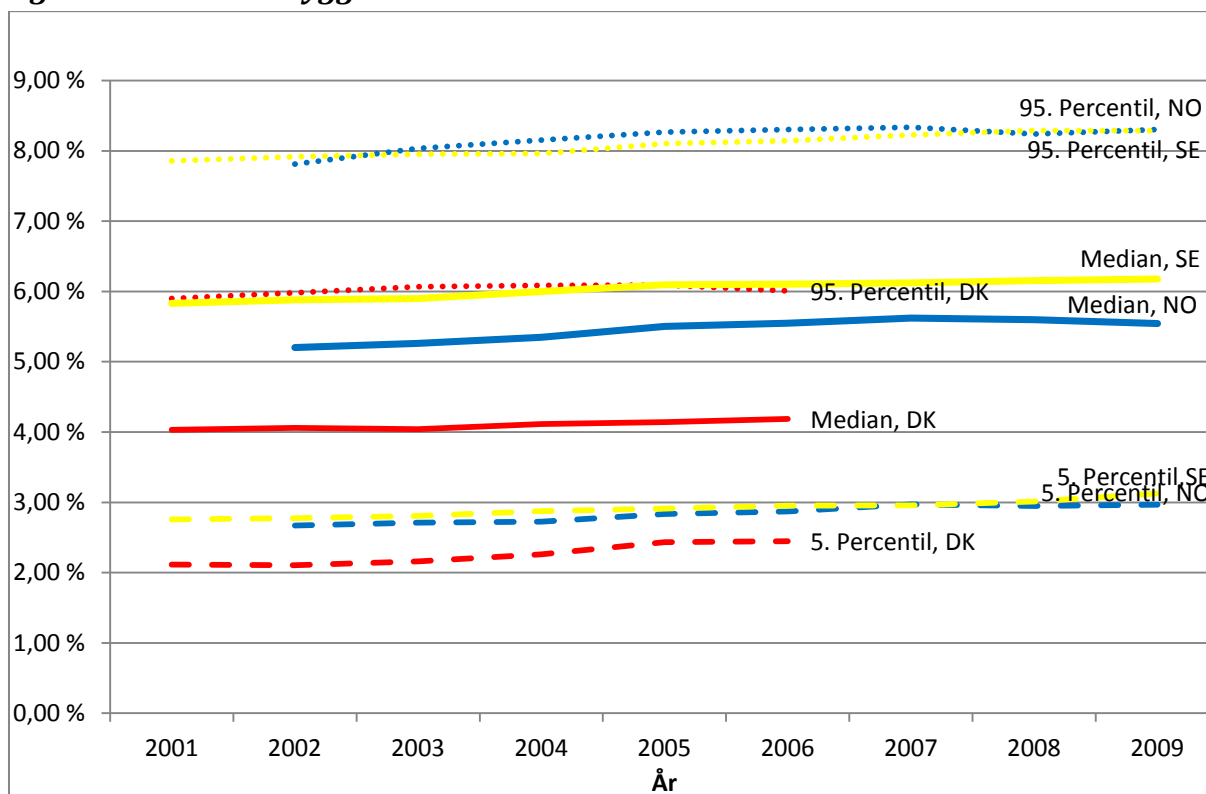
Vi ser at andelen innbyggere som er 80 år og eldre, har økt noe i alle de tre landene i perioden 2001-2009. Sverige har i hele perioden høyere andel i de to eldste alderskategoriene sammenlignet med Danmark og Norge. Norge skiller seg ut ved å være det eneste landet blant de tre der andelen innbyggere i den yngste alderskategorien har økt i perioden.

Figur 3.1: Andel innbyggere i kommunene i alderen 67-79



I Figurene 3.1 og 3.2 beskrives utviklingen i andelen innbyggere i alderen 67–79 år og andelen innbyggere som er 80 år eller eldre, illustrert ved medianen (kommunen som ligger midt i fordelingen av andelen innbyggere i alderskategorien). Figurene illustrerer også variasjon mellom kommunene ved avstanden mellom 5 percentilen (kommunen som har en andel innbyggere i alderskategorien der 5 % av kommunene faller under) og 95 percentilen (kommunen som har en andel innbyggere i alderskategorien der 5 prosent av kommunene ligger over). Figur 3.1 beskriver en svak reduksjon i andelen innbyggere i alderen 67-79 i Norge for mediankommunen mens andelen er svakt økende i Danmark og Sverige over perioden. Figur 3.2 viser at mediankommunen har en svak økning i andelen av befolkningen som er 80 år og eldre i perioden. Figuren viser også den betydelige spredningen som er mellom kommunene. For eksempel ser vi for Norge at 95 percentilen (over 8 prosent av befolkningen er 80 år og over) har nesten tre ganger så stor andelen av befolkningen 80 år og over som 5 percentilen (3 prosent av befolkningen er 80 år og over).

Figur 3.2: Andel innbyggere i alderen 80+



3.3 Beskrivelse av tjenesteomfang

Rutinene for aggregering av data om brukere av omsorgstjenester på ulike aldersgrupper er forskjellig i de tre landene Danmark, Norge og Sverige. I Sverige benyttes de tre aldersgruppene 0-64 år, 65-79 år og 80 år og eldre, mens Danmark og Norge benytter aldersgruppene 0-66 år, 67-79 år og 80 år og eldre. Dersom andelen med ulike omsorgstiltak i gjennomsnitt er mindre blant 65-åringene og 66-åringene sammenliknet med eldre grupper, vil vi ut fra variabeldefinisjonen alene forvente lavere andel med omsorgstiltak i midtkategorien i Sverige (aldersgruppen 65-79) sammenliknet med midtkategorien i Danmark og Norge (aldersgruppen 67-79).

I Tabell 3.2 beskrives andel personer som mottar hjemmetjenester fordelt på land, aldersgruppe og år. Siden data for hjemmesykepleie ikke er tilgjengelig for Sverige, omfatter beskrivelsen Danmark og Norge.

Tabell 3.2 Andel personer som mottar hjemmetjenester i form av hjemmesykepleie, praktisk bistand i kombinasjon med hjemmesykepleie eller bare praktisk bistand, fordelt på land, alder og år. Danmark og Norge.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Danmark									
0-66 år	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %		0,8 %	0,8 %
67-79 år	13,5 %	13,4 %	13,3 %	12,8 %	12,5 %	12,5 %		12,0 %	11,5 %
80 år og eldre	49,2 %	50,1 %	49,3 %	48,4 %	49,1 %	49,6 %		55,1 %	55,0 %
I alt	3,7 %	3,8 %	3,8 %	3,7 %	3,7 %	3,8 %		4,0 %	4,0 %
Norge									
0-66 år	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,2 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,5 %	1,6 %
67-79 år	10,5 %	10,5 %	10,1 %	9,7 %	9,3 %	9,2 %	8,0 %	7,9 %	8,3 %
80 år og eldre	39,3 %	38,6 %	37,6 %	37,2 %	36,6 %	37,1 %	34,6 %	34,8 %	34,4 %
I alt	3,6 %	3,6 %	3,5 %	3,6 %	3,6 %	3,7 %	3,5 %	3,5 %	3,6 %

Tallene for Danmark 2008-2009 inkluderer også personer som mottar hjemmetjenester i institusjoner og tilrettelagte boformer. Data fra Danmarks Statistikk tyder på at de fleste beboere i institusjoner og tilrettelagte boformer mottok hjemmetjenester i 2008. I perioden 2001-2006 er det variasjon mellom kommuner med hensyn til om personer som mottar hjemmetjenester i institusjoner og tilrettelagte boformer, inkluderes. Tallene 2001-2006 er derfor ikke direkte sammenlignbare med tallene for 2008-2009 for Danmark. Hvor mange av de som bor i institusjoner som mottar hjemmehjelp, har vi ikke klart å finne tall for. Det vil derfor være en viss dobbelt-telling for Danmark selv i perioden 2001-2006, uten at vi eksakt kan vite omfanget. Som andel av befolkningen er den registrerte deknningen av hjemmetjenester større i Danmark enn i Norge. Dette gjelder særlig i de registrerte tallene etter 2006. Det er samtidig forskjeller med hensyn til hvordan de registrerte hjemmetjenestene fordeler seg på aldersgrupper i befolkningen. Mens Norge har den høyeste deknningen for aldersgruppen opp til 66 år, har Danmark den høyeste deknningen både for aldersgruppen 67-79 år og særlig for aldersgruppen 80 år og eldre. Andelen i den yngste aldersgruppen som mottar hjemmetjenester har økt fra 1 prosent i 2001 til 1,6 prosent i 2009 i Norge. Idet vi husker fra Tabell 3.1 at andelen i de yngste aldersgruppene i Norge har økt i perioden, innebærer dette at *antall* brukere i den yngste aldersgruppen har økt med over 60 prosent i perioden. I begge land har andelen av befolkningen som mottar hjemmetjenester vært omtrent uendret i perioden. Men igjen er utviklingen forskjellig mellom landene for de ulike aldersgruppene. I Danmark har trolig deknningen vært nokså konstant for alle aldersgrupper. I Norge har dekningsgraden økt i den yngste aldersgruppen og blitt redusert i de to eldste

aldersgruppene. Det er rimelig å se dette i sammenheng med nedbyggingen av institusjonene i psykiatrien og HVPU og oppbygging av tjenester for disse gruppene i kommunene.

Tabell 3.3 viser hvordan forskjellene mellom de to landene fordeler seg på de ulike typene av tjenester.

