

ULIKE «OMSORGSREGIMER» FOR ELDRE OG YNGRE HJEMMETJENESTEMOTTAKERE?

En kvantitativ analyse



TOR INGE ROMØREN

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 4 - 2012

Tor Inge Romøren

Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere?

En kvantitativ analyse

Senter for omsorgsforskning, Østlandet

2012

Omslagsbilde:

© Tor Inge Romøren/ Senter for omsorgsforskning

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 4 – 2012

ISBN: 978-82-91313-90-0 ISSN: 1892-705X

SAMMENDRAG

Med et materiale som omfatter 7 700 mottakere av hjemmetjenester analyseres her fordelingen av praktisk bistand og av hjemmesykepleie kvantitativt etter alder, funksjonsnivå, helseproblem og kjønn. Undersøkelsen viser at både alder, funksjonsnivå og ulike helseproblemer som gir opphav til hjelpebehov er klart assosiert med hvordan praktisk bistand fordeles mellom tjenestemottakerne. Hjemme-sykepleie fordeles jevnere, og her er det nesten utelukkende funksjonsnivået som er assosiert med hvor mye tjenester mottakerne får.

Når det gjelder praktisk bistand, har den helsemessige årsaken til tjenestemottakerens hjelpebehov isolert sett størst betydning for fordelingen. Når andre faktorer holdes konstant, viser det seg at mennesker med psykisk utviklingshemning får langt mer hjelp enn tjenestemottakere med psykiske problemer, somatisk sykdom eller aldersdemens. Alder har også – isolert sett – en klar, men noe svakere effekt, dernest funksjonsnivået. Fordi utviklingshemmede har en betydelig lavere gjennomsnittsalder enn andre tjenestemottakere, forsterker dette den skjeve fordelingen av praktisk bistand etter alder som en ser når en vurderer tjenestevolumet etter alder alene.

Analysen understøtter hypotesen om at yngre og eldre hjemmetjenestemottakere er underlagt ulike «omsorgsregimer». Men den viser samtidig at «omsorgsregimer» forankret i de helsemessige årsakene til hjelpebehovene innebærer sterkere skiller enn «omsorgsregimer» mellom eldre og yngre tjenestemottakere.

INNHold

SAMMENDRAG	3
INNLEDNING	7
PROBLEMSTILLINGER	7
DATA	8
RESULTATER	8
Tjenestebruk etter alder og funksjonsnivå	8
Betydningen av kjønn og helseproblemer	9
DISKUSJON	12
REFERANSER	15
VEDLEGG 1	16
Registreringsskjema for Barthels ADL-indeks	16
Registreringsskjema mentale funksjonsområder	18
VEDLEGG 2	19
Inndeling av funksjonsgrupper	19
VEDLEGG 3	20
Praktisk bistand: timer per uke etter alder og funksjonsnivå	20
Hjemmesykepleie: antall besøk per uke etter alder og funksjonsnivå	22
VEDLEGG 4	24
Praktisk bistand: antall timer per uke etter kjønn og funksjonsnivå	24
VEDLEGG 5	25
Praktisk bistand: antall timer per uke etter funksjonsnivå og helseproblem	25
VEDLEGG 6	26
Fordeling av helseproblem etter alder	26
VEDLEGG 7	27
Helseproblem - kvinner og menn	27
VEDLEGG 8	28
Praktisk bistand: Variansanalyse	28
Hjemmesykepleie: Variansanalyse	29

INNLEDNING

Antallet personer under 67 år som mottar hjemmetjenester («yngre» tjenestemottakere) har vært i sterk og jevn vekst siden 1990-tallet. Det har lenge vært kjent at disse tjenestemottakerne er ressurskrevende (Romøren 2006, Brevik 2010). Skyldes dette at yngre hjemmetjenestemottakere har større funksjonssvikt enn eldre? Får de tildelt mer tjenester enn eldre, også når funksjonsnivået er det samme? Skyldes det begge deler, eller andre forhold? Kan vi snakke om ulike «omsorgsregimer» for hjemmetjenestemottakere i ulik alder (Brevik 2010, s. 231)? «Omsorgsregimer» defineres i det følgende som faglige og normative vurderinger av hjelpebehov og de tilhørende utformingene av hjelpetilbudets innhold og omfang.

I en studie gjennomført av Hamran og Moe uttrykker personalgrupper fra hjemmetjenesten at yngre tjenestemottakeres behov for bistand anses som større enn Eldres, selv når funksjonsnivået er sammenliknbart. Grunnen er at en ønsker at yngre hjemmetjenestemottakere skal ha et hverdagsliv så likt sine jevnaldrende som mulig. Tilsvarende målsettinger har en ikke for hjelp til eldre (Hamran og Moe 2012). Statistisk sentralbyrås analyser basert på IPLOS-statistikk fra 2010 viser at personer under 67 år får tildelt mer hjemmetjenester på alle nivåer av bistandsbehov, sammenliknet med personer 67-89 år. Bistandsbehov brukes av SSB synonymt med funksjonsnivå, uttrykt gjennom en sammensatt indeks (Statistisk sentralbyrå 2011). Forskjellene øker med bistandsbehovene. Yngre med omfattende bistandsbehov mottar to til tre ganger så mye hjemmetjenester målt i timer som eldre med tilsvarende bistandsbehov. De yngste (0-17 år) og de aller eldste (90 år og eldre) danner i noen grad et unntak fra denne regelen (Statistisk Sentralbyrå 2011, s. 22, tabell 6.11).

Med andre ord: Både fagpersonalets vurderinger i tre kommuner og landsomfattende IPLOS-målinger antyder at yngre får mer tjenester enn eldre, også når funksjonsnivået er sammenliknbart. Dette gir støtte til påstanden om at det eksisterer ulike «omsorgsregimer» i pleie- og omsorgstjenesten, direkte eller indirekte knyttet til et alderskriterium.

PROBLEMSTILLINGER

I det følgende skal denne påstanden undersøkes nærmere. Målsettingen er å studere ulike egenskaper ved tjenestemottakerne – herunder alder – som kan bidra til å forklare variasjoner i hjemmetjenester de mottar. Vi avgrenser oss til praktisk bistand og hjemmesykepleie, tar utgangspunkt i den faktiske fordelingen i et nasjonalt representativt utvalg på et bestemt tidspunkt, og studerer statistisk hvordan den samvarierer med egenskaper hos tjenestemottakerne.

- Finner en forskjeller både når det gjelder praktisk bistand og hjemmesykepleie?
- Hvor stor er betydningen av alder, sammenliknet med forskjeller knyttet til tjenestemottakernes kjønn, funksjonsnivå eller helseproblem?

