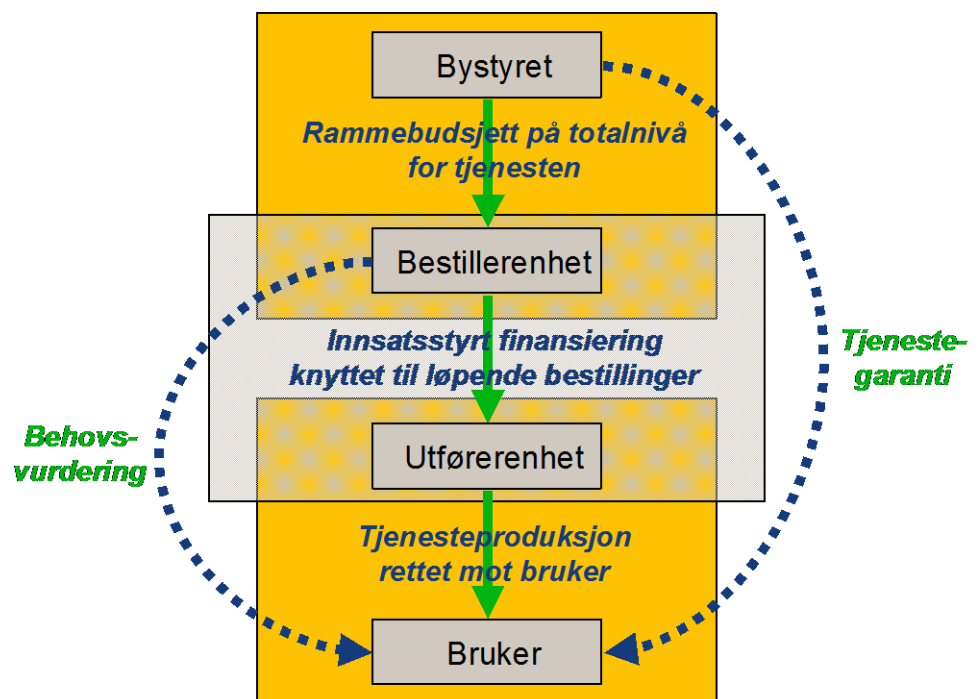


Hva koster tjenesten?

Utvikling av en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering av kommunale tjenester



Innhold

1	Innledning	1
2	Sammendrag	3
2.1	Disposisjon	3
2.2	Trenger kommunene et nytt verktøy for budsjettfordeling?	4
2.3	Hvorfor innsatsstyrt finansiering i Kristiansand?.....	4
2.4	Hvordan virker kalkylemodellen?.....	5
2.5	Utfordringer og avveininger i prosjektet.....	6
2.6	Hvilke gevinster gir ISF i kombinasjon med bestiller – utfører modellen?	8
3	Overføringsverdi andre kommuner	9
4	Begrepsoversikt	11
<u>DEL I.....</u>		<u>13</u>
5	Innsatsstyrt finansiering – En reell utfordrer til kriteriebasert budsjettfordeling	15
5.1	Budsjettfordeling ved hjelp av kriteriemodeller.....	15
5.2	Innsatsstyrt finansiering i en bestiller – utfører modell.....	17
5.3	ISF i Kristiansand kommune.....	19
5.4	Tanker om norske kommuners økonomistyring og KOSTRAs relevans i forhold til økonomistyring	21
6	Utgangspunktet for innsatsstyrt finansiering i Kristiansand.....	23
6.1	Delegasjonsprosjektet.....	23
6.2	Bestiller – utfører modellen.....	25
6.3	Organisasjonsstruktur i Helse- og sosialsektoren før og etter omorganisering.....	27
7	Overordnet prosjektbeskrivelse.....	29
7.1	Bakgrunn	29
7.2	Prosjektmandat	30
7.3	Målsetninger.....	31
7.4	Hovedmilepæler	32
7.5	Prosjektorganisasjonen.....	33
8	ISF i kommunens styringssystem.....	37
8.1	Finansieringsform, oppgaver og rollefordeling.....	37
8.2	Oppfølging, tilbakemelding og kontroll.....	38
8.3	Innsatsstyrt finansiering i en bestiller – utfører modell.....	39
8.4	Ulik behandling og allokering av utgiftene på basis av utgiftenes karakter.....	40

9	Konsekvenser.....	43
9.1	Konsekvenser for organisasjonen	43
9.2	Konsekvenser for politikerne	46
9.3	Konsekvenser for brukerne	47
10	Utfordringer og avveininger	49
10.1	Utfordringer	49
10.2	Avveininger.....	52
11	Arbeidsprosessen.....	55
11.1	Prosjektkoordinering og –organisering.....	55
11.2	Risikoidentifikasjon	57
11.3	Prosjektledelsens arbeidsoppgaver	58
11.4	Delprosjektene arbeidsoppgaver	58
DEL II.....		61
12	Kalkylemodell.....	63
12.1	Metodikk - Aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC)	63
12.2	Sammenhenger og begreper innenfor ABC-metodikk	65
12.3	Eksempel fra kalkyleoppbygging – hjemmesykepleie	69
13	Enhetsprisene i kalkylemodellen	75
13.1	Hjemmesykepleie.....	75
13.2	Hjemmehjelp.....	81
13.3	Psykiatrisk sykepleie.....	85
13.4	Brukerstyrt personlig assistent, Støttekontakt og Omsorgslønn ...	88
14	Datafangst, kvalitetsikring, samt bearbeiding av inputdataene.	91
14.1	Regnskapsdata.....	91
14.2	Produksjonsdata	93
14.3	Tidsstudiedata	94
15	Oppfølging og vedlikehold av kalkylemodellen	97
15.1	Drifting.....	97
15.2	Utvikling og vedlikehold	98
16	Systemløsningene i Kristiansand kommune.....	99
16.1	Fagsystem	99
16.2	Økonomisystem	99
16.3	Kalkylemodellen	99
17	Vedlegg.....	101
17.1	Vedlegg 1	102
17.2	Vedlegg 2	103
17.3	Vedlegg 3	104
17.4	Vedlegg 4.....	105

1 Innledning

Rapporten er skrevet av Ernst & Young på oppdrag fra Kommunenes Sentralforbund (KS).

Formålet med rapporten er å dokumentere resultater og erfaringer fra ”Prosjekt ISF – Hjemmebasert omsorg” i Kristiansand kommune som et grunnlag for å vurdere Kristiansands løsning for innsatsstyrt finansiering.

Prosjektet ble utført i samarbeid mellom Kristiansand kommune og Ernst & Young i perioden desember 2001 til juni 2002 på oppdrag fra kommunen. Ernst & Youngs primære arbeidsoppgave har vært utvikling av en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering.

I henhold til avtalen med KS skal rapporten dokumentere og beskrive prosjektets metodikk og arbeidsprosess, herunder avveininger og valg som er tatt underveis, samt modellens fordeler og ulemper. Rapporten skal sikre overføringsverdi slik at andre kommuner kan gjennomføre tilsvarende prosjekter på egenhånd.

Rapporten er kvalitetssikret av kommunene i prosjektets referansegruppe (se side 33), KS og Kristiansand kommune.

Rapporten har ikke kunnet bygge på erfaringsmateriale om de faktiske konsekvensene av innføring av innsatsstyrt finansiering og om bruken av kalkylemodellen, da rapporten er skrevet før modellen er endelig implementert.

Oslo, 2. november 2011

Ernst & Young, ved:

Morten Thuve
Manager

Ketil E. Pedersen
Prosjektleder

2 Sammendrag

2.1 Disposisjon

Denne rapporten beskriver arbeidet med å utvikle en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering (ISF) for hjemmebasert omsorg i Kristiansand.

Rapporten er delt i to: DEL I beskriver utgangspunkt, begrunnelse/motivasjon, konsekvenser og utfordringer, mens DEL II presenterer metodikken, kalkylemodellen og datagrunnlaget for modellen.

I kapittel 3, som følger etter sammendraget, oppsummeres prosjektets viktigste overføringsverdier i forhold til andre kommuner. Kapittel 4 gir en kort oversikt over begreper og uttrykk brukt i rapporten.

DEL I innleder med en sammenlikning av ISF og kriteriebaserte modeller for budsjettfordeling i kapittel 5. I kapittel 6 tar rapporten for seg bakgrunnen og utgangspunktet for innføringen av ISF i Kristiansand.

I kapittel 7 gis det en detaljert beskrivelse av prosjektorganiseringen. Hvordan ISF henger sammen med kommunens styringssystem beskrives i kapittel 8. Kapittel 9 ser på konsekvenser av ISF for organisasjon, politikere og brukere.

I kapittel 10 beskrives utfordringer og avveininger som prosjektet har støtt på og vurdert i løpet av prosjektperioden, mens kapittel 11 tar for seg prosjektets arbeidsprosess.

DEL II innledes av kapittel 12 med en beskrivelse av metodikken aktivitetsbasert kalkulasjon, samt et eksempel fra kalkyleoppbyggingen. I kapittel 13 presenteres kalkyleresultatene: Aktiviter, aktivitetsdrivere og enhetspriser for de seks tjenestene. Kapittel 14 inneholder en beskrivelse av datafangst, kvalitetssikring og bearbeiding av dataene som kalkylemodellen bygger på. I kapittel 15 beskrives hvordan kalkylemodellen bør driftes og vedlikeholdes, herunder momenter som bør vies spesiell oppmerksomhet. Kapittel 16 beskriver kort fagsystemet og økonomisystemet som kalkylemodellen henter informasjon fra. Vedlegg er lagt til kapittel 17.

2.2 Trenger kommunene et nytt verktøy for budsjettfordeling?

Innføringen av kriteriebaserte budsjettfordelingsmodeller på 90-tallet innebar en betydelig forbedring i forhold til tidligere fordelingsmetoder. I den senere tid er kriteriebaserte modeller imidlertid blitt kritisert for å være statiske i forhold til variasjoner i behov gjennom året, samt at modellenes inndata ikke er oppdatert i tilstrekkelig grad.

Nå er trolig tiden inne for neste trinn: En fordelingsmetode som tar hensyn til variasjoner i behov gjennom året, som bygger på oppdaterte data og som sikrer organisasjonens enheter like produksjonsbetingelser.

Innsatsstyrt finansiering innebærer at tjenesten prises og at budsjettmidlene fordeles til virksomhetene løpende.

En annen problemstilling i dagens kommunale forvaltning er at høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettet trolig er en vel så vanlig og viktig årsak til budsjettoverskridelser som manglende kostnadseffektivitet. Hvis så er tilfelle er det behov for å isolere aktivitetsavviket og la dette avviket være et politisk ansvar og ikke et virksomhetsansvar. Dessverre er det ofte vanskelig for kommuner å skille mellom aktivitetsavvik og effektivitetsavvik, rett og slett fordi man ikke har et godt nok datagrunnlag.

ISF gjør det mulig å plassere ansvaret der det hører hjemme. Utgifter knyttet til aktivitetsnivået blir politikernes ansvar mens kostnadseffektivitet gitt aktivitetsnivå blir virksomhetenes ansvar.

2.3 Hvorfor innsatsstyrt finansiering i Kristiansand?

Kristiansands delegasjonsprosjekt slår fast at ulike virksomheter skal ha ulike typer styringssystemer og finansieringsmodeller. Individuelle tjenester skal være innsatsstyrt finansiert slik finansiering følger aktivitetsnivå. Dette for å sikre brukernes tilbud og de ansattes arbeidsmiljø og arbeidsforhold.

Kristiansand kommune innførte 1. mai 2002 innsatsstyrt finansiering (ISF) i en bestiller – utfører modell på hjemmebaserte omsorgstjenester og psykiatrisk hjemmesykepleie.

Bestiller – utfører modellen skiller mellom myndighetsutøvelse og produksjon for å tydeliggjøre ansvars- og rollefordeling. En konsekvens av dette er at utførerenhetene får beholde overskudd, men må dekke inn eventuelle underskudd.

2.4 Hvordan virker kalkylemodellen for ISF?

Kalkylemodellen for ISF bygger på metoden aktivitetsbasert kalkulasjon (Activity Based Costing – ABC). ABC sporer utgifter til tjenestene gjennom aktiviteter. For å produsere en tjeneste må ulike aktiviteter utføres. Hver aktivitet forbruker en rekke ressurser/innsatsfaktorer. Ved å kalkulere ressursforbruk per aktivitet, kan en beregne utgiftene til tjenesten ut fra tjenestens forbruk av aktiviteter. Ettersom ABC er aktivitetsbasert, er denne metodikken velegnet i forhold til ISF.

Kalkylemodellens enhetspriser for hjemmesykepleie, psykiatrisk sykepleie og hjemmehjelp er basert på fjorårets regnskaps- og produksjonsdata. Regnskapsdataene er justert for forventet pris- og lønnsvekst.

For de øvrige hjemmebaserte tjenestene, som er mindre omfangsrike, er det benyttet en ”bottom-up” tilnærming med etterskuddsvis finansiering av faktiske utgifter.

En kompleks modell er også en tungdreven modell, og det lønner derfor seg å gruppere enkeltaktiviteter i et fåtall hovedaktiviteter. Kalkylemodellen bruker fire aktiviteter for å beskrive hjemmesykepleie og psykiatrisk sykepleie, og tre aktiviteter for å beskrive hjemmehjelp. Til hver aktivitet ble det identifisert én aktivitetsdriver. En aktivitetsdriver er den faktoren som i størst mulig grad forklarer endringer i utgiftsnivået som skyldes endring i aktivitet.

Nedenfor vises aktivitetene med tilhørende aktivitetsdrivere for hver av de hjemmebaserte tjenestene:

<i>Tjeneste:</i>	<i>Aktivitet:</i>	<i>Aktivitetsdriver:</i>
Hjemmesykepleie	Pleie i hjemmet	Antall bestilte timer pleie i hjemmet
	Reise	Antall besøk til bruker
	Administrasjonsaktiviteter	Antall registrerte HS-brukere
	Trygghetsalarm	Antall registrerte trygghetsalarmbrukere
Hjemmehjelp	Hjelp i hjemmet	Antall bestilte timer hjelp i hjemmet
	Reise	Antall besøk til bruker
	Administrasjonsaktiviteter	Antall registrerte HH-brukere
Psykiatrisk sykepleie	Psykiatrisk sykepleie	Antall timer direkte pasientkontakt
	Reise	Antall besøk
	Tverrfaglig koordinering	Antall pasienter
	Henvendelser fra EBT	Antall nye søknader

E

Hva koster tjenesten?

For å definere aktiviteter som beskriver tjenestene best, ble det avholdt en rekke intervjuer og arbeidsmøter med de ansatte. Ved hjelp av en tidsstudie ble utførernes tidsfordeling mellom de ulike aktivitetene kartlagt slik at aktivitetsutgiftene kunne beregnes. Forholdet mellom aktivitetsutgifter og aktivitetsnivået, målt i antall aktivitetsdriverenheter, gir enhetsprisen og dermed den finansieringen utfører må ha for å kunne levere én enhet av bestillingen. Enhetsprisene er i forhold til en månedlig finansiering.

2.5 utfordringer og avveininger i prosjektet

2.5.1 utfordringer

Prosjektet identifiserte tidlig at informasjon ut til organisasjonen om arbeidet med kalkylemodellen var en kritisk suksessfaktor. Dette var spesielt viktig fordi omorganiseringen i perioden januar til mars skapte betydelig usikkerhet i organisasjonen.

Den korte prosjektperioden, kravet til informasjon, samt behovet for jevnlig koordinering av delprosjektenes aktiviteter, gjorde hyppig møtevirksomhet nødvendig. Til sammen har det vært avholdt rundt 40 møter, presentasjoner, intervjuer, mv.

ISF innebærer til dels økte krav til fleksibilitet på tvers av organisasjonsstrukturen. Prosjektledelsen var imidlertid opptatt av at økte krav til fleksibilitet ikke måtte gå på bekostning av arbeidsmiljø og ansatterettigheter. God ledelse innebærer at man kjenner sine ansatte og deres ønsker og tar hensyn til disse i arbeidsplanleggingen.

En av prosjektets målsetninger var at modellen skal oppfattes som fornuftig og rettferdig for å sikre legitimitet og tilslutning/aksept. En modell som skal være 100 % rettferdig og ta høyde for alle relevante ulikheter mellom enhetene, blir imidlertid veldig kompleks. Av denne grunn bør ikke modellen forutsette rapportering og måling på et stort antall parametere. Det vil kunne føre til uforholdsmessig mye administrasjon i resultatene. Det var derfor en stor utfordring å finne balansepunktet mellom treffsikkerhet og rapporteringsbehov.

Organisasjonen hadde fra før av dårlige erfaringer med ustabile IT-systemer og det ble derfor satt mye ressurser inn på at IT-relaterte problemer ikke skulle forsinke prosjektet. Omorganiseringen skapte imidlertid nye utfordringer i forhold til at personforflytninger blant annet krevde endrede systemtilganger.

2.5.2 Avveininger

Mot slutten av prosjektet kom det opp spørsmål om hvorvidt kommunen burde kjøre rammefinansiering ved siden av ISF ut 2002. Dette ble imidlertid forkastet, både fordi dobbelt regnskapsføring er ressurskrevende og problematisk, og fordi en ubetinget systeminnføring ofte fører til raskere identifikasjon og håndtering av problemområder.

Lønn til de tillitsvalgte var en kilde til diskusjon og tolkning. En varierende andel av deres lønn går ikke med til direkte produksjon som utførere. Ved å inkludere hele lønnen i kalkylen ville enhetsprisen for pleie i hjemmet vært litt for høy i forhold til hva en time *pleie* faktisk kostet. Prosjektet valgte å ta ut tillitsvalgtes tid til tillitsvalgtarbeid fra det estimerte aktivitetsdriverstallet.

Organisasjonen var opptatt av hvordan enhetene skulle sørge for effektiv ressursutnyttelse og mer lønnsom drift. Det ble lagt vekt på å formidle at finansieringen er en konsekvens av bestillingene, og det viktigste verktøyet for god økonomistyring er god arbeidsplanlegging samt tiltak for reduksjon av sykefraværet.

En tidsstudie viste at over 40 % av lønn og sosiale utgifter som var regnskapsført på hjemmehjelptjenesten i virkeligheten burde vært ført på hjemmesykepleie. Dette resulterte i et helt feil utgiftsbilde av begge tjenestene¹. Årsaken til denne feilen var at de ansattes stillingskode var styrende for hvilken tjeneste lønnsutgiftene ble belastet. For å endre denne praksisen ble flere ulike tiltak vurdert. Den beste løsningen i forhold til datakvalitet ville vært å innføre et system for timeregistrering. Imidlertid talte organisasjonens (u)modenhet, kostnaden for et slikt system, samt manglende rapporteringsrutiner i mot en slik løsning. Isteden valgte prosjektet å be enhetene om å lønnsinnmelde omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere som utførte mye hjemmesykepleie, over i tjenesten hjemmesykepleie.

I en senere fase bør kommunen vurdere om hensiktsmessige systemer for timeregistrering kan være aktuelt. Dette vil kunne gjøre tilbakerapporteringen til EBT fra enhetene mindre ressurskrevende. I tillegg kan et godt system gjøre fremtidige tidsstudier overflødige.

¹ For politikerne er dette relevant styringsinformasjon i forbindelse med budsjettmessige prioriteringer. De to nevnte tjenestene er forskjellige både med tanke på brukerbetaling og i forhold til hva som er lovpålagt og ikke.