Tabell 3.3: Andel personer som mottar hjemmetjenester i form av praktisk bistand alene, hjemmesykepleie alene, eller praktisk bistand i kombinasjon med hjemmesykepleie, fordelt på land og år. Danmark og Norge.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Danmark									
Bare praktisk bistand	1,6 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %		1,7 %	1,6 %
Bare hjemmesykepleie	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %		0,4 %	0,4 %
Både praktisk hjelp og hjemmesykepleie	1,8 %	1,9 %	1,9 %	1,8 %	1,8 %	1,9 %		2,0 %	2,0 %
Mottakere i alt	3,7 %	3,8 %	3,8 %	3,7 %	3,7 %	3,8 %		4,0 %	4,0 %
Norge									
Bare praktisk bistand		1,3 %		1,1 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	0,9 %
Bare hjemmesykepleie		1,0 %		1,1 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,3 %	1,4 %
Både praktisk hjelp og hjemmesykepleie		1,3 %		1,3 %	1,3 %	1,4 %	1,2 %	1,2 %	1,3 %
Mottakere i alt	3,6 %	3,6 %	3,5 %	3,6 %	3,6 %	3,7 %	3,5 %	3,5 %	3,6 %

Tabell 3.3 gir inntrykk av at det særlig er innenfor praktisk bistand at dekkningen i Norge er lavere enn i Danmark. Vi ser samtidig at andelen som bare mottar hjemmesykepleie er høyere i Norge enn i Danmark.

Tabell 3.4 Andel personer i befolkningen som mottar praktisk bistand eventuelt i kombinasjon med hjemmesykepleie, fordelt på land og år. Danmark, Sverige og Norge.

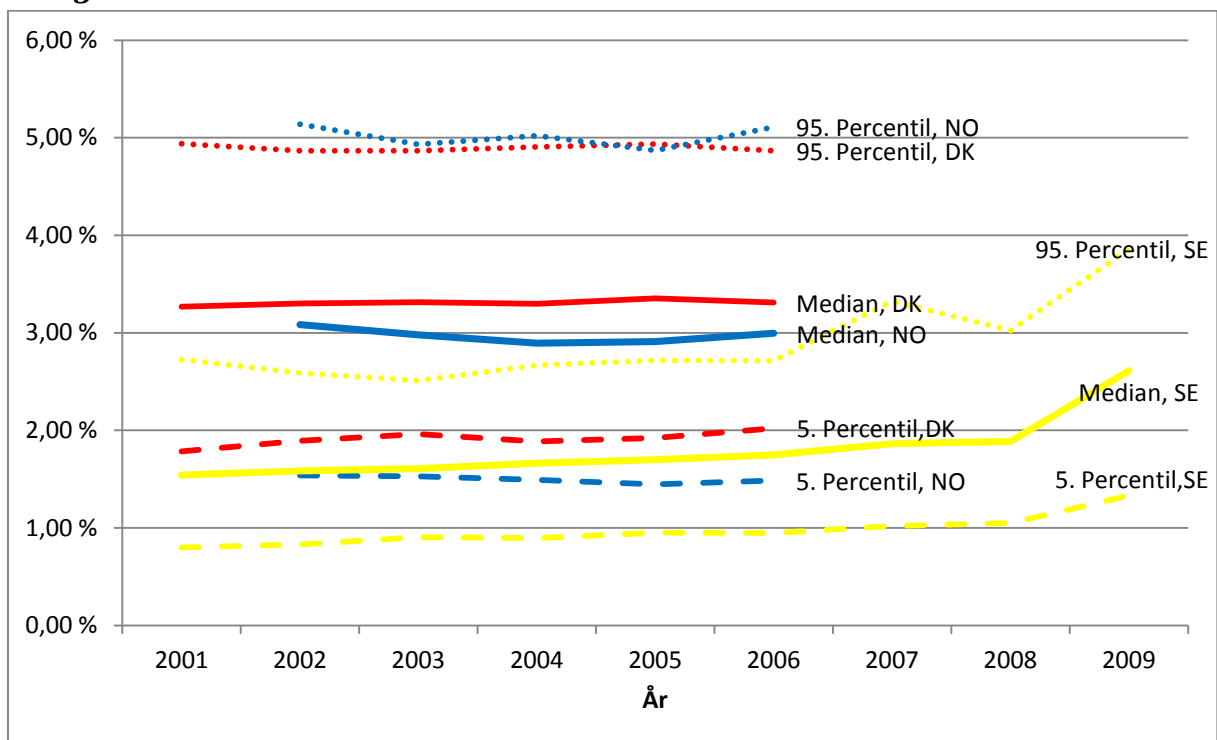
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Danmark	3,4 %	3,4 %	3,4 %	3,4 %	3,4 %	3,4 %		3,6 %	3,6 %
Norge		2,6 %		2,4 %	2,4 %	2,5 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %
Sverige	1,5 %	1,6 %	1,6 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,9 %	1,8 %	

Tabell 3.4 viser andel av befolkningen i de tre landene som mottar praktisk bistand eventuelt i kombinasjon med hjemmesykepleie. Her er data for alle tre landene tilgjengelig. Vi ser at

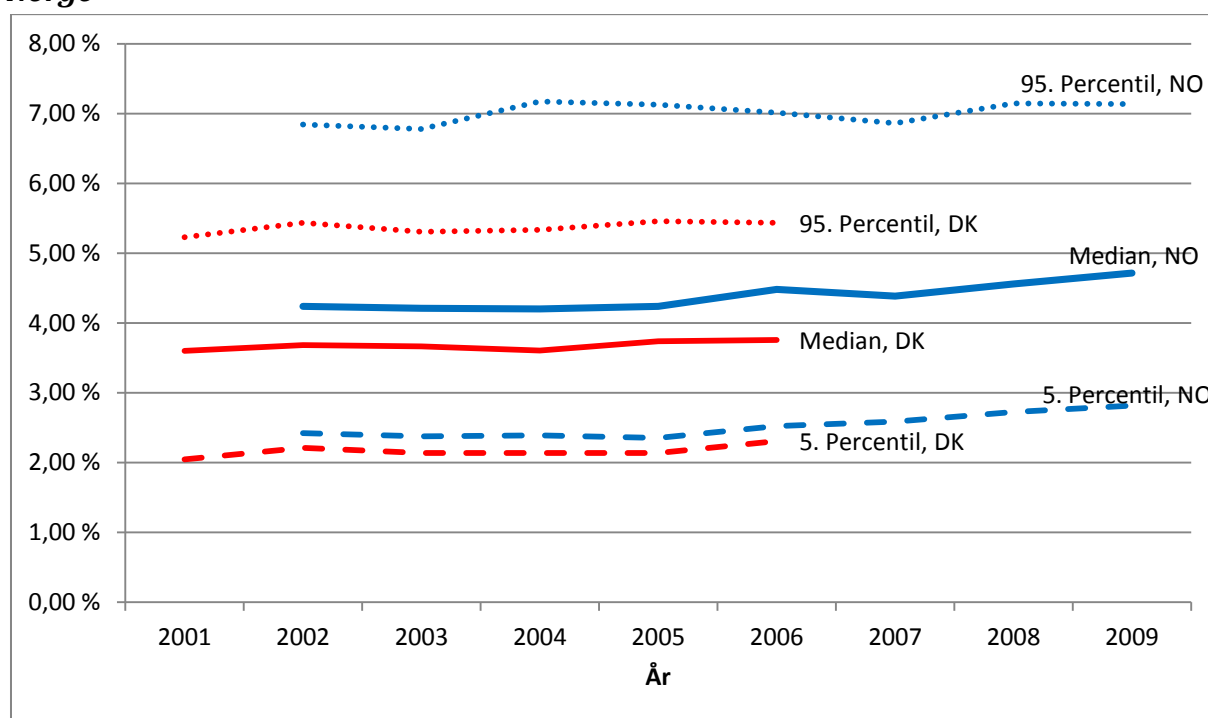
Sverige har en dekningsgrad som er den halve av Danmark og med Norge i en mellomstilling. Det er i denne sammenheng viktig å huske at tallene for Sverige bare inkluderer hjemmetjenester i ordinær bolig. Vi ser at den totale andelen som mottar hjemmetjenester er økende i Sverige samtidig som den samlet sette er stabil i Danmark og Norge.

I figur 3.3 har vi tatt ut mottakere av hjemmesykepleie og vi beskriver utviklingen i andelen som mottar praktisk bistand i kommunene. Vi ser at variasjonen blant norske og danske kommuner er betydelig større enn variasjonen blant svenske kommuner.

Figur 3.3 Andel mottakere av praktisk bistand i kommunene i Danmark, Norge og Sverige



Figur 3.4 Andel mottakere av praktisk bistand og hjemmesykepleie i Danmark, Norge



I figur 3.4 beskrives utviklingen i andel mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand i Norge og Danmark. Vi ser fra figuren at variasjonen i andel mottakere er større blant norske kommuner enn blant danske kommuner².

I tabell 3.5 beskrives andelen beboere i institusjoner og tilrettelagte boformer i de tre landene. De tre landene har en forskjellig omsorgsstruktur som gjør at sammenligning på tvers av landene i noen grad må baseres på skjønn. I Norge er institusjoner og tilrettelagte boformer definert som sykehjem og omsorgsboliger. Svensk statistikk skiller kun mellom personer som mottar omsorg i *ordinært boende* og personer som mottar omsorg i *særskilt boende*. For Sverige består samlebegrepet *Særskilt boende* altså av alt som i Norge betegnes som omsorgsboliger og sykehjem. Danmark har en rekke ulike betegnelser og omsorgstyper. I tabell 3.5 har vi valgt å definere *Plejehjem*, *beskyttede boliger*, *ældreboliger* (t.o.m. 2005), *plejeboliger* (fom 2006), *almene ældreboliger* (fom 2006), *ustøttede ældreboliger* og andre *ældreboliger* som institusjon eller tilrettelagt boform.

² Vi ser videre fra Figur 3.4 at medianverdien er høyere blant norske kommuner enn blant danske kommuner, mens gjennomsnittet i følge Tabell 3.3 er høyere blant danske kommuner enn blant norske. Dette har å gjøre med formen på fordelingen av kommuner i de to landene. Vi vil ikke forfølge dette her. Når vi sammenligner landene bruker vi gjennomsnittstallene.