DATA

Datagrunnlaget som benyttes i analysene i det følgende stammer fra en landsrepresentativ undersøkelse av tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten i regi av Statens helsetilsyn. Forfatteren var faglig ansvarlig for studien (Rømøren 2003). Den omfatter om lag 3 900 beboere i sykehjem, 400 i aldershjem, 1 400 i omsorgsboliger med Husbankstandard, 2 200 i andre kommunale boliger, og 4 900 tjenestemottakere i egne, private hjem. Kroppslig funksjon er målt ved Barthels ADL-indeks, og mental funksjon med elementer fra Klinisk demensvurdering (KDV). I tillegg inneholder datasettet opplysninger om det viktigste helseproblemet som ligger til grunn for hjelpebehovet. Bortfallet er minimalt. Datasettet er på sine områder mer presist og rikholdig enn IPLOS, men mangler på den annen side viktige opplysninger som IPLOS har, bl.a. om husstand og privat, ikke betalt hjelp. Data-settet er fra 2002 og begynner derfor å bli gammelt. Det må en ta hensyn til ved vurderingen av resultatene.

I det følgende skal spørsmålene over belyses med dette datasettet. Aldersinndelingen er basert på ti-årige grupper, slik at en kan studere likheter og forskjeller i ulike livsfaser på en forholdsvis differensiert måte. Tjenestemottakere er gruppert i fem etter et sammensatt funksjonsmål, der gruppe 1 har god kroppslig og mental funksjon, og gruppe 5 har dårlig kroppslig og mental funksjon, mens gruppene 2-4 utgjør mellomnivåer med økende, sammensatt funksjonssvikt. Grunnlaget for funksjonsmålingene og inndelingen i funksjonsnivåer er gjengitt i Vedlegg 1.

Praktisk bistand og hjemmesykepleie analyseres hver for seg. Mål på praktisk bistand er antall timer hjelp per uke, og mål på hjemmesykepleie er antall besøk per uke. Disse kan igjen fordeles på korte og lange besøk og inneholder også opplysninger om tilsyn fra hjemmesykepleien om kvelden og om natten.

RESULTATER

Tjenestebruk etter alder og funksjonsnivå

Vedlegg 2 inneholder fullstendige tabeller som viser bruk av praktisk bistand og av hjemmesykepleie etter funksjonsnivå i tiårige aldersgrupper fra 0-9 år, 10-19 år osv. til 90 år og over. Det er bare 12 tjenestemottakere under 20 år i materialet. De er likevel inkludert i beregningene for å illustrere hva slags hjelpetilbud de kan ha.

Praktisk bistand

Resultatene gjengitt i Vedlegg 2 viser en systematisk forskjell i mottak av praktisk bistand etter alder og funksjonsnivå. Yngre tjenestemottakere mottar mer praktisk bistand enn eldre på alle funksjonsnivåer, og forskjellene øker sterkt når funksjonsnivået blir dårligere. Tjenestemottakere i alderen 20-29 år mottar fire ganger så mye praktisk bistand som de i alderen 80-89 på funksjonsnivå 1 (best

funksjon), fem ganger så mye på funksjonsnivå 2, deretter hhv. 14 (funksjonsnivå 3), 28 (funksjonsnivå 4) og 31 ganger så mye på funksjonsnivå 5 (dårligst funksjon). Alle andre aldersgrupper følger det samme mønsteret på alle funksjonsnivåer – med ett unntak: Personer i aldergruppen 90 år og over mottar marginalt mer praktisk bistand enn personer 80-89 år gamle.

Hjemmesykepleie

Antallet besøk per uke øker når funksjonsnivået til tjenestemottakeren er svakere. Når det gjelder alder, er det en tendens til at de aller eldste (90+) i gjennomsnitt får noe hyppigere hjemmesykepleiebesøk, og personer i alderen 30-39 år noe sjeldnere enn andre. Forskjellene er små, og de endrer seg ikke med dårligere funksjonsnivå, slik tilfellet er for fordelingen av praktisk bistand. Det er liten forskjell mellom aldersgruppene når det gjelder fordeling av korte og lange hjemmesykepleiebesøk, men eldre får noe oftere tilsyn om kvelden (men ikke om natten) enn yngre (tabeller ikke vist).

Foreløpig kan vi altså slå fast at større ulikheter i fordeling av hjemmetjenester mellom yngre og eldre med samme funksjonsnivå i all hovedsak er knyttet til praktisk bistand og ikke til hjemmesykepleie. Forskjellene i mottak av praktisk bistand med alderen øker når funksjonsnivået går ned, og de må kunne sies å være betydelige. Vi får med andre ord bekreftet de resultatene det de to nevnte undersøkelsene har vist med andre metoder, andre innfallsvinkler, og andre typer data: Gitt lik funksjon mottar yngre mennesker mer hjemmetjenester enn eldre.

Analysen i det følgende knytter seg til en mistanke: Kan det være at *andre* egenskaper ved tjenestemottakerne enn alder bidrar til forskjeller som framstår som aldersrelaterte? Kan det være slik at også andre kjennetegn som systematisk følger alderen har en indirekte effekt på de dokumenterte forskjellene?

Tre slike kjennetegn kan være kjønn, helseproblemer og hushold. Blant hjemmetjenestemottakerne er menn i flertall blant de yngste, kvinner blant de eldste. Andelen kvinner øker jevnt med alderen (Vedlegg 3, se også Statistisk sentralbyrå 2011, s. 16, tabell 6.2). Hvis menn systematisk mottar mer tjenester enn kvinner, kan dette bidra til en forskjell som framstår som aldersrelatert.

Det kan også være slik at tjenestemottakernes helseproblemer følger et aldersmønster. Demens (hyppigst hos gamle) er et eksempel, utviklingshemning (sjelden hos gamle) et annet. Dersom disse helse-situasjonene fører til ulike «omsorgsregimer» i hjemmetjenesten – selv når funksjonsnivåene hos mottakerne er sammenliknbare – vil de også delvis framstå som aldersrelaterte.

Blant hjemmetjenestemottakerne øker også andelen aleneboende med alderen (Statistisk Sentralbyrå 2011, s.16, tabell 6.3). Aleneboende mottar mer tjenester enn hjelpetrengende som bor sammen med noen (Statistisk Sentralbyrå, 2011, s. 23, tab 6.12). Selv om forskjellene ikke er store, bidrar de til å dempe ulikheter i tjenestemottak med alderen. Dette har vi imidlertid ikke anledning til å undersøke med det datasettet vi benytter her.

