

HELED skriftserie 2015:1

Kommunenes respons på
Samhandlingsreformen

Camilla Beck Olsen og Terje P. Hagen

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
1 Innledning.....	4
Bakgrunn og problemstillinger	4
Nærmere om de statlige virkemidlene	4
Analysene	5
Notatets oppbygging	6
2 Metode og data	7
3 Endringer i prioriteringer mellom kommunenes tjenesteområder	11
3.1 Prioriteringer mellom kommunenes tjenesteområder.....	11
3.3 Endringer innad i omsorgstjenestene.....	13
4 Endringer i tilbudet av kommunale tjenester	16
4.1 Indikatorer	16
4.2 Plasser i institusjoner	16
4.3 Årsverk i omsorgstjenestene, leger i institusjoner	17
5. Endringer i mottakere av tjenester	19
5.1 Brukere og tjenestemottakere	19
5.2 Endringer i antall brukere	19
6 Oppsummering og konklusjoner	22
Referanser.....	24
Vedlegg: Beskrivende statistikk.....	25

Forord

Arbeidsnotatet er en del av prosjektet Prosessevaluering av Samhandlingsreformen som finansiert av Norges Forskningsråd (NFR-nummer 220764). Prosjektets hovedmål er å beskrive nye organisasjonsmodeller som utvikles for kommunal tjenesteyting og for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og å studere effekter av disse modellene som kan avleses etter relativt kort tid (2-3 år). Evalueringen er bygd opp over tre arbeidspakker som hver inneholder flere delprosjekter:

- Arbeidspakke A omfatter casestudier av modeller for tjenesteyting som er under utvikling i forhold til tre tilstander eller diagnosegrupper som har vært særlig fokusert i f m Samhandlingsreformen: ”Øyeblikkelig hjelp”-tjenester, rehabilitering og forebyggende helsetjenester.
- Arbeidspakke B omfatter analyser av tre nye organisasjonsmodeller og rutiner som er under utvikling: 1) Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, 2) interkommunale samarbeidsordninger og 3) andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene.
- Arbeidspakke C omfatter analyser av korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av innleggelser innen medisinske DRG-er.

Dette arbeidsnotatet inngår i arbeidspakke C og beskriver kommunenes respons på Samhandlingsreformen slik dette måles gjennom kommunenes ressursbruk innen kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene og ved antall brukere av pleie og omsorgstjenester. Vi har benyttet data fra SSB Statistikkbanken (KOSTRA) og Grønt hefte fra kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD). Verken SSB eller KMD er ansvarlig for analysene og tolkningene som er gjort.

Blindern, 31.08.2015

Terje P. Hagen

Prosjektleder

Sammen drag

Bakgrunn og formål: Kommunene fikk utvidet ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og habilitering/rehabilitering i forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen fra 2012. Vi analyserer kommunenes respons på Samhandlingsreformen målt ved endringer i kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgsformål, plasser i institusjoner, årsverk til ulike typer aktiviteter og antall brukere av institusjoner og hjemmetjenester. *Data og metode:* Vi benytter KOSTRA-data fra SSB og data fra Kommunaldepartementets «grønne hefte» for perioden 2009-2014. Analysene implementeres innenfor en modell for etterspørsel etter kommunale tjenester der effektene av Samhandlingsreformen på endringer i ressursbruk kontrolleres for endringer i kommunale inntekter, demografi og andre behovsvariabler. *Resultater:* Det skjer en økning i kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester som følge av Samhandlingsreformen. Utgiftsøkningen blir særlig benyttet til å øke innsatsen av helsepersonell med høyere kompetanse i hjemmetjenesten og sykehjemmene. Økningen er særlig markant for leger i sykehjem der vi både observerer en stigende trend i analyseperioden og et nivåskifte som følge av Samhandlingsreformen. *Fortolkning:* Funnene fra analysen er forenelig med to elementer i Samhandlingsreformen, betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering. Særlig ordningen med at kommunene fikk ansvar for utskrivningsklare pasienter bidro til reduserte liggetider for eldre pasienter. Økningen i legeressurser i sykehjem og økt kompetanse i hjemmetjenestene er et rasjonelt svar på at pasienter som skrives ut til kommune har større hjelpebehov enn tidligere.

1 Innledning

Bakgrunn og problemstillinger

Kommunene har en nøkkelrolle i Samhandlingsreformen. Særlig kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter, kommunal medfinansiering av pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten og etableringen av kommunale akutte døgnenheter definerer den nye kommunerollen. Dette ble også understreket i Stortingets behandling av St. meld. 47 «Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid» der Helse- og omsorgskomiteen i Innst. 212 S (2009-2010) uttalte: *“Komiteen viser til at en ny rolle for kommunehelsetjenesten med utvidet ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og habilitering/rehabilitering er bærebjelken i Samhandlingsreformen».*

Kommunenes respons på Samhandlingsreformen kan skje på to måter som ikke er gjensidig utelukkende: 1) Kommunene kan ekspandere tjenestetilbudet ved å øke utgiftene, antall årsverk eller antall brukere som får tilbud eller 2) kommunene kan utnytte det eksisterende tilbudet av årsverk og plasser på en annen måte, f.eks. ved at kvaliteten overfor de brukere som får tjenester heves eller ved at tjenestene vris over mot brukere med høyere behov.

I dette notatet analyserer vi det første forholdet: Har Samhandlingsreformen ført til sterkere ekspansjon i kommunenes helse og omsorgstjenester enn i perioden før reformen ble iverksatt?

Nærmere om de statlige virkemidlene

Særlig to av de finansielle virkemidlene trekker i retning av ekspansjon av det kommunale tjenestetilbudet -- kommunal medfinansiering (KMF) og betaling for utskrivningsklare pasienter (BUK).

Kommunal medfinansiering: Ordningen med kommunal medfinansiering ble implementert fra 1. januar 2012 og regulert i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR 2011-11-18 nr. 1115), kapittel 2: *«Kommunen skal medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). Medfinansieringsplikten gjelder ikke for innleggelser og polikliniske konsultasjoner gruppert til*

diagnoserelaterte grupper med følgende hovedinnhold a) kirurgiske inngrep, b) fødsler, c) behandling av nyfødte barn, d) behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler.»

Medfinansieringen omfattet med andre ord medisinske diagnoser. Medfinansieringsandelen ble satt til 20 prosent av prisen for ett DRG-poeng, men skulle ikke overstige mer enn 20 prosent av inntil fire DRG-poeng for ett enkeltopphold.

Målet med kommunal medfinansiering var å få kommunene til å ta større ansvar for innbyggernes helse. Kommunene fikk overført ca. fem milliarder kroner hvert år fra sykehusene til å utvikle alternativer til sykehusinnleggelse eller betale sykehusregningen for de innleggelse og konsultasjoner som ble omfattet av ordningen. Ordningen ble opphevet fra 1.1. 2015, men omfattes av den perioden vi her presenterer data fra.

Betaling for utskrivningsklare pasienter: Ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter som ble implementert fra 1. januar 2012 ble regulert i tilsvarende forskrift, kapittel 3 (§ 7-15). Hovedpunktene i forskriften er: 1) helsepersonellet på sykehuset gjør en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset, 2) viser vurderingen at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal sykehuset varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen, 3) kommunen skal etter å ha mottatt varsel om en utskrivningsklar pasient straks gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten og 4) kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten.