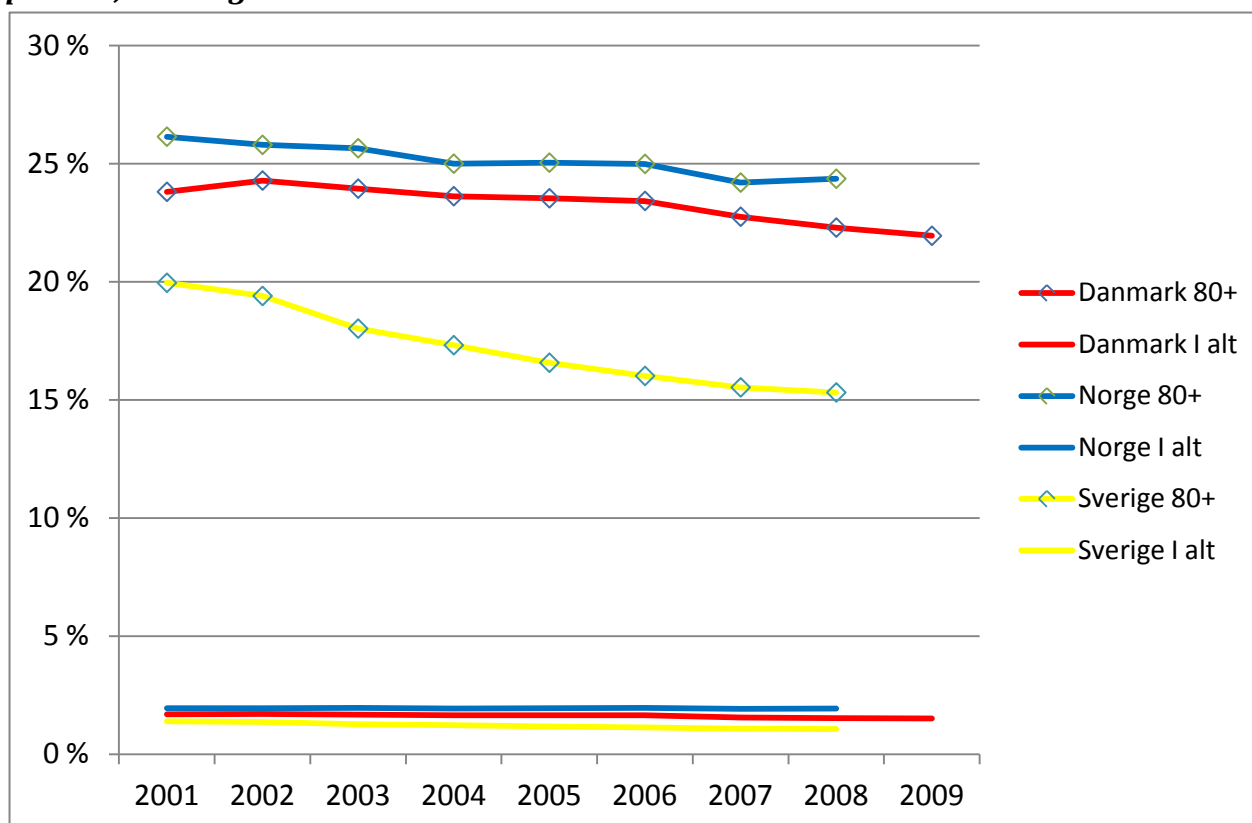
Tabell 3.5: Andel personer innen aldersgruppe som bor i institusjon eller tilrettelagte boformer* fordelt på land, alder og år

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Danmark									
0-66 år	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
67-79 år	5,3 %	5,2 %	5,1 %	4,9 %	4,8 %	4,8 %	4,3 %	4,2 %	4,0 %
80 år og eldre	23,8 %	24,3 %	23,9 %	23,6 %	23,5 %	23,4 %	22,7 %	22,3 %	21,9 %
I alt	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,6 %	1,6 %	1,5 %	1,5 %
Norge									
0-66 år	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	
67-79 år	5,0 %	4,9 %	4,8 %	4,8 %	4,5 %	4,4 %	3,8 %	3,7 %	
80 år og eldre	26,1 %	25,8 %	25,6 %	25,0 %	25,0 %	25,0 %	24,2 %	24,4 %	
I alt	2,0 %	1,9 %	2,0 %	1,9 %	1,9 %	2,0 %	1,9 %	1,9 %	
Sverige									
0-64 år	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	
65-79 år	2,4 %	2,3 %	2,2 %	2,0 %	1,9 %	1,7 %	1,7 %	1,6 %	
80 år og eldre	20,0 %	19,4 %	18,0 %	17,3 %	16,6 %	16,0 %	15,5 %	15,3 %	
I alt	1,4 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %	1,2 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	

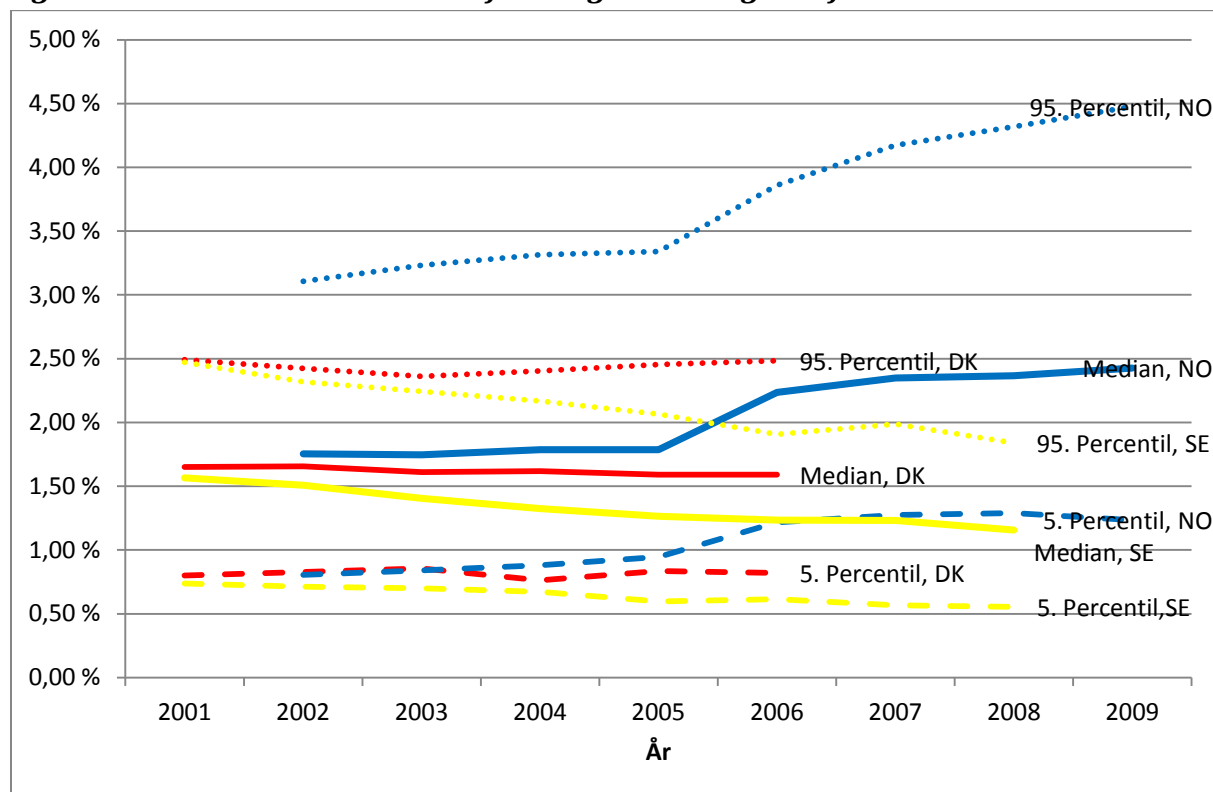
* Norge: Institusjoner (sykehjem) og omsorgsboliger. Sverige: "Særskilt boende", Danmark: Plejehjem, beskyttede boliger, ældreboliger (t.o.m. 2005), plejeboliger (fom 2006), almene ældreboliger (fom 2006), ustøttede ældreboliger, andre ældreboliger .

Tabell 3.5 viser at den totale andelen beboere på institusjoner og tilrettelagte boformer er redusert noe i alle tre landene i perioden etter 2001. Samtidig tyder disse tallene på at reduksjonen har vært noe større i Danmark og (særlig i) Sverige enn hva tilfellet er i Norge. Norge er også det eneste landet der andelen beboere på institusjon og tilrettelagte boformer har økt blant innbyggere i den yngste aldersgruppen. Norge har også den høyeste andelen beboere ved institusjoner og tilrettelagte boformer i den eldste aldersgruppen, mens andelen beboere i alderen 67-79 år er høyere i Danmark enn i Norge.

Figur 3.5 Andel personer som bor i institusjon eller tilrettelagte boformer* fordelt på land, alder og år



Figur 3.6: Andel beboere i institusjoner og tilrettelagte boformer



I Figur 3.6 beskrives utviklingen i andelen beboere i institusjoner og tilrettelagte boformer illustrert ved medianen (kommunen som ligger midt i fordelingen av andelen beboere i institusjoner og tilrettelagte boformer). Figuren illustrerer også variasjon mellom kommunene ved avstanden mellom 5 percentilen (kommunen som har en andel beboere i institusjoner og tilrettelagte boformer slik at 5 prosent av kommunene faller under dette nivået) og 95 percentilen (kommunen som har en andel beboere i institusjoner og tilrettelagte boformer slik at 5 prosent av kommunene er over dette nivået). Fra figur 3.6 kan det se ut til at variasjonen mellom kommuner har økt i Norge illustrert ved økt avstand mellom 5 percentilen og 95 percentilen. Vi slutter at mediankommunen i Norge har en større andel av innbyggerne i institusjoner og tilrettelagte boformer samtidig som det ser ut til variasjonen mellom kommunene er større enn i Danmark og Sverige.