Betydningen av kjønn og helseproblemer

I det følgende vurderer vi fordelingen av tjenester etter kjønn og helseproblem, med tanke på om dette er faktorer som får konsekvenser for fordeling etter alder.

Kjønn

Vedlegg 4 viser at det er forskjeller i mottak av praktisk bistand mellom kvinner og menn med samme funksjonsnivå. Menn mottar mer bistand, og forskjellene ser ut til å øke når funksjonsnivået går ned. Det er ikke nevneverdige forskjeller mellom kvinner og menn i bruk av hjemmesykepleie.

Med andre ord: En mulig forskjell i tildeling av praktisk bistand mellom kvinner og menn kan være en medvirkende årsak til de påviste aldersforskjellene i mottatt bistand, fordi gruppene varierer i størrelse etter alder.

Helseproblem

I det materialet som benyttes her, har sykepleier som har foretatt registreringene også angitt hvilket helseproblem som er hovedårsaken til tjenstemottakerens hjelpebehov. Disse helseproblemene har vi gruppert i fire

- Somatiske helseproblemer (67 % av mottakerne av hjemmetjenester)
- Aldersdemens (10 %)
- Psykiske helseproblemer (15 %)
- Psykisk utviklingshemning (8 %)

De ulike gruppene av helseproblemer kan gi opphav til ulike hjelpebehov, selv om funksjonsnivået – isolert sett – er noenlunde likt. Mennesker med somatiske helseproblemer vil for eksempel oftere ha behov for kliniske sykepleieprosedyrer enn mennesker med utviklingshemning. Disse vil i høyere grad kunne trenge støtte i form av miljøarbeid, pedagogisk tilrettelegging osv.

Analysen, som er gjengitt i Vedlegg 5, viser at tjenstemottakere med psykisk utviklingshemning mottar vesentlig mer praktisk bistand enn de med psykiske eller somatiske helseproblemer eller demens som hovedgrunn til sitt hjelpebehov – gitt samme funksjonsnivå. Igjen øker forskjellen når funksjonsnivået går ned, i dette tilfellet betydelig. På funksjonsnivå 4 og 5 har utviklingshemmede om lag 10 ganger så mye praktisk bistand som tjenstemottakere med andre helseproblemer. Når det gjelder hjemmesykepleie, er tendensen den motsatte: Mennesker med en psykisk og somatisk sykdom får flere besøk på alle funksjonsnivå, tendensen er økende, og på nivå 5 er antallet dobbelt så høyt som for utviklingshemmete.

Nå er også det slik – som vi har vært inne på – at helseproblemene bak bistandsbehovene kan fordele seg ulikt med alderen. Psykisk utviklingshemning er vanligst blant yngre tjenstemottakerne (gjennomsnittsalder 45 år i dette materialet), psykiske helseproblemer blant de middelaldrende (gjennomsnittsalder 66 år), demens (84) og somatiske helseproblemer (80) blant de eldre (Vedlegg 6). Helseproblemene er også skjevfordelte mellom kvinner og menn som får hjemmetjenester (Vedlegg 7). Det er en større andel menn enn kvinner med utviklingshemning blant tjenstemottakerne, og en større andel kvinner med demens. Kjønnfordelingen er nokså jevn blant de med psykiske og de med somatiske helseproblemer.

Nå begynner det å bli komplisert. Vi står altså over for en situasjon der det kan se ut som om hjemmetjenester skjevfordes etter alder, men der den underliggende forklaringen – helt eller delvis – kan være en skjevfordeling basert på *ulike helseproblemer* og *ulik kjønnssammensetning* i ulike aldersgrupper.

En multivariat analyse

Den beste måten å samle disse trådene på, slik at en ser mønsteret klarere, er å gjennomføre en multivariat analyse, dvs. gjøre en statistisk beregning av hvilken effekt alder, funksjonsnivå, helseproblem og kjønn hver for seg har på mottak av henholdsvis praktisk bistand og hjemmesykepleie når hver av de andre faktorene holdes konstante.

Med den type data vi har til rådighet her, er variansanalyse en egnet metode til å gjennomføre slike beregninger. Vi har foretatt to analyser, én for praktisk bistand og én for hjemmesykepleie (Vedlegg 8)¹.

Analysene viser at når en tar hensyn til betydningen av både alder, funksjonsnivå, helseproblem og kjønn for mottak av praktisk bistand og av hjemmesykepleie, framstår et mer differensiert mønster enn når vi bare studerer fordeling etter hhv. alder og funksjonsnivå, kjønn og funksjonsnivå og helseproblem og funksjonsnivå, slik vi gjorde i Vedlegg 3-5.

Kort fortalt viser resultatene av variansanalysen at både alder, funksjonsnivå og helseproblem hver for seg har en statistisk signifikant effekt for omfanget av mottatt praktisk bistand. Effekten av kjønn faller imidlertid bort. Den går gjennom de tre andre faktorene. Den skjevfordelingen av praktisk bistand mellom kvinner og menn med samme funksjonsnivå som vi så tidligere (Vedlegg 4) er en såkalt «spuriøs» effekt. Den skyldes en overrepresentasjon av menn blant yngre og blant utviklingshemmede blant tjenestemottakerne i dette materialet.

Statistiske tester i variansanalysen («Partial Eta Squared» og «t») indikerer at *psykisk utviklingshemning er den enkeltfaktoren som bidrar sterkest til variasjonen i fordeling av praktisk bistand*, dernest alder, og så funksjonsnivået. Når det gjelder effekten av helseproblemet bak bistandsbehovet, er den lav og nokså lik for tjenestemottakere med somatiske helseproblemer, psykiske helseproblemer og demens. Når det gjelder effekten av alder, er den sterkest i gruppene mellom 20 og 50 år².

Gjennomsnittalderen blant utviklingshemmede er lav. Det forsterker inntrykket av skjevfordelingen av praktisk bistand etter alder og bidrar til de ekstreme forskjellene som kommer fram i Vedlegg 3.

Funksjonsnivå har noe mindre betydning for forskjeller i fordeling av praktisk bistand enn alder. Det er – isolert sett – sterkt økende for de laveste funksjonsnivåene, slik de er definert og målt her.

Til sammen forklarer analysemodellen 44 % av variasjonen i mottatt praktisk bistand i materialet. Det er en høy andel og dokumenterer at forklaringsmodellen treffer helt sentrale forhold.

