



Kun etter behov? Mottak av pleie- og omsorgstjenester og sammenheng med sosioøkonomisk status

By Need Only? Receipt of Care Services and the Role of Health, Family Situation and Socio-economic Status

Øystein Hernæs

Seniorforsker, Frischsenteret

o.m.hernas@frisch.uio.no

Snorre Kverndokk

Seniorforsker, Frischsenteret

snorre.kverndokk@frisch.uio.no

Simen Markussen

Seniorforsker, Frischsenteret

simen.markussen@frisch.uio.no

Henning Øien

Forsker, Folkehelseinstituttet

Henning.Oien@fhi.no

Sammendrag

Mottak av pleie- og omsorgstjenester skal prinsipielt styres av behov alene og ikke sosioøkonomisk posisjon. I denne studien bruker vi registerdata (Geric, Norsk pasientregister, KUHR og inntekts- og populasjonsregistre fra SSB) til å undersøke sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og mottak av pleie- og omsorgstjenester for personer mellom 70 og 90 år som var bosatt i Oslo i perioden 2007–2017 (N = 94 447). Vi finner en klar sosial gradient når det gjelder dødelighet og bruk av helsetjenester ved at personer med lavere livsinntekt har høyere dødelighet og høyere bruk av helsetjenester. Dette indikerer ulikheter i behov knyttet til sosioøkonomisk posisjon. Vi bruker tidligere mottak av helsetjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten til å justere for behov for tjenester. Artikkelen måler statistiske sammenhenger eller korrelasjoner, ikke nødvendigvis årsaksbestemte sammenhenger. Vi finner at det er en sosioøkonomisk gradient i bruken av praktisk bistand, hjemmesykepleie og langtidsopphold på sykehjem ved at bruken av disse omsorgstjenestene hovedsakelig falt dess høyere sosioøkonomisk posisjon man hadde, målt ved «livsinntekt». Vi estimerer lineære regresjonsmodeller for å justere resultatene for familieforhold og tidligere bruk av helsetjenester. Med unntak av den laveste inntektsklassen viser resultatene ingen tegn til at personer med lav sosioøkonomisk status mottar mindre hjemmesykepleie og praktisk bistand enn andre når vi justerer for helse, målt ved mottak av helsetjenester – snarere tvert imot. For langtidsopphold på sykehjem blir den sosiale gradienten stort sett borte når vi korrigerer for familieforhold og tidligere bruk av helsetjenester. Imidlertid er det en viss antydning til at personer i den aller laveste inntektsklassen har lavere sannsynlighet for å motta alle de tre typene omsorgstjenester, justert for tidligere mottak av helsetjenester.

Nøkkelord

pleie- og omsorgstjenester, eldreomsorg, helse, sosioøkonomisk status

Abstract

Receipt of nursing and care services shall be governed by needs alone and not by socio-economic position. In this study, we use register data (Gerica, Norwegian Patient Register, KUHR, and income and population registers from Statistics Norway) to investigate the connection between socio-economic status and receipt of nursing and care services for people between 70 and 90 years who lived in Oslo during the period 2007–2017 (N=94,447). In line with previous research, we find a clear social gradient in terms of mortality and use of health services in that people with lower life income had higher mortality and higher use of health services. This indicates differences in needs related to socio-economic position. We use previous receipt of health services in the primary and specialist health services to adjust for the need for services. The article measures statistical associations, or correlations, not causal relationships. We find that there is a socio-economic gradient in the use of long-term stays in nursing homes, home nursing and practical assistance in that the use of these services mainly fell the higher socio-economic position one had, measured by «life income». We estimate linear regression models to adjust the results for family relationships and previous use of health services. Except for the lowest income group, the results show no signs that people with low socio-economic status receive less home nursing care and practical assistance than others when we adjust for health, measured by previous reception of health services, rather the opposite. For living in nursing homes, the social gradient mainly disappears when we adjust for family relations and previous use of health services. However, there is some indication that people in the very lowest income class are less likely to receive services, adjusted for health.

Keywords

care services, elderly care, health, socio-economic status

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Sosial ulikhet i mottak av helsetjenester har blitt funnet i mange europeiske land og i spesialisthelsetjenesten i Norge.
- Det finnes mindre forskning på ulikhet i mottak av pleie- og omsorgstjenester.

Hva tilfører denne studien?

- Artikkelen undersøker empirisk om sosioøkonomisk status påvirker mottak av pleie- og omsorgstjenester i Oslo kommune.
- Resultatene viser ingen tegn til at personer med lav sosioøkonomisk status generelt mottar mindre hjemmesykepleie og praktisk bistand enn andre når vi justerer for behov, målt ved tidligere bruk av helsetjenester. Tvert imot er det slik at personer med lavere sosioøkonomisk status mottar mer av disse tjenestene, med unntak av den aller laveste inntektsklassen.
- For mottak av langtidsplass på sykehjem blir den sosiale gradienten nesten borte med kontroll for tidligere bruk av helsetjenester.

Innledning

Det er velkjent at det er sosial ulikhet i mottak av helsetjenester i mange europeiske land inkludert Norge (d’Uva et al., 2009; Grasdahl & Monstad, 2011; Godager & Iversen, 2013; 2014; Moscelli et al., 2018), i den forstand at personer med høy sosioøkonomisk status mottar mer helsehjelp enn personer med sammenlignbare helsebehov, men med lavere sosioøkonomisk status. Dette gjelder spesielt for spesialisttjenester og i mindre grad for allmenntjenester. I Norge skal helsetjenester fordeles etter behov, men også her finner man tegn til ulikhet i ventetider til behandling i spesialisthelsetjenesten (Kaarboe & Carlsen, 2014; Monstad et al. 2014).

Det finnes mindre forskning på ulikhet i mottak av pleie- og omsorgstjenester (Carrieri et al., 2017; García-Gómez et al., 2015). En årsak er at pasientregistre i omsorgstjenesten ofte ikke har vært tilgjengelig for forskning, men det finnes noe forskning basert på spørreundersøkelser i flere europeiske land (Carrieri et al., 2017; García-Gómez et al., 2015; Rodrigues et al., 2018). De finner at i land med lav tilgjengelighet på offentlige finansierte tjenester har personer med høy sosioøkonomisk status bedre tilgang på tjenester. Derimot er det ikke ulikhet i land med

god tilgang på offentlige tjenester. I Norge finnes det noe forskning på aggregerte pasientdata og spørreundersøkelser som ser på hvordan tjenestetilgang varierer med kjønn på pasienten, kjønn på pasientens barn og alder (Holmås et al., 2016; Jakobsson et al., 2016; Syse et al., 2015).