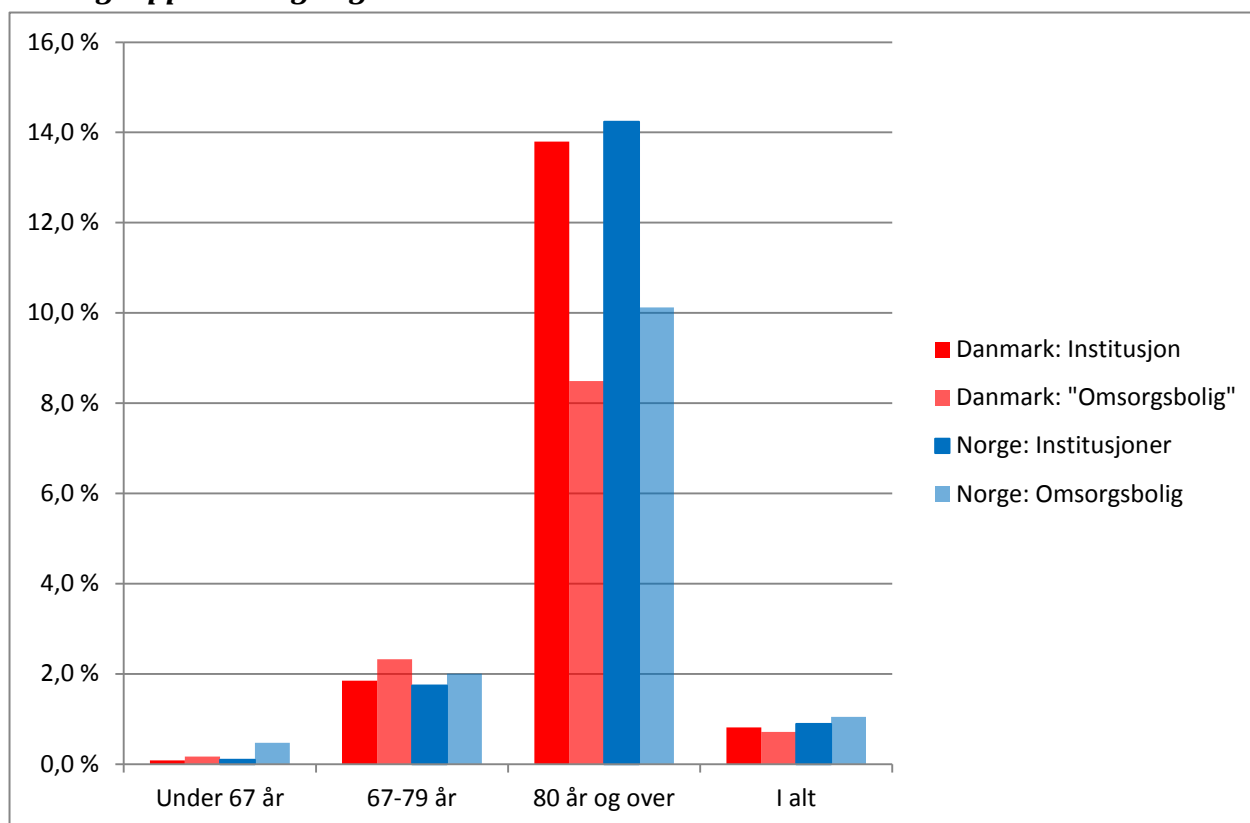
For Danmark og Norge kan det skilles mellom institusjon og tilrettelagte boliger. Vi kan derfor beskrive andelen personer fordelt på institusjon versus tilrettelagt bolig etter land, alder og år. I Norge er *institusjoner* definert som *sykehjem*, mens *plejehjem*, *beskyttede boliger* og *plejeboliger* er plassert i denne kategorien i Danmark. I kategorien *tilrettelagte boliger* har vi i Danmark plassert *almene ældreboliger* (fom 2006), *ustøttede ældreboliger*, *andre ældreboliger* og *friboliger*, mens vi for Norge har plassert *omsorgsboliger* i denne kategorien. Det er bare fra og med 2006 at det i Danmark blir skilt mellom *plejeboliger* og *almene ældreboliger*. Tidligere ble begge grupper slått sammen til *ældreboliger*. I tabell 3.4 beskrives derfor utviklingen kun i perioden etter 2006.

Vi ser fra tabell 3.6 og figur 3.7 at andelen på institusjon i den eldste aldersgruppen er noe større i Norge enn i Danmark. Samtidig ser vi at det har vært svak reduksjon i andelen i Danmark i perioden fra 2006. Ser vi på aldersgruppen 67–79, ser det ut til at andelen beboere på institusjon har blitt noe redusert i Danmark mens det har vært en svak økning i Norge. I den eldste aldersgruppen er andelen beboere i omsorgsbolig eller tilsvarende noe høyere i Norge enn i Danmark. Ser vi derimot på beboere i aldersgruppen 67–79, ser vi at Danmark har en noe høyere andel beboere innen denne omsorgstypen. Tallene tyder på at det i den yngste aldersgruppen (0–66 år) er andelen beboere i omsorgsbolig vesentlig større i Norge enn i Danmark.

Tabell 3.6: Andel brukere innen aldersgrupper fordelt på ulike typer institusjoner og tilrettelagte boformer i Norge og Danmark

	2006	2007	2008	2009
Danmark				
Institusjon				
0-66 år	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
67-79 år	2,2 %	2,0 %	1,8 %	1,8 %
80 år og eldre	14,6 %	14,0 %	13,8 %	13,6 %
I alt	0,9 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %
”Omsorgsbolig”				
0-66 år	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
67-79 år	2,6 %	2,4 %	2,3 %	2,2 %
80 år og eldre	8,8 %	8,7 %	8,5 %	8,3 %
I alt	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %
Norge				
Institusjon				
0-66 år	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
67-79 år	1,9 %	1,8 %	1,7 %	2,0 %
80 år og eldre	14,4 %	14,3 %	14,2 %	14,6 %
I alt	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %
Omsorgsbolig				
0-66 år	0,4 %	0,4 %	0,5 %	
67-79 år	2,5 %	2,0 %	2,0 %	
80 år og eldre	10,6 %	9,9 %	10,1 %	
I alt	1,1 %	1,0 %	1,0 %	

Figur 3.7 Andel brukere av henholdsvis institusjon og omsorgsbolig innen aldersgrupper i Norge og Danmark i 2008.



Vi har sammenliknet tallene vi presenterer for tjenesteomfang med tallene i NOSOSCO (2010). Tabellene som NOSOSCO (2010) presenterer, er mindre detaljerte enn tabellene vi presenterer. Vi må derfor begrense sammenligningen til noen hovedtrekk. Rekkefølgen i dekningsgrader for hjemmetjenester med Danmark som nummer en, Norge som nummer to og Sverige som nummer tre er tilsvarende i NOSOSCO (2010) som hos oss. Når det gjelder andel av befolkningen som bor i institusjon eller tilrettelagte boformer, rangerer både NOSOSCO (2010) og vi Norge som en, mens NOSOSCO (2010) i motsetning til oss rangerer Sverige før Danmark. Dette har trolig å gjøre med at vi bruker en videre definisjon av tilrettelagt boform for Danmark enn det NOSOSCO (2010) gjør.

3.4 Kommunale kostnader

Tabell 3.7 viser gjennomsnittlige kommunale kostnader til omsorgstjenester per innbygger i perioden 2001 – 2009 omregnet til løpende 1000 norske kroner. Tallene skal tolkes med forsiktighet siden det er variasjon i hvilke tjenester tallene inkluderer i de tre landene. I Tabell 3.8 presenteres en oversikt over hvilke kostnadskomponenter som er inkludert i kostnadstallene i de enkelte land. For eksempel er bare deler av hjemmesykepleien inkludert i Sverige siden en betydelig del av den tas hånd om av landstingene. På den annen side er deler av primærhelsetjenesten inkludert i Sverige i motsetning til i de andre to landene. Det er trolig heller ikke eksakt lik fordeling av ansvaret for tjenestene mellom forvaltningsnivåene i Danmark og Norge, slik at det som er statlige utgifter et sted kan bli ført som kommunale utgifter et annet sted. Vi ser at det i forbindelse med kommunalreformen i Danmark skjer en

markant økning i de danske kostnadstallene, og det kan tenkes dette i stor grad skyldes bokføringen. Vurdert over hele perioden 2001-2006 viser tabell 3.7 at de gjennomsnittlig kommunale kostnadene per innbygger er størst i Sverige, minst i Danmark og med Norge imellom. Samtidig ser vi at veksten i kostnadene i Norge er stor i perioden og, de norske kostnadene nærmere seg nivået i Sverige. Aller sterkest er kostnadsveksten i Danmark og kostnadene per innbygger er størst i Danmark i 2009.

Tabell 3.7 Beskrivelse av utviklingen i gjennomsnittlige kommunale kostnader per innbygger i Danmark, Norge og Sverige i perioden 2001-2009 basert på vektete gjennomsnitt av de enkelte lands kommuner (1000 NOK).