2.6 Hvilke gevinster gir ISF i kombinasjon med bestiller – utfører modellen?

Innsatsstyrt finansiering i en bestiller – utfører modell muliggjør følgende gevinster:

- Virksomhetene får bedre og sterkere insentiv til å effektivisere ved at eventuelle overskudd tilfaller utfører
- Bedre ressursutnyttelse for kommunen som helhet. Eksempelvis vil et viktig økonomistyringsgrep for enhetene være å planlegge arbeidsbemanningen slik at den er tilpasset bestillingene
- Fordelingen av budsjettmidlene blir mer rettferdig når den løpende er knyttet opp til aktivitetsnivået
- Jevnere arbeidsbelastning for de ansatte ved at enhetene får tilført ressurser i forhold til aktivitet.
- Politikernes rolle og valgmuligheter blir tydeligere ved at de tar ansvar for økte utgifter som følge av aktivitetsøkning
- Bedre styringsinformasjon. Ved å fokusere på en tjenestes aktivitetsnivå og aktivitetsutgifter oppnås en økt forståelse, noe som igjen gir bedre grunnlag for politiske prioriteringer

Innsatsstyrt finansiering er en vinn-vinn løsning for politikere, organisasjon og brukere som tar hensyn til variasjoner i behov gjennom året, tilrettelegger for mer effektiv ressursutnyttelse, sikrer virksomhetene like produksjonsbetingelser og gjør det mulig å plassere ansvaret der det hører hjemme.

3 Overføringsverdi andre kommuner

Mange kommuner har lagt om sin virksomhet til selvstyrte enheter med utstrakt delegasjon av fag, økonomi og personal. Produksjon og myndighetsutøvelse er også skilt i en rekke kommuner. En kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering i Kristiansand kan derfor ha nytteverdi for andre kommuner.

Generelt vil grad av overførbarhet av en modell mellom to organisasjoner avhenge av hvor like organisasjonene er. Da kommuner er underlagt relativt like rammebetingelser, vil modeller i stor grad være overførbare på et overordnet nivå. Jo større kompleksitet og detaljnivå i modellen, desto lavere vil graden av direkte overførbarhet mellom organisasjoner være.

Nedenfor følger en kort beskrivelse av elementene som har generell overføringsverdi for andre kommuner.

3.1.1 Metodikk/Verktøy

ABC, eller aktivitetsbasert kalkulasjon, kan benyttes i enhver organisasjon og enhver type virksomhet: Aktiviteter er en fellesnevner for alle organisasjoner enten det gjelder produksjonsvirksomheter eller tjenesteytende virksomheter.

ABC vurderes å være mer realistisk enn tradisjonelle kalkylemetoder da ABC fokuserer på årsaken (aktiviteten) til forbruket av ressursene.

3.1.2 Aktiviteter og aktivitetsdrivere

Uavhengig av demografiske, geografiske og sosiografiske forskjeller mellom norske kommuner, er kommunenes lovpålagte tjenestetilbud og oppgaver relativt ensartede. Dette tilsier at kommunene i stor utstrekning utfører de samme aktivitetene for å fremskaffe tjenester til innbyggerne.

De aktivitetene og aktivitetsdriverne som er identifisert for tjenestene i prosjektet, vil høyst sannsynlig ha stor relevans med tanke på å forklare tjenesteutgifter i andre kommuner. Kartlegging av aktivitetsstruktur var en relativt omfattende del av prosjektet og dersom de identifiserte aktivitetene og aktivitetsdriverne kan benyttes vil dette innebære en betydelig besparelse.

3.1.3 Beskrivelser og dokumentasjon av arbeidsprosessen

Prosessen med å utarbeide modellen vil kunne bidra med erfaring som vil være nyttig i en eventuell implementering i en annen kommune. Rapporten inneholder beskrivelser av hele prosessen med modellerings- og analysearbeidet.

3.1.4 Prosjektledelse

Prosjektet er relativt omfattende samtidig som det er upløyd mark. Erfaringer fra organiseringen av prosjektet vil kunne være nyttig lærdom for kommuner som ønsker å gjennomføre lignende prosjekt. Erfaringsbakgrunnen kan bidra til å minimere gjennomføringstid og sørge for vellykket implementering.

3.1.5 Aktiviteter som ikke nødvendigvis er overførbare

Som nevnt er alle kommuner underlagt de samme lover og regler. Disse regulerer i stor utstrekning tjenestetilbudet og dermed tjenestens aktiviteter. Likevel bør man foreta en særskilt analyse av aktiviteter i hver enkelt kommune dersom modellen skal overføres. Grunnen til dette er at mange kommuner definerer innholdet i sine tjenester ulikt.

Kostnadsstrukturen må gjennomgås for hver enkelt kommune da regnskapspraksis ikke nødvendigvis er enhetlig. I en ABC-kalkyle må man ta utgangspunkt i eksisterende regnskapstall som kontrolleres for feilføringer slik at modellen får tilfredsstillende inndata som fundament. Verdien av en slik granskning vil ligge i at kommunen får testet regnskapet for eventuelle feilføringer. Dette bør uansett gjøres med jevne mellomrom.

4 Begrepsoversikt

Aktivitet:

Arbeid eller oppgaver som utføres i en organisasjon eller virksomhet.

Aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC):

Fornorsking av Activity Based Costing. En kalkylemetode som tar utgangspunkt i aktivitetene som må utføres for å fremskaffe et produkt eller en tjeneste.

Aktivitetsdriver:

Den faktor som i størst mulig grad forklarer endringer i utgiftsnivået som skyldes endring i aktivitet. Aktivitetsdriveren henfører aktivitetsutgifter til kostnadsobjekter.

Bestiller – utfører modellen:

En modell som skiller mellom myndighetsutøvelse og produksjon slik at det blir tydelig hvor ansvaret for de ulike rollene ligger.

Brukerstyrt personlig assistent (BPA):

Omsorgstjeneste. Den pleietrengende brukeren er selv arbeidsgiver overfor assistentene og ansetter disse selv. Ofte er bruker fysisk bevegelseshemmet.

Delegasjonsprosjektet:

Organisasjonsprosjekt i Kristiansand. Innebarer delegasjon av myndighet til lederne av produksjonsenhetene over økonomi, personale, fag og organisering

Delprosjekt (DP):

En gruppe med ansvar for en begrenset del av prosjektet.

Enhet for behovsvurdering og tjenestetildeling (EBT):

Bestillerenheten for omsorgstjenester i Kristiansand.

Enhetspriser:

Utgiften til én aktivitetsdriverenhet.

Innsatsstyrt finansiering (ISF):

En metode for å fordele ressurser i forhold til aktivitetsnivå.

Kort ISF:

I modellen er dette finansiering av utførers utgifter som antas å variere med aktivitetsnivå og bestillinger på en månedlig basis. Også kalt periodisk variable kostnader.

Kostnadsobjekt:

Produktet, tjenesten eller kundegruppen som forbruker kostnader/utgifter og som er årsaken til at aktiviteter utføres. I denne modellen er tjenestene kostnadsobjekt.

Kostnadsart/Utgiftsart:

Ressursene eller innsatsfaktorene som er nødvendig for å utføre aktivitetene i virksomheten.

Kriteriebasert budsjettfordeling:

Metode for fordeling av budsjettmidler til enheter ved hjelp av statistiske befolkningsbeskrivelser (sosiodemografiske variabler). Ofte benyttet i større kommuner for å fordele ressurser mellom bydeler, distrikter osv.

Lang ISF:

Finansieringen av de av utførers utgifter som antas å ikke variere med aktivitetsnivå og bestillinger på kort sikt, men som er påvirkbare på lengre sikt. Også kalt periodisk faste kostnader.

Libro Økonomi:

Økonomisystemet i Kristiansand kommune.

Omsorgslønn:

Omsorgstjeneste. Ytes til omsorgsgiver, som regel pårørende til den pleietrengende. Ikke en lovpålagt tjeneste.

Ressursdriver:

Forteller hvor stor andel av utgiftene i en artsgruppe som skal henføres til én aktivitet.

Risikomatrise:

Viser identifiserte risikoer i forhold til dimensjonene sannsynlighet og konsekvens.

Strata:

Gruppering av resultatenheter basert på gjennomsnittlig utgift per besøk.

Unique Omsorg:

Fagsystemet som benyttes for omsorgstjenestene i Kristiansand.

Vikarsentralen:

En egen resultatenhet som vil drive utleie av personell for å hjelpe enheter som opplever uforutsett og kortsiktig aktivitetsøkning.

DEL I

Innsatsstyrt finansiering i Kristiansand

-

Utgangspunkt, begrunnelse, konsekvenser og utfordringer

E

Hva koster tjenesten?

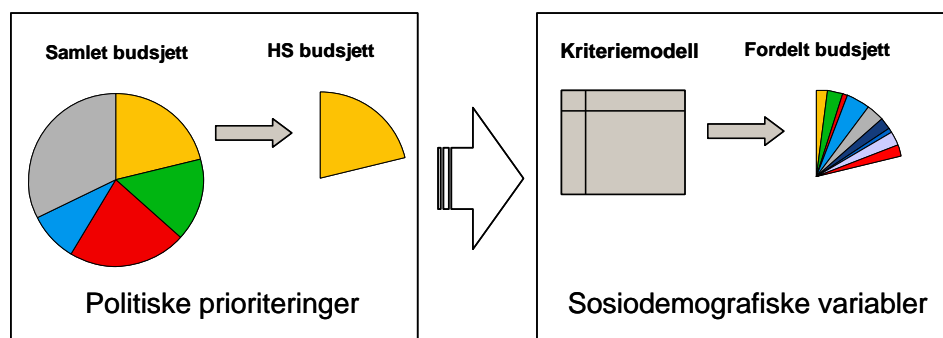
Utvikling av en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering av kommunale tjenester

13

5 Innsatsstyrt finansiering – En reell utfordrer til kriteriebasert budsjettfordeling

5.1 Budsjettfordeling ved hjelp av kriteriemodeller

Svært mange kommuner benytter kriteriebaserte modeller for å fordele sentrale budsjetttrammer ned og ut på underliggende virksomheter. Kriteriene i slike modeller er som oftest basert på sosiodemografiske variabler fra Statistisk Sentralbyrå (SSB).



Figur 1 – Eksempel på kriteriebasert budsjettfordeling

5.1.1 Kriteriebaserte modeller som respons på mer komplekse organisasjoner

Innføringen av kriteriebaserte modeller på `90-tallet må sees i sammenheng med at kommunal virksomhet i løpet av de foregående tiårene hadde blitt mer og mer sammensatt og kompleks.

Før kriteriemodellenes tid var gjerne budsjettfordelingen basert på såkalt inkrementell budsjettering: x % påslag på fjorårets budsjett. Rundt slutten av `80-tallet var det imidlertid klart at slike modeller var utilstrekkelige og i for liten grad knyttet opp til reelle behov. Ofte fikk de enhetene som var flinke til å ”markedsføre” eget pengebehov, forholdsmessig mest midler.

Kriteriemodellene innebar således en betydelig forbedring ved at budsjettmidlene nå ble fordelt etter objektive kriterier.

5.1.2 Budsjetttrammene er statiske regnskapsåret igjennom

Kriteriebaserte modeller er imidlertid blitt kritisert den senere tid for å være statiske i forhold til variasjoner i behov gjennom året, samt at modellene bygger på data som ikke er oppdaterte.

Ved budsjettider oppunder jul er de ferskeste tilgjengelige KOSTRA-data fra SSB allerede minst ett år gamle. I løpet av regnskapsåret blir følgelig dataene som kriteriene bygger på, ytterligere ett år eldre.

Siden hendelser som inntreffer i ett bestemt år, ikke innehar en automatisk forklarende effekt på de umiddelbart påfølgende årene, har nok ikke ett til tre år gamle sosiodemografiske variabler en automatisk forklarende effekt på aktivitetsnivået i inneværende budsjettår. Eksempelet under illustrerer dette:

Selv om vinteren 1999/2000 bød på håkkeføre og dermed svært mange lårhalsbrudd, var ikke de påfølgende vintrene spesielt glatte.

5.1.3 Skyldes budsjettunderskuddet økt aktivitet eller manglende kostnadseffektivitet?

Budsjettfordelingen i kriteriemodeller er gjennom sosiodemografiske variabler, delvis og med en tidsforsinkelse, knyttet opp mot aktivitetsnivå. Dette kan gi et falsk bilde. Man ”glemmer” tilsynelatende at høyere aktivitet i forhold til budsjettforutsetningene ofte er den viktigste årsaken til budsjettoverskridelser. Fordelingen av ressurser er jo ikke knyttet opp mot dagens aktivitetsnivå, men fjorårets eller året før der igjen.

Politikere vil i en situasjon med budsjettoverskridelser ofte peke på virksomhetenes manglende kostnadseffektivitet. For virksomhetsledere kan det være vanskelig å argumentere imot dette, spesielt dersom kommunen eller virksomheten ikke har tidsserier over produksjonsdata, slik at man kan skille mellom aktivitetsavvik (volumavvik) og effektivitetsavvik. I virkeligheten kan jo budsjettsprekken skyldes et høyere aktivitetsnivå. En situasjon med økt aktivitet og uendret utgiftsramme innebærer uansett vanskeligere produksjonsbetingelser for både virksomhetene og de ansatte.

Kriteriemodellers forklaringskraft blir dessuten lavere desto lengre ut i organisasjonen budsjettmidlene fordeles. Fra ett år til et annet er kanskje ikke det *totale* aktivitetsnivået spesielt forskjellig, men aktivitetsvariasjonene ved eksempelvis et lite sonekontor kan være dramatiske. Sjansen for et budsjettavvik som skyldes et behovsdrevet aktivitetsavvik, øker dermed desto lengre ut i organisasjonen man går.

5.1.4 Manglende insentiver til utgiftsreduksjon

En annen problemstilling er at statiske budsjetttrammer ikke gir tilstrekkelige insentiver til utgiftsreduksjon og effektivisering. Det kan være flere grunner til dette. Virksomheten kan blant annet frykte at budsjettoverskudd ett år skal føre til reduserte bevilgninger neste år. En annen årsak kan være at så lenge

virksomheten går i balanse er alle fornøyd. Det er få eller ingen gulrøtter som motiverer enhetene i retning av budsjettoverskudd.

5.2 Innsatsstyrt finansiering i en bestiller – utfører modell

Innsatsstyrt finansiering (ISF) i en bestiller – utfører modell innebærer at tjenesten prises og at budsjettmidlene fordeles løpende i henhold til bestilte og leverte tjenester.

5.2.1 ISF – Internprisene i en bestiller – utfører modell

I en bestiller – utfører modell er det innlysende at bestiller må betale mer desto større tjenesteproduksjon som bestilles fra utfører. ISF er et velegnet redskap for å sørge for dette. I kalkylemodellen beskrevet i kapittel 12, benyttes tre til fire variabler som beskriver tjenestenes aktivitetsnivå og implisitt tjenesteproduksjonen. Disse aktivitetsnivåvariablene prises og utgjør grunnlaget i betalingsordningen mellom bestiller og utfører.

Prisene på aktivitetsnivåvariablene, i modellen kalt aktivitetsdriverenheter, er basert på forholdet mellom fjorårets utgifter og fjorårets tjenesteproduksjonsvolum, brutt ned på aktivitetsnivå.

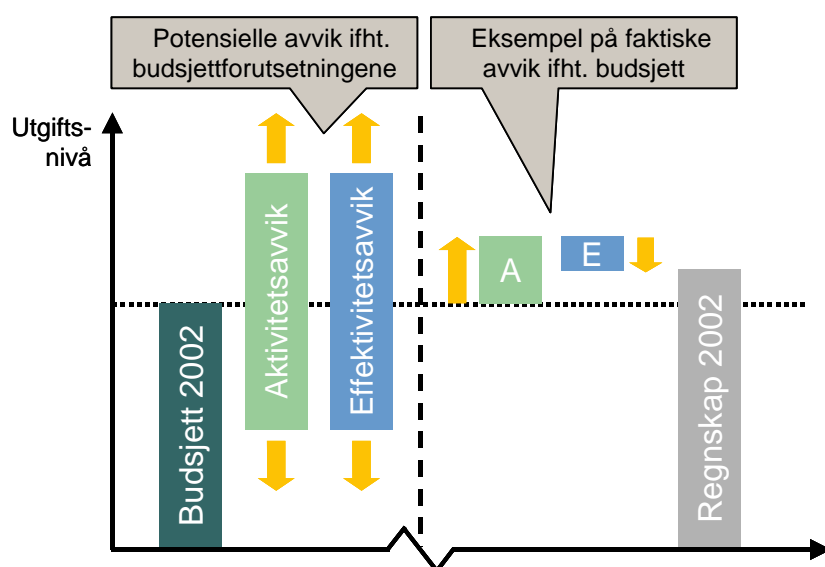
Innsatsstyrt finansiering i en bestiller – utfører modell er på mange måter veldig likt internprising. I store konsern legges det ned betydelige ressurser på å etablere internpriser som sørger for effektive produksjonsbeslutninger. Eksempelvis dersom man skal kjøpe tjenesten/produktet internt eller eksternt.

5.2.2 En bedre og riktigere ansvarsfordeling

ISF gjør det mulig å plassere ansvaret der det hører hjemme. Som nevnt over er altså utgifter knyttet til aktivitetsnivået bestillers ansvar og følgelig også politikernes.

Utførers ansvar derimot, er å produsere den bestilte tjenesteproduksjonen til en utgift lik eller lavere enn finansieringen som følger bestillingen. Med andre ord er ”riktig utgiftsnivå” gitt aktivitet, utførers ansvar. Utgiftsnivå gitt aktivitet kan sies å tilsvare kostnadseffektivitet.

Figur 2 viser et eksempel på resultateffekten av aktivitets- og effektivitetsavvik i forhold til budsjettforutsetningene.



Figur 2 – Både aktivitetsnivå og effektivitet påvirker resultatet

I figuren viser den stiplede vannrette linjen budsjettrammen for 2002. Boksene *Aktivitetsavvik* og *Effektivitetsavvik* illustrerer at regnskapsresultatet kan påvirkes i begge retninger avhengig av om aktivitetsnivået er høyere eller lavere enn i budsjettforutsetningene, samt om (kostnads-)effektiviteten er høyere eller lavere enn i budsjettforutsetningene.

Boksene *A* og *E* illustrerer et tilfelle hvor høyere aktivitet enn forventet isolert sett har ført til budsjettoverskridelse, men der høyere effektivitet enn forventet har virket dempende på budsjettavviket (*Regnskap 2002* minus *Budsjett 2002*).

Med ISF i en bestiller – utfører modell vil man se aktivitetsavviket som forskjellen mellom total budsjettramme og sum ISF til utførerne. Effektivitetsavviket til den enkelte utfører fremkommer som forskjellen mellom utførers ISF og netto driftsutgifter.

Figuren viser at resultatet alene dessverre ikke forteller om organisasjonen har vært kostnadseffektiv eller ei. Regnestykket *Regnskap 2002* minus *Budsjett 2002* behandler de to avvikene som ett og dermed må virksomhetene ofte ta ansvaret for et aktivitetsavvik som de ikke har hatt mulighet til å påvirke.

I Figur 2 vil bestiller og politikerne måtte ta ansvar for aktivitetsavviket. Aktivitetsnivået er bestilt nettopp av dem. Utførerne har derimot klart å være kostnadseffektive gitt aktivitetsnivå og bør således belønnes.

5.3 ISF i Kristiansand kommune

5.3.1 Hvorfor ISF i Kristiansand?

En av føringene i kommunens delegasjonsprosjekt er at ulike typer virksomheter skal ha ulike typer styringssystemer og finansieringsmodeller.

For enheter som produserer individuelle tjenester skal modellen være innsatsstyrt finansiering. Uten dette vil antall brukere og brukernes behov øke uten at dette følges opp med tilsvarende økonomiske ressurser. Det fører til at brukerne får dårligere tilbud, de ansatte må arbeide raskere eller begge deler. Se for øvrig kapittel 6.1.