Når det gjelder fordeling av hjemmesykepleie, viser analysen et annet resultat. Variasjonen i er systematisk knyttet tjenestemottakernes funksjonsnivå: Jo svakere, dess oftere besøk av hjemmesykepleien, når en korrigerer for alder, helseproblem og kjønn. Alder og helseproblem har i seg selv bare marginal betydning for fordelingen av hjemmesykepleieressursen. De aller eldste (90+) får noe mer enn andre eldre, og mennesker med utviklingshemning eller psykiske helseproblemer noe mindre enn somatisk syke eller aldersdemente. Det er ingen effekt av kjønn. Forklaringsmodellen for fordeling av hjemmesykepleie er noe mindre treffende; den redegjør for 24 % av variasjonen. I

¹ For statistisk interesserte: Siden frekvensfordelingen av begge de to avhengige variablene er skjevfordelte, er de transformert til logaritmen av den opprinnelige verdien, og det er denne som benyttes her. Variansanalysen bør ha mest mulig normalfordelte variabler, selv om den tåler en del avvik fra dette kravet.

² Se t-test og «Partial Eta Squared» i rammen «Parameter Estimates» i Vedlegg 8.

statistisk sammenheng er dette en ikke ubetydelig andel, men den indikerer likevel at andre faktorer må inkluderes om forklaringen skal bli mer uttømmende.

DISKUSJON

Materialet som denne analysen bygger på ble samlet inn i 2002. Det er landsrepresentativt, frafallet er lavt. Funksjons- og helsemålene differensierte, og datakvaliteten god (Romøren 2003). Men det kan ha skjedd endringer i tildelingspraksis og «omsorgsregimer» i hjemmetjenesten i løpet av de ti siste årene som svekker resultatenes gyldighet i dag. I så fall er det av størst betydning om tilbudene til psykisk utviklingshemmede har endret seg.

Vi har ikke kunnet gå inn i spesialundersøkelser for å finne ut av dette. Men vi antar at ansvarsreformen, som ble gjennomført i årene 1990-95, hadde etablert stabile og varige løsninger for hjelpe-tilbudet til utviklingshemmede i 2002. Siden har det ikke skjedd vesentlige endringer i regelverk eller finansieringsmåter, eller faglige nyorienteringer av betydning på dette omsorgsfeltet. Vi antar derfor at hovedfunnet fra denne undersøkelsen er gyldig også nå: Omsorgsregimet som skiller utviklingshemmede fra alle andre hjemmetjenestemottakere er mer markert enn det som skiller eldre og yngre.

Det er heller ingen grunn til å anta at genuint aldersrelaterte «omsorgsregimer» har endret seg vesentlig i løpet av de siste ti årene. Heller ikke på dette området kan vi se at det har skjedd en utvikling av formell eller faglig karakter som har endret omsorgstjenestens praksis avgjørende. Vi antar derfor at den dokumenterte effekten av alder korrigert for helseproblem og funksjonsnivå på mottak av praktisk bistand fortsatt er gyldig. Statistisk sentralbyrås IPLOS-analyser peker for øvrig i samme retning (Statistisk Sentralbyrå 2011, s. 22).

I prinsippet vil IPLOS-registeret kunne brukes til å gjennomføre tilsvarende analyser som de vi har gjort her. Muligheten for bruk av IPLOS til forskningsformål er imidlertid beheftet med nokså strenge begrensninger.

Våre hovedfunn er altså:

- 1) Fordelingen av praktisk bistand er klart assosiert med tjenestemottakernes alder. Korrigert for funksjonsnivå, kjønn og helseproblem får yngre tjenestemottakere mer praktisk bistand enn eldre. Effekten er sterkest blant personer under 30 år, men holder seg fram til 70-årsalder. Deretter opphører den.
- 2) Enda mer markert er den ulike fordelingen av praktisk bistand mellom hjemmetjenestemottakere som har ulike helseproblemer. Sammenliknet med tjenestemottakere med somatiske helseproblemer, psykiske helseproblemer eller aldersdemens mottar utviklingshemmede langt mer praktisk bistand enn andre når en korrigerer for funksjonsnivå, alder og kjønn.
- 3) Vi finner ikke tilsvarende forskjeller i hjemmesykepleietjenesten. Den fordeles nesten utelukkende etter mottakernes kroppslige og mentale funksjonsnivå. Den kompenserer heller ikke for forskjeller i mottak av praktisk bistand. Det eksisterer en marginal effekt av alder og helse-

problem på fordelingen: De aller eldste får noe mer hjemmesykepleie enn andre grupper. Og mennesker med utviklingshemning eller psykisk helseproblemer får noe mindre enn de med en somatisk lidelse eller med aldersdemens – når en holder andre faktorer konstant.

Som nevnt innledningsvis mangler datasettet informasjon om hushold og privat, ubetalt hjelp. Men slik disse forholdene er fordelt blant hjemmetjenestemottakerne, vil de sannsynligvis bare kunne ha en modererende innflytelse på den påviste effekten av alder. Igjen: Analyser av IPLOS-data vil kunne avklare spørsmålet.

I sin rapport fra 2010 stilte Ivar Brevik spørsmålet: «Er det delvis etablert forskjellige omsorgsregimer for yngre versus eldre brukere?» (Brevik 2010, s. 231). Han spør videre om det dreier seg om to forskjellige systemer med ulike standarder, nivåer, fagtradisjoner, saksbehandlingsrutiner og organisering – der tilbudet til yngre brukere bygger på prinsippene og standardene som ble innført med reformen for personer med utviklingshemning. Analysene her gir støtte til denne typen hypoteser. Brevik spør også: «Er det en annen type hjemmesykepleie som ytes til yngre versus eldre brukere?» Svaret på dette er nei. Forskjellene er i hovedsak knyttet til bruk og fordeling av praktisk bistand.

Hva slags «standarder, nivåer, fagtradisjoner» styrer fordelingen av praktisk bistand og fører til ulike «omsorgsregimer»? Hamran og Moes undersøkelse viser bl.a. at yngres behov fastsettes med livssituasjonen til friske i samme alder som målestokk, uten at tilsvarende normer gjelder for eldre. En kan med andre ord si at *normaliseringsprinsippet* fra HVPU-reformen slår igjennom overfor yngre hjemmetjenestemottakere. Undersøkelsen indikerer også at yngre tjenestemottakere og deres pårørende er kjent med rettigheter og stiller krav som tjenesten tar hensyn til, mens dette i mindre grad gjelder eldre (Hamran og Moe 2012).