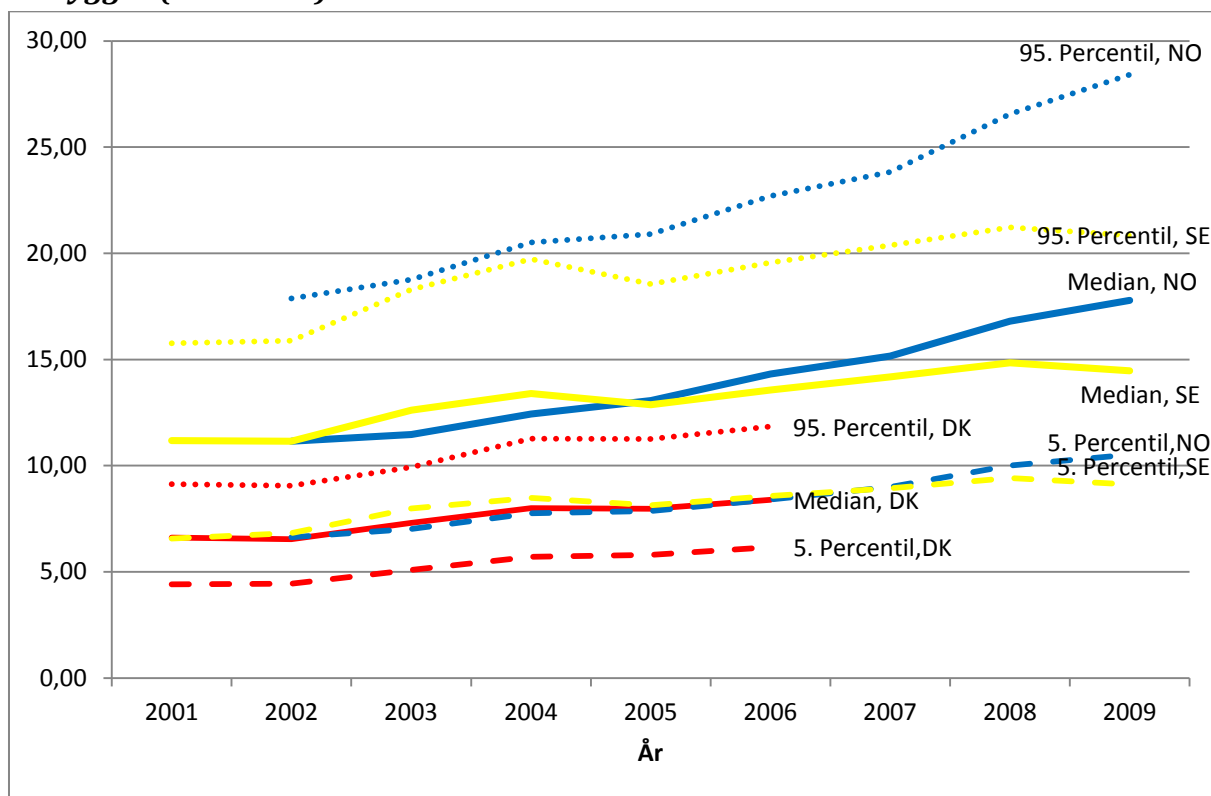
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Danmark								
8.46	8.42	9.32	10.27	10.29	10.93	13.29	14.57	16.48
Norge								
	8.97	9.34	10.22	10.40	11.31	12.08	13.40	13.96
Sverige								
10.09	10.25	11.53	12.36	11.87	12.43	12.91	13.40	13.09

Tabell 3.8 Oversikt over hvilke kostnadskomponenter som er inkludert i tilgjengelige tall for kommunale kostnader i pleie og omsorgstjenesten i Danmark, Norge og Sverige.

Kostnadsfelt	Danmark	Norge	Sverige
Praktisk bistand	Ja	Ja	Ja
Hjemmesykepleie	Ja	Ja	Ja, for kommuner som har overtatt ansvaret for hjemmesykepleien.
Drift av institusjoner	Ja	Ja, og driftskostnadene inkluderer kostnader til bygningsmasse.	Ja, og driftskostnadene inkluderer kostnader til bygningsmasse.
Korttidspleie	Ja	Ja	Ja
Transporttjenester	Ja	Nei, dekkes av staten	Ja
Personlig assistent	Ja	Nei, dekkes av staten	Ja
behovsprøvde dagtilbud	Ja	Ja	Ja
Åpne, ikke behovsprøvde dagtilbud (eldresenter)	Ja	Ja	Ja
Rehabilitering	Kommunene fikk tildelt flere oppgaver innen rehabilitering fra 2007 som følge av kommunalreformen. Disse utgiftene er ikke inkludert i kostnadstallene som presenteres.	Delvis inkludert. Kostnader til spesialisert rehabilitering dekkes av staten.	Ja
Primærhelsetjenester	Nei, primærhelsetjenesten er ikke et kommunalt ansvar.	Nei, kommunale kostnader til primærhelsetjenesten er ikke med i disse tallene.	Ja

Figur 3.8 beskriver trekk ved fordelingen og utviklingen i kommunale kostnader til omsorgstjenester. Figuren viser Norge har også større spredning i kostnader mellom kommunene enn de to andre landene. Det ser ut til at spredningen er økende over tid i Norge.

Figur 3.8 Nivå og variasjoner i kommunenes brutto utgifter til omsorgstjenester per innbygger (1000 NOK)



3.5 Oppsummering

Den beskrivende gjennomgangen av alderssammensetning, tjenesteomfang og tjenestesammensetning har vist følgende:

- Andelen innbyggere som er 80 år og eldre har økt noe i alle de tre landene i perioden 2001–2009.
- Sverige har i hele perioden en større andel innbyggere som er 67 år og eldre, enn Danmark og Norge
- Når det gjelder hjemmetjenester, er det bare sammenlignbare data for praktisk bistand for alle tre land. Andelen mottakere av praktisk bistand i Danmark og Norge er omtrent like, mens tilsvarende andel i Sverige er mindre. Noe av forskjellen kan skyldes at de svenske tallene bare omfatter hjemmetjenester til hjemmeboende.
- Når hjemmetjenester inkluderer både praktisk bistand og hjemmesykepleie, er gjennomsnittlig andel mottakere noe større i Danmark enn i Norge.
- Andelen av befolkningen som bor i institusjon eller tilrettelagte boformer er redusert noe i alle tre land etter 2001. Reduksjonen synes å ha vært størst i Sverige og minst i Norge.

- For den eldste aldersgruppen (80 år og over) har Norge den største andelen av befolkningen i institusjon eller tilrettelagte boformer, mens andel beboere i aldersgruppen 67-79 år er større i Danmark enn i Norge.
- En oppsplitting i institusjon og tilrettelagt boform er bare mulig i Danmark og Norge. Andelen på institusjon i den eldste aldersgruppen er noe større i Norge enn i Danmark. Mens andelen har blitt redusert i Danmark siden 2006, har den vært konstant i Norge.
- Norge viser gjennomgående en større kommunal variasjon i omfang og sammensetning av omsorgstjenester enn Sverige og Danmark.

4 Analyser av omsorgstruktur i Danmark, Norge og Sverige

4.1 Skandinavia samlet

Fram til nå har vi sammenlignet omfang og sammensetning av omsorgstjenester mellom de tre landene uten å trekke inn variabler som kan bidra til å forklare forskjellene mellom kommuner og land. Siden det er flere aktuelle variable som kan bidra til å forklare forskjeller, vil vi nå gjøre regresjonsanalyser av data på kommunalt nivå fra Danmark, Norge og Sverige. Vi har valgt å inkludere observasjoner fra årene 2002–2006, da vi for denne perioden har informasjon fra alle tre land. Til sammen er 990 kommuner inkludert i analysene. Som avhengige variable må vi begrense oss til variable som kan skaffes til veie i alle de tre landene. Dette er andel innbyggere som mottar praktisk bistand og andel innbyggere som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagte boformer. Vi bruker uavhengige variable vi tror påvirker omfang og sammensetning av omsorgstjenester på kommunalt nivå. Igjen er vi begrenset av variable vi kan få opplysninger om fra alle tre land. Alderssammensetningen i en kommune er en opplagt kandidat til å forklare omfang og sammensetning av omsorgstjenester. I analysene bruker vi andelen innbyggere 67 år og eldre. Kommunale inntekter er en annen sentral variabel. Selv med statlige overføringsordninger vil det være inntektsvariasjon mellom kommunene, og relativt rike kommuner vil kunne ha større omfang og mer kostbar sammensetning av omsorgstjenestene enn relativt fattige kommuner. En tredje variabel vi legger inn, er antall døde per innbygger i en kommune. Dødelighet er en indikator på helsetilstanden og derfor trolig også en indikator for behovet for pleie- og omsorgstjenester i befolkningen. Tabell 4.1 presenterer beskrivende statistikk for de variable vi bruker i analysene.

Tabell 4.1 Beskrivende statistikk basert på vektete observasjoner av enkeltkommuner

		Andel m/ hjemmehjelp	andel beboere på institusjon og tilrettelagte boformer	andel beboere/andel med hjemmetjenester	andel i alderen 67-79	andel 80 +	kommunale inntekter per capita i 1000 NOK	Antall døde per innbygger
Danmark	Gjennomsnitt	0,038	0,017	0,453	0,134	0,041	36,358	0,011
	Standardavvik	0,008	0,005	0,123	0,024	0,010	8,175	0,002
	min	0,000	0,000	0,147	0,058	0,010	0,000	0,000
	max	0,073	0,048	1,444	0,253	0,099	64,061	0,021
	N	1631	1631	1625	1631	1631	1631	1360
Norge	Gjennomsnitt	0,037	0,017	0,463	0,085	0,046	48,415	0,009
	Standardavvik	0,011	0,006	0,132	0,016	0,012	10,810	0,002
	min	0,000	0,000	0,000	0,044	0,016	29,171	0,000
	max	0,117	0,125	3,167	0,166	0,136	216,578	0,033
	N	3375	3323	3277	3424	3424	3409	3420
Sverige	Gjennomsnitt	0,017	0,012	0,766	0,100	0,053	31,984	0,010
	Standardavvik	0,005	0,004	0,263	0,019	0,012	3,977	0,002
	min	0,005	0,000	0,000	0,055	0,016	19,485	0,004
	max	0,045	0,035	2,534	0,194	0,103	52,151	0,023
	N	2299	1919	1909	2318	2318	2318	2318
Alle	Gjennomsnitt	0,027	0,015	0,609	0,104	0,048	37,264	0,010
	Standardavvik	0,013	0,005	0,257	0,026	0,013	10,030	0,002
	min	0,000	0,000	0,000	0,044	0,010	0,000	0,000
	max	0,117	0,125	3,167	0,253	0,136	216,578	0,033
	N	7305	6873	6811	7373	7373	7358	7098