I denne artikkelen bruker vi registerdata til å undersøke sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og mottak av pleie- og omsorgstjenester i Oslo kommune. Oslo er interessant å studere ettersom stor variasjon i inntekt og arbeidshistorier innenfor samme pleie- og omsorgssystem gir undersøkelsene mer substansiell statistisk utsagnskraft. Vi bruker pasientdata koblet med variabler som beskriver sosioøkonomisk status, til å undersøke sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og mottak av omsorgstjenester. Så vidt vi vet, har ikke denne sammenhengen blitt undersøkt tidligere med koblede individdata. I likhet med andre helsetjenester er det nærliggende å tro at det kan være ulikhet i tilgangen til omsorgstjenester. For eksempel kan det være slik at personer med høy sosioøkonomisk status er mer tilbøyelige til å søke på tjenester og klage på vedtak, og de kan være bedre til å kommunisere med den kommunale omsorgssektoren. Ulikhet vil være alvorlig for dem det gjelder, da byrdene og kostnadene ved manglende kommunalt tilbud vil bli båret av pasienten selv og de pårørende. Det er derfor viktig å undersøke om det er en sammenheng mellom mottak av pleie- og omsorgstjenester og sosioøkonomisk status. Artikkelen måler statistiske sammenhenger, ikke nødvendigvis kausale. Vi analyserer sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og overgang til mottak av omsorgstjenester, ikke hvorvidt mottaket av omsorgstjenester opprettholdes over tid.

Kommunene plikter å tilby nødvendig helsehjelp til sine innbyggere og praktisk og personlig hjelp til dem som ikke kan ta vare på seg selv (se f.eks. Helsedirektoratet, 2020). Enhver har rett til nødvendig helsehjelp, og nødvendighet skal baseres på individuelle helsefaglige vurderinger av behovet (Hagen et al., 2011; Syse, 2018; Helsedirektoratet, 2020). Med andre ord skal velferdsstaten sørge for at mottak av helsetjenester er styrt av behov basert på disse vurderingene, og det skal dermed være uavhengig av sosioøkonomisk status. Vi vil drøfte behovsbegrepet nærmere i slutten av artikkelen.

I denne artikkelen ettergår vi prinsippet om at en persons sosioøkonomiske posisjon ikke skal ha betydning for hvilket tilbud vedkommende får på pleie- og omsorgsfeltet. Vi har tatt utgangspunkt i et omfattende datamateriale som kombinerer data fra sykehjemsetaten i Oslo kommune/Gerica, Norsk pasientregister (NPR), databasen for kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og individdata fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). Vi studerer bruken av pleie- og omsorgstjenester og hvordan denne avhenger av helse, familiesituasjon (pårørende m.m.) og tidligere inntekt – livsinntektsklasse. Vi forventer da at helsetilstand skal ha stor betydning, mens familiesituasjon og livsinntektsklasse skal ha lite eller ingenting å si for bruken.

Materiale og metode

Utvalg og data

Studien er observasjonell. Utvalget besto av alle personer som var mellom 70 og 90 år og bosatt i Oslo ved inngangen av året for årene 2007–2017 (N = 94 447). For disse personene observerte vi mottak av pleie- og omsorgstjenester fra Oslo kommunes pasientjournalssystem (langtidsopphold i sykehjem, mottak av hjemmesykepleie og mottak av praktisk bistand), og bruk av spesialist- og primærhelsetjenesten fra henholdsvis NPR og KUHR. Langtidsplass på sykehjem blir heretter forkortet til langtidsplass. Informasjonen fra Oslo kommune er den samme informasjonen som kommunen rapporterer til Gerica. Av demografisk og sosioøkonomisk informasjon observerte vi kjønn, alder, sivilstatus, barn, landbakgrunn, innvandringskategori og inntekt, som vi hentet fra SSBs registre.

Vi analyserer mottak av hver av de tre omsorgstjenestene separat, noe som gir tre litt ulike utvalg. For hver omsorgstjeneste er en person bare med i estimeringsutvalget dersom vedkommende både 1) ikke mottok omsorgstjenesten i innværende år og 2) var i live og bosatt i Oslo ved inngangen av neste år. I estimeringen for sannsynligheten for å motta hjemmesykepleie og praktisk bistand krever vi også at personen ikke mottok langtidsplass på sykehjem i innværende år. Det er fordi langtidsopphold på sykehjem utelukker bruk av hjemmetjenester.

I tabell 1 beskriver vi de tre utvalgene med gjennomsnitt og standardavvik for variablene som er brukt i analysen. For hvert utvalg er følgende observasjoner inkludert: alle årene en person kan motta, eller «er under risiko for å motta», tjenesten for første gang, og det første året personen eventuelt mottar tjenesten. Hver person er altså med i utvalget fra og med året vedkommende fylte 70 år og til og med året tjenesten ble mottatt for første gang (eller siste hele leveår). Gjennomsnittsalderen var i underkant av 80 år, i underkant av 60 prosent var kvinner, nesten 90 prosent var født i Norge, og litt under halvparten var ugift / ikke i partnerskap. I gjennomsnitt per år i perioden 2007–2017 mottok 2,2, 15,9 og 17,1 prosent av langtidsplassutvalget henholdsvis langtidsplass, hjemmesykepleie og praktisk bistand. Altså endte 2 prosent av person-år-observasjonene i langtidsplassutvalget faktisk opp med langtidsopphold. For utvalgene for mottak av hjemmesykepleie og praktisk bistand var det i gjennomsnitt 0,7, 5,7 og 10,5 prosent og 1,1, 8,7 og 3,5 prosent som mottok henholdsvis langtidsplass, hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Utvalget mottok mange helsetjenester. For eksempel var de innlagt i 1–2 dager på sykehus og hadde 8–9 fastlegebesøk per år.