Betalingen ble fastsatt til 4 000 kroner per døgn (2012) og kommunene fikk overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusene per år til enten å etablere et lokalt tilbud for disse pasientene eller å betale sykehusene for disse pasientenes opphold.

Analysene

Analysene tar for seg virkemidlene i Samhandlingsreformen som helhet og vil ikke skille mellom effekter av de lovmessige, finansielle og administrative virkemidlene. Analysen er med andre ord en før-etter-analyse der vi ser på endringer på tre sett av variabler:

- *Driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester:* Vi sammenlikner først gjennomsnittlige driftsutgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (med og uten utgifter til kommunal medfinansiering og utgifter til utskrivningsklare pasienter) med driftsutgifter til andre tjenester i kommunene, primært utgifter til barnehager, grunnskoler og kultur før og etter implementeringen av Samhandlingsreformen. På den måten vil vi få svar på om det skjer endringer i kommunenes ressursbruk innen helse- og omsorgstjenestene, sammenliknet med de endringer som skjer på andre deler av kommunenes ansvarsområder. Vi gjør også en mer disaggregert analyse der driftsutgifter til hjemmetjenester og institusjoner analyseres separat.
- *Årsverk og institusjonsplasser:* Utgiftsvariablene vil fange opp både pris og volumeffekter. For å isolere volumeffektene gjør vi derfor en nærmere analyse av endringer i årsverk og antall plasser i helseinstitusjoner. Denne analysen vil ikke ha med plasser i form av kommunal akutte døgneheter (KAD).¹
- *Brukere:* Til slutt ser vi på om antall brukere av pleie og omsorgstjenestene i form av beboere i institusjoner og omsorgsboliger, mottakere av hjemmetjenester og mottakere av pleie- og omsorgstjenester samlet, har økt.

Standardanalyser av slike problemstillinger gjøres gjerne innenfor etterspørselsmodeller der en lar kommunestyrene etterspørre tjenester til ulike grupper av befolkningen under en restriksjon gitt ved kommunens inntekter (Rattso 1989, Borge and Sorensen 1995, Borge and Rattso 1999, Falch and Rattso 1999, Hagen, Amayu et al. 2011). De siste omfattende analysene basert på denne tilnærmingen ble foretatt av Borge-utvalget (NOU 2005:18). Vi benytter samme tilnæringsmåte.

Notatets oppbygging

Kapittel 2 gir en nærmere beskrivelse av data og metode, mens resultatene av analyser av de ulike variabelsettene presenteres i kapittel 3 (kommunale utgifter), kapittel 4 (årsverk og plasser i institusjoner og kapittel 5 (brukere). Avsluttende diskusjon følger i kapittel 6.

¹ Vi gjør en egen analyse av effekter av oppbyggingen av kommunale akutte døgneheter, se Swanson, J. and T. P. Hagen (2015). Reinventing the “community hospital”: Did implementation of municipal acute bed units reduce the demand for hospital admissions? Manuscript.

2 Metode og data

Vi estimerer effektene av Samhandlingsreformen innenfor følgende statistiske modell:

$$Y_{k,y} = a_0 + b_1 * KI_{k,y} + b_2 * ETTERSSPØRSEL_{k,y} + b_3 * AVSTAND + b_5 * SR + \varepsilon$$

der Y beskriver tilbudet av tjenester for kommune k i år y , KI er kommunale inntekter definert av summen av kommunenes driftsutgifter, men uten å inkludere utgifter til kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter, ETTERSSPØRSEL er en vektor som beskriver behovsvariabler (for eksempel befolkningens alderssammensetning og andel uføre – se full oversikt i tabell 1), AVSTAND er en variabel som beskriver reiseavstander innad i kommunen, SR er en dummyvariabel for Samhandlingsreformen som tar verdien 0 for årene 2009-2011 og verdien 1 for årene 2012-2014 og ε er et feilledd. Alle analyser er veid med kommunens folketall. Med unntak for AVSTAND og SR er alle variabler normert med kommunenes innbyggertall. Inntekts- og utgiftstall er deflatert med indeks for kommunalt konsum (2014=100). Vi benytter modeller med robuste standardfeil.

Begrunnelsen for å utelate inntekter tilført kommunene i forbindelse med kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter, er at dette vil gjøre det lettere å identifisere effektene av Samhandlingsreformen gjennom SR-variabelen. I det motsatte tilfellet, altså ved inklusjon av inntektene tilført kommunene for kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter, vil effekten av Samhandlingsreformen bli fordelt på inntektsvariabelen og SR-variabelen og dermed vanskeligere å spore. I innledende analyser har vi også benyttet modeller med trendvariabler. Trendvariablene hadde ikke entydige effekter og ble droppet i de rapporterte regresjonsanalysene. Trendene i materialet vil imidlertid bli vist i beskrivende analyser og rapportert i teksten der de gir viktig tilleggsinformasjon. I innledende analyser ble det også eksperimentert med dummyvariabler for år, men uten at dette tilførte mer informasjon enn det som nå rapporteres.

Analysene gjøres med og uten «faste effekter» for kommune, der vi rapporterer de med faste effekter i tabells form. Bruk av faste effekter innebærer kontroll for faktorer i hver kommune

som er konstante over den tidsperioden vi måler. Disse faktorene kan være areal, geografi, næringsstruktur, osv. Ved å benytte denne metoden utnytter vi variasjonen innad i kommunene i tidsperioden 2009 til 2014. Estimatene i tabellene rapporterer da den gjennomsnittlige effekten innad i kommunene.

Data om kommunale utgifter, tjenester og brukere er hentet fra KOSTRA (kommune-stat-rapportering) -databasen til SSB² og fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets grønne hefte³. Tabell 2.1 gir oversikt over de avhengige variablene og datakildene.

Tabell 2.1 Variabeldefinisjoner og datakilder, avhengige variabler

Variabel	Datakilde
Korrigerte brutto driftsutgifter til helse og omsorgstjenesten	SSB, KOSTRA: Tabell 07798
Korrigerte brutto driftsutgifter utgifter til <ul style="list-style-type: none"> - Pleie og omsorgstjenesten - Institusjoner - Hjemmetjenesten 	SSB, KOSTRA: Tabell 07790
Korrigerte brutto driftsutgifter utgifter til skoler og barnehager	SSB, KOSTRA: Tabell 06806 & 06810
Korrigerte brutto driftsutgifter utgifter til kultur	SSB, KOSTRA: Tabell 06937
Plasser <ul style="list-style-type: none"> - Kommunale sykehjemsplasser - Kommunale institusjonsplasser - Plasser til tidsbegrenset opphold 	SSB, KOSTRA: Tabell 07790
Årsverk <ul style="list-style-type: none"> - Leger i institusjon - Personell med relevant erfaring - Årsverk i alt i pleie og omsorgstjenesten - Timer av leger i institusjon 	SSB, KOSTRA: Tabell 07790
Beboere <ul style="list-style-type: none"> - I pleie og omsorgstjenesten i alt - I institusjon 	SSB, KOSTRA: Tabell 07790
Mottakere <ul style="list-style-type: none"> - Hjemmetjenester - Pleie og omsorgstjenester 	SSB, KOSTRA: Tabell 07790

Data for fire kommuner er ikke med i analysene grunnet sammenslåing av kommuner i 2011 og 2012. Dette gjelder kommunene Harstad, Bjarkøy, Inderøy og Mosvik.