I Tabell 4.2 presenteres resultat fra regresjonsanalyser der utgangspunktet er data fra Danmark, Norge og Sverige. De avhengige variable er henholdsvis andel innbyggere som mottar praktisk bistand (kolonnene 2-3) og andel innbyggere som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagt boform (kolonnene 4-5). Siden vi har observasjoner for flere år av hver kommune (paneldata), vil ikke alle restleddene være uavhengig fordelt. Dette tar vi hensyn til ved å benytte kommunespesifikke faste effekter for å kontrollere for uobserverbare faktorer på kommunenivå. Denne korreksjonen gjør vi i alle regresjonene. For begge de to avhengige variablene har vi estimert modeller med og uten faste effekter for år. Ved å inkludere faste effekter for år blir det blant annet mulig å kontrollere for generell nominell vekst i kommunale

inntekter over tid. Ved hjelp av en likelihood ratio test har vi testet hvorvidt det er hensiktsmessig med faste effekter for år. Vi finner da at modeller *uten* faste effekter for år kan forkastes med lav p-verdi. I tabell 4.2 presenterer vi derfor kun resultater fra modellene med faste effekter for år. I kolonne 2 og 4 er modellene estimert med vanlige minste kvadraters metode (MKM), mens i kolonne 3 og 5 er det benyttet instrumentvariable for kommunale inntekter og modellene er estimert med generaliserte momenters metode (GMM). Sistnevnte estimeringsmetode er nært beslektet med MKM, idet MKM kan sees på som et spesialtilfelle av GMM. Videre er det også med GMM slik at man søker å minimere en observerbar størrelse. Fordelen med sistnevnte estimeringsmetode er at den gjør det mulig å estimere regresjonslikninger der en eller flere av forklaringsvariablene er endogene. Et eksempel på en situasjon der en forklaringsvariabel er endogen har vi dersom de kommunale inntekter (forklaringsvariabel) delvis påvirkes av omfanget av omsorgstilbudet i kommunen (avhengig variabel). Dersom en eller flere av forklaringsvariablene er endogene vil vanlig minste kvadraters metode ikke være en egnet estimeringsmetode. Ved GMM estimering benyttes såkalte instrumentvariable til å tilføre informasjon om den aktuelle endogene forklaringsvariablen. Den viktigste instrumentvariablen som er benyttet ved GMM estimeringene her, er kommunens befolkningstetthet målt som antall innbyggere per kvadratkilometer. Resultater fra regresjonsanalyser estimert med GMM tolkes på samme måte som resultater beregnet med vanlig minste kvadraters metode. For en mer detaljert beskrivelse av GMM, se for eksempel Biørn (2009).

Tabell 4.2 Regresjonsanalyser for Danmark, Norge og Sverige

	Andel innbyggere med praktisk bistand		Andel innbyggere i institusjon eller tilrettelagt boform	
Andel innbyggere 67år og over	0,08*** (0,01)	0,12*** (0,03)	0,00 (0,01)	0,03** (0,02)
Kommunale inntekter per capita (mill per innbygger)	-0,12*** (0,02)	0,02 (0,03)	0,25*** (0,02)	0,11*** (0,04)
Døde per capita	-0,07 (0,05)	-0,08* (0,05)	-0,03 (0,04)	1,37*** (0,26)
Estimeringsmetode	Vanlig minste kvadraters metode	Generalisert momentmetode med instrumentvariable†	Vanlig minste kvadraters metode	Generalisert momentmetode med instrumentvariable†
Justert R ²	0,93	-	0,83	-
Faste effekter for kommune	Ja			
Faste effekter for år	Ja			
Tidsperiode	2002-2006			
Antall kommuner	990			
Antall observasjoner per kommune	1-5			

Estimatet er statistisk signifikant på henholdsvis 10 % () 5 % (**) og 1 % (***) i en tosidig t-test. † Benyttede instrumentvariable for kommunale inntekter er befolkningstetthet og dummyvariable for år, i tillegg til de øvrige forklaringsvariable som inngår i analysen.

Resultatene i kolonne 2 (MKM) tyder på at en økning i andelen eldre i befolkningen bidrar til en økt andel innbyggere som mottar praktisk bistand. Samtidig ser vi fra resultatene i samme modell at økte kommunale inntekter ser ut til å medføre en reduksjon i andelen som mottar praktisk bistand. Det kan være flere årsaker til dette noe kontraintuitive resultatet. Det mest nærliggende er imidlertid at andelen eldre og pleietrengende påvirker kommunenes inntekter gjennom inntektssystemene og at kommunale inntekter derfor kan betraktes som en såkalt endogen variabel i denne analysen. I kolonnene 3 og 5 presenteres resultater fra analyser der vi tar hensyn til muligheten for at kommunale inntekter er en endogen variabel. Vi ser i kolonne 3 at vi nå ikke finner statistisk signifikante sammenhenger mellom andelen som mottar praktisk bistand og nivået på de kommunale inntektene. Andelen eldre har fortsatt en positiv effekt, mens andelen døde påvirker andelen innbyggere som mottar praktisk bistand negativt.

I analysene der andelen innbyggere som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagte boformer inngår som avhengig variabel, finner vi en positiv og statistisk signifikant sammenheng med kommunale inntekter, enten vi ser på resultatene i kolonne 4 der modellen er estimert med MKM, eller kolonne 5 der modellen er estimert GMM.

I modellen estimert med MKM finner vi ingen statistisk signifikant virkning av andelen eldre og andelen døde på andelen som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagte boformer. Derimot finner vi i modellen estimert med GMM at både andelen eldre og andelen døde har positiv effekt på andelen som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagte boformer.

Dersom det i noen grad er slik at andelen eldre og pleietrengende påvirker kommunenes inntekter gjennom inntektssystemene vil dette innebære at modellene i kolonnene 3 og 5 er de mest hensiktsmessige for dette formål. En oppsummerende konklusjon er da at andelen som mottar praktisk bistand i liten eller ingen grad påvirkes av våre forklaringsvariable med unntak av andelen eldre, mens andelen innbyggere som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagte boformer, påvirkes positivt av andelen eldre, kommunale inntekter og andelen døde. Et viktig moment i forbindelse med praktisk bistand er at dette er en tjeneste der det er grunn til å forvente stor variasjon med hensyn til omfanget av tjenester som den enkelte bruker mottar, herunder timetall per uke. Det at vi ikke finner robuste sammenhenger mellom våre forklaringsvariable og andelen som mottar praktisk bistand utelukker ikke at våre forklaringsvariable påvirker omfanget av praktisk bistand for brukerne i den enkelte kommune.

Modellene estimert med MKM har alle relativt høy andel forklart variasjon, hvilket indikeres med de høye R^2 verdier. Generelt kan man forvente høye R^2 verdier med modeller som inkluderer kommunespesifikke faste effekter. Vi har også undersøkt hvorvidt regresjonsmodellenes prediksjon for de tre landene systematisk avviker fra observerte verdier på hver av de to avhengige variable.³ For modellene der det åpnes for at kommunale inntekter

³ Dette er gjort ved å estimere en regresjonsmodell der de predikerte residualer inngår som avhengige variable og dummyvariable for land inngår som forklaringsvariabel.

kan være endogene (kolonne 3 og 5) finner vi ingen systematisk feilprediksjon mellom de tre landene. Det samme gjelder for modellen estimert med vanlige minste kvadraters metode der andel innbyggere med praktisk bistand inngår som avhengig variabel. Derimot finner vi i modellen estimert med vanlige minste kvadraters metode der andel innbyggere i institusjon og tilrettelagte boformer inngår som avhengig variabel, at Norge har uforklart høy (alternativt, Sverige og Danmark har uforklart lav) andel beboere i institusjoner og tilrettelagte boformer.

Tabell 4.3 viser resultatene av tilsvarende analyser som Tabell 4.2, men i Tabell 4.3 er også hjemmesykepleie inkludert i hjemmetjenestene. Det innebærer at analysene må begrenses til Danmark og Norge. Som i Tabell 4.2 bidrar andelen innbyggere 67 år og over til at en større andel av en kommunes innbyggere mottar praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie. Til forskjell fra resultatene i Tabell 4.2 bidrar kommunale inntekter nå til at en større andel av kommunenes innbyggere vil motta hjemmetjenester når sammenhengen estimeres ved hjelp av GMM.

Tabell 4.3 Regresjonsanalyser for Danmark og Norge

	Andel med praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie	
Andel innbyggere 67 år og over	0,11*** (0,02)	0,06** (0,02)
Kommunale inntekter per capita	-0,07** (0,03)	0,08*** (0,03)
Døde per capita	-0,12 (0,08)	-0,11 (0,07)
Estimeringsmetode	MKM	GMM
Justert R ²	0,86	
Faste effekter for kommune	JA	JA
Faste effekter for år	JA	JA
Tidsperiode	2002-2006	
Antall kommuner	700	
Antall observasjoner per kommune	1-5	

4.2 Enkeltland

Vi har også gjort analyser av hvert land for seg. Analysene har samme oppsett som over, dvs. at vi gjennom analysen tester ut effektene av andel innbyggere over 67 år, kommunalt inntektsnivå og døde per capita. Avhengige variabler varierer noe mellom landene. Dette reflekterer igjen at Norge og Danmark har et bedre datagrunnlag enn Sverige.

Tabell 4.4 viser resultatene fra Danmark.

Tabell 4.4 Regresjonsanalyser for Danmark. Effekter (standardavvik) av utvalgte variable på andel av innbyggerne i en kommune som mottar omsorgstjenester og på brutto driftsutgifter per innbygger til omsorgstjenester i Danmark - vektet regresjon med kommunenes folketall som vekter

	Andel innbyggere med praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie		Andel innbyggere i institusjon eller tilrettelagt boform		Kostnader per innbygger (mill nok)	
Andel innbyggere 67 år og over	0,17*** (0,02)	0,11*** (0,02)	0,02 (0,01)	0,01 (0,01)	0,01*** (0,00)	0,26*** (0,01)
Kommunale inntekter per capita	-0,10*** (0,04)	-0,07* (0,04)	-0,02 (0,02)	-0,06*** (0,02)	0,04** (0,02)	0,01* (0,00)
Døde per capita	0,10 (0,11)	0,10 (0,09)	-0,03 (0,07)	-0,03 (0,06)	-0,01 (0,02)	-0,04** (0,01)
	MKM	GMM	MKM	GMM	MKM	GMM
Faste effekter for kommune	Ja	Ja	Ja			
Tidsperiode	2001-2005	2001-2005	2001-2005	2001-2005	2001-2005	2001-2005
Faste effekter for år	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall kommuner	272	272	272	272	269	269
Antall observasjoner per kommune	5	5	5	5	5	5
Justert R²	0,89	-	0,88	-	0,92	-

Kolonnene 2 og 3 av Tabell 4.4 viser forklaringsfaktorer for andelen av en kommunes innbyggere som mottar hjemmetjenester. Sammenhengene er estimert ved hjelp av vektet minste kvadraters metode og GMM. Kommunenes folketall er brukt som vekter. Vi ser fra tabell 4.4 at andelen eldre i en kommune har betydning for andelen av innbyggerne som mottar hjemmetjenester og for kostnader per innbygger. Effekten av kommunale inntekter på kommunenes utgiftsnivå er positive. Effektene av kommunale inntekter på andel innbyggere som får hjemmetjenester og på andel innbyggere som får institusjonsplass/plass i omsorgsbolig, er negative. Dette er ikke intuitivt og vi diskuterer dette nærmere i oppsummeringen.