Fra og med 1. mai 2002 er hjemmebaserte omsorgstjenester, samt psykiatrisk sykepleie innsatsstyrt finansiert i en bestiller – utfører modell.

5.3.2 Effektiviseringsinsentiv: Overskudd tilfaller utfører

I Kristiansand kommune ble Helse- og sosialsektoren omorganisert den 1. mars 2002. Bydelsnivået ble fjernet og tjenesteproduksjonen skjer fra 34 resultatenheter. Resultatenehetene får beholde 90% av eventuelle overskudd, men må dekke inn eventuelle underskudd. Ordningen gir virksomhetene insentiver til å effektivisere.

5.3.3 Dynamisk og løpende fordeling av budsjettmidlene

Oppdateringsproblemet ved kriteriebaserte fordelingsmodeller løses ved at finansieringen utløses av bestillingene som er direkte koblet mot innbyggernes behov i dag.

Bestillingene kjøres via en ISF-kalkylemodell slik at kommunens virksomheter, uavhengig av størrelse eller grad av ”desentralisering”, løpende blir tildelt tilstrekkelige midler til å produsere bestilt tjenestevolum. Dermed kommer ikke virksomhetene i skvis.

5.3.4 Politikernes rolle blir tydeliggjort

Politikerne må foreta omprioriteringer hvis budsjettet for tjenesten totalt sett ser ut til å gå mot overskridelse.

Politikerne har enkelt sagt tre alternativer i en slik situasjon:

1. Bevilge mer penger til tjenesten,
2. Redusere tjenestens aktivitet og/eller kvalitet,
3. Øke eventuell brukerfinansiering (Egenandel mv.)

Politikerne eller rådmannen bør derimot ikke gå inn og justere ned enhetsprisene i kalkylemodellen om ikke helt åpenbare forhold skulle tilsi dette. Det vil kunne oppleves som et brudd på prinsippet om at bestiller skal stå ansvarlig for utgifter knyttet til aktivitetsnivå.

5.3.5 Bedre ressursutnyttelse

For kommunen som helhet gir ISF helt andre muligheter enn kriteriebaserte modeller til å allokere ressursene mot reelt behov.

I en kriteriemodell er det like stor sannsynlighet for at en enhet får for mye ressurser som at en enhet får for lite. De enhetene som får for lite midler har trolig et høyt arbeidspress som igjen kan slå ut i et høyere sykefravær². I løpet av året kan det dessverre være vanskelig å frigjøre midler fra de enhetene som får for mye budsjettmidler, midler som blant annet kunne vært satt inn for å redusere sykefraværet.

5.3.6 Bedre styringsinformasjon

Ved å rette fokuset mot tjenestens aktivitetsnivå og aktivitetsutgifter, kan kommunen oppnå en økt forståelse av hva tjenesten faktisk koster. Dette gir mer relevant styringsinformasjon og et bedre grunnlag for politiske prioriteringer. Økt bevisstgjøring rundt tjenestenes reelle kostnad vil i tillegg bidra til at politikernes rolle som tjenestegarantister tydeliggjøres.

² I Kristiansand er sykefraværet innen omsorgstjenestene på over 13%.

5.4 Tanker om norske kommuners økonomistyring og KOSTRAs relevans i forhold til økonomistyring

I et historisk perspektiv kan en hevde at norske kommuners økonomistyringsfokus hovedsakelig har dreid seg om ett nøkkeltall: Netto driftsresultat. Dette vedvarende og sterke finansielle fokuset på totalresultat og budsjettbalanse, har trolig økt privat sektors forsprang innen moderne økonomistyring.

Norske kommuner legger ned store ressurser på regnskapsføring, men har trolig et stykke igjen i forhold til bedrifter når det gjelder å dokumentere hva kommunen har fått igjen for pengene. Konkurransutsatte virksomheter er avhengige av å forstå sammenhengene mellom etterspørsel, kvalitet, produksjonsvolum og kostnad hvis de skal overleve. Bedriftene er følgelig avhengige av å registrere alle relevante data som bidrar til økt kunnskap om disse sammenhengene.

Kommunene har vel og merke en omfattende tjenesterapportering til SSB/ KOSTRA, men denne rapporteringen er dessverre relativt grovkornet og nokså lite egnet for økonomistyring på virksomhets- og tjenestenivå. Eksempelvis er alle hjemmetjenestene gruppert i samme funksjon (Funksjon 254) og nøkkeltallene er hovedsakelig basert på bruker- og årsverkdata.

Nøkkeltall som *Korrigerte brutto driftsutgifter pr. hjemmetjenestebruker* eller *Brukere pr. årsverk i hjemmetjenesten* kan være relevant for sammenlikning med andre kommuner og landsgjennomsnittet, men har begrenset verdi som styringsinformasjon.³

Et nøkkeltall som *Brutto driftsutgifter pr. bruker* sier lite om organisasjonens effektivitet uten at aktivitets- og/eller kvalitetsnivå kobles inn: Hvem er og hvordan er brukerne og hva inneholder tjenestene?

Et sterkt finansielt fokus, samt lite relevante KOSTRA – data, bidrar således trolig til at kommuner ikke tilegnes kunnskap om sammenhengene mellom utgift og volum, samt erfaringskunnskap om hvilke påvirkbare og ikke påvirkbare faktorer som styrer utgiftsnivået.

Blant kommunene er det trolig motstand mot ytterligere sentralstyrte rapporteringskrav. Dette medfører trolig at det ikke vil være mulig å gjøre KOSTRA finkornet nok for interne økonomistyringsformål.

³ Det er snart som en årviss tradisjon å regne at pressen kaster seg over SSBs KOSTRA-data så snart de foreligger og proklamerer hvilken kommune som er best i klassen og hvem som er jumbo. Slike ”stunt - analyser” illustrerer godt KOSTRAs begrensede presisjonsnivå.

6 Utgangspunktet for innsatsstyrt finansiering i Kristiansand

I dette kapitlet beskrives de organisasjonsmessige rammebetingelsene rundt innsatsstyrt finansiering i Kristiansand.

6.1 Delegasjonsprosjektet

Delegasjonsprosjektet ble igangsatt i august 2000. Prosjektet innebærer delegasjon av myndighet til lederne av produksjonsenhetene over økonomi, personale, fag og organisering. Hensikten er at den politiske og administrative ledelse skal uttrykke hva og hvor mye som skal utføres, mens den enkelte produksjonsenhet skal bestemme hvordan det skal utføres.



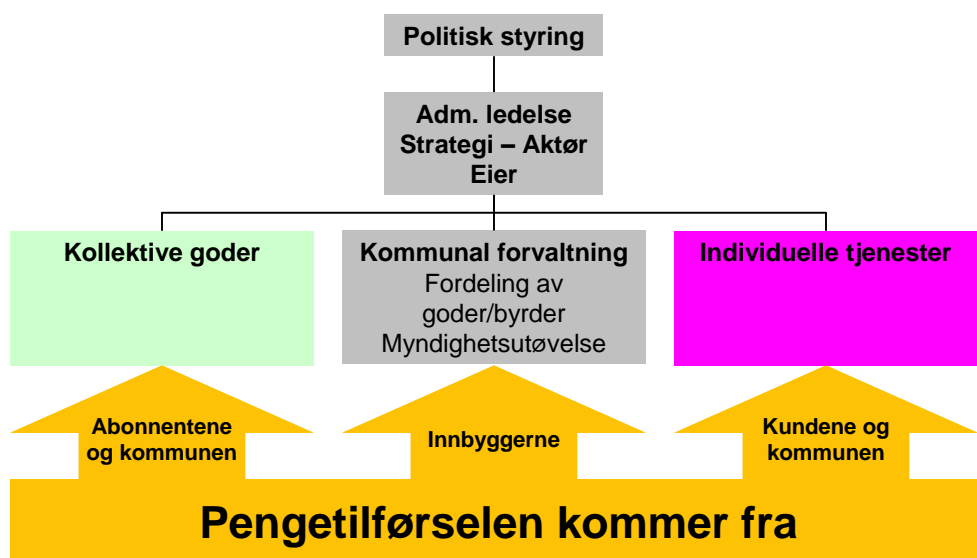
I prosjektdirektivet er målsetningene for delegasjonsprosjektet beskrevet som følger:

- Kommunen skal drives mest mulig kostnadseffektivt
- Kommunen skal være mer kundeorientert
- Kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass

Prosjektet har følgende fokusområder:

- Nytt delegasjonsreglement på fag, personal og økonomi
- Innføring av husleie for alle enheter
- Aktivitetsavhengige tilskudd til enhetene
- Internt kundevalg videreutvikles
- Leveringsavtaler - produkt og kvalitet
- Rapporteringsrutiner videreutvikles
- Opplæring og motivasjon
- Informasjon

Kommunen driver svært mange typer virksomhet. Disse kan skjematisk grupperes som i Figur 3:



Figur 3 – Kommunal organisasjon⁴

Delegasjonsprosjektet legger opp til ulike typer styringssystemer og finansieringsmodeller for ulike typer virksomheter.

For enheter som produserer individuelle tjenester skal modellen være innsatsstyrt finansiering. Dette slik at de krav som stilles til enhetene hva angår produksjon og kvalitet står i forhold til de midlene enheten tilføres. Dette er svært viktig både av hensyn til brukerne og de ansatte. Uten et slikt system vil antall brukere og brukernes behov øke uten at dette følges opp med tilsvarende økonomiske ressurser. Det fører til at brukerne får dårligere tilbud, de ansatte må arbeide raskere eller begge deler.

For mer om Delegasjonsprosjektet vises til *Hovedrapport – Delegasjonsprosjektet i Kristiansand* som utarbeides av Kristiansand kommune og som vil foreligge i månedsskiftet august – september.

⁴ Figuren er hentet fra presentasjon om Delegasjonsprosjektet utarbeidet av Kristiansand kommune

6.2 Bestiller – utfører modellen

6.2.1 Skille mellom myndighetsutøvelse og produksjon

Et hovedmotiv bak bestiller – utfører modellen er å skille mellom myndighetsutøvelse og produksjon. Et slikt skille tydeliggjør hvor ansvaret for de ulike rollene ligger.

”I en sterkt desentralisert organisasjon hvor den sentrale administrative kapasitet er bygget ned, er det behov for uavhengige enheter som ivaretar myndighetsutøvelse. Dette for å sikre rettssikkerheten til brukere, samt kvaliteten på og likeverdigheten i tilbudet i hele kommunen. Myndighetsutøveren må være garantist for at tjenesten holder den kvalitet som politikerne har forutsatt.” Erling Valvik, rådmann Kristiansand kommune

En logisk følge av skillet mellom myndighetsutøvelse og produksjon er at utførerenhetene skal kunne beholde overskudd, men må ta ansvar for underskudd. Enhetene må da være sikret inntekter som samsvarer med oppgavene, ellers er det ikke mulig eller forsvarlig å delegere budsjettansvar.

Det er bestiller som bestemmer produksjonsvolumet i tråd med gjeldende politiske føringer, lover og forskrifter. Enhetene kan ikke selv fastsette volum og dermed inntekt. Et slikt system ville ikke kunne gitt budsjettkontroll.

For politikerne og administrasjonen innebærer skillet at det blir lettere å sammenligne de utførende enhetenes produksjon og utgiftsnivå. Dette fordi enhetene vil ha mer sammenlignbare produksjonsvilkår når de selv ikke forestår saksbehandlingen.

For kommunens innbyggere kan det virke ryddigere at det ikke er samme instans som både innvilger og yter tjenesten.

6.2.2 Likeverdige tilbud til innbyggerne

Et annet hovedmotiv bak bestiller – utfører modellen er å sørge for et enhetlig tilbud for alle kommunens innbyggere. I Kristiansand opplevde man tidligere relativt store forskjeller mellom ulike sonekontor med hensyn til nivået av tjenestetildelingen. Konsekvensen av dette var at innbyggernes tjenestetilbud kunne variere, avhengig av hvor man bodde.

Bestiller – utfører modellen innebærer at myndighetsutøvelsen, representert ved bestillerfunksjonen, sentraliseres mens de desentrale utførerenhetene rendyrker leverandørrollen. Denne sentraliseringen bidrar til at kommunens innbyggere får en mer likeartet saksbehandling og et likere og mer rettferdig tjenestetilbud.

6.2.3 Kompetansemiljø

En annen effekt av sentraliseringen av bestillerfunksjonen er at kommunen på denne måten danner ett kompetansemiljø og dermed trolig styrker den kvalitative siden av saksbehandlingen.

6.2.4 Nyttig å definere tjenestene

Det er et poeng i seg selv at bestiller – utfører modellen fører til et behov for å definere tjenestene, gjerne gjennom tjeneste-/servicegarantier.

Det å definere og spesifisere tjenestenes innhold har flere positive gevinster:

1. For det første blir det lettere for både bestiller og utfører/tjenesteleverandør, i kommunikasjon med brukerne, å vise til et politisk vedtatt nivå for kommunens tjenesteyting.
2. For det andre bidrar det til å klargjøre for kommunens innbyggere hvilke tjenester de kan ha krav på, og i hvilket omfang.
3. I tillegg kan det å trekke opp grensene mellom ulike tjenester være en nyttig og kostnadsbesparende øvelse ved at kommunen kan ”luke bort” dobbeltfunksjoner og lignende.

6.2.5 Økt fokus på produksjonsdata

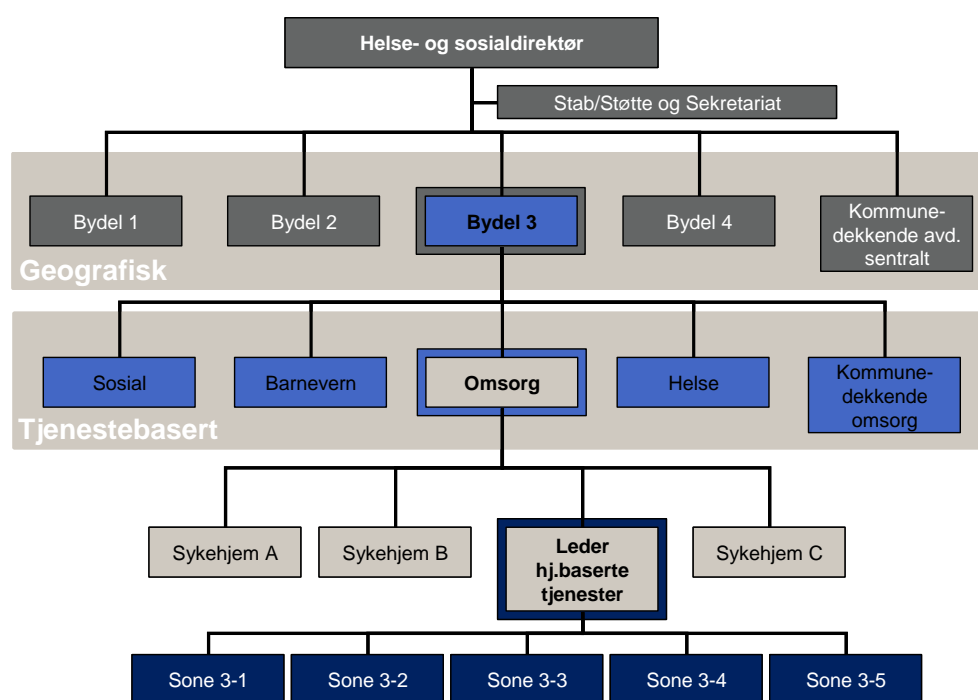
Et siste poeng er at bestiller – utfører modellen fører til økt fokus på produksjonsdata.

En bestilling må nødvendigvis konkretiseres i form av en eller flere objektive variabler overfor utfører. Dermed vil kommunen få bedre oversikt over hva budsjettmidlene har generert i form av tjenestevolum.

6.3 Organisasjonsstruktur i Helse- og sosialsektoren før og etter omorganisering

6.3.1 Organisasjonsstruktur frem til 1. mars 2002

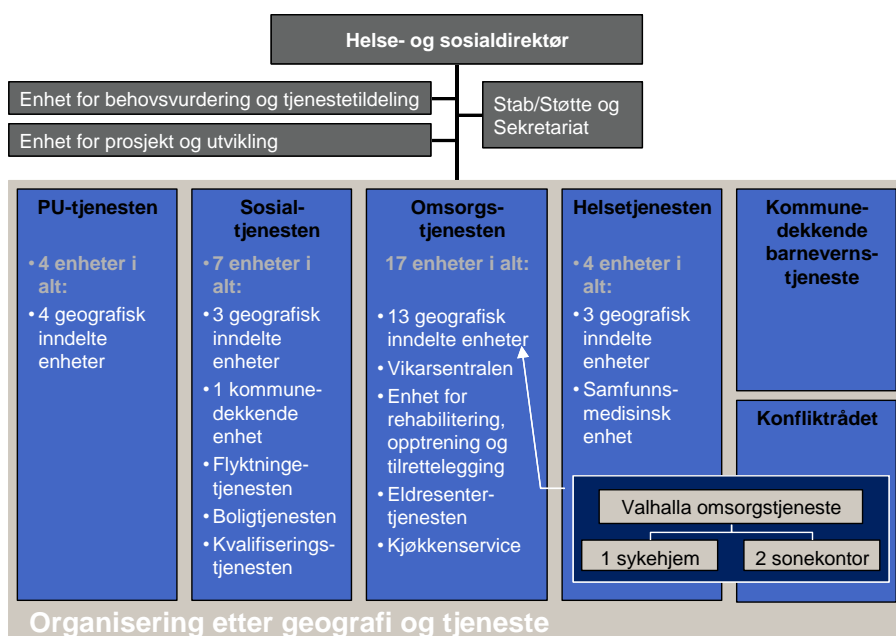
Helse- og sosialsektoren var tidligere organisert tradisjonelt. Som det fremgår av Figur 4 under, var tjenestene i sektoren tidligere organisert i henhold til geografi, gjennom bydelsinndeling. Hver bydel hadde en fullt utbygd administrasjon med videre inndeling i tjenesteområder. En slik organisering fører blant annet til lange organisatoriske avstander mellom enhetene lengst ute i organisasjonen.



Figur 4 – Organisering av Helse- og sosialsektoren før 1. mars 2002

6.3.2 Organisasjonsstruktur fra og med 1. mars 2002

Som det fremgår av Figur 5 er Helse- og sosialsektoren, fra og med 1. mars 2002, inndelt i 34 ulike resultatenheter. Lederne av disse resultatenheterne rapporterer direkte til Helse- og sosialdirektøren.



Figur 5 – Organisering av Helse- og sosialsektoren etter 1. mars 2002

Bydelsorganiseringen er fjernet som organisatorisk nivå. Ansatte i bydelsadministrasjonene er etter intern søknadsprosess fordelt både opp- og nedover i organisasjonen.

Av de 34 resultatenheterne inngår 21 enheter i bestiller – utfører modellen (14 omsorgsenheter inkludert Vikarsentralen, 4 PU-enheter og 3 helseenheter) fra og med 1. mars 2002. Sosial- og barnevernstjenestene er foreløpig holdt utenfor.

Totalt er det 13 enheter innen omsorgstjenesten og tre innen helsetjenesten som omfattes av innsatsstyrt finansiering fra og med 1. mai 2002. 10 av de 13 omsorgsenhetene består av én institusjon og ett sonekontor, to består av én institusjon og to sonekontor, mens den siste består av én institusjon og tre sonekontor. Til sammen utgjør dette 12 sykehjem, ett aldershjem og 17 sonekontor. Se eksempel i Figur 5, Valhalla omsorgstjeneste.