² For en mer detaljert beskrivelse av KOSTRA variablene, se brukerveiledningen, tilgjengelig på: <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/attachment/169293?ts=144f35d9768>

³ Grønt Hefte: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/grontheft/tabell_f-k_2015.pdf

Utgiftstallene fra SSB inkluderer utgifter til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. I analysene rapporterer vi både disse tallene og tall der utgiftene til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter er trukket ut. Vi har benyttet tall for kommunen som konsern for å inkludere utgifter og aktiviteter uavhengig av hvordan de kommunale aktivitetene er organisert.⁴

Etterspørselsvariablene omfatter demografiske og sosioøkonomiske faktorer og indikerer behovet for tjenester anskaffet av kommunene (Tabell 2.2).

Tabell 2.2 Variabeldefinisjoner og datakilder, uavhengige variabler

Variabel	Datakilde
Andel innbyggere i ulike aldersgrupper - 0-15 år - 67-79år - 80år pluss	Grønt hefte, Tabell E-K
Antall innbyggere	Grønt hefte, Tabell F-K
Inntekter (brutto driftsutgifter i alt)	SSB, KOSTRA: Tabell 04938
Andel arbeidsledige	Grønt hefte, Tabell F-K
Andel psykisk utviklingshemmede over 16 år	Grønt hefte, Tabell F-K
Andel enslige over 80 år	Grønt hefte, Tabell F-K
Andel Dødelighet	Grønt hefte, Tabell F-K
Reiseavstand til sonesenteret, i km	Grønt hefte, Tabell F-K

Gjennomsnitt per år for de uavhengige variablene er gitt i Tabell 2.3. I vedlegget er det en mer fullstendig oversikt over beskrivende statistikk.

⁴ <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen>

Tabell 2.3 Deskriptiv statistikk for forklaringsvariablene (vektede gjennomsnitt)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Inntekter*	72 682	72 438	73 231	73 136	73 851	72 546
Andel 0-15 år	20,4 %	20,3 %	20,1 %	19,8 %	19,6 %	19,4 %
Andel 67-79 år	8,3 %	8,3 %	8,4 %	8,6 %	8,8 %	9,2 %
Andel 80 år og over	4,6 %	4,5 %	4,5 %	4,5 %	4,4 %	4,4 %
Dødelighet	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
PU-klienter 16 år og over	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Arbeidsledige	1,0 %	0,8 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %
Enslige 80 år og over	3,1 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %	2,9 %	2,8 %
Reiseavstand i km	4,0	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0
Innbyggere**	11 123	11 256	11 402	11 554	11 703	11 846

*Inntekter uten KMF/KAD eller BUK

**Gjennomsnitt for antall innbyggere er ikke vektet

Det er som vi ser, en reduksjon i andel innbyggere i de lavere aldergruppene og en økning i aldergruppen 67 år og over. Det er også en reduksjon i aldergruppen 80 år og eldre.

Arbeidsledige er tall for aldergruppen 16-59 år.

3 Endringer i prioriteringer mellom kommunenes tjenesteområder

Som påpekte innledningsvis, ble det forventet en ny kommunerolle med økt ansvar for kommunene innen forebyggende arbeid, rehabilitering og annet. Her analyserer vi først om kommunene har økt utgiftene til helse- og omsorgstjenestene sterkere enn til andre tjenester. Dernest analyseres endringer innad i pleie- og omsorgstjenestene, mer presist om det skjer endringer i utgiftsprioriteringer mellom institusjoner og hjemmetjenester.

3.1 Prioriteringer mellom kommunenes tjenesteområder

Prioriteringer mellom tjenesteområdene i kommunene beskrives ved korrigerede brutto driftsutgifter til kommunens hovedansvarsområder: barnehager og grunnskole, helse og omsorgstjenester, og kultur. Driftsutgifter til grunnskole og barnehager er slått sammen til en variabel kalt *skole* i regresjonsanalysene. Driftsutgifter til helse og omsorgstjenesten defineres på to måter: 1) Korrigerede brutto driftsutgifter inkludert utgifter til kommunal medfinansiering (KMF), etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KAD) og utskrivningsklare pasienter (UTK), dvs. inkludert overføringer til helseforetakene, og 2) korrigerede brutto driftsutgifter uten utgifter til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter inkludert. Utgifter i forbindelse med medfinansiering av sykehustjenester inngår i funksjon 241 i KOSTRA og kan lett trekkes ut. Utgifter til utskrivningsklare pasienter er beregnet på bakgrunn av antall liggedager som utskrivningsklar ganget med døgnprisen på 4000 kroner⁵.

I tabell 3.1 presenteres gjennomsnittlige korrigerede brutto driftsutgifter i kommunene for årene 2009 - 2014. Pleie og omsorg og skoler utgjør en stor del av kommunenes utgifter med henholdsvis 24 % og 31 % av kommunenes totale driftsutgifter. I gjennomsnitt har kommunene en liten økning i andelen av driftsutgifter til pleie og omsorg og hjemmetjenestene, mens utgifter til kultur og skoler har fått en mindre del av kaken. Alle utgiftsvariablene er gjort om til antall per innbygger. Se vedlegget for gjennomsnitt, standard avvik, antall observasjoner, minimum og maksimum per år.

⁵ Våre beregninger av utgifter til utskrivningsklare for hver kommune vil avvike noe fra hva kommunene faktisk betalte helseforetakene. Avvikene har flere forklaringer, blant annet: - ulik periodisering i regnskapsdata og pasientdata
- BUK er et lokalt oppgjør mellom kommuner og HF, her kan det skje forskyvninger
- Etter at en pasient er registrert som utskrivningsklar i pasientdata så kan det skje endringer

Tabell 3.1 Gjennomsnittlige korrigerte brutto utgifter per innbygger per år (faste priser, 2014=100). Vektete analyser.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% -vis årlig endring		
							2009-2011	2012-2014	2011-2012
Helse og omsorg	21 355	21 391	21 716	23 462	23 526	23 669	1,69	0,88	8,04
- uten KMF/KAD/BUK	21 355	21 391	21 716	22 294	22 345	22 478	1,69	0,83	2,66
Kultur	2 643	2 702	2 729	2 713	2 718	2 693	3,23	-0,74	-0,57
Skole	22 807	23 112	23 013	22 923	22 652	22 393	0,90	-2,31	-0,39

Den gjennomsnittlige årlige veksten i korrigerte bruttoutgifter til helse- og omsorgstjenestene er 1,7 % i perioden 2009-11 og 0,9 % i perioden 2012-2014. Uten utgifter til kommunal medfinansiering (KMF), øyeblikkelig hjelp tilbud (KAD) og utskrivningsklare pasienter (BUK) er den årlige veksten 0,8 % i perioden 2012-14. Vi ser imidlertid at det er en sterkere økning i utgiftene fra 2011 til 2012. Veksten er på 8,4 % når vi inkluderer utgifter kommunal medfinansiering, KAD og utskrivningsklare pasienter og 2,7 % når disse utgiftene ekskluderes. Den markante utgiftsveksten mellom 2011 og 2012 gjør også at den årlige veksten i perioden 2009-2012 blir relativt høy, 2,2 % når utgifter til kommunal medfinansiering, KAD og utskrivningsklare pasienter inkluderes og 1,2 % når disse utgiftene ekskluderes. Vi merker oss at i begge de to andre sektorene som er med i analysen, skjer en reduksjon i utgiftsnivået fra 2011.