Tilbud om tjenester skal baseres på helse- og omsorgsfaglige vurderinger, og det er rimelig å anta at funksjonsnivået ville vært en bedre indikator enn bruk av helsetjenester. Imidlertid har vi ikke data for funksjonsnivået til personer som ikke mottar tjenester. Ettersom vi i artikkelen har som mål å studere potensiell seleksjon inn i mottak av tjenester, må vi benytte noe annet for å fange opp behov. Vi har valgt å benytte tidligere bruk av helsetjenester, nærmere bestemt spesialist- og primærhelsetjenester i året forut for mottak av omsorgstjenester. Ettersom disse indikatorene var målt før mottak av omsorgstjenester, kunne de ikke skyldes mottaket av omsorgstjenestene selv. Vi lot også informasjonen om tidligere bruk av helsetjenester være svært fleksibel og inkluderte indikatorer for ni persentiler for hver av de ni variablene. Det vil si at vi inkluderte indikatorer for om observasjonen var i 1., 5., 10., 25., 50., 75., 90., 95. eller 99. persentil for hver av variablene som beskriver spesialist- og primærhelsetjenestebruk (se tabell 1), samt variablene selv. I tolkningen av resultatene må vi likevel ta forbehold om at det kan være viktige deler av behovet vi ikke har klart å fange opp.

Vi målte sosioøkonomisk status ved å rangere utvalget etter «livsinntekt». Denne beregnes som summen av lønns- og næringsinntekter («pensjonsgivende inntekt») fra og med personen var 21 år (eller året 1976) til og med 69 år. Deretter delte vi denne summen på folketrygdens grunnbeløp (G) for å korrigere for lønnsvekst. Livsinntekten ble så delt på antall oppholdsår i Norge (mellom alder 21 og 69) for å korrigere for at innvandrere som regel har kortere oppholdstid. Deretter delte vi hvert fødselskull, separat for menn og kvinner, inn i ti klasser etter gjennomsnittlig livsinntekt. Klasse 1 består dermed av de 10 prosentene med lavest inntekt innenfor hvert kjønns- og fødselsår, og likeledes vil klasse 10 bestå av de 10 prosent rikeste. Vår hypotese var at livsinntekten i seg selv ikke har stor betydning for mottak av pleie- og omsorgstjenester utover behov, som vi forsøker å justere for med tidligere mottak av helsetjenester¹. Livsinntekten fanger derimot opp en del menneskelige, økonomiske og kognitive ressurser som beskriver sosioøkonomisk status eller klasse.

1. Se også Kverndokk (2006) for en gjennomgang av kausale sammenhenger mellom inntekt og helse.

Dataene inneholdt pensjonsgivende inntekt siden 1967, så vi registrerte ikke hele livsinntekten for hele utvalget. Men siden inndelingen i inntektsklasser ble gjort separat for hvert fødselskull, anvendte vi alltid de samme årene for alle personene i en gitt inndeling. I tillegg korrelerer arbeidsinntekten ved 50 års-alderen, som kunne vært et alternativt mål, sterkt med livstidsinntekten (Markussen & Røed, 2020). En stor fordel med det rangbaserte livstidsinntektsmålet er at det har samme tolkning over tid, i motsetning til for eksempel utdanning.

Tabell 1 Beskrivende statistikk med gjennomsnittsverdier for de tre analyseutvalgene. Standardavvik i parenteser. Data for 2007–2017

	Utvalg brukt i analyse av:		
	Langtidsplass på sykehjem	Hjemmesykepleie	Praktisk bistand
Omsorgstjeneste			
Sykehjem (langtidsplass)	2,2	0,7	1,1
Hjemmesykepleie	15,9	5,7	8,7
Praktisk bistand	17,1	10,5	3,5
Demografiske kjennetegn			
Alder, år	77.8 (5.74)	77.2 (5.50)	77.0 (5.41)
Kvinne, %	59,1	57,7	55,6
Norskfødte, %	89,1	88,6	88,3
Gift/partner, %	47,5	50,5	53,0
Enke/-mann, %	27,7	25,1	23,2
Lever alene, %	24,8	24,4	23,7
Har barn, %	81,7	82,3	82,7
Inntektsklasse			
Livsinntekt per år i G	3.144 (2.687)	3.296 (2.756)	3.381 (2.778)
Livsinntekt desil	5.669 (2.844)	5.756 (2.839)	5.764 (2.848)
Spesialisthelsetjenesten (målt året før)			
Liggedager sykehus	1.915 (7.669)	1.077 (5.600)	1.402 (6.645)
Antall DRG poeng	0.746 (2.539)	0.547 (2.190)	0.628 (2.412)
Innleggelser, akutt	0.276 (0.889)	0.164 (0.609)	0.204 (0.738)
Innleggelser, planlagt	0.101 (0.437)	0.0825 (0.379)	0.0920 (0.411)
Dagbehandlinger, akutt	0.454 (2.091)	0.394 (1.999)	0.423 (2.112)
Dagbehandlinger, planlagt	0.605 (4.278)	0.491 (3.344)	0.530 (3.685)
Primærhelsetjenesten (målt året før)			
Antall fastelegebesøk	9.017 (8.644)	7.960 (7.408)	8.072 (7.753)
Antall takster	22.41 (22.55)	20.59 (20.76)	20.69 (21.25)
Refusjonsbeløp	1480.3 (1908.0)	1293.1 (1643.3)	1316.8 (1720.6)
Antall personer	80591	74168	71989
Antall person-år-observasjoner	439975	383868	372896

Note: Deskriptiv statistikk for de tre utvalgene. Utfall (sykehjem, hjemmesykepleie og praktisk bistand), kvinne, norskfødt, enke/-mann, lever alene, har barn er dummyvariabler. Hvert utvalg består av personer i alderen 70–90 år som var under risiko for mottak av omsorgstjenesten eller mottok omsorgstjenesten for første gang, og var i live og bosatt i Oslo ved inngangen av året etter. Tallene er hentet fra Sykehjemsetaten i Oslo/Gerica, NPR, KUHR og populasjonsregisteret. Data er på individnivå i perioden 2007–2017. Variabler fra omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er per år.