Hjemmebaserte tjenester ved sonekontorene omfattes av ISF fra og med 1. mai 2002. Institusjonene vil sammen med PU-tjenesten omfattes av ISF fra og med 1. januar 2003. For de tre helseenhetene er det foreløpig bare tjenesten Psykiatrisk sykepleie som omfattes av ISF (fom. 1. mai 2002).

7 Overordnet prosjektbeskrivelse

Dette kapittelet omhandler prosjektets bakgrunn, mandat, målsetninger, milepæler og organisering.

7.1 Bakgrunn

I samsvar med Kristiansand kommunes *Delegasjonsprosjekt* har kommunen bestemt å innføre *bestiller – utfører modellen* og *innsatsstyrt finansiering* (ISF) for individuelle tjenester innen omsorgsområdet.

I mai og juni 2001 utførte revisjons- og rådgivningsselskapet Andersen i samarbeid med Kristiansand kommune, en forstudie vedrørende innsatsstyrt finansiering av kommunens hjemmehjelpstjeneste.

I desember 2001 inngikk Andersen og Kristiansand kommune avtale om utarbeidelse av en modell for innsatsstyrt finansiering av seks tjenester innen hjemmebasert omsorg.

Kommunenes Sentralforbund (KS) har sammen med Bærum, Sandnes, Skien og Stavanger kommuner bidratt med finansiering av prosjektet for å få dokumentert metodikk og erfaringer med hensyn på overførbarhet.

Revisjons- og rådgivningsfirmaet Andersen i Norge fusjonerte med Ernst & Young 1. mai 2002. Firmaet blir hetende Ernst & Young.

Arbeidet i prosjektet ble videreført med samme bemanning som før fusjonen.

7.2 Prosjektmandat

"I samarbeide mellom Ernst & Young (Andersen) og Kristiansand kommune skal det utvikles en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering for hjemmebasert omsorg. Kommunens utførende enheter vil få finansiering ut i fra hvor stor tjenesteproduksjon som til enhver tid bestilles fra bestillerenheten. Dette skal sikre samsvar mellom produksjon og produksjonsforutsetninger."

Fra prosjektbeskrivelsen datert 10. januar 2002.

På møte den 9. oktober 2001 avgrenset Helse- og sosialadministrasjonen arbeidet i prosjektet til følgende tjenester innen hjemmebasert omsorg:

- Hjemmesykepleie
- Hjemmehjelp
- Støttekontakt
- Omsorgslønn
- Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
- Psykiatrisk sykepleie

De to førstnevnte tjenestene utføres ved 17 sonekontor, fordelt på 13 omsorgsresultatenheter. Sonekontorene yter også veiledning og oppfølging overfor støttekontakter og til en viss grad omsorgsgivere. Veiledning og oppfølging av BPA-ordningen skal ytes av Vikarsentralen som er en egen resultatenhet. Psykiatrisk sykepleie utføres ved 3 helseresultatenheter.

Den sentraliserte bestillerenheten, Enhet for behovsvurdering og tjenestetildeling (EBT), er i likhet med de ovennevnte enhetene, organisert under Helse- og sosialdirektøren.

Se for øvrig kapittel 6.3.

7.3 Målsetninger

Arbeidet med kalkylemodellen ble forankret i følgende målsetninger:

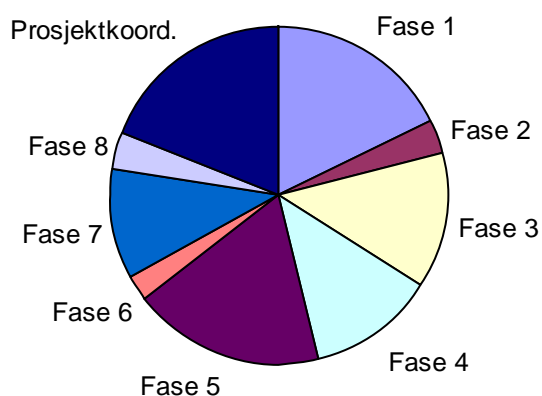
- Modellen skal føre til en mer effektiv bruk av kommunens ressurser, det være seg både finansielle og personellressurser
- Modellen skal i størst mulig grad stimulere til en atferd fra beslutningstakere og annet personell som er til det beste for kommunen som helhet
- Modellen skal, for å sikre legitimitet og tilslutning/aksept, oppfattes som fornuftig og rettferdig
- Modellen skal være balansert i forhold til behov for dataregistrering og ressursmessig omfang av dette, slik at modellen i seg selv ikke fører til uforholdsmessig mye administrasjon i resultatene
- Modellen skal ta hensyn til de ulike utgiftsartenes karakteristika (variable versus faste kostnader, påvirkbar versus ikke-påvirkbar) med basis i metodikken fra aktivitetsbasert kalkulasjon

7.4 Hovedmilepæler

Prosjektet har operert med åtte hovedmilepæler:

1. Kartlegging av tjenestene og arbeidet ved utførerenhetene, herunder aktiviteter og aktivitetsdrivere
2. Kartlegging av kostnadsstruktur
3. Justering og ”rensing” av eksisterende regnskapsdata
4. Innsamling og analyse av produksjons- og aktivitetsdriverdata
5. Utarbeidelse av selve modellen
6. Kvalitetssikring og testing
7. Integrering av kalkylemodell, fag- og økonomisystemer
8. Generell informasjon og opplæring

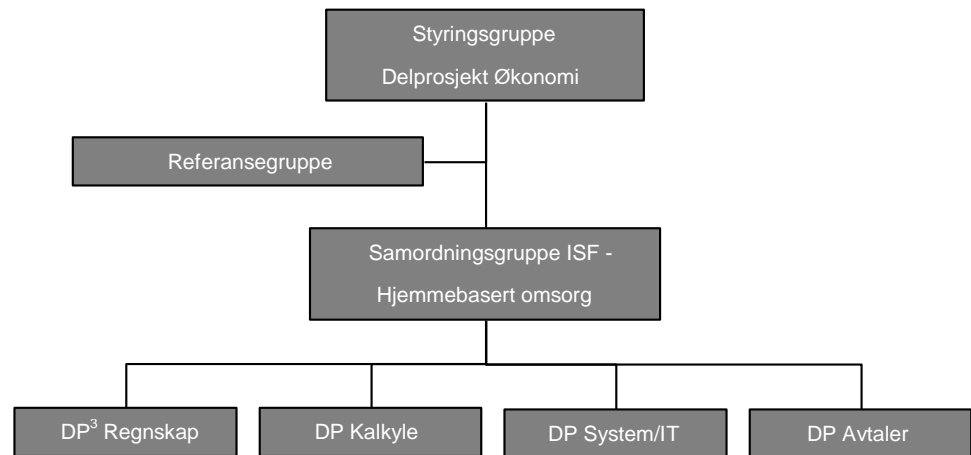
Tidsmessig fordelte arbeidet seg på de ulike aktivitetene som illustrert i Figur 6. Tid brukt på prosjektkoordinering og dag-til-dag prosjektledelse er inkludert i figuren.



Figur 6 – Tidsmessig fordeling på de ulike fasene

7.5 Prosjektorganisasjonen

Figur 7 under viser prosjektorganisasjonen:



Figur 7 – Prosjektorganisasjonen

Prosjektet startet 10. desember 2001 og skulle være ferdig 1.mai 2002.

7.5.1 Styringsgruppe

Prosjektet har vært organisert som et prosjekt under Delegasjonsprosjektets allerede eksisterende Delprosjekt Økonomi.

I forbindelse med prosjektet ISF – Hjemmebasert omsorg ble Delprosjekt Økonomi utvidet med Helse- og sosialdirektøren og juridisk rådgiver fra kommunen, samt representanter fra Ernst & Young og KS.

Det utvidede Delprosjekt Økonomi har vært prosjektets styringsgruppe og har vært overordnet ansvarlig for prosjektets kvalitet og fremdrift.

7.5.2 Referansegruppe

Representanter fra KS, Bærum, Sandnes, Skien og Stavanger kommuner har deltatt i en referansegruppe som har hatt som oppgave å følge opp og kvalitetssikre overføringsverdien av prosjektet til andre kommuner.

Referansegruppen har i løpet av prosjektperioden avholdt to samlinger på Gardermoen. Samlingene ble holdt 14. februar og 18. april. I tillegg til de

⁵ DP = Delprosjekt

overnevnte kommunene hadde KS' sentrale rådmannsutvalg oppnevnt to representanter fra henholdsvis Øksnes og Klæbu.⁶

⁶ Manglerud bydel i Oslo deltok i tillegg på det siste referansegruppemøte.

7.5.3 Samordningsgruppe ISF

Samordningsgruppe ISF har vært ansvarlig for den daglige prosjektledelse, rapportering til styringsgruppen om status, avvik og endringer i forhold til planer, samt å bidra til at nødvendige beslutninger blir tatt i tide i forhold til prosjektets fremdriftsplan.

Samordningsgruppe ISF har vært ledet av rådgiver Arild Rekve fra kommunen og seniorkonsulent Ketil E. Pedersen fra Ernst & Young.

De øvrige gruppemedlemmene var Arne Tolli Pedersen, Lisbeth Bergstøl, Ole Christian Askevold, Hanne Oppen Martinsen, Arny Danielsen (hovedtillitsvalgt (HTV) NSF), Merete Karlsen (HTV NHS) og Anne Grete Widding/Norveig Iversen (HTV NKF).

7.5.4 Delprosjektene

Fire av de ni i samordningsgruppen har som delprosjektledere vært ansvarlige for fremdrift i de fire delprosjektene.

Delprosjekt Regnskap har vært ledet av Arne Tolli Pedersen, økonomirådgiver hos Helse- og sosialdirektøren, og har ellers bestått av Helge Sletten, Knut Ivar Støfring og Robert Coward, alle økonomikonsulenter i kommunen.

Delprosjekt Kalkyle har vært ledet av Ketil E. Pedersen og har ellers bestått av konsulentene Pia Bjørntvedt Olsen, Espen Starheim og Hanne Oppen Martinsen fra Ernst & Young.

Delprosjekt System/IT har vært ledet av Ole Christian Askevold, IT-rådgiver hos Helse- og sosialdirektøren og IT-etaten og har ellers bestått av Lisbeth Bergstøl, Ole Johan Rossland og Sylvi Eidså fra kommunen.

Delprosjekt Avtaler har vært ledet av Lisbeth Bergstøl, leder av Enhet for behovsvurdering og tjenestetildeling. DP Avtaler har ellers bestått av Kristin Haslerud, Yngvar Rypestøl og Lillian Daasvand fra kommunen.

8 ISF i kommunens styringssystem

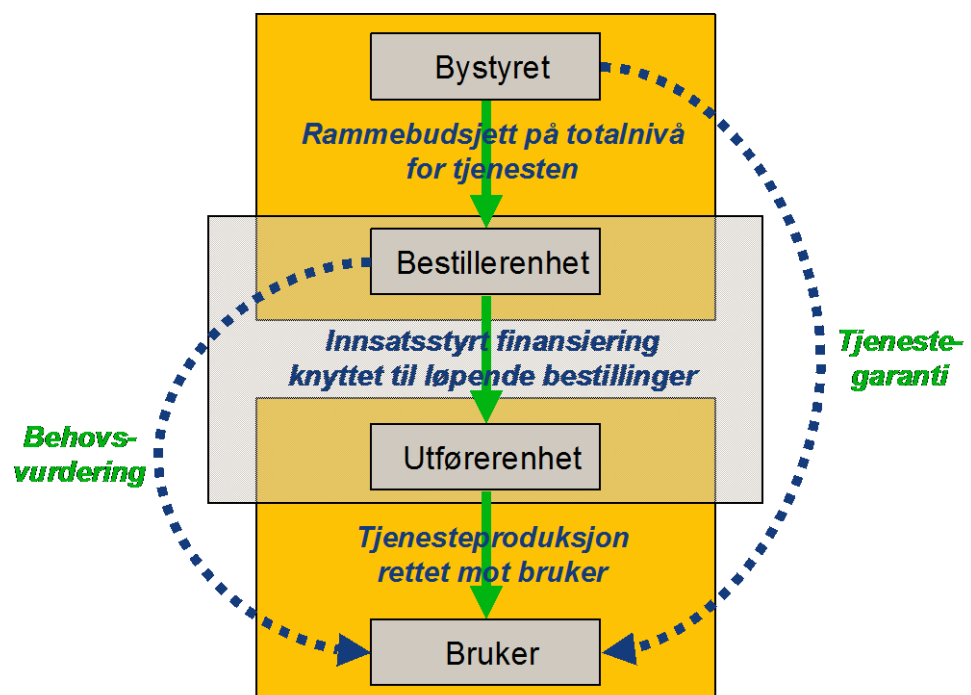
8.1 Finansieringsform, oppgaver og rollefordeling

Figur 8 og Figur 9 viser virkeområdet til ISF i en helhetlig styringsmodell. Figur 8 tar for seg finansieringsform, oppgaver og rollefordeling (politisk prioritering, forvaltning og produksjon) fra politisk nivå og ned mot bruker.

Den øverste boksen i Figur 8 omslutter *Bystyret* og *Bestillerenhet*. Gjennom årsbudsjettet fastsetter bystyret budsjetttrammene for kommunens tjenester. Bestillerenheten forvalter rammebudsjettene som gjelder ISF-tjenestene. Politikerne bestemmer gjennom *tjenestegarantier* indirekte den enkelte tjenestes kvalitets- og utgiftsnivå.

Den midterste boksen omslutter *Bestillerenhet* og *Utførerenhet*. Bestillerenheten finansierer utførerenhetens løpende tjenesteproduksjon på basis av gjeldende enkeltvedtak mot bruker. Størrelsen på finansieringen er bestemt av antall aktivitetsdriverenheter og enhetsprisene per driverenhet. (Se kapitlene 12 og 13.) Bestillerenheten står for både *behovsvurdering* og formell tjenestetildeling (vedtaksmyndighet). Bestillerenheten er også søknadsinstansen.

Den nederste boksen i figuren omslutter *Utførerenhet* og *Bruker*. Utførerenheten står for den direkte tjenesteproduksjonen mot bruker på oppdrag fra bestillerenheten. Tjenesteomfang er fastsatt i vedtakene.



Figur 8 – Tjenestens kvalitet og innhold bestemmes av politiske prioriteringer

E

Hva koster tjenesten?

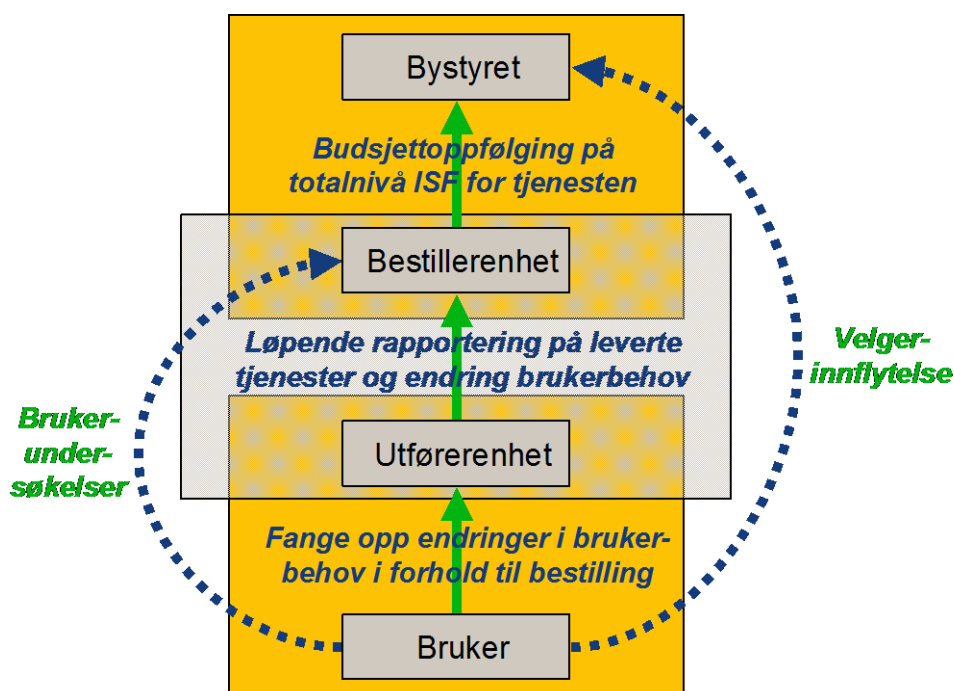
8.2 Oppfølging, tilbakemelding og kontroll

Figur 9 tar for seg brukeroppfølging og -tilbakemelding, kontroll av utførers leveranser, samt budsjettoppfølging, fra bruker og opp mot politisk nivå.

Den nederste boksen viser utførerenhetens oppgave med å fange opp eventuelle endringer i brukers behov som bør få konsekvenser for tjenestetildeling og dermed ny behovsvurdering fra bestillerenheten. Brukeren selv (eventuelt pårørende) har påvirkningsmulighet gjennom ordinær *velgerinnflytelse* og gjennom *brukerundersøkelser*.

Den midterste boksen viser at utførerenheten rapporterer levert tjenestevolum på individnivå til bestillerenheten. Bestillerenheten sammenstiller bestilt mot levert tjenestevolum for avvikskontroll og oppfølging av utførerenhetene. Bestillerenheten er videre mottaker av brukerundersøkelsene og kan benytte disse til sammenligning og oppfølging av utførerenhetene.

Den øverste boksen beskriver bestillerenhetens rapportering og budsjettoppfølging vis à vis bystyret. Budsjettoppfølging vil innebære sammenstilling av sum ISF til utførerne i forhold til sum periodisert budsjettamme, samt prognostisering. I tillegg vil resultater fra brukerundersøkelser rapporteres til politikerne.

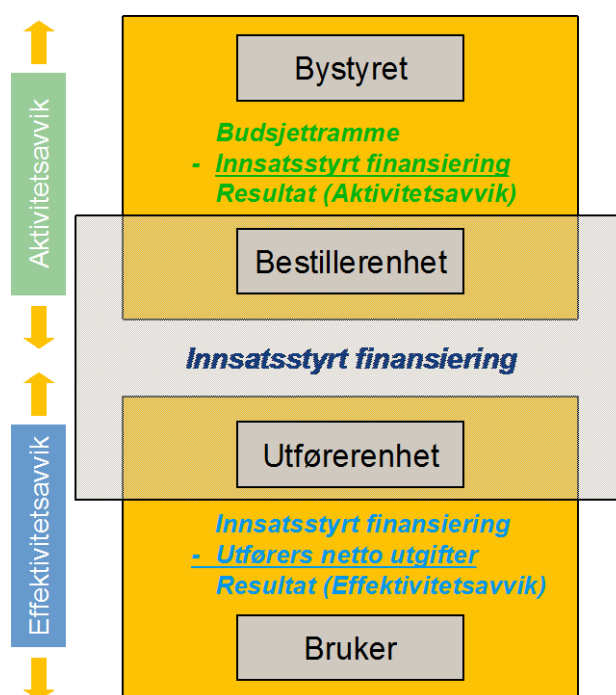


Figur 9 – Brukernes oppfatning av tjenestens kvalitet og innhold i forhold til behov påvirker politiske prioriteringer

8.3 Innsatsstyrt finansiering i en bestiller – utfører modell

Som nevnt i kapittel 5.2 må bestiller i en bestiller – utfører modell betale mer desto større tjenesteproduksjon som bestilles fra utfører. Utgifter knyttet til aktivitetsnivå er bestillers og følgelig også politikernes ansvar. Utførers oppgave derimot, er å produsere den bestilte tjenesteproduksjonen til en utgift lik eller lavere enn finansieringen som følger bestillingen.