Det er også slik at yngre mennesker har rettigheter som eldre ikke har, rettigheter som medfører ekstra tjenestebehov. Tilpasset opplæring er ett eksempel på en slik rettighet, og den medfører ikke bare et behov for pedagogiske tilbud, men også praktisk bistand, følgetjeneste og lignende «infrastruktur» som skal til for å kunne realisere denne rettigheten.

Ordningen med statlig toppfinansiering av særskilt ressurskrevende brukere bør også nevnes. Den gjelder for hjemmetjenestemottakere under 67 år og kan ha som utilsiktet effekt at kommunene fatter vedtak om romslige ytelser for å passere grensen der det utløses betydelige statlige ekstratilskudd.

Når det gjelder hjemmetjenester til utviklingshemmede, kan en annen fagkultur og særegne omsorgsbehov også bidra til utformingen. Vernepleiere arbeider etter andre normer og målsettinger enn sykepleiere. Utviklingshemmedes omsorgsbehov kan være komplekse, med omfattende psykiske og somatiske helseproblemer i tillegg til utviklingshemningen. Det funksjonsmålet som er benyttet i denne undersøkelsen, tar for eksempel ikke eksplisitt hensyn til alvorlige atferdsproblemer, en personalkrevende tilleggsbelastning som utviklingshemmede kan ha oftere enn andre hjemmetjenestemottakere.

Statistisk sentralbyrås fortolkning av at eldre hjemmetjenestemottakere får mindre tjenester enn yngre er at

«... mange av de eldre med omfattende bistandsbehov får hjelp i form av langtids-plass i institusjon. At de yngre mottakerne får tildelt flest timer per uke med hjelp henger sammen med at de har størst bistandsbehov.» (Statistisk Sentralbyrå 2011, s. 22)

Dette er en kommentar til en tabell (6.11) som viser at eldre og yngre hjemmetjenestemottakere *også med samme funksjonsnivå* målt ved IPLOS-variablene, mottar svært ulike volum av hjemmetjenester. Det er selvsagt korrekt at mange eldre med omfattende bistand får institusjonsplass, og at dette bidrar til at yngre hjemmetjenestemottakere som gruppe alt i alt har et større bistandsbehov enn eldre, og derfor får mer tjenester. Men Statistisk Sentralbyrås forklaring overser samtidig det tabellen faktisk viser: yngre får mer hjemmetjenester enn eldre *også når funksjonsnivået er likt*, og forskjellene øker når funksjonsnivået går ned. Ulik grad av institusjonalisering mellom eldre og yngre kan ikke forklare dette.

SSBs vurdering peker likevel i retning av et annet viktig skille, nemlig mellom eldre med store omsorgsbehov som befinner seg i og utenom institusjon. Tar en utgangspunkt i disse gruppene i dette materialet, bodde 71 % av de over 70 år med dårligst funksjonsnivå på sykehjem, 14 % i omsorgsboliger og andre kommunale boliger, og 15 % i private hjem. De to siste gruppene fikk i gjennomsnitt to timer praktisk bistand og ti besøk fra hjemmesykepleien per uke. Sykehjemsbeboere har personale rundt seg tilsvarende én stilling per beboer (Statistisk Sentralbyrå 2011). Kanskje kan en her også snakke om ulike «omsorgsregimer»?

REFERANSER

- Brevik, I. (2009). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*. NIBR-rapport 2010:2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hamran, T. og Moe, S. (2012). *Omsorgsregimer for yngre og eldre brukere*. Senter for omsorgsforskning – rapportserie 3/2012
- Romøren, T.I. (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003 (Del II). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Romøren, T.I. (2006). *Yngre personer som mottar hjemmetjenester: hvem er de, og hvorfor øker antallet så sterkt?* Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2006 nr 8. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Statistisk sentralbyrå (2011). Gabrielsen, B., Otnes, B., Sundby, B., Kalcic, M. og Strand, P.: *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Rapport 33/2011.

VEDLEGG 1

Registreringskjema for Barthels ADL-indeks

Under følger ti spørsmål som gjelder tjenstemottakerens evne til å utføre dagliglivets aktiviteter. Kryss av i den ruten som best angir funksjonsnivået for hver enkelt ferdighet. Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker.

26. Fødeinntak

Selvhjulpen..... 1

Noe hjelp..... 2

Helt avhengig..... 3

27. Personlig hygiene

Selvhjulpen..... 1

Trenger hjelp..... 2

28. Avføring

Helt kontinent..... 1

Av og til inkontinent..... 2

Inkontinent..... 3

29. Vannlating

Helt kontinent..... 1

Av og til inkontinent..... 2

Inkontinent..... 3

30. Påkledning

Selvhjulpen..... 1

Noe hjelp..... 2

Hjelp til det meste..... 3

31. Forflytning mellom stol og seng

Selvhjulpen..... 1

Noe tilsyn..... 2

Kan sitte, mye hjelp..... 3

Kan ikke sitte, hjelp av to..... 4

32. Hjelpetbehov på toalettet

Uavhengig..... 1

Noe hjelp med klær og/el. forflytning..... 2

Mye hjelp..... 3

33. Mobilitet generelt

Går uten stativ..... 1

Gåstativ..... 2

Klarer seg i rullestol..... 3

Kan ikke forflytte seg alene..... 4

34. Trappegang

Går uten hjelp..... 1

Støtte eller hjelp..... 2

Kan ikke gå trapp..... 3

35. Bading

Uten hjelp..... 1

Trenger hjelp..... 2

Registreringsskjema mentale funksjonsområder

- Hukommelse
- Orienteringsevne
- Vurderingsevne
- Samfunnsaktiviteter
- Huslige gjøremål

For hvert område er det gitt fire beskrivelser som angir økende problemer. Alle beskrivelsene i den første kolonnen gir 1 poeng, de i den andre kolonnen 2 poeng, de i den tredje 3 poeng og beskrivelsene i den siste kolonnen 4 poeng. Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker. Ved vurderingen skal det bare tas hensyn til personens mentale evner. Det vil si at dersom somatisk funksjonssvikt er årsak til at personen ikke fungerer tilfredsstillende på ett eller flere områder, skal man prøve å korrigere for dette ved utfylling av skjemaet.

Bestem hvilken beskrivelse innenfor hvert av de seks områdene som passer best for den du registrerer. Den behøver ikke passe helt. Sett poengtallet for den riktige beskrivelsen for hvert område ytterst til høyre.