Tabell 3.2 Endring i korrigerte brutto driftsutgifter etter sektor (2009-2014). Faste priser (2014=100). Vektete analyser.

	Helse og omsorg	Helse og omsorg, uten KMF/KAD og BUK	Skole	Kultur
Inntekter	0,21***	0,20***	0,17***	0,05***
Andel 0-15 år	-42803***	-43189***	33675***	5154
Andel 67-79 år	47175***	48524***	-26183**	-1387
Andel 80 år og over	75209***	81488***	-42555*	-4020
Dødelighet	-67941	-68122	-107296	26415
PU 16 år pluss	149422	146300*	-97700	43934
Arbeidsledige	17470	16265	-17605*	-106
Enslige 80 år og over	-21372	-20837	1436	-5066
Reiseavstand	33	42	17	-12
Innbyggere	0	0	-0	-0*
Samhandlingsref.	1402***	239	9	44
Konstantledd	7039*	6629	9582***	-1774
Faste effekter	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune
R ²	0,98	0,98	0,97	0,90
T (tidsperioder)	6	6	6	6
N (antall)	412	412	412	412

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Resultatene fra regresjonsanalysene (Tabell 3.2) indikerer at Samhandlingsreformen har hatt en effekt på utgiftsnivået i kommunene. Effekten er signifikant når vi inkluderer utgifter til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter, men avviker ikke signifikant fra perioden før implementeringen av reformen i analysene der overføringene til helseforetakene ekskluderes.

Kommunenes generelle inntektsnivå er viktig for utgiftsnivået på sektornivå. Resultatene viser at for hver krone man øker inntektene med så øker utgiftene til helse- og omsorgstjenester med 0,21 kroner per innbygger, til skole med 0,17 kroner og til kultur med 0,05 kroner. Effekten av de demografiske variablene illustrerer prioriteringsmekanismene i kommunale beslutningsprosesser. Økning av andelen yngre vrir ressurser bort fra helse- og omsorgstjenester og over til barnehager og grunnskole. Økning i andelen eldre bidrar til å øke utgiftene innen helse- og omsorgssektoren og redusere utgiftsnivået i skolesektoren. Av de øvrige variablene er det først og fremst andelen PU-klienter som tar signifikante effekter. At få av de andre variablene har signifikante effekter må forstås i lys av at vi her analyserer effektene innenfor den enkelte kommunene og at endringen i disse variablene over de årene vi analyserer er små.

3.3 Endringer innad i omsorgstjenestene

Omsorgstjenestene omfatter hjemmetjenester og institusjonstjenester. I forhold til helse- og omsorgssektoren trekker vi da ut utgifter til helsetjenester, inklusive utgifter til kommunal medfinansiering. Tabell 3.3 viser gjennomsnittlige brutto driftsutgifter med og uten utgifter til betaling for utskrivningsklare pasienter.

Tabell 3.3 Gjennomsnittlige korrigerede brutto driftsutgifter per innbygger til omsorgstjenester per år (faste priser, 2014=100). Vektete analyser.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% -vis årlig endring		
							2009-2011	2012-2014	2011-2012
Pleie og omsorg	16 971	16 933	17 185	17 706	17 617	17 625	1,26	-0,46	3,03
Pleie og omsorg (uten BUK)	16 971	16 933	17 185	17 659	17 570	17 582	1,26	-0,44	2,76
Hjemmetjenester	8 166	8 215	8 421	8 726	8 768	8 920	3,12	2,23	3,63
Institusjon	7 919	7 833	7 874	8 082	7 953	7 775	-0,58	-3,80	2,64
Institusjon (uten	7 919	7 833	7 874	8 035	7 906	7 741	-0,58	-3,78	2,09

Pleie- og omsorgstjenestene har en årlig vekst på 1,2 prosent i årene før Samhandlingsreformen implementeres. Implementeringen av Samhandlingsreformen skjer sammen med en økning i brutto driftsutgifter på 3 prosent. Holder vi utgiftene til betaling for utskrivningsklare pasienter utenom er veksten på 2,8 prosent noe som indikerer at det aller meste av ressursene som er overført kommunene i forbindelse med dette at de overtar ansvaret for utskrivningsklare pasienter blir værende i kommunesektoren. I perioden 2012-2014 er det en marginal reduksjon i utgifter. Dette har sammenheng med reduksjonen i utgiftene til institusjoner der nedgangen i perioden etter 2012 er på 3,8 prosent per år. For hjemmetjenestene observerer vi fortsatt økning. Samhandlingsreformen ser med andre ord til å representere en heving av nivået for utgiftene, men ikke et trendsifte. Overgangen fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg ser ut til å bli forsterket etter nivåhevingen. Begge disse forholdene blir nærmere beskrevet i de følgende kapitlene.

Tabell 3.4 Endring i korrigerte brutto driftsutgifter til omsorgstjenester (2009-2014). Faste priser (2014=100). Vektete analyser.

	Pleie og omsorg	Pleie og omsorg uten BUK	Hjemme - tjenester	Institusjon	Institusjon uten BUK
Inntekter	0,16 ^{***}	0,16 ^{***}	0,08 ^{***}	0,08 ^{***}	0,08 ^{***}
Andel 0-15	-17587 [*]	-17992 [*]	-24514 ^{**}	5562	5156
Andel 67-79	34372 ^{**}	34446 ^{**}	26076 ^{**}	7531	7605
Andel 80år	68199 ^{***}	66695 ^{***}	22005	46632 ^{**}	45128 ^{**}
Dødelighet	-1101	5288	39	20172	26560
PU 16 år pluss	110057	109706	69135	39506	39154
Arbeidsledig	17545	18330	15204 [*]	3968	4753
Enslige 80 år	25112	24341	-9999	33369 ^{**}	32598 ^{**}
Reiseavstand	49	49	5	46	47
Innbyggere	0	0	0	-0	-0
Samhandlingsref.	344 ^{**}	293 [*]	162	169 [*]	118
Konstantledd	1285	1435	4140	-2898	-2748
Faste effekter	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune
R ²	0,98	0,98	0,96	0,97	0,97
T (tidsperioder)	6	6	6	6	6
N (antall)	412	412	412	412	412

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Regresjonsanalysene av brutto driftsutgifter til omsorgstjenester viser samme hovedmønster som analysene av de samlede helse- og omsorgsutgiftene når det gjelder de demografiske variablene: økning i andelen eldre trekker opp utgiftsnivået til disse tjenestene. Denne noe mer disaggregerte analysen viser at økningen av eldre i aldergruppen 67-79 år særlig bidrar til å øke utgiftene til hjemmetjenester, mens økningen i eldre over 80 år særlig bidrar til å øke

utgiftene til institusjoner. Også økning i enslige eldre over 80 år bidrar til å øke utgiftene til institusjoner.