Figur 10 viser sammenhengene beskrevet i kapittel 5.2 og Figur 2 i forhold til Figur 8. Figuren viser at bystyret/bestillerenheten har ansvaret for aktivitetsavvik i forhold til budsjettforutsetningene, mens utfører har ansvaret for effektivitetsavvik i forhold til kalkyleforutsetningene.

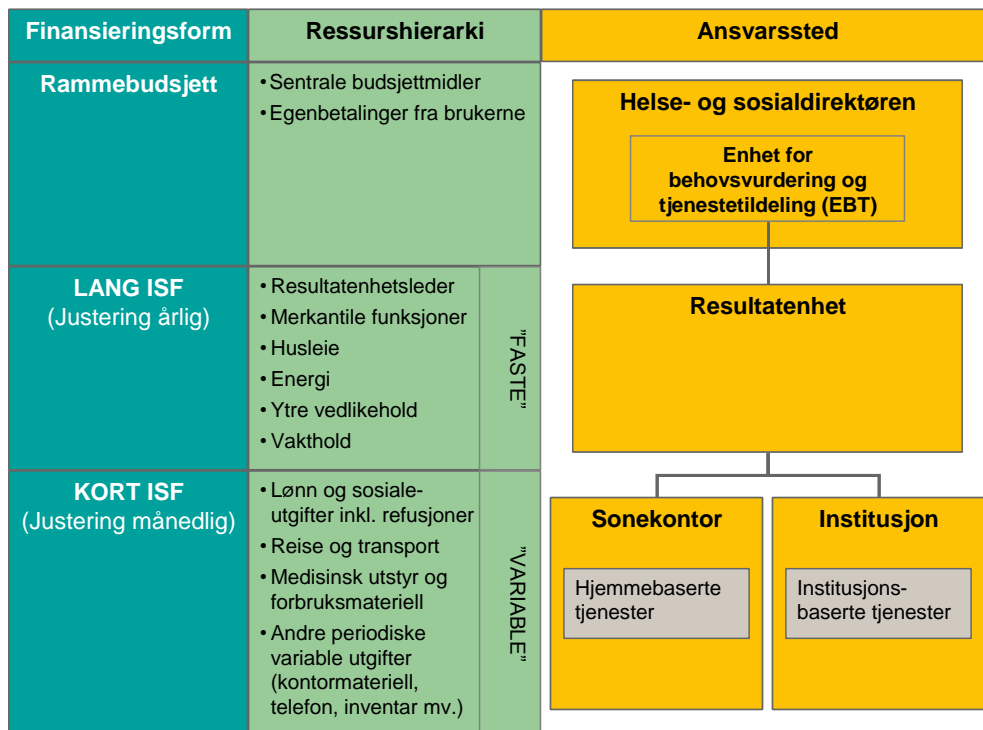


Figur 10 – Ansvarsplassering av aktivitets- og effektivitetsavvik

Regnestykkene i den øverste og nederste boksen viser hvordan ISF muliggjør et skille mellom aktivitetsavvik og effektivitetsavvik. Aktivitetsavviket er forskjellen mellom total budsjetttramme og sum ISF til alle utførerne. Effektivitetsavviket til den enkelte utfører fremkommer som forskjellen mellom utførers ISF og netto driftsutgifter.

8.4 Ulik behandling og allokering av utgiftene på basis av deres karakter

I en bestiller – utfører modell med innsatsstyrt finansiering, er det viktig å ha et bevisst forhold til hvilke utgifter det er formålstjenlig å belaste hvilke ansvarssteder. Som Figur 11 under viser, kan finansieringsform deles i tre: Rammefinansiering og ISF avhengig av ansvarssted, med videre inndeling av ISF i lang og kort avhengig av type utgift/inntekt.



Figur 11 – Oversikt over finansieringsform, ressurs- og ansvarshierarki

Som det fremgår av kapittel 8.1 er bestillerenheten (EBT) rammefinansiert og forvalter resultatenhetenes finansieringsinntekter. I tillegg inntektsføres brukernes egenbetalinger hos EBT. Utførernes finansiering skal være uavhengig av den enkelte brukers betalingsevne.

I en bestiller – utfører modell med innsatsstyrt finansiering, er det viktig å skille mellom variable og faste utgifter. Eksempelvis vil ikke en utfører trenge større finansiering av husleieutgiftene til hjemmebasert omsorg selv om antall brukere øker. Det er derfor hensiktsmessig å dele den innsatsstyrte finansieringen i to: Kort og lang ISF.

Kort ISF er finansieringen av utgifter hos utfører som antas å variere med aktivitetsnivå og bestillinger på kort sikt (månedsbasis). Lang ISF er finansiering av utgifter hos utfører som antas ikke å variere med

aktivitetsnivå og bestillingene på kort sikt. Disse utgiftene kan bare påvirkes og endres på lengre sikt (f.eks. på kvartals, halvårlig eller årlig basis).

9 Konsekvenser

Dette kapitlet beskriver konsekvensene av innsatsstyrt finansiering.

9.1 Konsekvenser for organisasjonen

9.1.1 Utførernes produksjonsbetingelser blir ryddigere og mer forutsigbare

I kapittel 5.1 påpeker vi at en situasjon med økt aktivitet og uendret utgiftsramme innebærer vanskeligere produksjonsbetingelser for både virksomhetene og de ansatte.

Når utførerne finansieres etter innsats blir virksomhetenes produksjonsbetingelser mer uavhengig av aktivitetsnivå slik at enhetene i større grad kan jevne ut de ansattes totalbelastning. Dette vil trolig ha en positiv effekt på sektorens høye sykefravær.

ISF innebærer i tillegg at fordelingen av budsjettmidlene blir bedre og mer rettferdig. Dette gjør at sammenligninger av utførernes effektivitet (resultat) blir mer rettferdige. For at utførerne skal oppleve at finansieringen er rettferdig, stilles det imidlertid store krav til kalkylemodellen.

Prosjektet har nødvendiggjort en grundig opprydning i regnskap og regnskapsrutiner. Riktigere utgiftsfordelinger/-føringer i dag gir et riktigere bilde av tjenestenes reelle utgiftsnivå.

9.1.2 Bedre ressursutnyttelse

Hovedmålet med ISF er å bidra til en mer effektiv allokering av kommunens ressurser ved å tildele finansiering etter aktivitetsnivå. Ved å gi enhetene mulighet til å beholde eget overskudd, dannes insentiver for effektivisering. Det største potensialet for effektivisering og dermed overskudd, ligger sannsynligvis i god ledelse og effektiv bemanningsplanlegging:

- God ledelse kan bidra til å redusere sykefraværet
- Bedre bemanningsplanlegging enn i fjor vil føre til lavere utgifter siden kalkylemodellen tar utgangspunkt i fjorårets utgiftsnivå gitt aktivitet

Et eventuelt overskudd kan benyttes til tiltak som fremmer trivselen på jobb og som dermed reduserer sykefraværet, eksempelvis kompetansehevende tiltak. Dette kan bidra til at sykefraværsproblematikken kommer inn i en ”god sirkel”.

9.1.3 Fleksible løsninger

Vikarsentralen som til nå har formidlet frivillige vikarer og ekstravakter, er som en konsekvens av prosjektet styrket med fire hjemmesykepleierårsverk. Disse årsverkene er tilgjengelige for utførerenheter som opplever kortsiktig aktivitetsøkning. Tiltaket gjør at utførerenhetene ikke trenger å være dimensjonert for å takle situasjoner med uvanlig høy etterspørsel.

I forbindelse med omorganiseringen ble resultatenehetenes størrelse dimensjonert for at sonekontor(ene) og institusjonen kan koordinere ved kortsiktig misforhold mellom bestillinger og bemanningskapasitet.

9.1.4 Utførerne styrer etter prognoser

For utførerne er det uvesentlig om kommunen har brukt mer penger på å finansiere tjenesten enn forventet ettersom deres jobb er å utføre oppgavene som til enhver tid er tildelt dem fra politikerne.

EBT forvalter et totalbudsjett for hver tjeneste for finansiering av utførernes produksjon. For utførernes innsattsstyrt finansierte tjenester finnes det da i prinsippet ikke budsjett. Utførerne må isteden styre etter månedlige prognoser.

Det som er vesentlig for utførerne er å tilpasse utgiftsnivået til finansieringen og bestillingene.

9.1.5 Forholdet mellom bestiller og utfører

EBT fatter vedtak og bestiller tjenesteproduksjon på basis av vurderingsbesøk. Som beskrevet i kapittel 8.2 har utfører ansvar for å melde fra til EBT om brukers behov ikke stemmer overens med bestillingen. For at tilbakemeldinger om behovsavvik ikke skal "oversvømme" EBT, er det kun avvik i timer større enn +/- 25% som skal meldes. EBT vil da fatte endringsvedtak. Se for øvrig Vedlegg 1.

Dersom brukers behov er høyere enn forutsatt i bestillingen, vil enheten gå med underskudd hvis utfører dekker det økte behovet uten endringsvedtak. Går derimot avviket andre veien, kan utførerne ha et insentiv til ikke å melde fra. Dette fordrer et gjensidig tillitsforhold mellom bestiller og utfører.

Utfører har prinsipielt sett ikke anledning til å redusere egne utgifter ved å levere færre timer enn bestilt. Dette vil innebære et brudd på avtalen med EBT.

9.1.6 Overskudd ved høyere effektivitet enn i fjor

Kommunens tidligere styringsmodell ga begrensede insentiver til å rasjonalisere og effektivisere. I den nye styringsmodellen får enhetene beholde 90% av eventuelle overskudd, men må samtidig ta ansvar for eventuelle underskudd ved at dette skal dekkes inn neste år.

Enhetsprisene i kalkylemodellen er beregnet ut fra den gjennomsnittlige situasjonen i enhetene i fjor. Dermed er fjorårets overkapasitet, sykefravær og eventuelle ineffektivitet innbakt i de gjennomsnittlige prisene. Utførerne har altså mulighet til å oppnå overskudd ved å utføre tjenesten mer effektivt enn hva som gjennomsnittlig var tilfellet i fjor.

Ved at resultatenehetene får finansiering i forhold til bestilt volum øker fokus på å planlegge bemanningen i forhold til etterspørsel. Dette er en drivkraft som gjør det sannsynlig at utførerne samlet sett vil klare å gå med overskudd. Det betyr imidlertid ikke at alle enhetene vil gå med overskudd, ineffektive enheter vil sannsynligvis oppleve underskudd.

I Figur 12 vises et eksempel på månedsrapportering for Kvadraturen øst omsorgstjeneste. Rapporten sammenstiller ISF finansiering med månedens utgifter slik at resultat per aktivitet og totalt fremkommer. Akkumulert resultat vises i kolonnen ytterst til høyre.

Posebyen, Hjemmesykepleie	ISF - Aug	Utg. - Aug	Res. - Aug	Hittil i år
Pleie i hjemmet:	687.194,-	560.115,-	127.079,-	224.098,-
Reise:	120.704,-	109.094,-	11.610,-	- 12.002,-
Adm. aktiviteter:	134.652,-	222.375,-	- 87.723,-	- 67.968,-
Trygghetsalarm:	6.795,-	20.921,-	- 14.126,-	- 26.590,-
SUM:	949.346,-	912.506,-	36.840,-	117.538,-

Posebyen, Hjemmehjelp	ISF - Aug	Utg. - Aug	Res. - Aug	Hittil i år
Hjelp i hjemmet:	99.792,-	99.755,-	37,-	12.456,-
Reise:	10.830,-	11.574,-	- 744,-	- 3.446,-
Adm. aktiviteter:	24.320,-	27.378,-	- 3.058,-	- 4.578,-
SUM:	134.942,-	138.707,-	- 3.765,-	4.432,-

Kvadraturen øst omsorgstjeneste	ISF - Aug	Utg. - Aug	Res. - Aug	Hittil i år
Posebyen , Hjemmesykepleie	949.346,-	912.506,-	36.840,-	117.538,-
Posebyen , Hjemmehjelp	134.942,-	138.707,-	- 3.765,-	4.432,-
SUM:	1.084.288,-	1.051.213,-	33.075,-	121.970,-

Figur 12 – Eksempel på månedsrapportering

9.2 Konsekvenser for politikerne

9.2.1 Politikerne får bedre styringsinformasjon

I kapittel 5.1 kritiseres kriteriebasert budsjettfordeling. Det vises til flere svakheter ved systemet. Innsatsstyrt finansiering i kombinasjon med bestiller – utfører modellen gjør kommunen bedre i stand til å styre økonomien gjennom å styre på tjenesteinnhold og –kvalitet fremfor osthøvelsprinsippet.

Systematisk registrering av hva kommunen faktisk produserer ved hjelp av budsjettmidlene, vil gi politikerne bedre oversikt og kontroll over kommunens produksjon og vil gi bedre beslutningsgrunnlag.

Figur 13 viser et eksempel på månedlig budsjettoppfølgning fra EBT til politikerne. Figuren viser en tenkt oversikt per 1. september 2003 for de seks ISF-tjenestene. *Budsjett 2003* viser totalbudsjettet for hver tjeneste, *ISF per 01.09.03* viser hvor mye finansiering tjenestene har mottatt hittil i 2003, mens *Budsjett 01.09.03* viser akkumulert budsjett per 1. september. *Avvik* forteller om aktiviteten på tjenestene er høyere eller lavere enn forventet.

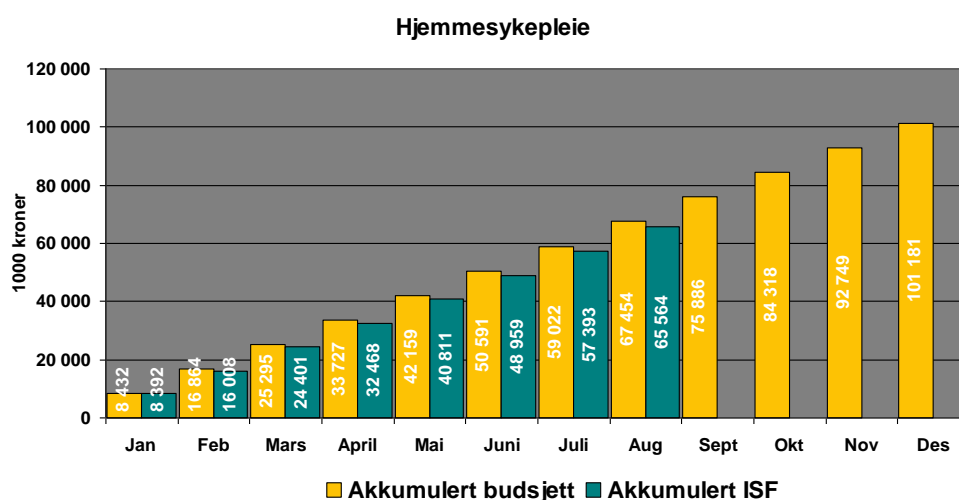
EBT	Budsjett 2003	ISF per 01.09.03	Budsjett per 01.09.03	Avvik
Hjemmebasert omsorg				
Hjemmesykepleie	101 181 060	65 564 332	67 454 040	1 889 708
Hjemmehjelp	20 134 082	14 045 392	13 422 721	-622 671
Omsorgslønn	5 630 546	3 759 384	3 753 697	-5 687
Brukerstyrt personlig assistent	3 993 744	3 505 938	2 662 496	-843 442
Støttekontakt	3 525 271	2 353 849	2 350 180	-3 669
Psykiatrisk sykepleie	2 837 375	1 920 348	1 891 583	-28 765
<i>Sum ISF</i>	137 302 078	91 149 243	91 534 718	385 475

Figur 13 – Eksempel på budsjettoppfølgning

9.2.2 Bedre prognoser

ISF skaper et økt fokus på rapportering av produksjonsdata. Dette vil gi bedre prognostiseringsmuligheter slik at kommunen kan foreta prioriteringer i forkant av at det ”smeller”.

Gjennom grafisk fremstilling som vist i Figur 14, får kommunen enkelt overblikk over hvordan utgiftene ligger an i forhold til budsjett og prognose.



Figur 14 – Grafisk eksempel på budsjettoppfølging (Hjemmesykepleie)

9.2.3 Politikernes prioriteringsrolle blir tydeligere

EBT har ansvaret for å rapportere om budsjetttrammen ser ut til å holde eller ikke for de enkelte tjenestene. Hvis prognoser viser at tjenesten totalt ser ut til å gå på en budsjettsprekk trengs det politisk inngripen. Politikerne har da som nevnt i kapittel 5.3.4, tre muligheter:

1. Bevilge mer penger
2. Redusere tjenestens aktivitet og/eller kvalitet
3. Øke eventuelle brukerbetaling

9.3 Konsekvenser for brukerne

Bestiller – utfører modellen sørger som tidligere nevnt for at brukerne oppnår en mer enhetlig saksbehandling og tjenestetilbud. Når utførerne gjennom ISF blir finansiert etter aktivitetsnivå, medfører det at brukerne er

sikret den vedtatte tjenesteleveransen uavhengig av om aktivitetsnivået lokalt er høyere enn forventet i budsjettet.

10 Utfordringer og avveininger

10.1 Utfordringer

10.1.1 Omorganiseringen av Helse- og sosialsektoren

Helse- og sosialsektoren i Kristiansand kommune har i løpet av vinteren og våren 2002 vært gjennom store organisatoriske endringer. Den gamle bydelsorganiseringen ble forlatt til fordel for en flat resultatenhetsmodell. I tillegg ble en ny styringsmodell implementert: Bestiller – utfører modellen i kombinasjon med innsatsstyrt finansiering.

Organisatorisk endring er sjelden smertefritt. Først og fremst fordi ting tar tid: Det er ikke mulig å omstille en organisasjon av denne størrelsen over natten. Dernest er det heller ikke mulig å være forberedt på alle utfordringer som dukker opp underveis, og som må tas stilling til fortløpende. Sist, men ikke minst har vi mennesker en viss innebygget motstand mot forandring. Vi blir usikre når det arbeidet vi er vant til og behersker, endrer seg og nye, ukjente elementer kommer til.

Suksessraten til en omorganisering som i Kristiansand kommune, er derfor avhengig av de ansattes innstilling og samarbeidsvilje.

10.1.2 Organisasjonen må få vite hva som skjer!

Parallelt med omorganiseringen av Helse- og sosialsektoren, arbeidet Prosjekt ISF – Hjemmebasert omsorg med å utarbeide kalkylemodellen for innsatsstyrt finansiering.

Prosjektet identifiserte tidlig at informasjon til organisasjonen om arbeidet med kalkylemodellen var en kritisk suksessfaktor. Dette var spesielt viktig nettopp fordi det i perioden januar til mars var stor usikkerhet i organisasjonen på grunn av omorganiseringen. Spesielt de nyutnevnte enhetslederne var usikre på konsekvensen av ISF i forhold til deres økonomiansvar som følge av Delegasjonsprosjektet.

I løpet av prosjektperioden ble det avholdt tre informasjonsmøter for alle enhetslederne i Helse- og sosialsektoren, hvorav ett hvor sonelederne deltok.

Sonelederne og lederne av psykiatrisk sykepleie var imidlertid involvert allerede i starten av februar under aktivitetskartleggingen hvor Delprosjekt Kalkyle gjennomførte rundt 6 intervjuer. Disse sesjonene ble alltid innledet med en presentasjon av målsetningene til kalkylemodellen. Senere, i forbindelse med tidsstudien, var DP Kalkyle også i tett kommunikasjon med representanter for enhetene.

Gjennom de hovedtillitsvalgte deltagelse i samordningsgruppen ble fagforeningenes synspunkter hensyntatt i utformingen av modellen, samtidig som at organisasjonene fikk 100% innsyn og innsikt i modellens virkemåte.