	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	Poeng
Hukommelse	Normal hukommelse, evt. lett vekslende glem-somhet.	Lett hukommel-sestap markert for nylig inntrufne hendelser. Hukommelses-tapet virker inn på dagliglivets aktiviteter.	Moderat hukom-melsestap. Vik-tige hendelser huskes, men nylig inntrufne hendel-ser glemmes helt.	Svært hukom-melsestap. Bare fragmenter av tidligere hendel-ser kan huskes	
Orienterings-evne	Orientert for tid, sted og egen per-son, samt situa-sjon	Vansker med tidsorientering, orientering for sted og egen per-son. Kan være geografisk uori-entert.	Desorientert for tid og vanligvis også for sted.	Totalt desorien-tert for tid, sted, situasjon og egen person.	
Vurderings-evne	God vurderings-evne og klarer seg godt i dagliglivet.	Har vansker med å løse problemer av sammensatt natur. Sosial vurderingsevne intakt.	Klart svekket evne til å løse problem. Sosial vurderingsevne svekket.	Klarer ikke å løse problem. Sosial vurderingsevne er klart svekket.	
Samfunns-aktiviteter	Fungerer godt i arbeid, forening og selskapsliv. Kan ta vare på penger og gjøre adekvate innkjøp.	Trenger hjelp til å fungere i aktivi-teter som nevnt. Kan imidlertid delta i slike akti- viteter og bevare god fasade.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem, men er i stand til å bli tatt med på slike akti- viteter av andre.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem. Virker for svekket til å fungere utenfor hjemmet.	
Huslige gjøre-mål	Fungerer godt i eget hjem, har hobbyer og/eller intellektuelle interesser.	Svekket interesse for huslige gjøre-mål, hobbyer og/ eller intellektuelle sysler.	Helt enkle huslige sysler kan utføres. Hobbyer og/eller intellektuelle sys-ler er oppgitt.	Fungerer ikke i sitt eget hjemlige miljø.	

VEDLEGG 2

Inndeling av funksjonsgrupper

Gruppene omfatter følgende funksjonsnivåer:

1. God kroppslig og god mental funksjon (=«GANSKE GOD»)
2. God kroppslig og middels mental funksjon, God mental og middels kroppslig funksjon («MIDDELS GOD»)
3. God kroppslig og dårlig mental funksjon, God mental og dårlig kroppslig funksjon, Middels kroppslig og middels mental funksjon (=«MIDDELS»)
4. Middels kroppslig og dårlig mental funksjon, Middels mental og dårlig kroppslig funksjon (=«DÅRLIG»)
5. Dårlig mental og dårlig kroppslig funksjon («MEGET DÅRLIG»)

Først er alle inndelt i tre etter graden av funksjonstap målt med Barthels ADL-indeks (god [19-20], middels [16-18], dårlig [0-15] funksjon). Deretter er alle inndelt tilsvarende etter graden av mentalt funksjonsnivå målt ved KDV (god [0], middels [1-4], dårlig [5-15] mental funksjon). Deretter er alle inndelt i ni funksjonsgrupper:

1. God kroppslig og god mental funksjon $(1 + 1) = 2$
2. God kroppslig og middels mental funksjon $(1 + 2) = 3$
3. God kroppslig og dårlig mental funksjon $(1 + 3) = 4$
4. God mental og middels kroppslig funksjon $(1 + 2) = 3$
5. God mental og dårlig kroppslig funksjon $(1 + 3) = 4$
6. Middels kroppslig og middels mental $(2 + 2) = 4$
7. Middels kroppslig og dårlig mental funksjon $(2 + 3) = 5$
8. Middels mental og dårlig kroppslig funksjon $(2 + 3) = 5$
9. Dårlig mental og dårlig kroppslig funksjon $(3 + 3) = 6$

Gruppene 2 og 4 er slått sammen; det samme gjelder 3,5 og 6 og 7-8. Til sammen gir dette de fem gruppene listet opp over.

VEDLEGG 3

Praktisk bistand: timer per uke etter alder og funksjonsnivå

Funksjonsnivå 1 til 5	Aldergrupper i 10 fra 0 til 90+	Gjennomsnitt	Standardavvik	N (antall personer)
1.00 – Ganske godt	20 - 29 år	5.22	5.403	9
	30 - 39 år	2.42	4.851	26
	40 - 49 år	2.83	4.849	23
	50 - 59 år	1.33	.964	52
	60 - 69 år	1.94	5.008	71
	70 - 79 år	1.34	1.333	273
	80 - 89 år	1.30	1.470	552
	90 år og over	1.48	1.093	141
	Total	1.46	2.133	1147
2.00 – Middels godt	10 - 19 år	1.00	.	1
	20 - 29 år	9.10	17.659	31
	30 - 39 år	7.32	10.970	56
	40 - 49 år	5.54	13.795	67
	50 - 59 år	2.96	5.898	102
	60 - 69 år	2.26	4.070	113
	70 - 79 år	1.89	4.310	284
	80 - 89 år	1.71	4.383	649
	90 år og over	1.56	1.150	178
	Total	2.39	6.140	1481
3.00 – Middels	10 - 19 år	34.00	24.556	3
	20 - 29 år	22.87	37.627	31
	30 - 39 år	11.56	18.429	39
	40 - 49 år	11.73	17.723	59
	50 - 59 år	6.62	8.803	84
	60 - 69 år	3.66	6.398	113
	70 - 79 år	2.02	3.259	302
	80 - 89 år	1.65	1.479	649
	90 år og over	1.80	1.515	192
	Total	3.36	8.883	1472

4.00 – Dårlig	10 - 19 år	168.00	.	1
	20 - 29 år	50.57	46.951	14
	30 - 39 år	27.78	31.721	36
	40 - 49 år	21.20	22.236	49
	50 - 59 år	12.79	22.175	82
	60 - 69 år	4.36	8.294	99
	70 - 79 år	2.26	3.195	250
	80 - 89 år	1.78	1.615	570
	90 år og over	2.27	2.886	160
	Total	5.03	13.822	1261
5.00 – Svært dårlig	1 - 9 år	112.00	.	1
	10 - 19 år	71.17	60.115	6
	20 - 29 år	67.94	58.963	32
	30 - 39 år	45.72	36.932	43
	40 - 49 år	42.55	49.864	40
	50 - 59 år	33.00	42.431	64
	60 - 69 år	12.45	29.961	76
	70 - 79 år	3.60	8.508	226
	80 - 89 år	2.22	3.713	442
	90 år og over	2.89	5.206	189
Total	10.53	26.839	1119	
Total	1 - 9 år	112.00	.	1
	10 - 19 år	63.45	60.881	11
	20 - 29 år	33.50	47.315	117
	30 - 39 år	19.45	28.619	200
	40 - 49 år	16.26	28.604	238
	50 - 59 år	10.65	23.276	384
	60 - 69 år	4.63	13.682	472
	70 - 79 år	2.17	4.618	1335
	80 - 89 år	1.71	2.825	2862
	90 år og over	2.03	2.955	860
Total	4.37	14.073	6480	