Samhandlingsreformen bidrar signifikant til en økning i utgiftene til omsorgstjenester, også når en ekskluderer utgiftene til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Utgiftsøkningen fordeler seg om lag likt på institusjoner og hjemmetjenester.

4 Endringer i tilbudet av kommunale tjenester

4.1 Indikatorer

Tjenestetilbudet måles ved fem indikatorer:

- Antall plasser i institusjoner⁶
- Antall plasser i sykehjem
- Antall plasser beregnet på tidsbegrensede opphold
- Årsverk i pleie og omsorgstjenestene, i alt
- Timer per uke av leger i institusjoner

Alle variablene er normert per 1000 innbyggere. Alle analyser er veid med kommunenes innbyggertall. Antall plasser avsatt til tidsbegrensede opphold inngår i antall plass i sykehjem og antall plasser i sykehjem inngår i antall plasser i institusjoner.

4.2 Plasser i institusjoner

Gjennomsnittlig dekningsgrad, dvs. antall heldøgns institusjonsplasser og sykehjemsplasser per tusen innbyggere var hhv 7,9 og 7,4 i 2009. I perioden etter 2009 finner vi en reduksjon i antall heldøgns plasser i begge disse kategoriene. Reduksjonen er sterkere for institusjonsplasser enn for sykehjem som reflekterer at eldre gamlehjem tas ut av drift. Antall plasser avsatt til tidsbegrensede opphold øker i perioden noe som reflekterer at en del av heldøgns plassene i sykehjem og institusjoner omdefineres til korttids plasser.

Tabell 4.1 Plasser i institusjoner, 2009-2014. Veide tall.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% -vis årlig endring		
							2009-2011	2012-2014	2011-2012
Sykehjemsplasser	7,41	7,43	7,38	7,32	7,27	7,12	-0,40	-2,73	-0,81
Institusjonsplasser	7,96	7,97	7,89	7,79	7,73	7,57	-0,88	-2,82	-1,27
Plasser til tidsbegrenset opphold i institusjon	1,25	1,28	1,4	1,41	1,51	1,53	12,00	8,51	0,71

⁶ Antall institusjonsplasser i KOSTRA omfatter sykehjem og aldersboliger, men ikke barneboliger og avlastningsinstitusjoner/-boliger, men barneboliger og avlastningsinstitusjoner er en del av KOSTRA-funksjon 253 "Pleie og omsorg i institusjon" og inkluderes i denne funksjonen ved rapportering av utgifter og årsverk.

Det er ingen klare endringer i nivå eller trender i forbindelse med implementeringen av Samhandlingsreformen, men to svakere tendenser: For det første er det en sterkere reduksjon i antall plasser etter implementeringen av reformen enn før. For det andre er det også en svakere økning i plasser til tidsbegrensede opphold etter enn det var før reformen.

Regresjonsanalysene (tabell 4.2) viser imidlertid at disse tendensene ikke utgjør signifikante endringer.

Tabell 4.2 Regresjonsanalyser av endringer i institusjonsplasser (2009-2014). Vektete analyser.

	Sykehjem	Institusjon	Plasser til tidsavgr. opphold
Inntekter	0,00	0,00	0,00*
Andel 0-15 år	0,72	5,17	-18,99**
Andel 67-79 år	6,48	6,81	0,96
Andel 80år pluss	26,61	40,46*	-12,71
Dødelighet	49,34	84,23	-3,92
PU 16 år pluss	36,05	12,05	56,20
Arbeidsledig 16-59 år	-4,01	-5,25	2,15
Enslige 80 år pluss	15,59	22,86	-17,69
Reiseavstand	-0,03	-0,06	0,00
Innbyggere	-0,00***	-0,00***	-0,00**
Samhandlingsref.	0,01	-0,01	0,03
Konstantledd	5,98*	4,11	5,42**
Faste effekter	Kommune	Kommune	Kommune
R ²	0,96	0,96	0,66
T (tidsperioder)	6	6	6
N (antall)	412	412	412

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

At det er ingen eller svake effekter av Samhandlingsreformen på plasser i institusjoner bekreftes av regresjonsanalysene.

4.3 Årsverk i omsorgstjenestene, leger i institusjoner

Tabell 4.3 viser årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i alt, årsverk med relevant utdanning og timer per uke av leger i sykehjem.⁷ Totalt sett er det en noe lavere vekst i totalt antall årsverk etter Samhandlingsreformen. Det er imidlertid en positiv nivåendring knyttet til implementeringen av Samhandlingsreformen både for årsverk med relevant utdanning og for leger i institusjoner.

⁷ I 2012 er det problemer med datakvaliteten for antall årsverk i Oslo kommune. SSB rapporterer at antall årsverk i pleie og omsorg er underestimert for Oslo (SSB 2014c).

Tabell 4.3 Årsverk og legetimer, 2009-2014. Veide tall.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% -vis årlig endring		
							2009-2011	2012-2014	2011-2012
Årsverk i pleie og omsorg, i alt	25,77	26,06	26,31	26,47	26,49	26,52	2,10	0,19	0,61
Årsverk, personell med relevant erfaring	17,59	17,89	18,16	18,56	18,76	18,95	3,24	2,10	2,20
Timer per uke av leger i institusjon	3,01	3,14	3,27	3,57	3,75	3,93	8,64	10,08	9,17

Den prosentvise årlige økningen i timer per uke av leger i institusjon er betydelig før reformen, det er en enda sterkere økning etter reformen, samt et skifte (en nivåheving) ved implementeringen av reformen på 10 prosent.

Tabell 4.4 Regresjonsanalyser av endringer i årsverk (2009-2014). Vektete analyser.

	Alle årsverk i pleie og omsorg	Årsverk personell med relevant utdanning	Timer lege i institusjon
Inntekter	0,00***	0,00***	0,00
Andel 0-15 år	-14,56	-20,62	-7,04
Andel 67-79 år	27,12	31,96*	25,16*
Andel 80år pluss	127,45**	71,99**	14,50
Dødelighet	-106,17	-130,22	-205,45*
PU 16 år pluss	125,40	126,52	-45,90
Arbeidsledig 16-59 år	36,64	33,64*	11,93
Enslige 80 år pluss	28,66	-5,73	-25,34
Reiseavstand	0,14	0,13	0,08
Innbyggere	-0,00	0,00	-0,00***
Samhandlingsref.	0,12	0,37**	0,43***
Konstantledd	5,42	6,10	5,79*
Faste effekter	Kommune	Kommune	Kommune
R ²	0,96	0,97	0,73
T (tidsperioder)	6	6	6
N (antall)	412	412	412

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Inntekter har en signifikant effekt på totalt antall årsverk i pleie og omsorgstjenesten og årsverk med relevant utdanning. En økning i inntekter med 1000 kroner per innbygger øker totalt antall årsverk med 0,2 per tusen innbyggere. Resultatene viser også positiv effekt av samhandlingsreformen på antall årsverk med relevant utdanning og på timer av leger i institusjoner. Det er en negativ effekt mellom dødelighet og legeårsverk i institusjoner, men dette kan ha sin bakgrunn i omvendt kausalitet – få leger gir høy dødelighet.