Effekten av denne informasjonen til organisasjonen var at den avdramatiserte og avmystifiserte hva innsatsstyrt finansiering var.

10.1.3 Gjensidig avhengighet og tett kommunikasjon

Delprosjektene var gjensidig avhengige av hverandre for prosjektets fremdrift og det ble dermed ekstra viktig for progresjonen at tidsfrister ble overholdt. Samordningsgruppen sørget for oppfølging av delprosjektene gjennom detaljerte delprosjektplaner som beskrev de ulike milepælene og frist for disse, tiltak og aktiviteter planlagt og utført samt kritiske punkt identifisert underveis.

Den korte prosjektperioden, kravet til delaktighet og informasjon, behovet for jevnlig koordinering av delprosjektene aktiviteter, samt at Ernst & Youngs team har base i Oslo, gjorde det nødvendig med hyppige møter i samordningsgruppen. Totalt ble det avholdt elleve ordinære møter i gruppen i løpet av prosjektperioden. Til sammen har konsulenter fra Ernst & Young deltatt på og ledet rundt 40 møter, presentasjoner, intervjuer, mv.

10.1.4 Flexibilitet skal ikke gå på bekostning av arbeidsmiljøet

Resultatenhetene må tilpasse kapasitet til etterspørsel. Dette innebærer at ansatte må forvente økte krav til fleksibilitet. Samtidig som en mer fleksibel bruk av ressursene er en forutsetning for mer effektiv drift, er det ikke alle ansatte som vil trives med mer varierte og uforutsigbare oppgaver. Ansattes ønsker om en forutsigbar arbeidshverdag må derfor respekteres. Andre vil trolig se på en viss variasjon i arbeidshverdagen som et gode. God ledelse innebærer at man kjenner sine ansatte og deres ønsker.

Økte krav til fleksibilitet må uansett ikke gå på bekostning av arbeidsmiljø og ansatte-rettigheter.

10.1.5 Kan vi stole på at enhetsprisene reflekterer virkeligheten?

Enhetsprisene er blant annet basert på tidsstudien. Denne reflekterte de ansattes tidsfordeling i februar. På dette tidspunktet hadde sonelederne oppgaver som EBT tok over fra og med 1. mars.

Hvorvidt soneledernes tid til administrative aktiviteter ble redusert i så stor grad at total tidsfordeling mellom aktivitetene ble vesentlig endret, var et tema til diskusjon i prosjektets slutfase. Hvis så var tilfelle, ville enhetsprisen for *Administrative aktiviteter* være for høy, mens enhetsprisen for *Pleie i hjemmet/Hjelp i hjemmet* ville være for lav. (Se eksempelvis kapittel 12.3)

Problemstillingen ble av samordningsgruppen vurdert til at soneledernes tid til administrative aktiviteter utgjorde en så liten andel av total tid at det ikke var hensiktsmessig å korrigere resultatene fra tidsstudien på dette tidspunktet. Istedenfor anbefalte samordningsgruppen at kommunen gjennomførte en ny tidsstudie i november når den nye organiseringen har gått seg til. En korreksjon ville i seg selv ha krevd en form for undersøkelse for å kartlegge soneledernes situasjon per mai måned.

10.1.6 Modellens treffsikkerhet versus rapporteringsbehov

En av prosjektets målsetninger var at modellen skal oppfattes som fornuftig og rettferdig for å sikre legitimitet og tilslutning/aksept. Dette er viktig siden kalkylemodellens enhetspriser danner enhetenes inntektsside og dermed er styrende for overskudd eller underskudd.

En modell som skal være 100% rettferdig og ta høyde for alle relevante ulikheter mellom enhetene, blir nødvendigvis veldig kompleks. Imidlertid kan ikke modellen forutsette rapportering og måling på et stort antall parametere. Det vil kunne føre til uforholdsmessig mye administrasjon i resultatenehetene.

Det var derfor en stor utfordring å finne balansepunktet mellom treffsikkerhet og rapporteringsbehov.

10.1.7 Modellen må ikke favorisere enkelte tjenester fremfor andre

Støttekontakter og omsorgsgivere (etter avtale) har krav på veiledning og oppfølging ved sonekontorene, mens Vikarsentralen skal være kontaktpunktet for BPA-ordningen. Sonekontorene og Vikarsentralen må dermed få finansiering for den tiden som medgår til disse formålene.

Hvis eksempelvis sonekontorene ikke fikk finansiering for denne tiden, men bare for hjemmesykepleie og hjemmehjelp, kunne en risikere at den ansatte ikke ville få den oppfølging som han/hun har krav på.

10.1.8 IT-systemer er en kritisk faktor

IT-systemet og IT-tilgangen i kommunen ble fra start av vurdert som et kritisk område. Organisasjonen hadde fra før dårlige erfaringer med ustabile systemer og det ble derfor satt mye ressurser inn på at IT-relaterte problemer ikke skulle forsinke prosjektet. Omorganiseringen skapte i tillegg nye utfordringer i forhold til at personforflytninger krevde endrede systemtilganger.

ISF og bestiller – utfører modellen innebærer at organisasjonen blir mer avhengig av IT-systemer og elektronisk kommunikasjon. Derfor var første steg å få gjennomført en fullstendig kartlegging av tilgjengelig hardware og software, samt om linjekapasitet var tilstrekkelig. Det er vesentlig at enhetene kan stole på at systemene er pålitelige. Basert på kartleggingen foretok DP System/IT oppgraderinger i prioritert rekkefølge.

Dette kunne allikevel ikke forhindre at det ved oppstart av EBT 1. mars ble oppdaget systemmessige problemer som i perioder vanskeliggjorde kommunikasjonen mellom EBT og utførerne.

10.2 Avveininger

10.2.1 Dobbelt bokholderi?

Mot slutten av prosjektet kom det opp spørsmål om hvorvidt kommunen burde kjøre rammefinansiering ved siden av ISF ut 2002, blant annet av frykt for at enhetslederne ble nødt til å forsvare under- og overskudd før de var blitt komfortable med modellen.

Dette ble imidlertid forkastet, ikke bare fordi dobbelt regnskapsføring er ressurskrevende og problematisk, men også fordi en ubetinget innføring av et nytt system ofte fører til raskere identifikasjon og håndtering av problemområder enn om man har det gamle systemet i bakhånd.

10.2.2 Hvor går grensen for produksjon?

Lønn til de tillitsvalgte var en kilde til diskusjon og tolkning. En varierende andel av deres lønn går ikke med til direkte produksjon som utførere. Ved å

inkludere hele lønnen i kalkylen ville enhetsprisen for pleie i hjemmet vært litt for høy i forhold til hva en time *pleie* faktisk kostet.

På den andre siden kunne man argumentere for at tillitsvalgtes arbeid var essensielt for produksjonen. I så fall ville disse utgiftene være relevante og måtte vært inkludert.

Prosjektet valgte å ta ut tillitsvalgtes tid til tillitsvalgtarbeid fra det estimerte aktivitetsdriverstallet. Tiden til tillitsvalgtarbeid utgjorde uansett en relativt liten andel av det totale tallet.

10.2.3 Hvor går veien til effektiv ressursutnyttelse?

Organisasjonen var opptatt av hvordan enhetene skulle sørge for effektiv ressursutnyttelse og mer lønnsom drift. Det ble lagt vekt på å formidle at finansieringen er en konsekvens av bestillingen, og det viktigste verktøyet for god økonomistyring er god arbeidsplanlegging samt tiltak for reduksjon av sykefraværet. Sonene ville fra juni få prognose for kommende måned til planleggingsformål.

10.2.4 Timeregistrering – et nødvendig onde?

Hvor går smertegrensen for organisasjonen med hensyn til rapportering og dataregistrering?

Tidsstudien viste at over 40% av lønn og sosiale utgifter som var regnskapsført på hjemmehjelptjenesten i virkeligheten burde vært ført på hjemmesykepleie. Dette resulterte i et feil utgiftsbilde av begge tjenestene: Reelle utgifter til hjemmehjelp er nesten bare halvparten av hva regnskapet for 2001 forteller.

Dette indikerer at kommunen har hatt manglende kvalitet på tjenestenes produksjonsdata. For politikerne antas dette å være relevant styringsinformasjon i forbindelse med budsjettmessige prioriteringer. De to tjenestene er jo forskjellige både med tanke på brukerbetaling og i forhold til hva som er lovpålagt og ikke.

En målsetning i prosjektet var at kalkylemodellen skal være balansert i forhold til behov for dataregistrering og ressursmessig omfang av slik dataregistrering. Som tidligere nevnt vil kalkylemodellen for ISF føre til at kommunen får løpende registrering av bedre og mer relevante produksjonsdata gjennom utførernes rapportering til EBT.

I neste fase bør imidlertid kommunen vurdere om hensiktsmessige systemer for timeregistrering kan være aktuelt. Dette vil kunne gjøre tilbake-rapporteringen til EBT fra enhetene mindre ressurskrevende. I tillegg kan et

godt system gjøre fremtidige tidsstudier overflødige. En slik vurdering bør sees i et kost – nytteperspektiv.

11 Arbeidsprosessen

Innføring av ISF i en kommune berører store deler av organisasjonen. I utformingen av modellen er det viktig for prosjektets suksessgrad å involvere ansatte på alle nivå i organisasjonen for at alle skal føle at deres arbeidssituasjon blir tatt hensyn til. Det ble i hele prosjektperioden lagt vekt på å involvere utførere og tillitsvalgte i arbeidet.

11.1 Prosjektkoordinering og –organisering

11.1.1 Samordningsgruppemøter

Samordningsgruppens koordinerende rolle i prosjektet gjorde hyppig møtevirksomhet nødvendig. I møtene deltok prosjektledelse, delprosjektledere samt hovedtillitsvalgte.

I prosjektperioden ble det avholdt elleve møter i Kristiansand med følgende faste agenda:

1. Oppfølgingspunkter fra forrige møte, gjennomgang av referat
2. Status pr. delprosjekt, herunder:
 - ✓ Overordnet status
 - ✓ Fremdrift i forhold til milepælsplan
 - ✓ Utførte hovedaktiviteter siste periode
 - ✓ Planlagte hovedaktiviteter neste periode
 - ✓ Risikovurdering og tiltak for delprosjektet
 - ✓ Evt. behov for beslutninger fra styringsgruppen
3. Risikovurdering og tiltak
4. Eventuelt

Referat fra møtene ble utarbeidet av Ernst & Young.

Samordningsgruppen utarbeidet videre diverse avklaringsnotater, rutinebeskrivelser, presentasjoner og statusrapporter. Behovet for felles dokumenttilgang ble løst gjennom en internettbasert databaseløsning der det var mulig å dele ajourførte dokumenter.

11.1.2 Prosjektplan

Samordningsgruppen utarbeidet en prosjektplan totalt for prosjektet, der hovedaktiviteter og milepæler per delprosjekt inngikk.

11.1.3 Prosjektbeskrivelse

Ved oppstart av prosjektet ble det utarbeidet en prosjektbeskrivelse for hele prosjektet, samt for hvert delprosjekt med det formål å beskrive det enkelte prosjekts ansvarsområde og avgrensning delprosjektene imellom. Prosjektbeskrivelsen og delprosjektbeskrivelsene var henholdsvis prosjektledelsens og delprosjektledernes ansvar og skulle inneholde:

1. Prosjektmandat for prosjektet/delprosjektet
2. Prosjektorganisering av prosjektet/delprosjektet
3. Risikoer knyttet til prosjektet/delprosjektet med beskrivelse av risikoreducerende tiltak

11.1.4 Statusrapportering til prosjektledelse

For at prosjektledelsen skulle kunne følge opp fremdriften i prosjektet og rapportere til styringsgruppen, var delprosjektlederne ansvarlige for å rapportere status i forhold til delprosjektplanene. Delprosjektlederne fylte ut en standardisert statusrapport i Excel med hovedaktiviteter. Denne var punktvis og kortfattet og ikke arbeidskrevende å utarbeide.

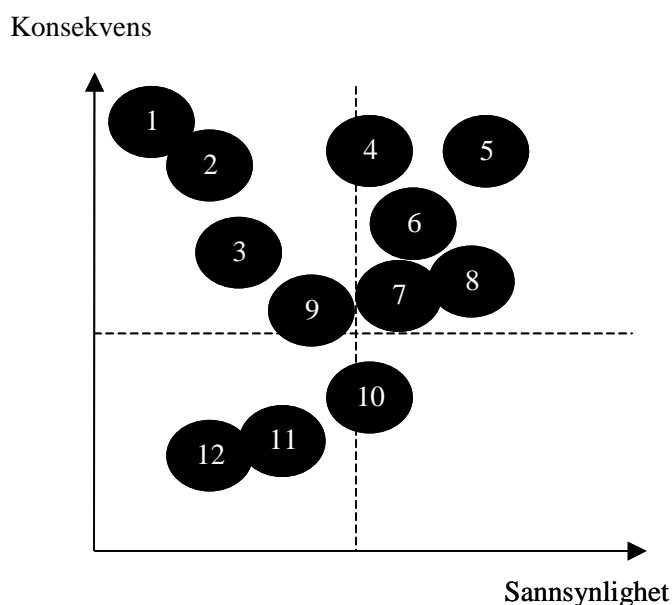
11.1.5 Oppfølging innen delprosjektene

Delprosjektledere hadde selv ansvaret for fremdrift og organisering av eget delprosjekt. Delprosjektleder var ansvarlig for at informasjon fra og beslutninger tatt i samordningsgruppen ble kommunisert til alle involverte personer.

11.2 Risikoidentifikasjon

I samordningsgruppens første møte ble potensielle fallgruver og risikomomenter i prosjektet identifisert. Risikoen for at et bestemt scenario oppstår, kan vurderes som produktet av scenarioets sannsynlighet og konsekvens, og kan dermed plasseres i en matrise.

På denne måten ble de mest kritiske momentene som kunne føre til forsinkelser i prosjektet identifisert. En prioritert handlingsplan med konkrete tiltak ble deretter utarbeidet. Risikomatriksen slik denne ble identifisert ved prosjektoppstart er vist i Figur 15.



- 1- Ukorrekt kalkyle og regnskapsprinsipp
- 2- Delprosjektene overholder ikke frister
- 3- Negativ omtale og publisitet
- 4- Mangler eierskap hos enhetslederne
- 5- Mangler økonomiressurser
- 6- Mangler IT-involvering
- 7- Svak IT-infrastruktur
- 8- Gale budsjettforutsetninger
- 9- Modell gir uforutsette insentiver
- 10- Får tungt system
- 11- Negative holdninger og motstand
- 12- Avhengighet prosjektressurser

Figur 15 – Risikomatrix per 2. januar 2002

11.3 Prosjektledelsens arbeidsoppgaver

Prosjektledelsen har hatt det overordnede ansvaret for koordinering og fremdrift i prosjektet. I tillegg har prosjektledelsen hatt en viktig rolle i forhold til å holde presentasjoner for enhetsledere, styringsgruppen og politikere for at disse skulle være oppdatert på fremdriften i prosjektet.

11.4 Delprosjektenes arbeidsoppgaver

11.4.1 Delprosjekt System/IT

DP System/IT hadde som hovedansvar å sørge for at fagsystem, økonomisystem og kalkylemodell lot seg integrere.

Ved prosjektets oppstart stod DP System/IT overfor en utfordrende periode, både i forbindelse med omorganiseringen og i forhold til innføring av bestiller – utfører modellen og ISF. Kommunen hadde ikke full oversikt over hvilket utstyr som var tilgjengelig på de enkelte sonekontorene og institusjonene. Delprosjektet måtte dermed kartlegge PC- og systemtilgang, for å oppgradere der det var behov for dette. Flytteprosesser innad i organisasjonen på grunn av omorganiseringen vanskeliggjorde dette arbeidet.

Delprosjektet hadde ansvaret for tilrettelegging for ISF i fagprogrammet *Unique Omsorg*. I tett samarbeid med DP Avtaler og DP Kalkyle ble det utarbeidet en kravspesifikasjon som beskrev de nye felt, tabeller og rapporter som var nødvendig. Programmeringen i henhold til kravspesifikasjonen ble utført av Unique.

Oppstarten av EBT avslørte en del problemer med systemene og tilgangen til disse. Mye IT-ressurser ble låst rundt dette, noe som til en viss grad hindret fremdriften på andre områder i delprosjektet.

11.4.2 Delprosjekt Regnskap

DP Regnskaps hovedansvar var å fremskaffe et pålitelig regnskapsmessig kalkylegrunnlag og å få gjennomført nødvendige endringer i regnskapsføringsrutiner mv.

Delprosjektet bestod av økonomikonsulenter i kommunen med detaljkunnskap om kommunens regnskapssystem. I tillegg bistod en konsulent fra Ernst & Young.

Kalkylemodellen benytter fjorårets regnskapsdata og produksjonsdata for å finne enhetsprisene. Regnskapsdataene som ble hentet fra kommunens økonomisystem måtte imidlertid bearbeides betydelig for at datakvaliteten skulle bli tilstrekkelig god.

For det første måtte omorganiseringen hensyntas. Derneft måtte regnskapet korrigeres for unøyaktige og feilaktige utgiftsfordelinger. Disse feilene ble avdekket i forbindelse med tidsstudien og i kartleggingsarbeidet av kostnadsstrukturen. Eksempelvis var utgifter som er vanskelige å fordele løpende på hjemmesykepleie og hjemmehjelp, slik som kontorrekvisita og leasingbiler, konsekvent ført på tjenesten Hjemmesykepleie.

I forbindelse med bearbeidingen av regnskapsdataene så man behovet for en mer enhetlig regnskapsføring i kommunen. Enhetslederne ble derfor blant annet oppfordret til å bruke færre utgiftsarter. Det ble utarbeidet en rutinehåndbok til enhetslederne med de nye regnskapsføringsprinsippene. Denne beskriver hvilken tjeneste hver enkelt art kan føres mot.

Arbeidsomfanget med å bearbeide 2001 regnskapet var underestimert i forhold til dårlig funksjonalitet i kommunens økonomisystem og regnskapskvaliteten for øvrig. Dette medførte at både DP Regnskap og DP Kalkyle brukte mer ressurser på dette enn opprinnelig antatt.

11.4.3 Delprosjekt Kalkyle

Delprosjektet hadde hovedansvaret for å modellere selve kalkylen og å komme frem til de riktige kalkylesatsene, samt utarbeide maler for sammenstilling av produksjons- og økonomidata. DP Kalkyle bestod av fire konsulenter fra Ernst & Young.

Delprosjektet kartla aktivitetsstrukturen for de ulike tjenestene i intervjuer med ansatte ved enhetene. Samtidig ble det informert om modellen og dens virkemåte, samt at spørsmål som utførerne hadde ble besvart. Intervjuene ble gjennomført etter en fastlagt mal og agenda.

De ansatte ble også informert om tidsstudien som skulle gjennomføres kort tid etter intervjuene. Tidsstudien gikk over to uker i februar der utførerne noterte hvordan dagen fordelte seg på ulike aktiviteter ned til en halvtimes nøyaktighet. Tidsstudien ble benyttet til å estimere ressursdriverne, se for eksempel kapittel 12.3.3, samt produksjonsdata for 2001 da kommunen ikke hadde slike data tilgjengelig.

DP Kalkyle var som nevnt i forrige kapittel, nødt til å bruke betydelige ressurser på å bearbeide filuttrekk fra kommunens økonomisystem til et hensiktsmessig format.

DP Kalkyle identifiserte videre aktivitetsdriverne og modellerte selve kalkylen.

Delprosjektet utformet maler for månedlige rapporter som sammenstiller produksjonsdata og regnskapsdata for at enhetenes finansiering skal fremkomme.