Tabell 4.5 viser resultatene fra Norge.

Tabell 4.5 Regresjonsanalyser for Norge. Effekter (standardavvik) av utvalgte variable på andel av innbyggerne i en kommune som mottar omsorgstjenester og på brutto driftsutgifter per innbygger til omsorgstjenester i Norge - vektet regresjon med kommunenes folketall som vektor

	Andel innbyggere med praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie		Andel innbyggere i institusjon eller tilrettelagt boform		Kostnader per innbygger (mill nok)	
Andel innbyggere 67 år og over	0,20*** (0,02)	-0,13 (0,20)	0,09*** (0,01)	0,08* (0,04)	0,09*** (0,00)	0,13** (0,05)
Kommunale inntekter per capita	0,01 (0,04)	0,20*** (0,03)	0,15*** (0,02)	0,39*** (0,02)	0,16*** (0,01)	0,28*** (0,00)
Døde per capita	-0,25*** (0,08)	-0,12 (0,18)	-0,03 (0,05)	0,33* (0,23)	0,05*** (0,01)	-0,09 (0,13)
	MKM	GMM	MKM	GMM	MKM	GMM
Faste effekter for kommune	Ja	Ja	Ja			
Tidsperiode	2002-2009	2002-2009	2002-2009	2002-2009	2002-2009	2002-2009
Faste effekter for år	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall kommuner	428	428	428	428	428	428
Antall observasjoner per kommune	1-8	1-8	1-8	1-8	1-8	1-8
Justert R ²	0,83	-	0,81	-	0,96	-

I Norge finner vi positive effekter av andel eldre innbyggere både på andel innbyggere i institusjon eller tilrettelagte boformer og på kostnader per innbygger. Det betyr at en økning i andelen eldre fører til flere som bor i institusjon/omsorgsboliger og til et høyere utgiftsnivå. Effekten på andel som mottar hjemmetjenester er ikke entydig. Det er videre stabile og positive effekter av kommunale inntekter både på andel innbyggere som mottar hjemmetjenester, andel innbyggere i institusjoner og tilrettelagte boformer og kostnader per innbygger. Dødelighet har primært effekter på andel innbyggere som er i institusjon eller tilrettelagte boliger.

Tabell 4.6 viser resultatene for Sverige.

Tabell 4.6: Regresjonsanalyser for Sverige. Effekter (standardavvik) av utvalgte variable på andel av innbyggerne i en kommune som mottar omsorgstjenester og på brutto driftsutgifter per innbygger til omsorgstjenester i Sverige - vektet regresjon med kommunenes folketall som vektor

	Andel innbyggere med praktisk bistand		Andel innbyggere i institusjon eller tilrettelagt boform		Kostnader per innbygger (mill nok)	
Andel innbyggere 67 år og over	0,04*** (0,01)	0,21*** (0,02)	0,04*** (0,01)	0,05*** (0,01)	0,03*** (0,00)	0,03*** (0,01)
Kommunale inntekter per capita	0,08 (0,08)	0,25*** (0,03)	-0,01 (0,04)	-0,35*** (0,01)	0,24*** (0,01)	0,33*** (0,01)
Døde per capita	0,05 (0,08)	0,07 (0,09)	0,02 (0,05)	0,02 (0,05)	0,06*** (0,02)	0,07*** (0,02)
	MKM	GMM	MKM	GMM	MKM	GMM
Faste effekter for kommune	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tidsperiode	2001-2009	2001-2009	2001-2008	2001-2008	2001-2009	2001-2009
Faste effekter for år	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall kommuner	290	290	290	290	290	290
Antall observasjoner per kommune	5-9	5-9	3-8	3-8	7-9	7-9
Justert R²	0,77	-	0,89	-	0,97	-

Vi ser fra Tabell 4.6 at en økning i andelen eldre i befolkningen i en kommune bidrar til en økt andel innbyggere som mottar praktisk bistand. Vi finner også en positiv sammenheng mellom andelen eldre og andelen innbyggere som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagte boformer. Når det gjelder virkningen av kommunale inntekter, finner vi at en økning i kommunale inntekter bidrar til at andelen som mottar praktisk bistand øker. Samtidig ser vi at resultatene tyder på at en økning i kommunale inntekter bidrar til at andelen som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagte boformer reduseres. Når det gjelder virkningen av døde per capita ser vi at denne variabelen ikke har statistisk signifikant påvirkning, verken på andelen som mottar praktisk bistand, eller andelen som mottar tjenester i institusjon eller tilrettelagte boformer. I de to siste kolonnene presenteres resultatene av regresjoner med kommunens kostnader per innbygger til omsorgstjenester som avhengig variabel. Resultatene viser at både andelen eldre, kommunale inntekter og antallet døde bidrar til å øke en kommunes kostnader til omsorgstjenester per innbygger.

4.3 Oppsummering

Analyser av forskjellene mellom kommuner og land er gjort ved regresjonsmodeller. Vi har benyttet uavhengige variable vi tror påvirker omfang og sammensetning av omsorgstjenester på kommunalt nivå og som er tilgjengelig fra alle tre landene. Relativt få variabler har vært

tilgjengelig. Vi har konsentrert analysene om alderssammensetningen i en kommune målt ved andelen innbyggere 67 år og eldre, kommunale inntekter per innbygger og dødelighet. Hovedkonklusjonene er som følger:

- I de fellesskandinaviske analysene finner vi at økning i andelen eldre øker andelen innbyggere som får praktisk bistand og andel innbyggere som får institusjons/omsorgsplass. I landanalysene finner vi igjen de samme effektene, men ikke fullt så skarpe estimater for Danmarks vedkommende.
- Økning i kommunale inntekter bidrar til økt tilbud av tjenester og økte kostnader per innbygger. Dette finner vi både i de fellesskandinaviske analysene og i analysene av norske kommuner. For Sverige og Danmark er sammenhengene noe mindre entydige.
- Økt dødelighet har ikke så entydige effekter som de to andre variablene, men ser ut til å påvirke andelen innbyggere som får institusjonsplass eller plass i omsorgsbolig i Norge.

Vi ser at resultatene fra regresjonsanalysene i kapittel 4 er avhenger av hvilket utvalg som inkluderes i analysene. Spesielt ser vi at den estimerte effekten av kommunale inntekter per capita på andelen innbyggere som mottar praktisk bistand, og på andelen innbyggere i institusjon eller tilrettelagte boformer, er signifikant negativ i regresjoner for Danmark separat. Samtidig ser vi at resultatene tyder på en positiv sammenheng mellom disse variablene i Norge og Sverige. I regresjonen for de tre landene samlet ser vi på den gjennomsnittlige sammenhengen mellom kommunale inntekter og de avhengige variable. Vi ser at da at det i gjennomsnitt ikke er en statistisk signifikant sammenheng mellom kommunale inntekter per capita og andelen mottakere av praktisk bistand. Samtidig ser vi at det i gjennomsnitt i Skandinavia er en positiv sammenheng mellom kommunale inntekter per capita og andelen innbyggere på institusjon. Med andre ord veier den positive sammenhengen i Norge og Sverige tyngre enn den negative sammenhengen i Danmark. Den direkte tolkningen av resultatene er at sammenhengen mellom kommunale inntekter og vår avhengige variabel, er avhengig av hvilket land vi ser på. En rekke bakenforliggende prosesser kan medføre et slikt resultat. Regresjonsanalysene som presenteres inkluderer variable som er ment å fange opp omsorgsbehovet i den enkelte kommune: Dødelighet og andelen eldre. Det kan tenkes at viktige uobserverbare aspekter ved omsorgsbehovene i den enkelte kommune ikke fanges opp av dødelighet og andelen eldre. Det kan dermed tenkes at vi ved å inkludere mer detaljert informasjon om omsorgsbehovene i analysene, ville påvist en entydig sammenheng mellom kommunale inntekter og de avhengige variable. For eksempel kan den estimerte negative sammenhengen mellom kommunale inntekter og de avhengige variable skyldes at omsorgsbehovene er systematisk lavere i danske kommuner med høye inntekter, sammenlignet med danske kommuner med lave inntekter. En slik systematikk kan oppstå blant annet som resultat av innenlandsk flyttemønster. Det er behov for mer forskning og bedre beskrivelse av omsorgsbehovene for å belyse denne problemstillingen.

5 Konklusjoner

Alle de fire nordiske landene, Norge, Sverige, Danmark og Finland, har valgt kommunalt ansvar for pleie- og omsorgstjenestene. Dette gjelder praktisk bistand i hjemmet, omsorgsboliger og sykehjem. I Norge, Danmark og Finland har kommunene også ansvar for hjemmesykepleien, mens det i Sverige på dette punktet er en viss valgfrihet for kommunene ved at en kan organisere hjemmesykepleien på landstingsnivå.

Tradisjonelt har det kommunale ansvaret i pleie – og omsorgstjenestene omfattet eldre. Både Norge, Danmark og Sverige har i løpet av 1980- og 90-årene også desentralisert ansvaret for psykisk utviklingshemmede og deler av ansvaret innenfor psykisk helsevern til kommunene. Danmark har fullt ut desentralisert ansvaret for rehabilitering til kommunene fra 2006.