5. Endringer i mottakere av tjenester

5.1 Brukere og tjenestemottakere

Endring i brukere av pleie og omsorgstjenester blir målt med antall beboere og mottakere per tusen innbyggere i pleie og omsorgstjenester totalt, i institusjoner og for hjemmetjenester. I tillegg rapporterer vi resultatene fra analyser for beboere og mottakere i to forskjellige aldersgrupper der disse gir resultater som avviker fra hovedresultatene; de mellom 67 og 79 år og de over 80 år. Disse to gruppene utgjør en stor andel (63 %) av brukerne av pleie og omsorgstjenester (SSB, 2014). For variablene som måler antall beboere i boliger til pleie og omsorgsformål har vi bare data fra 2010. I tillegg mangler det data for små kommuner hvor det er mindre enn fem observasjoner (<5) i kommunene. Disse tallene blir anonymisert.

5.2 Endringer i antall brukere

Gjennomsnittlig antall beboere i boliger til pleie og omsorgsformål per 100 innbyggere er stabilt i perioden 2010-2014, mens antall beboere per tusen innbyggere i institusjoner faller med vel 2 prosent per år i samme periode. Reduksjonen i antall beboere i sykehjem gjør et opphold i året da Samhandlingsreformen implementeres. Også mottakere av hjemmetjenester i alt reduseres i perioden, og sterkere etter implementering av reformen enn før. Det samme gjelder antall mottakere av pleie og omsorgstjenester i alt. Det er gjennomgående at reduksjonen i antall brukere reduseres sterkere for den øverste aldersgruppen enn for aldersgruppen 67-79 år.

Tabell 5.1 Brukere av ulike typer av tjenester per 1000 innbyggere, 2009/2010-2014. Veide tall.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% -vis årlig endring		
							2009/2010 -2012	2012- 2014	2011 -2012
Beboere pleie og omsorg i alt	.	8,99	9,2	9,19	9,04	8,81	2,34	-4,13	-0,11
Beboere pleie og omsorg 67-79 år	.	1,5	1,48	1,48	1,47	1,5	-1,33	1,35	-0,00
Beboere pleie og omsorg 80 år pluss	.	3,93	3,92	3,81	3,73	3,52	-0,25	-7,61	-2,81
Beboere i institusjon i alt	9,29	9,01	8,88	8,88	8,6	8,51	-4,41	-4,17	0,00
Beboere i institusjon i alt 67-79 år	1,56	1,48	1,46	1,5	1,47	1,48	-6,41	-1,33	2,74
Beboere i institusjon i alt 80 år pluss	6,69	6,53	6,38	6,34	6,11	5,99	-4,63	-5,52	-0,63
Mottakere av hjemmetjenester, i alt	38,9	38,5	38,61	38,51	38,29	37,92	-0,75	-1,53	-0,26
Mottakere av hjemmetjenester 80 år pluss	15,9	15,65	15,5	15,1	14,83	14,4	-2,52	-4,64	-2,58
Mottakere av hjemmetjenester 67-79 år	7	6,83	6,77	6,76	6,82	6,83	-3,29	1,04	-0,15
Mottakere av pleie og omsorgstjenester	47,76	47,33	47,37	47,22	46,91	46,4	-0,82	-1,74	-0,32

Tabell 5.2 Regresjonsanalyser av endringer i antall brukere per 1000 innbyggere (2009-2014). Vektete analyser.

	Beboere i bolig for pleie- og omsorgsformål	Beboere i institusjon	Mottakere av hjemme- tjenester	Mottakere av pleie og omsorgstj. totalt
Inntekter	0,00*	0,00	0,00*	0,00*
Andel 0-15 år	43,22*	10,25	10,05	18,48
Andel 67-79 år	-3,49	-7,62	93,95*	103,25*
Andel 80 år pluss	-11,09	74,64**	90,32	138,76
Dødelighet	154,97	249,31*	758,97	794,15
PU 16 år pluss	-68,82	129,11	265,52	296,12
Arbeidsledig 16-59 år	49,40*	-13,51	36,82	32,21
Enslige 80 år pluss	1,41	50,42**	100,25	134,12*
Reiseavstand	-0,07	0,06	0,05	-0,01
Innbyggere	0,00	-0,00	-0,00**	-0,00**
Samhandlingsref.	0,02	0,03	-0,21	-0,25
Konstantledd	-5,21	0,07	11,94	14,24
Faste effekter	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune
R ²	0,94	0,92	0,93	0,94
T (tidsperioder)	5	6	6	6
N (antall)	372	412	412	412

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Reduksjonen i antall brukere kan ikke knyttes til Samhandlingsreformen (tabell 5.2).

Variabelen som beskriver Samhandlingsreformen tar insignifikante effekter i alle spesifiseringer, inklusive modeller med trendvariabler inkludert. Kommunenes inntektsnivå har positive effekter på antall brukere. Økning i andel innbyggere i den øverste aldersgruppen og økning i andel enslige eldre er korrelert med økt antall beboere i institusjoner. Økning i andel innbyggere i aldersgruppen 67-79 år bidrar til å øke antall mottakere av hjemmetjenester og pleie- og omsorgstjenester totalt.

Vi finner litt overraskende at flere innbyggere i den yngste aldersgruppen fører til økning i andel beboere i boliger til pleie og omsorgs formål. Dette er trolig en indirekte effekt. Flere yngre innbyggere kan øke ressursbruken i skolesektoren som vist foran. Økt ressursbruk i skolen kan i neste omgang føre til at kommunen prioriterer lite kostbare løsninger i omsorgstjenestene som for eksempel omsorgsboliger.

6 Oppsummering og konklusjoner

Vi har modellert kommunenes respons på Samhandlingsreformen innenfor en generell etterspørselsmodell for kommunale tjenester og særlig studert effektene for kommunenes brutto driftsutgifter innen helse- og omsorgstjenestene, kommunenes tilbud av plasser og årsverk, samt antall brukere av pleie og omsorgstjenestene. Resultater viser at kommunene har økt driftsutgiftene signifikant innen pleie- og omsorgstjenestene ved innføringen av Samhandlingsreformen. I gjennomsnitt økte driftsutgiftene med 293 kroner per innbygger eller 1,4 %, etter kontroll for andre forhold. Økningen skjer både i institusjoner og hjemmetjenester, men det er kun økningen til drift av institusjoner som er signifikant. Utgiftsøkningen kan tas ut på flere måter, både en økning i antall plasser (volum) og ved økning i antall årsverk. Analysene viser ingen signifikante effekter av Samhandlingsreformen på antall plasser i institusjoner eller sykehjem, men en økning i årsverksinnsatsen. Det er en særlig sterk effekt på timeverk for leger i institusjoner. Effekten av Samhandlingsreformen kommer her i tillegg til en sterk og positiv trend. Antall brukere per innbygger reduseres jevnt i hele analyseperioden, men uten at det kan knyttes til Samhandlingsreformen. Analysens hovedkonklusjoner er dermed: 1) Det skjer en økning i kommunenes driftsutgifter som følge av Samhandlingsreformen og 2) økningen blir særlig benyttet til å øke innsatsen av helsepersonell med høyere kompetanse i hjemmetjenester og sykehjem, særlig leger i sykehjem.