Hjemmesykepleie: antall besøk per uke etter alder og funksjonsnivå

Funksjonsnivå 1 til 5	Aldergrupper i 10 fra 0 til 90+	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
1.00 – Ganske godt	1 - 9 år	2.00	.	1
	20 - 29 år	3.14	3.625	7
	30 - 39 år	2.41	4.055	22
	40 - 49 år	6.00	6.053	23
	50 - 59 år	3.24	4.250	49
	60 - 69 år	3.75	5.340	68
	70 - 79 år	4.90	14.439	276
	80 - 89 år	3.94	10.770	565
	90 år og over	8.28	18.585	136
	Total	4.65	12.386	1147
2.00 – Middels godt	10 - 19 år	.00	.	1
	20 - 29 år	6.32	11.696	22
	30 - 39 år	4.55	6.819	58
	40 - 49 år	3.91	7.260	58
	50 - 59 år	3.52	4.609	96
	60 - 69 år	4.72	5.561	115
	70 - 79 år	4.65	6.034	309
	80 - 89 år	5.56	9.431	647
	90 år og over	7.95	14.745	184
	Total	5.37	9.145	1490
3.00 – Middels	20 - 29 år	6.50	9.978	30
	30 - 39 år	7.33	9.423	36
	40 - 49 år	7.81	15.189	48
	50 - 59 år	5.86	8.696	80
	60 - 69 år	8.48	11.247	116
	70 - 79 år	8.88	11.460	329
	80 - 89 år	8.21	9.317	665
	90 år og over	10.77	12.737	202
	Total	8.53	10.708	1506
4.00 – Dårlig	10 - 19 år	.00	.	1
	20 - 29 år	13.67	19.545	9
	30 - 39 år	8.07	11.385	27
	40 - 49 år	11.49	10.815	35
	50 - 59 år	11.10	11.219	70
	60 - 69 år	13.03	14.465	103
	70 - 79 år	12.89	11.212	266
	80 - 89 år	12.93	12.246	599
	90 år og over	13.93	13.783	165
	Total	12.81	12.399	1275

5.00 – Svært dårlig	10 - 19 år	9.33	8.083	3
	20 - 29 år	13.76	20.159	21
	30 - 39 år	9.45	16.972	31
	40 - 49 år	14.27	22.382	30
	50 - 59 år	22.83	26.197	54
	60 - 69 år	15.76	13.626	75
	70 - 79 år	21.86	21.482	252
	80 - 89 år	19.89	16.919	470
	90 år og over	23.22	20.615	196
	Total	20.20	19.379	1132
Total	1 - 9 år	2.00	.	1
	10 - 19 år	5.60	7.668	5
	20 - 29 år	8.63	14.408	89
	30 - 39 år	6.28	10.495	174
	40 - 49 år	8.09	13.624	194
	50 - 59 år	8.53	14.160	349
	60 - 69 år	9.03	11.611	477
	70 - 79 år	10.23	14.832	1432
	80 - 89 år	9.63	12.910	2946
	90 år og over	13.15	17.249	883
Total	9.98	14.031	6550	

VEDLEGG 4

Praktisk bistand: antall timer per uke etter kjønn og funksjonsnivå

Personens kjønn	Funksjonsnivå 1 til 5	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Kvinne	1.00	1.41	1.958	852
	2.00	2.16	5.063	1074
	3.00	2.76	6.282	1067
	4.00	3.89	9.842	885
	5.00	7.56	19.932	754
	Total		3.37	10.142	4632
Mann	1.00	1.58	2.446	331
	2.00	2.98	7.952	466
	3.00	4.78	12.795	458
	4.00	7.31	19.141	418
	5.00	16.25	35.436	407
	Total		6.62	19.895	2080
Total	1.00	1.45	2.107	1183
	2.00	2.41	6.093	1540
	3.00	3.37	8.807	1525
	4.00	4.99	13.625	1303
	5.00	10.60	26.733	1161
	Total		4.38	13.995	6712

VEDLEGG 5

Praktisk bistand: antall timer per uke etter funksjonsnivå og helseproblem

Funksjonsnivå 1 til 5	Den viktigste grunnen til hjelpebehovet gruppert i fire	Gjennomsnitt	Standard- Avvik	N
1.0 Ganske godt	Psykisk utviklingshemning	8.40	11.593	15
	Psykisk lidelse	1.19	1.249	115
	Aldersdemens	1.58	.900	12
	Somatisk lidelse	1.38	1.573	946
	Total	1.46	2.175	1088
2.00 – Middels gpdt	Psykisk utviklingshemning	12.44	18.210	68
	Psykisk lidelse	2.33	4.360	287
	Aldersdemens	1.39	1.260	59
	Somatisk lidelse	1.75	3.276	1023
	Total	2.35	5.664	1437
3.00 – Middels	Psykisk utviklingshemning	18.77	19.723	94
	Psykisk lidelse	2.74	7.549	225
	Aldersdemens	1.59	1.488	139
	Somatisk lidelse	2.28	6.557	956
	Total	3.38	8.992	1414
4.00 – Dårlig	Psykisk utviklingshemning	30.48	31.823	113
	Psykisk lidelse	3.38	6.326	182
	Aldersdemens	2.09	2.098	199
	Somatisk lidelse	2.38	7.126	737
	Total	5.06	13.953	1231
5.00 – Svært dårlig	Psykisk utviklingshemning	56.38	45.433	138
	Psykisk lidelse	5.59	19.337	92
	Aldersdemens	2.15	2.935	219
	Somatisk lidelse	4.51	15.637	628
	Total	10.77	27.308	1077
Total	Psykisk utviklingshemning	32.62	37.154	428
	Psykisk lidelse	2.83	8.218	901
	Aldersdemens	1.92	2.261	628
	Somatisk lidelse	2.30	7.623	4290
	Total	4.41	14.251	6247