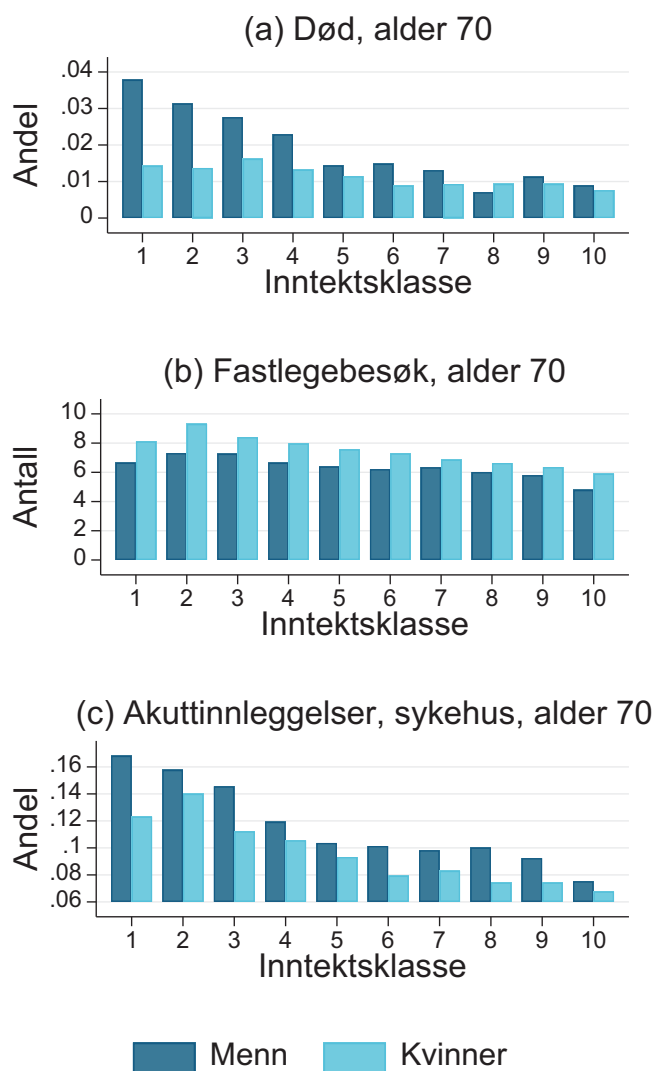
Analyser

Først studerte vi sammenhengen mellom mottak av omsorgstjenester og inntektsklasse ved hjelp av figurer. Det er velkjent at personer i lavere sosioøkonomiske klasser i gjennomsnitt har dårligere helse enn personer i høyere sosioøkonomisk klasser. Det er også tilfellet i vårt utvalg. I figur 1 viser vi andelen som døde, antall fastlegebesøk og andelen som ble akuttinnlagt på sykehus ved en alder på 70 i perioden 2007–2017. I den laveste inntektsklassen for menn døde nesten 4 prosent i sitt 70. år, og det var en sterk sosial gradient som faller til under én prosent for den høyeste inntektsklassen, mens det for kvinner ikke var en like sterk gradient. Når det gjelder antall fastlegebesøk, var det en sterk sosioøkonomisk gradient for kvinner, dvs. flere fastlegebesøk ved lavere sosioøkonomisk status, men ikke for menn, mens det for akuttinnleggelse var en sterk gradient for begge.

Basert på dette måtte vi justere for helse for å måle ulikhet i mottak av omsorgstjenester. Det ble gjort i lineære regresjonsmodeller der vi estimerte sannsynligheten for å motta omsorgstjenester neste år basert på informasjon fra inneværende år. Vi estimerte slike modeller for hvert utfall (langtidsplass på sykehjem og mottak av hjemmesykepleie og praktisk bistand) og inkluderte indikatorer for inntektsklasse og for helseforskjeller, nærmere bestemt bruk av spesialist- og primærhelsetjenester i året forut for mottak av omsorgstjenester. Ettersom disse indikatorene var målt før mottak av omsorgstjenester kunne de ikke skyldes mottaket av omsorgstjenestene selv. For å fange opp mest mulig variasjon lot vi sammenhengen mellom mottak av omsorgstjenester og helsevariablene være svært fleksibel og inkluderte indikatorer for ni persentiler for hver av de ni variablene som er beskrevet ovenfor.

Vi inkluderte også indikatorer for opptil fire barn, sivilstatus, landbakgrunn og innvandringskategori fordi familieforhold og innvandringsbakgrunn er sterkt korrelert med inntektsklasse og kan påvirke behov for omsorgstjenester. Dette kalles «demografi» i analysene nedenfor. Modellene ble estimert på samlede data for årene 2007–2017 med indikatorer for hvert år for å kontrollere for generell tidsutvikling. På grunn av store kjønnsforskjeller i bruk av omsorgstjenester estimerte vi modellene separat for kvinner og menn.