Funnene fra analysen er forenelig med to andre elementer i Samhandlingsreformen, betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering. Begge disse ordningene gir kommunene et økt ansvar for helsemessige forhold hos pasientene. Særlig ordningen med at kommunene fikk ansvar for utskrivningsklare pasienter bidro til reduserte liggetider for eldre pasienter. Økningen i legerressurser i sykehjem og andre institusjoner er et rasjonelt svar på at disse pasientene vil være skrøpeligere enn det de var før reformen.

Reduksjonen i antall brukere kan ha sin årsak i flere forhold, både at de eldre gradvis blir sprekere og at pasientene som skrives ut fra sykehusene gradvis har blitt mer ressurskrevende. En nærmere analyse av hvor viktige hver av disse forklaringene er, krever at data fra

kommunenes omsorgstjenester (IPLOS-data) må kunne koples til data fra sykehusene (NPR-data). Det kan vi dessverre ikke i Norge i dag.

To forbehold må tas. For det første rapporteres ikke data for de minste kommunene når det gjelder antall brukere. Dette vil ikke skape store problemer i denne analysen siden vi utnytter variasjonen innen kommunene over tid. Det fører likevel til at vi ikke kan generalisere til de minste kommunene i analysene av antall brukere. For det andre kan det være utelatte variabler i analysen som er korrelert ved innføringen av Samhandlingsreformen. Slike variabler har potensialet til å forstyrre estimatene fra Samhandlingsreform-variabelen.

Referanser

- Borge, L. E. and J. Rattso (1999). "Local government resource use under a centralised system of financing: The case of Norway." Local Government Studies **25**(1): 35-54.
- Borge, L. E. and R. Sorensen (1995). "Local-Government Service Production - the Politics of Allocative Sluggishness." Public Choice **82**(1-2): 135-157.
- Falch, T. and J. Rattso (1999). "Local public choice of school spending: disaggregating the demand function for educational services." Economics of Education Review **18**(3): 361-373.
- FOR 2011-11-18 nr. 1115, Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>
- Hagen, T. P., K. N. Amayu, G. Godager, T. Iversen and H. Øien (2011). "Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010." Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2011: 5.
- Rattso, J. (1989). "Local-Government Allocation of Labor and the Grant System - an Applied-Model Analysis of Local-Government Behavior in Norway." Environment and Planning C-Government and Policy **7**(3): 273-284.
- Statistisk Sentralbyrå. (2014). Pleie og omsorgstjenesten 2013. Rapport 2014/33. Oslo
- Swanson, J. and T. P. Hagen (2015). Reinventing the "community hospital": Did implementation of municipal acute bed units reduce the demand for hospital admissions? Manuscript.

Vedlegg: Beskrivende statistikk

Beboere i pleie og omsorgstjenesten

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pleie og omsorg	Obs	0	384	383	380	390	389
	Gj.snitt	.	8.99	9.20	9.19	9.04	8.81
	St.avvik	.	5.37	5.32	5.31	5.28	5.22
	Min	.	0.83	0.83	1.68	1.71	1.77
	Maks	.	43.15	43.88	43.42	41.72	40.09
Pleie og omsorg 67-79 år	Obs	0	270	272	278	279	280
	Gj.snitt	.	1.50	1.48	1.48	1.47	1.50
	St.avvik	.	1.09	1.07	1.06	1.03	1.12
	Min	.	0.35	0.26	0.27	0.21	0.25
	Maks	.	9.55	8.25	9.61	8.87	10.67
Pleie og omsorg 80 år	Obs	0	366	365	364	368	370
	Gj.snitt	.	3.93	3.92	3.81	3.73	3.52
	St.avvik	.	3.04	3.05	2.98	2.94	2.88
	Min	.	0.41	0.49	0.30	0.40	0.24
	Maks	.	22.46	24.39	21.32	22.91	22.93
Institusjon	Obs	422	421	422	422	425	425
	Gj.snitt	9.29	9.01	8.88	8.88	8.60	8.51
	St.avvik	3.12	3.08	2.93	2.93	2.80	2.82
	Min	2.48	0.99	2.80	1.11	1.08	0.92
	Maks	33.78	34.28	40.11	39.37	37.33	31.72
Institusjon 67-79 år	Obs	142	145	145	142	150	152
	Gj.snitt	1.56	1.48	1.46	1.50	1.47	1.48
	St.avvik	0.48	0.40	0.43	0.43	0.43	0.39
	Min	0.47	0.54	0.32	0.46	0.31	0.34
	Maks	9.77	4.11	6.03	6.52	7.37	4.29
Institusjon 80 år	Obs	421	419	422	420	422	424
	Gj.snitt	6.69	6.53	6.38	6.34	6.11	5.99
	St.avvik	2.58	2.54	2.43	2.41	2.30	2.30
	Min	1.44	0.64	0.99	0.69	0.95	0.68
	Maks	24.05	25.44	27.34	25.64	26.02	27.19

Mottakere (per tusen innbyggere)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hjemmetjeneste	Obs	425	423	424	424	425	425
	Gj.snitt	38.90	38.50	38.61	38.51	38.29	37.92
	St.avvik	10.56	11.04	11.42	11.43	11.50	11.57
	Min	16.45	4.54	16.62	17.53	17.36	19.64
	Maks	99.25	104.22	108.35	106.08	99.43	99.19
Hjemmetjeneste 80 år	Obs	419	414	415	412	417	420
	Gj.snitt	15.90	15.65	15.50	15.10	14.83	14.40
	St.avvik	5.29	5.30	5.28	5.16	5.19	5.06
	Min	4.82	2.27	5.78	6.08	5.21	6.53
	Maks	44.81	41.35	42.93	38.27	44.82	43.73
Hjemmetjeneste 67-79 år	Obs	419	414	415	412	417	420
	Gj.snitt	7.00	6.83	6.77	6.76	6.82	6.83
	St.avvik	2.45	2.48	2.56	2.62	2.65	2.63
	Min	2.12	1.21	2.41	2.43	2.60	2.53
	Maks	33.83	31.14	30.85	30.42	33.62	30.08
Pleie og omsorgstjenester	Obs	425	423	426	426	426	426
	Gj.snitt	47.76	47.33	47.37	47.22	46.91	46.40
	St.avvik	12.29	12.75	13.06	13.08	13.11	13.07
	Min	25.70	9.72	20.79	21.15	23.26	26.95
	Maks	112.03	118.68	122.04	123.31	113.42	116.95

Årsverk (per tusen innbyggere)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Timer av leger i institusjon	Obs	426	424	426	426	426	426
	Gj.snitt	3.01	3.14	3.27	3.57	3.75	3.93
	St.avvik	1.29	1.35	1.34	1.40	1.52	1.46
	Min	0.44	0.00	0.00	0.00	0.54	0.34
	Maks	14.29	17.10	21.49	14.42	17.96	15.58
Leger i institusjon	Obs	426	424	426	426	426	426
	Gj.snitt	0.08	0.08	0.09	0.10	0.10	0.10
	St.avvik	0.03	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
	Min	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01
	Maks	0.37	0.46	0.57	0.38	0.48	0.42
Pleie og omsorg i alt	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	25.77	26.06	26.31	26.47	26.49	26.52
	St.avvik	7.43	7.63	7.54	7.77	7.83	7.94
	Min	13.89	11.28	13.89	12.50	12.49	5.89
	Maks	104.49	106.61	97.73	98.26	99.02	92.87
Personell med relevant erfaring	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	17.59	17.89	18.16	18.56	18.76	18.95
	St.avvik	5.31	5.43	5.39	5.55	5.65	5.70
	Min	8.76	8.05	9.46	9.49	9.58	3.76
	Maks	80.50	78.74	74.12	76.21	77.74	73.06