11.4.4 Delprosjekt Avtaler

Delprosjektet hadde ansvaret for det avtale- og rutinemessige forholdet mellom EBT, utførerne og Helse- og sosialdirektøren/rådmannen. DP Avtale bestod av representanter fra EBT og utførerne.

I kraft av å besitte detaljkunnskap om fagsystemet *Omsorg*, samt erfaring fra utførersiden, hadde DP Avtaler en viktig rolle i å kvalitetssikre kalkylemodellens løsninger i forholdet mellom bestiller og utfører.

Delprosjektet hadde også en viktig rolle ved informasjonsspredning og opplæring av utførerne i forhold til endringer i selve fagsystemet.

Delprosjekt Avtaler hadde videre ansvaret for å kvalitetssikre de økonomiske konsekvensene av eksisterende vedtak i forhold til gjenværende budsjetteramme på tjenestene slik at dette harmoniserte ved oppstart.

DEL II

Innsatsstyrt finansiering i Kristiansand

-

Metodikk, kalkylemodell og datagrunnlag

12 Kalkylemodell

I dette kapittelet ser vi på kalkylemodellens metodikk, sammenhenger og begreper. Til slutt går vi igjennom et eksempel på oppbygging av en kalkyle for hjemmesykepleietjenesten.

12.1 Metodikk - Aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC)

Dette avsnittet tar kort for seg bakgrunnen til utviklingen av aktivitetsbasert kalkulasjon, hovedprinsippet i metodikken, ulike anvendelsesområder, utdyping av begreper, samt vanlige fallgruver

12.1.1 Aktivitetsbasert kalkulasjon - En relativt ny metode

Aktivitetsbasert kalkulasjon (en fornorsking av begrepet Activity Based Costing (ABC)) er en relativt ny metodikk. Siden ABC ble presentert av de amerikanske forskerne Cooper og Kaplan på slutten av 1980-tallet har metodikken nærmest revolusjonert hvordan virksomheter utarbeider kostnadskalkyler for produkter og tjenester.

ABC ble utviklet som en respons på en stadig økende misnøye med de tradisjonelle kostnadskalkylemetodene (bidragsmetoden, selvkostmetoden, ol.). Disse ble oppfattet å gi feilaktige kostnadsbilder av produkters kostnader, spesielt fordi produktenes indirekte kostnader fordeles uavhengig av prosessene som egentlig skaper kostnaden, og under forutsetning av at de indirekte kostnadene forholder seg proporsjonalt til direkte kostnader.

ABC vurderes å være mer realistisk enn tradisjonelle metoder da ABC fokuserer på årsaken (aktiviteten) til forbruket av ressursene. På den andre siden kan ABC sies å være mer komplisert enn de tradisjonelle metodene.

12.1.2 Hovedprinsippet i ABC-metodikken

Det grunnleggende prinsippet i ABC-metodikken er å spore kostnader til kostnadsobjekter (produkter, tjenester, kundegrupper mv.) gjennom aktiviteter: For å produsere et produkt eller en tjeneste må ulike aktiviteter utføres. Hver av aktivitetene forbruker en rekke ulike ressurser/ innsatsfaktorer (kostnadsarter). Ved å kalkulere ressursforbruk per aktivitet kan en beregne kostnadene til f.eks. en tjeneste ut i fra tjenestens forbruk av aktiviteter.

På denne måten måles kostnader på aktivitetsnivå og ikke kun på kostnadsartsnivå, slik at kostnadsbildet kan sammenholdes med aktivitetsnivået i virksomheten.

12.1.3 Anvendelsesområder

ABC kan benyttes i enhver organisasjon og enhver type virksomhet: Aktiviteter er en fellesnevner for alle organisasjoner enten det gjelder produksjonsvirksomheter eller tjenesteytende virksomheter.

Som kalkyleverktøy har ABC størst effekt på komplekse organisasjoner med problemstillinger knyttet til internprising, felles prosesser på tvers av organisatoriske grenser eller høye indirekte kostnader som skal fordeles til et stort antall kostnadsobjekter. På denne måten har ABC vist seg spesielt godt egnet for å måle kostnader (eller utgifter) i offentlig tjenesteproduksjon.

Det at ABC åpner for å beregne kundelønnsomhet for ulike kundegrupper har gjort metoden svært populær da næringsdrivende virksomheter i dag preges av et økende fokus på kundelønnsomhet. ABC viser for eksempel at kunder som bestiller ofte, men i små kvanta, er mer kostnadskrevende enn dem som bestiller sjelden og i store kvanta. Dette "fenomenet" fremkommer ikke i en tradisjonell kalkyle og ble derfor sjelden tatt systematisk hensyn til i bedrifters prispolitikk før etter 80-tallet.

ABC-metodikken åpner også for å spesifisere og identifisere utnyttet og uutnyttet kapasitet. På denne måten får man spesifikt synliggjort kostnadene forbundet med overkapasitet.

Videre gir ABC et meget godt utgangspunkt for bedret økonomisk styring og identifikasjon av effektiviseringsmuligheter. ABC gir muligheten for:

- Økt kunnskap om hvilke aktiviteter/prosesser som forbruker mest ressurser og derved er mest kostnadskrevende
- Økt kunnskap om sammenheng mellom kostnadsnivå og kvalitet
- Økt forståelse for kostnadsstrukturen
- Mer realistisk sammenligning av kostnader mellom enheter

12.1.4 Er ABC en nødvendighet i forhold til ISF?

Man kan selvsagt benytte andre metoder enn ABC for å lage ISF-kalkylemodeller. For eksempel kan man finansiere ansvarsstedene ut i fra hvor mange brukere tjenesten har. Dette vil imidlertid gi ganske grovkalibrede resultater. Vi mener at ABC er den metodikken som er best egnet for innsatsstyrt finansiering. ISF innebærer at virksomhetene får tilskudd ut fra virksomhetens aktivitet. Det at ABC nettopp er aktivitetsbasert gjør metodikken meget velegnet i forhold til ISF.

12.2 Sammenhenger og begreper innenfor ABC-metodikk

Dette avsnittet tar for seg byggesteinene i ABC-metodikken. I forklaringen til hvert enkelt element knytter vi det opp mot kalkylemodellen for hjemmebasert omsorg i Kristiansand.

Figur 16 under viser hovedelementene i ABC-metodikken og hvordan disse forholder seg til hverandre.



Figur 16 – Sammenhenger og begreper innenfor ABC-metodikk

12.2.1 Ressurser/Innsatsfaktorer

Utgangspunktet er utgiftene for tjenestene ved hvert ansvarssted, slik de fremgår av artsregnskapet for 2001.

Utgiftene grupperes i naturlige artsgrupper som for eksempel lønn- og sosiale utgifter, reise, kontorutstyr etc. Grupperingen gjøres basert på en vesentlighetsbetraktning av kostnadene ved det enkelte kostnadsstedet.

Denne grupperingen følger ikke nødvendigvis artsgrupperingen i kontoplanen. For eksempel er sykelønnsrefusjon i henhold til KOSTRA-artsinndelingen en inntekt i 700-serien mens vi grupperer sykelønnsrefusjon direkte sammen med fast lønn, overtid, arbeidsgiveravgift, pensjonsinnskudd osv.

12.2.2 Ressursdrivere

Det at en aktivitet skal utføres fører til at mer eller mindre gitte ressurser og ressursmengder benyttes. En ressursdriver forteller hvor stor andel av utgiftene i en artsgruppe som skal henføres til én aktivitet. ”Anvendt tid” kan for eksempel være en hensiktsmessig ressursdriver for å beskrive ulike aktiviteters forbruk av ressursen Lønn- og sosiale utgifter.

I kalkylemodellen har vi benyttet data fra en tidsstudie for å avgjøre hvor stor andel av ressursen Lønn- og sosiale utgifter som skal fordeles på de ulike aktivitetene, se for øvrig avsnitt 14.3. For de andre ressursene, som for eksempel Reise-/transportutgifter, har vi kunnet henføre hele ressursen til relevant aktivitet, i dette tilfellet aktiviteten *Reise*.

12.2.3 Aktiviteter

12.2.3.1 Aktivitetskartlegging

Gjennom arbeidsmøter, intervjuer og samtaler med ansatte kartlegges virksomhetens aktiviteter. På basis av denne aktivitetskartleggingen defineres aktivitetene som skal benyttes i kalkylemodellen.

12.2.3.2 Antall aktiviteter

For at ikke modellen skal bli for kompleks er det hensiktsmessig å samle enkeltaktiviteter i grupper. For eksempel har vi i kalkylemodellen samlet alle administrative aktiviteter for hjemmesykepleie, som morgenmøter, kurs, lunsj, møter med pårørende osv., i aktiviteten *Administrative aktiviteter*.

Det er en klassisk fallgrube at man ikke klarer å begrense antall aktiviteter som man mener må til for å beskrive en tjeneste. Konsekvensen av et stort antall aktiviteter er at modellen blir meget kompleks og vanskelig å vedlikeholde. Faktisk er det slik at de beste kalkylemodellene gjerne ikke har mer enn en håndfull aktiviteter.

I kalkylemodellen bruker vi fire aktiviteter for å beskrive hjemmesykepleie og psykiatrisk sykepleie, og tre aktiviteter for å beskrive hjemmejelp.

Aktivitetsbegrepet kan også omfatte ”statiske” faktorer som kapitalkostnader eller lignende slik at for eksempel *Lokaler* kan være en aktivitet.

12.2.4 Aktivitetsdrivere

En aktivitetsdriver er en faktor som i størst mulig grad forklarer endringer i utgiftsnivået som skyldes endring i aktivitet.

12.2.4.1 Aktivitetsdrivernes forklaringskraft

Aktivitetskostnadene fordeles på kostnadsobjekter ved bruk av aktivitetsdrivere.

Ideelt sett bør en aktivitetsdriver samvarierte (korrelere) 100% med aktivitetsutgiften. Dessverre er slike lineære årsakssammenhenger sjeldne og det er derfor svært sjelden at man kan finne en slik ”perfekt” aktivitetsdriver.

Det er imidlertid en del andre kriterier ved valg av aktivitetsdriver som kanskje er vel så viktige som dette overordnede kravet.

12.2.4.2 Aktivitetsdrivernes tilgjengelighet

Aktivitetsdriverne skal benyttes løpende i bestillings- og produksjonsrapporteringen. Dette betyr at aktivitetsdriverne må være relativt lett tilgjengelig. Det vil si, det må ikke være for ressurs- og kostnadskrevende for organisasjonen å innhente denne informasjonen.

Man må ofte foreta kost – nytte vurderinger i forhold til hvor god forklaringskraft en kostnadsdriver har, sett opp imot hvor vanskelig den vil være å innhente.

12.2.4.3 Aktivitetsdrivernes påvirkbarhet

Videre er det viktig at aktivitetsdriverne er påvirkbare slik at det er mulig for beslutningstakerne å påvirke utgiftene. Et eksempel på en aktivitetsdriver som kunne vært relevant for en aktivitet som *Snøbrøyting om vinteren* er *Antall millimeter snø*. Denne faktoren er dessverre lite påvirkbar. *Antall kilometer vei som skal brøytes ved snødybde større enn 50 millimeter* ville trolig ha vært en bedre aktivitetsdriver i forhold til påvirkbarhet.

12.2.4.4 Aktivitetsdrivernes objektivitet og relevans

Til sist er det viktig at aktivitetsdriverne oppfattes som fornuftige, objektive og relevante av beslutningstakerne og organisasjonen som sådan.

Siden det kan være en utfordring å finne gode aktivitetsdrivere som på en god måte beskriver endringer i aktivitetsutgiftene, fører dette til at selv om man definerer et stort antall aktiviteter og på denne måten oppnår en mer nøyaktig beskrivelse av tjenesten, vil treffsikkerheten totalt sett trolig kun være marginalt forbedret eller til og med redusert

I kalkylemodellen fordeler vi totalutgiften knyttet til aktiviteten ”Reise” ut på sonekontorene ved å benytte ”Antall besøk” som aktivitetsdriver. Antall besøk er den faktoren som etter vår mening best beskriver tjenestens (kostnadsobjektets) forbruk av aktiviteten gitt de andre overnevnte kriteriene.

12.2.5 Kostnadsobjekt

Kostnadsobjekt er vanligvis produkt eller tjeneste. Andre ganger kan det være hensiktsmessig å benytte kunde/bruker som kostnadsobjekt, spesielt når man har mistanke om store variasjoner i såkalte kundespesifikke kostnader som for eksempel ordrekostnader, som man ønsker å prise inn i produktet eller tjenesten. I kommunal sektor kan denne tankegangen være særlig relevant i forhold til brukergebyr for VAR-tjenestene som må være selvfinansierende og der differensierte gebyr er et dagsaktuelt tema.

I kalkylemodellen i Kristiansand kommune er det tjenestene som er kostnadsobjekt.

12.3 Eksempel fra kalkyleoppbygging – hjemmesykepleie

I dette avsnittet går vi steg for steg gjennom et noe forenklet eksempel fra oppbyggingen av kalkylen for hjemmesykepleie.

12.3.1 Ressurser/Innsatsfaktorer

Første steg er å få oversikt over ressursene og innsatsfaktorene som medgår i produksjonen av tjenesten eller produktet. Denne informasjonen finnes i det ordinære kommunale artsregnskapet. Et artsregnskap er en opplisting av inntektene og utgiftene knyttet til de ulike ressursene, eller innsatsfaktorene, for et bestemt kostnadsobjekt.

Figur 17 nedenfor viser de faktiske utgiftene⁷ for hjemmesykepleie ved de 17 sonekontorene for 2001, gruppert i fire utgiftsgrupper. Vi ser at Lønn- og sosiale utgifter er den desidert største utgiftsgruppen med over 96% av totalutgiftene.

Hjemmesykepleie	
Utgiftsarter	Regnskap 2001
Lønn og sosiale utgifter	84 991 081
Medisinsk utstyr og forbruksmateriell	1 298 932
Reise og transport	1 024 861
Andre periodisk variable utgifter	1 585 457
Sum	88 900 331

Figur 17 – Artsregnskapet viser tjenestens ressurser og/eller innsatsfaktorer

Bortsett fra at vi ser at hjemmesykepleie er en såkalt arbeidsintensiv (og ikke kapitalintensiv) tjeneste, kan man hevde at denne regnskapsinformasjonen ikke er særlig informativ i et økonomistyringsperspektiv: Hvor høye/lave bør lønn- og sosiale utgifter være? Hvor høye/lave bør de totale utgiftene være?

Årsaken til denne manglende relevansen er trolig at det mangler objektive kriterier som kan fortelle oss noe om hvor store postene ideelt bør være.

⁷ Utgiftene er justert for forventet lønns- og prisvekst fra 2001 til 2002. Artsgruppen *Andre periodisk variable utgifter* inneholder typisk utgifter til kontormateriell, telefon, post mv.

Dessverre er sannsynligvis informasjonen i Figur 17 den viktigste og ofte eneste økonomiske styringsinformasjonen som kommunen har å forholde seg til i budsjett- og prioriteringss spørsmål. Rett nok har man selvfølgelig også tilgang til fjorårets regnskap og årets budsjett, men det er vanskelig å argumentere for at disse representerer relevante og sammenlignbare størrelser. Fjorårets regnskap avspeiler fjorårets aktivitetsnivå og dette aktivitetsnivået har ikke nødvendigvis noen sammenheng med årets aktivitetsnivå. Årets budsjett er i beste fall basert på fjorårets regnskap og i verste fall regnskapet for to år siden...

Uansett vil det være vanskelig for politikerne og administrasjonen å konkludere hvorvidt resultatet er godt eller dårlig ved kun å vurdere regnskapet opp mot budsjett eller fjorårets regnskap.

12.3.2 Aktiviteter

I en ABC-kalkyle rettes fokus mot aktiviteter og hvilke utgifter disse forbruker. Figur 18 under viser eksempel på tre hovedaktiviteter som beskriver arbeidet i tjenesten hjemmesykepleie.

Aktiviteter		
Pleie i hjemmet	Reise	Administrasjonsaktiviteter

Figur 18 – Aktiviteter

For hjemmesykepleie vil den direkte tjenesteytingen til brukerne naturlig nok være den viktigste aktiviteten. I Figur 18 ovenfor er dette aktiviteten *Pleie i hjemmet*.

De ansattes arbeid med å komme til og fra bruker, enten ved å gå, sykle eller kjøre bil har vi samlet i aktiviteten *Reise*.

Den siste aktiviteten, *Administrasjonsaktiviteter*, er administrasjon og kontorarbeid i forbindelse med tjenesten. For eksempel interne rapporteringsmøter, møter med pårørende, kontakt med lege og annet fagpersonell, utarbeidelse av arbeidsplaner, rekruttering, innhenting av vikarer, samt kompetansebygging.

12.3.3 Ressursdrivere

For å knytte utgiftsgruppene opp mot aktivitetene trenger vi ressursdrivere. Som nevnt under avsnittet 12.2 Sammenhenger og begreper innenfor ABC-metodikk, forteller en ressursdriver hvor stor andel av utgiftene i en artsgruppe som skal henføres til én aktivitet.

Det er innlysende at Lønn- og sosiale utgifter som ressurs inngår i alle de tre aktivitetene, men hvor mye av disse utgiftene skal henføres til den enkelte aktivitet? Ved hjelp av en spørreskjemabasert tidsstudie, kunne vi identifisere hvor mye tid de ansatte bruker på de ulike aktivitetene. Vi fant at tidsbruken gjennomsnittlig fordelte seg henholdsvis 62%, 12% og 26% på de tre aktivitetene (beste estimat).

De tre siste utgiftsgruppene kan henføres direkte og i sin helhet til hver sin aktivitet. Medisinsk utstyr og forbruksmateriell henføres til *Pleie i hjemmet*, Reise og transport henføres til *Reise* og Andre periodisk variable utgifter henføres til aktiviteten *Administrasjonsaktiviteter*.

Ved å multiplisere artsutgiftene med ressursdriverne for hver aktivitet⁸ får vi, som vist i Figur 19, et annerledes bilde av utgiftene enn hva artsregnskapsoppstillingen gav oss.

Hjemmesykepleie		Aktiviteter		
Utgiftsarter	Regnskap 2001	Pleie i hjemmet	Reise	Administrasjonsaktiviteter
Lønn og sosiale utgifter	84 991 081	62 %	12 %	26 %
Medisinsk utstyr og forbruksmateriell	1 298 932	100 %	0 %	0 %
Reise og transport	1 024 861	0 %	100 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	1 585 457	0 %	0 %	100 %
Sum	88 900 331	53 766 580	11 042 363	24 091 388

Figur 19 – Ressursdrivere og aktivitetsutgifter

Eksempelvis ser vi utgiftene til aktiviteten *Reise* er mer enn 10 ganger høyere enn de direkte reise- og transportutgiftene til leasing av biler ol. som vi kan lese ut av regnskapet for 2001. Dette skyldes at vi har henført 12% av Lønn- og sosiale utgifter til aktiviteten, tilsvarende tidsbruken de ansatte bruker på aktiviteten *Reise*.

Vel å merke får man ikke Nobelprisen i økonomi av å vise at kommunen må betale lønn til de ansatte når de sitter i bil til og fra bruker, men ved hjelp av ressursdrivere og aktiviteter får vi imidlertid et bedre og mer relevant bilde for beslutningsformål.

Imidlertid har vi ennå ikke kommet frem til objektive størrelser som kan hjelpe oss med spørsmålet om hvor store utgiftene ideelt sett bør være.