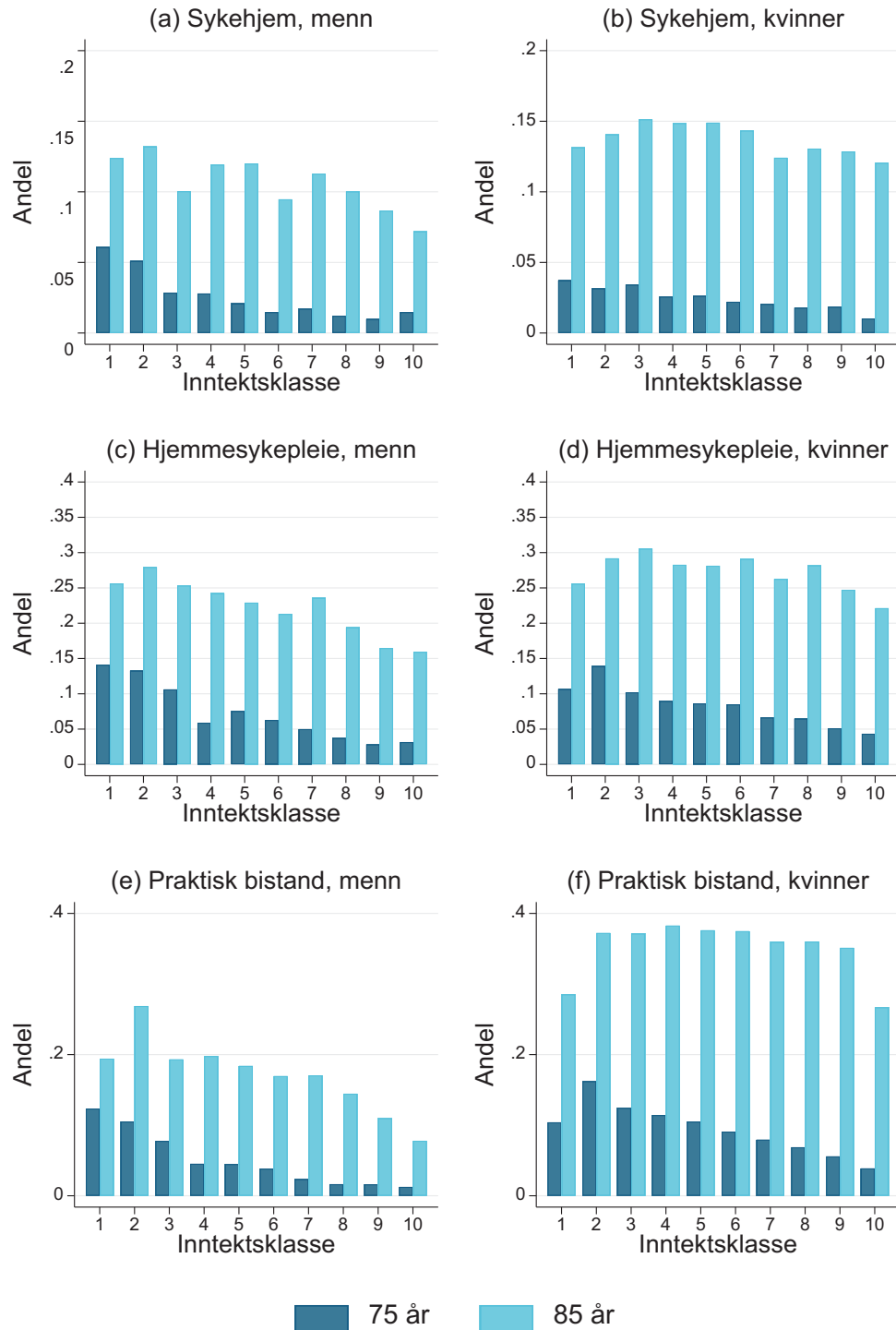
Vi valgte å bruke lineære sannsynlighetsmodeller fordi de er lettere å tolke enn logistiske modeller. I mange tilfeller gir de to modelltypene resultater som er tilnærmet like, spesielt i dette tilfellet, siden vi kun inkluderte indikatorvariabler som uavhengige variabler. I vår lineære modell vil koeffisientene foran inntektsklasseindikatorerne simpelthen være andelen som mottar omsorgstjenesten, når vi ikke inkluderer kontrollvariabler. For å håndtere at variansen til feilleddet i lineære sannsynlighetsmodeller ikke er homogen, benyttet vi robust variansestimering. Alle statistiske analyser er utført i Stata 16.

**Figur 1**

Sosioøkonomisk gradient i helse. Andel død ved alder 70, antall fastlegebesøk og andel med akuttinnleggelse på sykehus etter inntektsklasse. 2007–2017.

Pleie- og omsorgstjenester etter inntektsklasse

Figur 2 viser at det er en sosioøkonomisk gradient i bruk av pleie- og omsorgstjenester, ved at andelen som bruker slike tjenester, i hovedsak faller med inntektsklasse. Gradienten synes å være noe svakere for 85-åringene enn 75-åringene og noe svakere for kvinner enn menn.



Figur 2
Omsorgstjenester etter inntektsklasse (andel fra 0 til 1)

Resultater

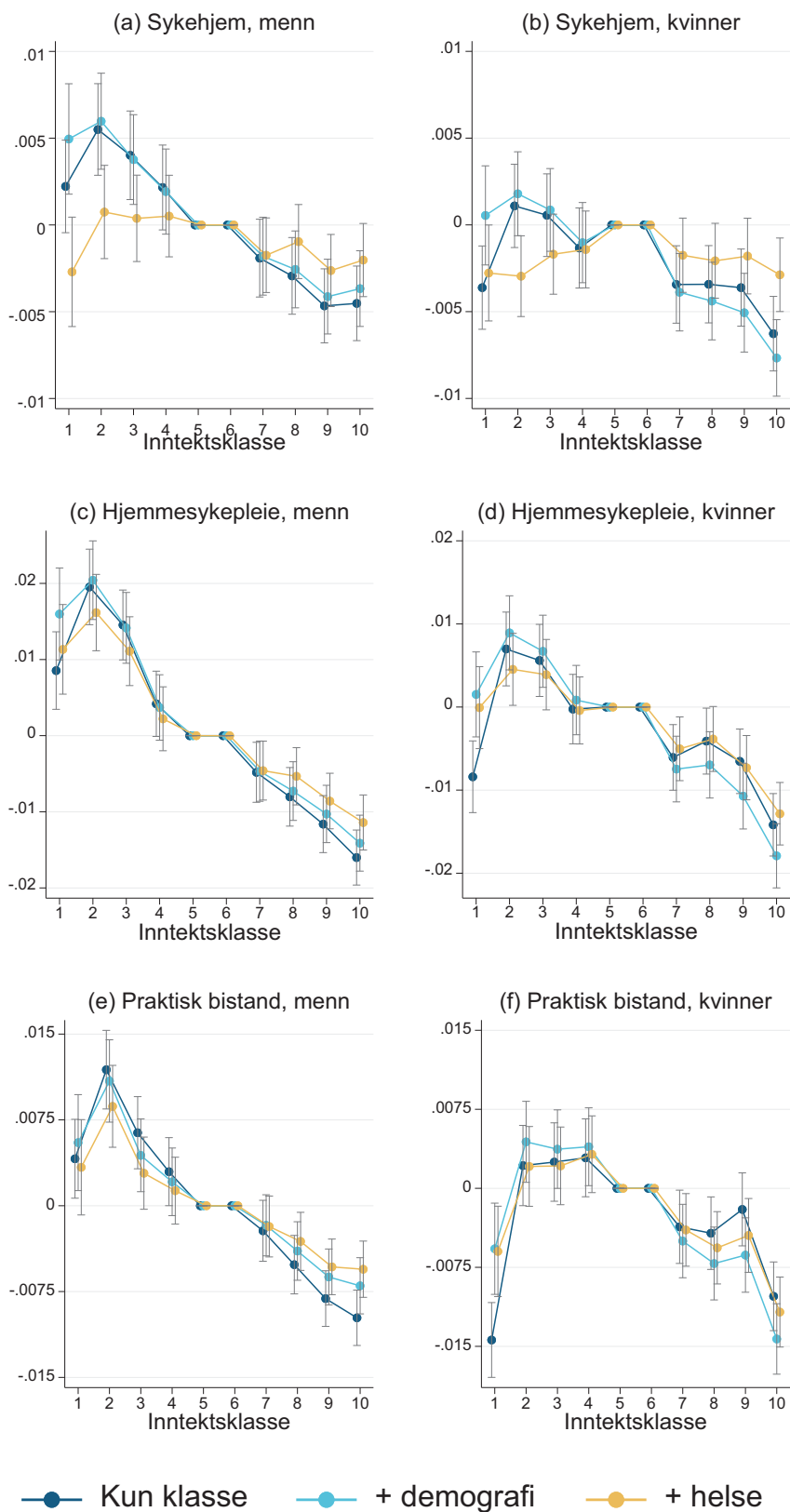
Pleie- og omsorgstjenester etter inntektsklasse, justert for helse og demografi
Figur 3 viser estimerte koeffisienter og 95 prosent konfidensintervall til klasseindikatorerne for de tre utfallene langtidsopphold på sykehjem, mottak av hjemmesykepleie og praktisk bistand det neste året for menn og kvinner. Det er viktig å være klar over at disse koeffisientene ikke kan gis en kausal fortolkning.