VEDLEGG 6

Fordeling av helseproblem etter alder

	Utviklings- hemning	Psykisk lidelse	Alders- demens	Somatisk lidelse	Alle
1 - 9 år	1 .2%	0 .0%	0 .0%	3 .1%	4 .1%
10 - 19 år	8 1.4%	4 .4%	0 .0%	6 .1%	18 .2%
20 - 29 år	97 16.5%	31 2.7%	0 .0%	41 .8%	169 2.2%
30 - 39 år	132 22.4%	88 7.7%	0 .0%	54 1.0%	274 3.5%
40 - 49 år	114 19.4%	124 10.9%	0 .0%	80 1.5%	318 4.1%
50 - 59 år	132 22.4%	155 13.6%	1 .1%	165 3.1%	453 5.8%
60 - 69 år	60 10.2%	149 13.1%	21 2.6%	313 6.0%	543 7.0%
70 - 79 år	30 5.1%	258 22.7%	161 20.1%	1188 22.6%	1637 21.0%
80 - 89 år	14 2.4%	292 25.6%	485 60.5%	2571 48.9%	3362 43.2%
90 år og over	1 .2%	38 3.3%	133 16.6%	834 15.9%	1006 12.9%
Total	589 100.0%	1139 100.0%	801 100.0%	5255 100.0%	7784 100.0%

VEDLEGG 7

Helseproblem - kvinner og menn

		Personens kjønn		Total
		Kvinne	Mann	
Den viktigste grunnen til hjelpebehovet gruppert i fire	Psykisk utviklings- hemning	289 5,5%	308 12,3%	597 7,7%
	Psykisk lidelse	746 14,2%	392 15,7%	1138 14,7%
	Aldersdemens	608 11,6%	187 7,5%	795 10,2%
	Somatisk lidelse	3621 66,8%	1616 64,6%	5237 67,4%
Total		5264 100%	2503 100%	7767 100%

VEDLEGG 8

Praktisk bistand: Variansanalyse

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	450.512 ^a	17	26.501	266.563	.000	.446
Intercept	40.347	1	40.347	405.843	.000	.067
Kjønn	.004	1	.004	.037	.848	.000
Helseproblem	131.192	3	43.731	439.875	.000	.190
Funksjonsnivå	29.032	4	7.258	73.006	.000	.049
Alder	46.155	9	5.128	51.584	.000	.076
Error	560.509	5638	.099			
Total	1443.966	5656				
Corrected Total	1011.021	5655				

a. R Squared = .446 (Adjusted R Squared = .444)

Parameter Estimates

Parameter	B	Std. Error	T	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	.333	.016	20.612	.000	.301	.364	.070
[Kjønn=1]	-.002	.009	-.192	.848	-.020	.017	.000
[Kjønn=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
[Helseproblem=1.00]	.696	.020	34.157	.000	.656	.735	.171
[Helseproblem=2.00]	-.023	.013	-1.785	.074	-.049	.002	.001
[Helseproblem=3.00]	-.033	.015	-2.246	.025	-.062	-.004	.001
[Helseproblem=4.00]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
[Funksjonsnivå=1.00]	-.213	.015	-14.233	.000	-.242	-.183	.035
[Funksjonsnivå=2.00]	-.202	.014	-14.686	.000	-.229	-.175	.037
[Funksjonsnivå=3.00]	-.142	.013	-10.532	.000	-.168	-.116	.019
[Funksjonsnivå=4.00]	-.088	.014	-6.400	.000	-.115	-.061	.007
[Funksjonsnivå=5.00]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
[Aldersgruppe=1.00]	1.023	.316	3.234	.001	.403	1.643	.002
[Aldersgruppe=2.00]	.896	.101	8.859	.000	.698	1.094	.014
[Aldersgruppe=3.00]	.417	.035	11.885	.000	.348	.486	.024
[Aldersgruppe=4.00]	.355	.029	12.225	.000	.298	.412	.026
[Aldersgruppe=5.00]	.291	.027	10.875	.000	.239	.344	.021
[Aldersgruppe=6.00]	.165	.022	7.356	.000	.121	.208	.010
[Aldersgruppe=7.00]	.055	.020	2.769	.006	.016	.094	.001
[Aldersgruppe=8.00]	.003	.015	.230	.818	-.026	.032	.000
[Aldersgruppe=9.00]	-.030	.013	-2.341	.019	-.055	-.005	.001
[Aldersgruppe=10.00]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Hjemmesykepleie: Variansanalyse

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	442.974 ^a	17	26.057	107.456	.000	.241
Intercept	22.091	1	22.091	91.099	.000	.016
Funksjonsnivå	388.222	4	97.056	400.243	.000	.217
Alder	9.979	9	1.109	4.573	.000	.007
Helseproblem	4.472	3	1.491	6.148	.000	.003
Kjønn	.035	1	.035	.145	.703	.000
Error	1397.236	5762	.242			
Total	4666.335	5780				
Corrected Total	1840.210	5779				

a. R Squared = .241 (Adjusted R Squared = .238)

Parameter Estimates

Parameter	B	Std. Error	T	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	1.228	.024	50.220	.000	1.180	1.275	.304
[Funksjonsnivå=1.00]	-.767	.023	-33.528	.000	-.812	-.722	.163
[Funksjonsnivå=2.00]	-.659	.021	-31.301	.000	-.700	-.617	.145
[Funksjonsnivå=3.00]	-.458	.021	-22.287	.000	-.498	-.417	.079
[Funksjonsnivå=4.00]	-.217	.021	-10.307	.000	-.259	-.176	.018
[Funksjonsnivå=5.00]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
[Aldersgruppe=1.00]	-.160	.493	-.324	.746	-1.126	.807	.000
[Aldersgruppe=2.00]	.056	.494	.112	.911	-.914	1.025	.000
[Aldersgruppe=3.00]	-.029	.068	-.419	.675	-.163	.105	.000
[Aldersgruppe=4.00]	-.121	.050	-2.410	.016	-.219	-.023	.001
[Aldersgruppe=5.00]	-.130	.046	-2.830	.005	-.219	-.040	.001
[Aldersgruppe=6.00]	-.172	.036	-4.802	.000	-.242	-.102	.004
[Aldersgruppe=7.00]	-.111	.031	-3.636	.000	-.171	-.051	.002
[Aldersgruppe=8.00]	-.108	.022	-4.846	.000	-.152	-.065	.004
[Aldersgruppe=9.00]	-.112	.020	-5.612	.000	-.150	-.073	.005
[Aldersgruppe=10.00]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
[Helseproblem=1.00]	-.142	.040	-3.561	.000	-.221	-.064	.002
[Helseproblem=2.00]	-.058	.020	-2.936	.003	-.097	-.019	.001
[Helseproblem=3.00]	.008	.022	.372	.710	-.035	.051	.000
[Helseproblem=4.00]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
[Kjønn=1]	.005	.014	.381	.703	-.023	.034	.000
[Kjønn=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.



Senter for
omsorgsforskning
ØSTLANDET