Plasser (per tusen innbyggere)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sykehjemsplasser	Obs	425	425	425	424	424	424
	Gj.snitt	7.41	7.43	7.38	7.32	7.27	7.12
	St.avvik	3.17	3.18	3.21	3.30	3.31	3.31
	Min	0.25	0.24	0.24	0.23	1.22	1.05
	Maks	38.08	39.53	45.85	41.99	43.13	42.06
Institusjonsplasser	Obs	424	425	425	422	424	424
	Gj.snitt	7.96	7.97	7.89	7.79	7.73	7.57
	St.avvik	3.38	3.37	3.38	3.43	3.41	3.40
	Min	0.50	0.49	0.47	0.46	1.22	1.05
	Maks	45.71	44.82	45.85	41.99	43.13	42.06
Plasser til tidsbegrenset opphold	Obs	393	397	396	392	426	426
	Gj.snitt	1.25	1.28	1.40	1.41	1.51	1.53
	St.avvik	0.73	0.75	0.76	0.75	0.89	0.89
	Min	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Maks	17.14	8.40	17.19	8.72	18.87	23.02

Driftsutgifter (per innbygger)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Helse og Omsorg	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	21355	21391	21716	23462	23526	23669
	St.avvik	4938	5001	5091	5540	5314	5179
	Min	12020	12454	13061	15106	14773	14765
	Maks	69315	65709	68489	70301	65977	68748
Helse og Omsorg uten KMF/BUK	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	21355	21391	21716	22294	22345	22478
	St.avvik	4938	5001	5091	5455	5226	5093
	Min	12020	12454	13061	14200	13820	13828
	Maks	69315	65709	68489	69033	64592	67813
Kultur	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	2643	2702	2729	2713	2718	2693
	St.avvik	1020	1013	1081	1040	1029	972
	Min	-1730	-2020	-2471	-5171	577	743
	Maks	31750	28674	26856	22756	21510	19660
Skoler	Obs	425	425	425	425	425	360
	Gj.snitt	22807	23112	23013	22923	22652	22393
	St.avvik	4255	4451	4500	4605	4483	4440
	Min	14770	15086	14390	14490	14681	14443
	Maks	70787	76716	75256	72280	69881	68322
Pleie og omsorg	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	16971	16933	17185	17706	17617	17625
	St.avvik	4824	4836	4857	5244	5012	5033
	Min	8886	9283	10150	11051	9927	4545
	Maks	61848	58096	57163	60526	57253	56498
Pleie og omsorg uten BUK	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	16971	16933	17185	17659	17570	17582
	St.avvik	4824	4836	4857	5248	5016	5035
	Min	8886	9283	10150	10964	9911	4512
	Maks	61848	58096	57163	60470	57243	56477

Hjemmetjenester	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	8166	8215	8421	8726	8768	8920
	St.avvik	2763	2777	2834	3054	2927	2891
	Min	896	900	373	120	607	875
	Maks	45873	43948	42531	44608	42083	40775
Institusjoner	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	7919	7833	7874	8082	7953	7775
	St.avvik	3072	3030	2989	3143	3030	2977
	Min	379	394	392	399	341	296
	Maks	42934	41416	44324	41945	41552	44597
Institusjoner uten BUK	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	7919	7833	7874	8035	7906	7731
	St.avvik	3072	3030	2989	3146	3032	2977
	Min	379	394	392	312	321	248
	Maks	42934	41416	44324	41934	41552	44597

Forklaringsvariabler (per innbygger)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Inntekter	Obs	425	425	425	426	425	360
	Gj.snitt	72 682	72 438	73 231	74 303	75 032	73 736
	St.avvik	11 769	11 848	12 105	12 045	12 165	11 093
	Min	57 212	57 689	57 209	59 364	60 211	59 206
	Maks	297 579	276 723	271 189	245 433	277 358	245 239
Andel 6-15 år	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	20,4 %	20,3 %	20,1 %	19,8 %	19,6 %	19,4 %
	St.avvik	2,0 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %
	Min	14,5 %	14,0 %	14,2 %	11,6 %	11,3 %	11,0 %
	Maks	26,3 %	26,0 %	25,9 %	25,2 %	25,4 %	24,9 %
Andel 67-79 år	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	8,3 %	8,3 %	8,4 %	8,6 %	8,8 %	9,2 %
	St.avvik	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,7 %	1,8 %
	Min	4,6 %	4,7 %	4,9 %	5,1 %	5,1 %	5,4 %
	Maks	15,6 %	16,3 %	16,7 %	17,0 %	17,0 %	18,8 %
Andel 80år pluss	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	4,6 %	4,5 %	4,5 %	4,5 %	4,4 %	4,4 %
	St.avvik	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,1 %
	Min	2,1 %	2,1 %	2,1 %	2,1 %	2,1 %	2,0 %
	Maks	10,3 %	10,2 %	9,9 %	10,1 %	9,5 %	9,6 %
Dødelighet	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
	St.avvik	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
	Min	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
	Maks	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %	1,0 %
Psykisk Utviklingshemmede over 16 år	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
	St.avvik	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
	Min	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Maks	1,6 %	1,6 %	1,5 %	1,5 %	1,7 %	1,7 %
Arbeidsledig 16-59 år	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	1,0 %	0,8 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %
	St.avvik	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %
	Min	0,2 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
	Maks	4,1 %	3,6 %	4,0 %	3,5 %	3,7 %	3,8 %

Enslige 80 år pluss	Obs	426	426	426	426	412	426
	Gj.snitt	3,1 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %	2,9 %	2,8 %
	St.avvik	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %
	Min	1,1 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	0,2 %	1,5 %
	Maks	6,8 %	7,0 %	6,8 %	7,1 %	6,2 %	6,5 %
Uførepensjonister	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	6,0 %	6,0 %	6,0 %	6,1 %	6,0 %	6,0 %
	St.avvik	1,7 %	1,8 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %
	Min	2,5 %	2,6 %	2,5 %	2,7 %	2,7 %	2,7 %
	Maks	13,7 %	14,1 %	14,0 %	13,7 %	13,8 %	12,8 %
Reiseavstand	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	4,082	4,064	4,003	3,995	4,008	4,025
	St.avvik	4,121	4,068	4,035	4,029	4,059	4,119
	Min	0	0	0	0	0	0
	Maks	94,9	93,8	92,9	91,7	91,8	92,3
Innbyggere	Obs	426	426	426	426	426	426
	Gj.snitt	11 123	11 256	11 402	11 554	11 703	11 846
	St.avvik	33 243	33 867	34 519	35 279	35 883	36 484
	Min	211	215	218	214	215	208
	Maks	568 618	580 199	592 048	607 261	618 238	629 035