I panel (a) og (b) ser vi langtidsopphold på sykehjem i de laveste og høyeste inntektsklassene sammenlignet med klassene på midten, inntektsklasse 5 og 6, der det ved bruk av indikatorer er justert for alder og observasjonsår. Den mørkeblå linjen viser at andelen som mottok langtidsplass, hadde en klar, statistisk signifikant sosioøkonomisk gradient gjennom at andelen med langtidsplass var lavere jo høyere inntektsklassen var. Denne var spesielt sterk for menn, men var tydelig for begge kjønn. Kontroll for demografi (sivilstatus, barn, landbakgrunn og innvandringskategori), vist i lyseblå, medførte minimal forskjell i sammenhengen mellom langtidsplass og inntektsklasse. Med kontroller for helse i tillegg, derimot, vist i gult, var den sosioøkonomiske gradienten nesten borte, og få av de estimerte koeffisientene var statistisk signifikante. Det kunne dog se ut til at kvinner i de laveste inntektsklassene mottok langtidsplass i noe mindre grad (panel (b)). Imidlertid var det her motsatt mønster i de øverste inntektsklassene.

Den sosiale gradienten var enda klarere for hjemmesykepleie enn for mottak av langtidsplass, se panel (c) og (d). Høyere inntektsklasse gikk også her sammen med lavere mottak av disse tjenestene. I motsetning til langtidsplass endret gradienten seg lite ved justering for demografi og helse, og de fleste koeffisientene var statistisk signifikante hele veien. Det var samme klare sosiale gradient i mottak av praktisk bistand (panel (e) og (f)), også etter justering for familieforhold og helse. Her var færre av koeffisientene statistisk signifikante, men mønsteret var det samme.

Oppsummert finner vi ikke tegn til at personer med lav sosioøkonomisk status (inntektsklasse) mottar mindre hjemmesykepleie og praktisk bistand enn andre, også etter justering for demografi og helse, målt ved tidligere mottak av helsetjenester. Tvert imot mottar personer med lav livsinntektsklasse langt mer tjenester. Et unntak fra dette mønsteret er at personer i den aller laveste inntektsklassen mottok mindre hjemmesykepleie og praktisk bistand. En lignende tendens for denne inntektsklassen ser vi ved fastlegebesøk (figur 1). En årsak kan være manglende kommunikasjon om tjenestebehov for denne inntektsklassen, for eksempel ved svakere språkkunnskaper, eller dårligere kunnskap om mulighetene for å motta tjenester.

Vi har også estimert modeller hvor vi bruker antall timer mottatt med hjemmesykepleie og praktisk bistand, og modeller hvor vi inkluderer dummyvariabler for hver bydel. Dette endrer ikke resultatene.

**Figur 3**

Sammenheng mellom inntektsklasse og sannsynlighet for overgang til langtidsopphold på sykehjem, mottak av hjemmesykepleie og mottak av praktisk bistand. Personer i alder 70–90 år, bosatt i Oslo, 2007–2017.

Note: Utfallsvariabler er dummyvariabler og indikerer mottak av tjenesten året etter et gitt år. y-akse angir andel (mellom 0 og 1). Klasse: 1 lavest – 10 høyest. Demografi: indikatorer for sivilstatus, barn, landbakgrunn og innvandringskategori. Helse: indikatorer for om observasjonen var i 1., 5., 10., 25., 50., 75., 90., 95. eller 99. persentil for alle variablene som beskriver spesialist- og primærhelsetjenestebruk, samt disse variablene selv (se tabell 1). Loddrette linjer angir 95 prosent konfidensintervall.

Diskusjon

Pleie- og omsorgstjenester skal tildeles etter behov og ikke etter personlige ressurser. Vi har undersøkt hvorvidt dette var tilfellet i Oslo for personer i alderen 70–90 år i årene 2007–2017. Vi har brukt tidligere mottak av helsetjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten til å justere for behov for tjenester. Artikkelen måler statistiske, ikke kausale, sammenhenger. Vi finner at det er en sosial gradient i bruk av offentlig finansierte kommunale omsorgstjenester i Oslo, men bruken faller hovedsakelig med høyere inntekt, altså motsatt av det man kunne frykte hvis personlige ressurser styrte mottaket. De med høy inntekt har lavere sannsynlighet for å motta tjenester enn dem med lav inntekt. Personer i de høyere inntektsklassene har større mulighet til å kjøpe private omsorgstjenester. Spesielt vil dette gjelde praktisk bistand, men også hjemmesykepleie. Da vi bare har data for de kommunale tjenestene, kan det derfor være at gradientene ikke er like bratte som hvis vi hadde hatt med data også for bruk av private omsorgstjenester. Det er imidlertid mottak av offentlig finansierte tjenester som er i fokus i denne artikkelen.