I alle de fire landene reguleres kommunenes oppgaveløsning relativt sterkt av staten. Et viktig virkemiddel i den statlige styringen er finansieringsmodellene for kommunesektoren. De fire nordiske landene Norge, Sverige, Finland og Danmark har relativt like finansierings- eller inntektsfordelingsmodeller mellom staten og kommunene. Det legges stor vekt på utjevning av inntekter og kompensasjon for variasjoner i behov. Norge avviker fra de andre landene ved at kommunene har små muligheter for å variere lokale skatter og ved at de distriktsmessig motiverte overføringene har et større omfang. Egenbetalingen er relativt lav i alle de nordiske landene. Innslaget av private leverandører varierer mye mellom landene. Blant de tre skandinaviske landene er bruken av private tilbydere størst i Sverige og minst i Norge.

Datagrunnlag og definisjoner varierer mellom de fire nordiske landene. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne nivået på tjenestetilbudet. Dette gjelder særlig for Finland der det ikke er mulig å skille tilbud i pleie og omsorgstjenestene fra deler av aktiviteten i spesialisthelsetjenestene. Finland inngår derfor ikke i den videre beskrivelsen og i analysene.

Rapporten beskriver nivået på tjenestene både totalt og i ulike aldersgrupper.

Praktisk bistand/hjemmesykepleie: Nivået på praktisk bistand kan sammenliknes mellom Norge, Sverige og Danmark. Antall mottakere av praktisk bistand som andel av befolkningen (prosentandeler) i perioden 2001–2009 er om lag 2,4 i Norge, 3,4 i Danmark og 1,8 i Sverige. I Sverige omfatter tallene kun praktisk bistand for de som bor i ordinære boliger. Nivået på hjemmesykepleie kan sammenliknes mellom Norge og Danmark. For Sveriges del finnes ikke sammenliknbare tall da ansvaret for hjemmesykepleie er delt på to politiske nivåer (kommuner og landsting). Det er en noe høyere andel som mottar praktisk bistand i Danmark enn i Norge og noe høyere andel som mottar hjemmesykepleie i Norge enn i Danmark. Når hjemmetjenester inkluderer både praktisk bistand og hjemmesykepleie, er andelen mottakere noe høyere i Danmark enn i Norge i 2009.

Institusjoner og omsorgsboliger: Sverige publiserer kun data om det samlede antall mottakere av institusjonsplasser og omsorgsboliger. Basert på disse totaltallene er dekningsgraden for befolkningen i perioden 2001–2008 om lag 1,9 % i Norge, 1,6 % i Danmark og 1,2 % i Sverige. Det har vært noe reduksjon i andelen av befolkningen som er beboere i institusjoner

eller omsorgsboliger i alle landene i perioden, og særlig i Sverige. I aldergruppen 80 år og eldre er dekningsgraden i 2008 24,4 % i Norge, 22,3 % i Danmark og 15,3 % i Sverige. Også i denne aldersgruppen har det vært en nedgang i dekningsgraden i alle landene, mest i Sverige. For Norge og Danmark er det mulig å skille mellom beboere institusjoner og beboere i omsorgsboliger (se kapittel 3 for presise definisjoner). I 2008 var total andel brukere av institusjoner 0,8 % i Danmark og 0,9 % i Norge. I aldergruppen 67–79 år var prosentandelen brukere 1,8 i Danmark og 1,7 i Norge. I aldergruppen 80 år og over var andel brukere 13,8 prosent i Danmark og 14,2 prosent i Norge. Når det gjelder omsorgsboliger, var totalt andel brukere 0,7 % i Danmark og 1,0 % i Norge. I aldergruppen 67–79 år var prosentandelen brukere 2,3 i Danmark og 2,0 i Norge. I aldergruppen 80 år og over var prosentandel brukere 8,5 i Danmark og 10,1 i Norge.

En viktig observasjon fra de beskrivende analysene er at det fortsatt skjer nedbygging av institusjonsbasert omsorg. Dette gjelder også for de eldste aldersgruppene. Trenden er sterkere i Sverige enn i Danmark. I Norge opprettholdes trolig nivået når det gjelder institusjonsdekning, men omleggingen av statistikkgrunnet i 2007 medfører en viss usikkerhet her. Samtidig skjer det i alle de tre landene økning i andelen som får hjemmebaserte tjenester i forhold til andelen som får institusjonsbaserte tjenester. Det skjer altså, nå som gjennom 1990-årene, en vridning fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester.

Statistiske forklaringer: Det er gjennomført analyser av variasjoner i omsorgstilbudet i Norge, Sverige og Danmark. Det finnes ikke datasett av mulige forklaringsvariabler som er standard for alle landene. Vi har derfor begrenset oss til å teste ut effektene av tre variabler: Kommunenes inntektsnivå, andelen gamle blant kommunenes innbyggere og dødeligheten på kommunenivå. Vi har gjennomført analyser med såkalte ”faste effekter” på kommunenivå. Dette gjør at det kontrolleres for andre kommunespesifikke forhold som for eksempel sykkelighet og lokale kostnadsforhold. Analysene av de skandinaviske landene samlet viser at kommunenes inntektsnivå har en positiv effekt på andel innbyggere i institusjoner og omsorgsboliger, dvs. at andelen beboere i disse boformene øker med kommunenes inntekter. Vi finner ikke tilsvarende effekter av inntekter på andel innbyggere som mottar praktisk bistand. At inntekter har ulike effekter på de to formene for omsorg kan skyldes ulikhet i kostnader mellom omsorgsformene. Det kan også være at større inntekter vil medføre at antallet timer med praktisk bistand til de som allerede er mottakere, vil øke. Tilgjengelige data har ikke gitt mulighet til å undersøke det. Vi finner videre en positiv effekt av andel av befolkningen i aldergruppen 67 og over for begge de to omsorgsformene. Dødelighet har en positiv effekt på institusjonsdekning og en negativ effekt på andel innbyggere som mottar praktisk bistand. Vi tolker dette som at det i kommuner som har mange innbyggere i livets siste fase, skjer en dreining av omsorgstilbudet over fra lettere til tyngre omsorgsformer.

Et gjennomgående trekk i analysene er at det er større kommunale variasjoner i det kommunale tilbudet i Norge enn i Sverige og Danmark. Vi har samtidig sett at det er større variasjoner i de kommunale inntektene i Norge enn i Sverige og Danmark og at nivået på kommunale inntekter er en viktig forklaring på variasjonen i kommunale tjenester. Det er

behov for ytterligere analyser for å avklare om den store ulikheten i Norge skyldes variasjoner i inntekter eller om det finnes behovsvariasjoner som vi ikke har fanget opp her.

Vi startet rapporten med å referere en analyse som ligger snart 15 år tilbake i tid, Daatland og medarbeidere (1997) sin analyse av forskjeller av tilbudet av pleie- og omsorgstjenester i Norden. Analysene fra den gang viste at Danmark hadde lagt stor vekt på utvikling av hjemmetjenester som kom til erstatning for institusjonstjenestene. Utviklingen i Sverige var derimot preget av reduksjon både i hjemmetjenester og institusjonsplasser/omsorgsboliger. Norge ble liggende et sted i mellom de to andre landene. I dag kan vi konkludere med at Danmark fortsatt ligger noe over Norge når det gjelder mottakere av hjemmehjelp/hjemmesykepleie, mens Sverige ligger lavere enn Norge. Norge ligger svakt over Danmark i dekningsgrader for institusjoner/omsorgsboliger. Også her ligger Sverige lavere. De lange linjer viser med andre ord at Norge fortsatt har lavere nivå enn Danmark på hjemmetjenester. De viser også at avinstitusjonaliseringen fortsetter i våre to naboland, mens institusjonsdekningen i Norge trolig er nokså stabil og høyere enn i de to andre landene.

Referanser

- Barstad, S. (2006). Omsorgsscenarier for nye seniorgenerasjoner. Hovedoppgave i samfunnsplanlegging. Høgskolen i Lillehammer.
- Biørn, E. (2009). Økonometriske emner, 3. utgave. Unipub, Oslo.
- Borge, L.-E., Haraldsvik, M. (2005). Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. SØF rapport nr. 01/05. Senter for økonomisk forskning AS, Trondheim.
- Daatland, S. O. (red.), 1997. De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95. NOVA-rapport 22/1997. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Oslo.
- Daatland, S. O., Szebehely, M., 1997. Tjenestene og utviklingen i sammenheng. I Daatland, S. O. (red.): De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95. NOVA-rapport 22/1997. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Oslo.
- Hagen, T. P., Sørensen, R. J. (2006). Kommunal organisering. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hermansen, Å. (2009). Hjemme eller institusjon? Masteroppgave. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Johansson, E. (2010). Long-term care in Finland. ENEPRI Research Report NO. 76. The Centre for European Policy Studies, Brussels.
- Karlsson, M., Iversen, T., Øien, H. (2011). Scandinavian long-term care financing. In J. Costa-Font and C. Courbage (eds.): Financing long term care in Europe: Institutions, markets and models. Palgrave Macmillan, forthcoming.
- KRD (2007). Forslag til forbedring av overføringssystemet for kommunene. Rapport fra arbeidsgruppe. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet
- NHO Service (2010). Omsorgstjenester. Bransjestatistikk 2010. NHO Service, Oslo.
- NOSOSCO (2010). Social tryghed i de nordiske lande. Omfang, udgifter og finansiering 2008/09. Nordisk Socialstatistisk Komité (NOSOSKO), København.
- NOU 1996: 1 Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner.
- NOU 2005: 18 Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner
- NOSOSKO (2009). Social tryghed i de nordiske lande. Omfang, udgifter og finansiering 2007/08. Nordisk Socialstatistisk Komité (NOSOSKO), København.
- SALAR (2009). Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi – oktober 2009. SALAR, Stockholm.

Socialstyrelsen (2008a). Äldre - vård och omsorg år 2007: Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Statistik socialtjänst 2008:7. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2008b). Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag indikatorer. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2009). Metoder och nyckeltal för uppföljning av äldreomsorg i Danmark, Norge, England och Kanada. Socialstyrelsen, Stockholm.

Statskontoret (2009). Kommunal utjämning i Danmark, Finland och Norge. PM 2009/94-5. Statskontoret, Stockholm.

St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement, Oslo.