Gradienten er klarere for 75-åringene enn for 85-åringene, noe som kan skyldes at helseforskjellene blir svakere i de høyere aldersgruppene; det er de med best helse som lever til de er 85. At helsen er dårligere for de lavere sosiale klassene, bekreftes av en høyere dødelighet ved fylte 70 år og høyere bruk av helsetjenester, spesielt akuttinnleggelse. Det at dødelighet samvarierer med lav klasse, kan påvirke sammenhengen mellom klasse og mottak av omsorgstjenester. Imidlertid bør mye av dette plukkes opp av de omfattende kontrollvariablene for bruk av helsetjenester året før gjennom at disse også endrer seg. I tillegg kommer det underveis i datavinduet nye kull til som når 70 års alder.

Vi vet fra tidligere studier at enslige eldre med barn bruker færre omsorgstjenester enn eldre uten barn (Holmås et al., 2016). Selv om vi justerte for dette i våre analyser (demografi), var det likevel en klar sosial gradient i bruk av omsorgstjenester. Justering for helse (tidligere bruk av helsetjenester) fjerner i stor grad den sosiale gradienten i mottak av langtidsopphold på sykehjem, mens den forblir fallende for hjemmesykepleie og praktisk bistand, dvs. at mottaket av disse tjenestene er lavere jo høyere sosioøkonomisk posisjon. Holmås et al. (2016) så også på sammenhengen mellom inntekt og mottak av tjenester. De hadde mindre detaljerte data enn oss, men deres funn bekrefter det vi har funnet.

Selv om vi observerer en generell sosial gradient for alle typer omsorgstjenester, ser vi likevel at den aller laveste inntektsklassen (klasse 1) har en lavere sannsynlighet for bruk av tjenester neste år enn inntektsklassen over. Ved tildeling av langtidsplass på sykehjem vil størstedelen av brukerens inntekt tilfalle sykehjemmet (75–85 prosent). En lavinntektsfamilie vil dermed kunne miste en stor andel av familiens inntekt og kan velge å pleie den pleietrengende selv. Imidlertid ser vi den samme sammenhengen mellom den laveste inntektsklassen og mottak av alle tre typene tjenester, også for hjemmetjenester, hvor familien ikke har grunn til å ha noe tilsvarende økonomisk motiv.

Justerer vi for helse, som vi viste i figur 3, er det klare forskjeller mellom sannsynligheten for bruk av de ulike omsorgstjenestene. Mens det fremdeles var en klar sosial gradient for bruk av hjemmesykepleie og praktisk bistand, ble den sosiale gradienten borte for mottak av langtidsplass. Det kan til og med se ut til at kvinner i de laveste inntektsklassene mottok noe mindre langtidsplass enn de høyere. Selv om våre analyser ikke gir en sterk indikasjon på dette, kan det likevel være grunner til at det skjer.

Behovet vil bestemme etterspørselen etter tjenestebruk, men den faktiske tjenestebruken vil avhenge av mange faktorer (Andersen & Newman, 2005; Carrino & Orso, 2014). Tilgjengelighet av tjenester vil bl.a. avhenge av normene i samfunnet, hvilken teknologi som finnes, og hvordan ressursene er organisert. Pasient- og brukerrettighetsloven åpner også for

at kommunenes ressurser og prioriteringer kan vektlegges ved tildeling av tjenester (Helse- direktoratet, 2020). Innen økonomisk teori er det vanlig å anta at en helse- eller omsorgsin- stitusjons tilbud vil være en avveining mellom pasientenes helse og økonomiske forhold (se f.eks. Kverndokk & Melberg, 2021), riktignok med en restriksjon om at tilbudet skal være medisinsk og etisk forsvarlig. Brukerbetalingen ved sykehjemsplass er mye høyere enn for hjemmetjenester. Når en person flytter inn på et sykehjem, vil en stor andel (75–85 prosent) av vedkommendes inntekt tilfalle sykehjemmet (Iversen & Øien, 2019). Dette gir isolert sett et økonomisk insentiv for sykehjemmene til å tilby personer med høy inntekt sykehjems- plass framfor personer med lav inntekt. Dette betyr ikke nødvendigvis at sykehjemmene bryter regelverket. For de aller fleste brukere vil det ikke være tvil om hvilke tjenester som bør tildeles. For en gruppe brukere vil det likevel ikke være opplagt hvilke tjenester som er de riktige å tilby, og for denne gruppen vil det være kommunens eller bydelens skjønn som bestemmer tildelingen. At kommuner og helseforetak reagerer på økonomiske insentiver, er vist gjennom evalueringen av samhandlingsreformen, hvor betaling for overliggedager førte til ulik praksis både for sykehus og sykehjem (Kverndokk & Melberg, 2021). I dette tilfel- let er det en mulighet for at økonomiske insentiver kan gjøre seg gjeldende for pasienter og brukere hvor det ikke er opplagt hva som er den rette behandlingen, og hvor det er mulig- heter for skjønn. Våre resultater gir ingen indikasjoner på at dette skal være en viktig meka- nisme i praksis. Det skal imidlertid sies at inntektsklassemålet vi bruker, ikke er det samme inntektsmålet som kommunen ville ha basert pasientbetalingen på.

En mulig svakhet ved våre analyser kan være at vi ikke fanger opp behovet for tjenes- ter godt nok. Behovet for pleie- og omsorgstjenester er ikke et klart definert begrep. Behov kan tolkes på mange måter. Carrino og Orso (2014) definerer det som at behovet oppstår når en persons funksjonelle kapasitet gjør at man er avhengig av andres hjelp med daglige basisaktiviteter, og derfor ikke er i stand til å ha et akseptabelt nivå på levestandard uten hjelp. Verdighet vil derfor være et sentralt begrep. Alternativt kan behov forstås i et kon- tinuum mellom universalistiske kontra relative, sosiale og kulturelle behov, grunnleggende kontra ikke-grunnleggende behov og objektive kontra subjektive behov (se f.eks. Doyal & Gough, 1991; Fitzpatrick, 2011). For eksempel vil individer av ulik etnisk bakgrunn kunne tolke behovet ulikt ut fra sitt kulturelle ståsted, og familie i nær geografisk avstand vil kunne påvirke vurderingene av behov. Kommunens ressurser vil som nevnt ovenfor også ha betyd- ning i behovsvurderingen. En tildeling etter behov vil derfor ikke være enkel å etterprøve i en analyse som vår. Vi har valgt helsetilstanden målt ved bruk av helsetjenester som en indi- kator, da vi har et omfattende datamateriale som fanger opp bruk av både primær- og spe- sialisthelsetjenester. Hvis det likevel er vurderinger av behov disse indikatorene ikke fanger opp, eller tidligere bruk av helsetjenester er sosioøkonomisk skjevt fordelt, kan det kan ha betydning for våre resultater.

En annen mulig svakhet ved våre analyser er at vi har brukt individuell inntekt og ikke husholdningsinntekt. For en del hjemmeværende kvinner kan personinntekten ha vært lav, mens husholdningsinntekten har vært høy. Det kan være en grunn til at den sosioøkono- miske gradienten ofte er svakere for kvinner enn menn i våre analyser.

Studien er en del av prosjektet «Incentives, Efficiency and Quality of Care in Long Term Care For The Elderly» med støtte fra Norges Forskningsråd (prosjektnr. 256570).

Det er ingen rapporterte interessekonflikter.

Vi vil takke tidsskriftets redaktør Oddvar Førland og to anonyme fagfeller for nyttige kommentarer.

Referanser

- Andersen, R. & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 83(4). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- Carrino, L. & Orso, C. E. (2014). Eligibility and Inclusiveness of Long-Term Care Institutional Frameworks in Europe: A Cross-Country Comparison. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2541246>
- Carrieri, V., Di Novi, C. & Orso, C. E. (2017). Home sweet home? Public financing and inequalities in the use of home care services in Europe. *Fiscal Studies*, 38(3), 445–468. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2017.12138>
- Doyal, L. & Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*. The MacMillan Press Ltd., London. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-21500-3>
- d’Uva, T. B., Jones, A. M. & Van Doorslaer, E. (2009). Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. *Journal of Health Economics*, 28(2), 280–289. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.09.008>
- Fitzpatrick, T. (2011). *Welfare Theory: An Introduction to the Theoretical Debates in Social Policy* (2. utg.). MacMillan Education UK.
- García-Gómez, P., Hernández-Quevedo, C., Jiménez-Rubio, D. & Oliva-Moreno, J. (2015). Inequity in long-term care use and unmet need: two sides of the same coin. *Journal of Health Economics*, 39, 147–158. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.11.004>
- Godager, G. & Iversen, T. (2013). *Empirisk litteratur om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge* (Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse). <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.36430.59204>
- Godager, G. & Iversen, T. (2014). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge. I G. Botten, J. Frich, T. P. Hagen, T. Iversen & H. Nordby (red.), *Helsetjenestens nye logikk* (kap. 23). Akademika Forlag.
- Grasdal, A. & Monstad, K. (2011). Inequity in the use of physician services in Norway before and after introducing patient lists in primary care. *International Journal for Equity in Health*, 10, 25. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-25>
- Hagen, T. P., Negera Amayu, K., Godager, G., Iversen, T. & Øien, H. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse-og omsorgstjenester 1986–2010* (No. 2011: 5). University of Oslo, Health Economics Research Programme. https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2011/2011_5.pdf
- Helsedirektoratet (2020). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, Kapittel 2. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport>
- Holmås, T. H., Kjerstad, E. & Monstad, K. (2016). Kommunale pleie- og omsorgstjenester – en studie av eldre med og uten nære pårørende. *Samfunnsøkonomen*, 130(6). <https://hdl.handle.net/1956/17200>
- Iversen, T. & Øien H. (2019). Tilpasning til brukerbetaling for omsorgstjenester. *Samfunnsøkonomen*, 133(6), 68–67. <https://samfunnsokonomene.no/samfunnsokonomene/>
- Jakobsson, N., Kotsadam, A., Syse, A. & Øien, H. (2016). Gender bias in public long-term care? A survey experiment among care managers. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 131, 126–138. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2015.09.004>
- Kverndokk, S. (2006). Inntekt, inntektsulikhet og helse. *Økonomisk forum*, 9, 22–31.
- Kverndokk, S. & Melberg, H. O. (2021). Using fees to reduce bed-blocking: A game between hospitals and care providers. *European Journal of Health Economics*, 22(6), 931–949. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01299-9>

- Kaarboe, O. & Carlsen, F. (2014). Waiting times and socioeconomic status. Evidence from Norway. *Health economics*, 23(1), 93–107. <https://doi.org/10.1002/hec.2904>
- Markussen, S. & Røed, K. (2020). Economic mobility under pressure. *Journal of the European Economic Association*, 18(4), 1844–1885. <https://doi.org/10.1093/jeaa/jvz044>
- Monstad, K., Engesæter, L. B. & Espehaug, B. (2014). Waiting time and socioeconomic status—An individual-level analysis. *Health Economics*, 23(4), 446–461. <https://doi.org/10.1002/hec.2924>
- Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N. & Cookson, R. (2018). Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient? *Journal of Health Economics*, 57, 290–314. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.005>
- Rodrigues, R., Ilinca, S. & Schmidt, A. E. (2018). Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long-term care use among older people. *Health Economics*, 27(3), 637–646. <https://doi.org/10.1002/hec.3607>
- Syse, A., Øien, H., Solheim, M. B. & Jakobsson, N. (2015). Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse- og omsorgstjenester til eldre. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(3), 211–233. <https://hdl.handle.net/10642/3148>
- Syse, A. (2018). Kommentar til pasient- og brukerrettighetsloven. I *Norsk Lovkommentar*. Gyldendal.