⁸ Aktivitetsutgiftene for eksempelvis *Pleie i hjemmet* beregnes slik:
 $(61,73\% * 84\,991\,081) + (100\% * 1\,298\,932) = 53\,766\,580$

12.3.4 Aktivitetsdrivere

For å finne frem til objektive størrelser som sier noe om utgiftenes ideelle størrelse, er det naturlig å knytte utgiftene opp mot hvilket aktivitetsnivå som har generert dem. I ABC – modellen vil dette bety å knytte aktivitetsutgiftene opp mot faktorer som beskriver hva som er levert/produsert av den enkelte aktivitet. Det er her *aktivitetsdriverne* kommer inn.

Som nevnt i avsnittet Sammenhenger og begreper innenfor ABC-metodikk, er en aktivitetsdriver en faktor som i størst mulig grad forklarer endringer i utgiftsnivået som skyldes endring i aktivitet. I tillegg til å forklare endringer i aktivitetsutgiftene er det viktig at faktoren vi ønsker å benytte som aktivitetsdriver er tilgjengelig, påvirkbar og objektiv.

12.3.4.1 Aktivitetsdriver for Pleie i hjemmet

Vi vet at aktiviteten *Pleie i hjemmet* er blitt henført Lønn- og sosiale utgifter og Medisinsk utstyr og forbruksmateriell, jamfør Figur 19. Av disse to utgiftsgruppene er Lønn- og sosiale utgifter desidert størst. Det vil dermed være naturlig å først og fremst knytte aktivitetsdriveren opp mot en faktor som godt beskriver endringer i denne utgiftsgruppen.

En slik faktor, som også er godt tilgjengelig, har vi gjennom bestillerenheten EBT som fastsetter i vedtaket hvor mange timer hjemmesykepleie i måneden den enkelte bruker har krav på. Vedtakene er i tillegg grunnlagsdata for bestillingene til utfører. Dermed kan vi benytte *Antall bestilte timer pleie i hjemmet* som aktivitetsdriver. Aktivitetsdriveren er videre både påvirkbar, relevant og objektiv for beslutningstakerne. Det er rimelig å tro at utgifter til lønn og forbruksmateriell hos utfører vil øke i takt med at EBT bestiller flere timer pleie i hjemmet.

12.3.4.2 Aktivitetsdriver for Reise

Aktiviteten *Reise* tilordnes både Lønn- og sosiale utgifter og direkte reise- og transportutgifter. Ut fra en vurdering av forklaringskraft, tilgjengelighet, påvirkbarhet og objektivitet valgte vi aktivitetsdriveren *Antall besøk til bruker*. Alternativt kunne man ha tenkt seg at *gjennomsnittlig reiseavstand til bruker* ville ha en god forklaringskraft som aktivitetsdriver, men denne tilfredstiller hverken kravene til tilgjengelighet eller påvirkbarhet.

I den fullstendige kalkylemodellen har vi foretatt et kompromiss mellom de to alternative aktivitetsdriverne: Ved å dele utførerne inn i tre grupper etter hvor store reiseaktivitetsutgifter per besøk hver enkelt utfører hadde i fjor, får vi fanget opp effekten av ulik gjennomsnittlig reiseavstand til bruker. Se for øvrig avsnittet 13.1.1 Stratainndeling.

12.3.4.3 Aktivitetsdriver for Administrasjonsaktiviteter

For Administrasjonsaktiviteter valgte vi Antall hjemmesykepleiebrukere ut ifra hypotesen om at jo flere brukere sonekontoret skal betjene, desto flere hjemmesykepleiere må administreres og organiseres, og jo mer tid går med til møter med pårørende, leger og annet fagpersonell.

I Figur 20 ser vi de valgte aktivitetsdriverne samt tilhørende ”produksjonsvolum” for fjoråret.

Hjemmesykepleie		Aktiviteter		
Utgiftsarter	Regnskap 2001	Pleie i hjemmet	Reise	Administrasjonsaktiviteter
Lønn og sosiale utgifter	84 991 081	62 %	12 %	26 %
Medisinsk utstyr og forbruksmateriell	1 298 932	100 %	0 %	0 %
Reise og transport	1 024 861	0 %	100 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	1 585 457	0 %	0 %	100 %
Sum	88 900 331	53 766 580	11 042 363	24 091 388
	Aktivitetsdriver	Antall bestilte timer pleie i hjemmet	Antall besøk til bruker	Antall registrerte HS-brukere
Antall aktivitetsdriverenheter		270 292	729 823	2 306

Figur 20 – Aktivitetsdriverne

Vi har nå synliggjort aktivitetsnivået som har generert aktivitetsutgiftene. Ved å benytte oss av aktivitetsdriverenhetene kan vi finne ulike forholdstall som hjelper oss i å forstå tjenestens omfang og innhold. For eksempel finner vi at et besøk av hjemmesykepleier i snitt varer i overkant av 22 minutter⁹, mens hver bruker i gjennomsnitt hadde litt over 316 besøk¹⁰ i 2001.

12.3.5 Enhetspriser for hjemmesykepleieaktivitetene

Kalkylemodellen benytter forholdet mellom fjorårets inflasjonsjusterte aktivitetsutgifter og aktivitetsnivå som norm for utgiften til én enhet aktivitetsdriver. I en bestiller – utfører modell lar vi disse normtallene tilsvare hva utfører må ha for å kunne levere bestillingene. Utgiften til én enhet aktivitetsdriver blir enhetsprisen, eller internprisen, i avtaleforholdet mellom bestiller og utfører. Enhetsprisene for de tre hjemmesykepleieaktivitetene fremkommer ved å regne ut forholdstallet mellom aktivitetsutgift og aktivitetsnivå.

Dersom 270.292 timer pleie i hjemmet i fjor resulterte i en aktivitetsutgift lik kr. 53.766.580,-, må én time pleie i hjemmet i snitt koste ca. kr. 199,-, som vist i Figur 21 nedenfor.

⁹ $270.292/729.823*60=22,22$

¹⁰ $729.823/2.306=316,49$

Hjemmesykepleie		Aktiviteter		
Utgiftsarter	Regnskap 2001	Pleie i hjemmet	Reise	Administrasjonsaktiviteter
Lønn og sosiale utgifter	84 991 081	62 %	12 %	26 %
Medisinsk utstyr og forbruksmateriell	1 298 932	100 %	0 %	0 %
Reise og transport	1 024 861	0 %	100 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	1 585 457	0 %	0 %	100 %
Sum	88 900 331	53 766 580	11 042 363	24 091 388
	Aktivitetsdrivere	Antall bestilte timer pleie i hjemmet	Antall besøk til bruker	Antall registrerte HS-brukere
Antall aktivitetsdrivereenheter		270 292	729 823	2 306
Enhetspris (per måned)		199	15	871

Figur 21 – Enhetspriser for hjemmesykepleieaktivitetene

Enhetsprisene er basert på månedlig finansiering. Det vil si at hver måned vil kostnaden for pleie i hjemmet hos én enkelt bruker være satsen 199 kroner multiplisert med det antall timer hjelp vedkommende mottar. På samme måte vil kostnaden for reise være avhengig av hvor mange ganger utfører har reist til bruker, og ikke hvor lang tid utfører har brukt hver gang. Satsen for administrasjonsaktiviteter er, ulikt de andre, ikke avhengig av hyppighet eller tidsbruk, men derimot antall registrerte brukere. Én registrert bruker vil legge beslag på ressurser tilsvarende 871 kroner per måned. Dette blir dermed en fast sats per bruker. Dersom et sonekontor betjener 50 brukere vil det få en finansiering av administrasjonsaktivitetene lik kr. 43.550,-¹¹ Vi kan derimot ikke si noe om kostnaden for pleie i hjemmet eller reise før vi har fått informasjon om hvor mange timer som er benyttet og hvor mange besøk som er foretatt.

¹¹ 871*50=43.550,-

13 Enhetsprisene i kalkylemodellen

Dette kapittelet gir en oversikt over resultatene av arbeidet med kalkylemodellen.

13.1 Hjemmesykepleie

13.1.1 Stratainndeling Hjemmesykepleie

I kapittel 7.3 vises målsetningene som arbeidet med kalkylemodellen har vært forankret i. Målsetningen om at modellen må oppfattes som fornuftig og rettferdig førte blant annet til at strukturelle forskjeller mellom sonekontorene måtte hensyntas.

En slik strukturell forskjell er avstand fra sonekontor til brukernes hjem. For at kalkylemodellen skal hensynta at utførerne ikke bruker like lang tid og like mye ressurser på reise til og fra bruker, er utførerenhetene inndelt i tre grupper: Strata A, B og C.

Figur 22 viser inndelingen av utførerenhetene i de tre strataene. Inndelingen er basert på utførernes gjennomsnittlige utgift i kroner per hjemmesykepleiebesøk. Grensene mellom de tre strataene er satt slik at det innenfor hvert strata er lavest mulig variasjon (målt i standardavvik).

Hjemmesykepleie			
Rang	Ansvarssted	Utgift per besøk HS	Strata
1	Grim sone	8,1	A
2	Strai sone	10,2	A
3	St Olavsvei sone	10,9	A
4	Nedre Lund sone	11,0	A
5	Kongens senter sone	11,5	A
6	Mølleparken sone	12,1	A
7	Kongsgård/ Kløvertun sone	14,0	B
8	Posebyen sone	14,7	B
9	Valhalla sone	15,0	B
10	Midtre sone adm	15,1	B
11	Søm sone adm	15,3	B
12	Tveit sone adm	15,3	B
13	Kjerrheia adm	16,2	B
14	Flekkerøy/ Voie sone	18,6	C
15	Tinnheia sone	25,6	C
16	Stener Heyerdal sone	28,2	C
17	Hånes sone adm	33,4	C

Figur 22 – Stratainndeling Hjemmesykepleie

13.1.2 Aktiviteter og aktivitetsdrivere – Hjemmesykepleie

Gjennom intervjuene og aktivitetskartleggingen fikk vi kartlagt arbeidsprosessene i tjenesten. Følgende hovedaktiviteter ble definert:

- *Pleie i hjemmet*: Direkte pleie i brukers hjem
- *Reise*: Transport til og fra bruker
- *Administrasjonsaktiviteter*: Møter i enheten, kontakt med pårørende og lege mv.
- *Trygghetsalarm*: Utrykning ved alarm

Vi ser at modellen er utvidet med aktiviteten *Trygghetsalarm* i forhold til eksempelmodellen i kapittel 12.3. Hjemmesykepleietjenesten i Kristiansand har overtatt denne tjenesten fra Brannvesenet. Aktiviteten *Trygghetsalarm* kunne vært lagt sammen med *Pleie i hjemmet*, men ved å skille den ut som en egen aktivitet får vi synliggjort ressursbruken for en selvstendig tjeneste.

Følgende aktivitetsdrivere ble valgt for aktivitetene:

Aktivitet:	Aktivitetsdriver:
<i>Pleie i hjemmet</i>	<i>Antall bestilte timer pleie i hjemmet</i>
<i>Reise</i>	<i>Antall besøk til bruker</i>
<i>Administrasjonsaktiviteter</i>	<i>Antall registrerte HS-brukere</i>
<i>Trygghetsalarm</i>	<i>Antall registrerte trygghetsalarmbrukere</i>

Viser for øvrig til kapitlene 12.2.4 og 12.3.4 foran for nærmere om de ulike avveininger som bør foretas ved valg av aktivitetsdrivere.

13.1.3 Utgiftsgrunnlag Hjemmesykepleie

Figur 23 nedenfor viser en oversikt over utførerens utgifter til hjemmesykepleie i Kristiansand kommune. Utgiftsdataene er basert på 2001-regnskapet og inflasjonsjustert til 2002-nivå.

Utgiftene er gruppert i fem artsgrupper og utførerne er gruppert i tre strata. Stratainndelingen av utførerne er gjort på bakgrunn av hvor store reiseaktivitetsutgifter per besøk hver enkelt utfører hadde i fjor (se avsnittet 13.1.1 Stratainndeling).

Sum utgifter gruppert i strata	Strata A	Strata B	Strata C	Kommunen totalt
Lønn og sosiale utgifter	25 210 186	42 047 517	17 733 378	84 991 081
Reise, transport	265 161	479 431	280 269	1 024 861
Andre periodisk variable utgifter	448 580	726 508	410 369	1 585 457
Medisinsk utstyr og forbr. materiell	259 743	568 806	256 620	1 085 169
Trygghetsalarm	67 016	106 078	40 669	213 763
Sum	26 250 686	43 928 341	18 721 304	88 900 331

Figur 23 – Utgiftsgrunnlag Hjemmesykepleie

13.1.4 Kalkylegrunnlag – Strata A

Figur 24 viser kalkylegrunnlaget for utførerenshetene (sonekontorene) i strata A. Utgiftene er henført til aktivitetene på bakgrunn av disse utførerenshetenes gjennomsnittlige tidsforbruk i henhold til tidsstudien. Vi ser for eksempel at Pleie i hjemmet forbruker 63% av lønnsutgiftene og 100% av utgiftene til medisinsk materiell. Til sammen blir aktivitetsutgiften for *Pleie i hjemmet* ca. kr. 16.100.000,-.

I figuren ser vi også aktivitetsnivået representert ved *Antall aktivitetsdriverenheter*. For *Pleie i hjemmet* var aktivitetsnivået for disse utførerenshetene i fjor rundt 86.000 timer hjemmesykepleie i hjemmet.

Strata A Ressursdrivere	Utgifter	Pleie i hjemmet	Reise	Administrasjons aktiviteter	Trygghetsalarm
Lønn og sosiale utgifter	25 210 186	63 %	11 %	25 %	1 %
Reise, transport	265 161	0 %	100 %	0 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	448 580	0 %	0 %	100 %	0 %
Medisinsk utstyr og forbr. materiell	259 743	100 %	0 %	0 %	0 %
Trygghetsalarm	67 016	0 %	0 %	0 %	100 %
Sum	26 250 686	16 103 670	2 999 120	6 763 906	383 989
	Aktivitetsdriver	Antall bestilte timer pleie i hjemmet	Antall besøk til bruker	Antall registrerte HS-brukere	Antall registrerte trygghetsalarm-brukere
Antall aktivitetsdriverenheter		85 903	279 496	654	346

Figur 24 – Kalkylegrunnlag – Strata A

13.1.5 Kalkylegrunnlag – Strata B

Figur 25 viser kalkylegrunnlaget for sonekontorene i strata B.

Vi ser blant annet at tidsforbruket på de fire aktivitetene er relativt tilsvarende strata A. Selv om ressursdriververdien for *Reise* er 11% for både strata A og B, så er hvert besøk for sonekontorene i strata A gjennomsnittlig rundt 27% billigere. Dette er hovedårsaken til at sonekontorene i strata A og B behandles separat.

Strata B Ressursdrivere	Utgifter	Pleie i hjemmet	Reise	Administrasjonsaktiviteter	Trygghetsalarm
Lønn og sosiale utgifter	42 047 517	63 %	11 %	24 %	2 %
Reise, transport	479 431	0 %	100 %	0 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	726 508	0 %	0 %	100 %	0 %
Medisinsk utstyr og forbr. materiell	568 806	100 %	0 %	0 %	0 %
Trygghetsalarm	106 078	0 %	0 %	0 %	100 %
Sum	43 928 341	26 849 130	5 148 789	10 948 119	982 303
	Aktivetsdriver	Antall bestilte timer pleie i hjemmet	Antall besøk til bruker	Antall registrerte HS-brukere	Antall registrerte trygghetsalarm-brukere
Antall aktivetsdriverenheter		139 164	346 688	1 154	585

Figur 25 – Kalkylegrunnlag – Strata B

13.1.6 Kalkylegrunnlag – Strata C

Figur 26 viser kalkylegrunnlaget for sonekontorene i strata C.

Sonekontorene her avviker fra de andre ved å gjennomgående bruke mer tid på *Reise* og *Administrasjonsaktiviteter* og tilsvarende mindre på *Pleie i hjemmet*. Den høyere ressursdriververdien for *Reise* indikerer at sonene i strata C er mer spredtbygde enn de andre strataene og at det dermed tar lenger tid å komme til og fra brukerne.

Strata C Ressursdrivere	Utgifter	Pleie i hjemmet	Reise	Administrasjonsaktiviteter	Trygghetsalarm
Lønn og sosiale utgifter	17 733 378	56 %	13 %	30 %	1 %
Reise, transport	280 269	0 %	100 %	0 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	410 369	0 %	0 %	100 %	0 %
Medisinsk utstyr og forbr. materiell	256 620	100 %	0 %	0 %	0 %
Trygghetsalarm	40 669	0 %	0 %	0 %	100 %
Sum	18 721 304	10 169 701	2 646 002	5 722 554	183 047
	Aktivetsdriver	Antall bestilte timer pleie i hjemmet	Antall besøk til bruker	Antall registrerte HS-brukere	Antall registrerte trygghetsalarm-brukere
Antall aktivetsdriverenheter		45 226	110 504	498	228

Figur 26 – Kalkylegrunnlag – Strata C

13.1.7 Enhetspriser Hjemmesykepleie

Kalkylemodellen benytter forholdet mellom fjorårets inflasjonsjusterte aktivitetsutgifter og aktivitetsnivå som norm for utgiften til én enhet aktivitetsdriver. I en bestiller – utfører modell lar vi disse normtallene tilsvare hva utfører må ha for å kunne levere bestillingene. Utgiften til én enhet aktivitetsdriver blir enhetsprisen, eller internprisen, i avtaleforholdet mellom bestiller og utfører.

Figur 27 viser enhetsprisene for de fire aktivitetene og de tre strataene.

Enhetspriser Hjemmesykepleie (per måned)		Strata A	Strata B	Strata C
Pleie i hjemmet	per time	197	197	197
Reise	per besøk	11	15	24
Administrasjons aktiviteter	per bruker	847	847	847
Trygghetsalarm	per tr.alm.bruger	111	111	111

Figur 27 – Enhetspriser Hjemmesykepleie

Satsen for aktiviteten *Reise* er forskjellig for de tre strataene på grunn av målsetningen om at strukturelle forskjeller mellom sonekontorene bør hensyntas.

For de andre aktivitetene lar det seg vanskelig forsvare at det skal være systematiske og strukturelle forskjeller mellom sonekontorene. Satsene for aktivitetene *Pleie i hjemmet*, *Administrasjonsaktiviteter* og *Trygghetsalarm* er derfor identiske for alle utførerenhetene og basert på sum aktivitetsutgifter (ΣAU) for alle enhetene dividert med sum aktivitetsdriverenheter (ΣADE) for alle enhetene.

Satsen for aktiviteten *Administrasjonsaktiviteter* er månedvis slik at $((\Sigma AU)/(\Sigma ADE))/12$.

13.2 Hjemmehjelp

13.2.1 Stratainndeling Hjemmehjelp

Tilsvarende som for hjemmesykepleie er utførerene inndelt i tre grupper: Strata A, B og C.

Figur 28 viser inndelingen av utførerene i de tre strataene. Inndelingen er basert på utførernes gjennomsnittlige utgift i kroner per hjemmehjelpsbesøk. Grensene mellom de tre strataene er satt slik at det innenfor hvert strata er lavest mulig variasjon (målt i standardavvik).

Hjemmehjelp			
Rang	Ansvarssted	Utgift per besøk HH	Strata
1	Kongens senter sone	13,4	A
2	Søm sone adm	14,6	A
3	Midtre sone adm	14,7	A
4	Nedre Lund sone	15,0	A
5	Posebyen sone	15,5	A
6	Mølleparken sone	16,1	A
7	Kongsgård/ Kløvertun sone	16,4	A
8	Tveit sone adm	20,2	B
9	St Olavsvei sone	23,7	B
10	Grim sone	23,9	B
11	Valhalla sone	30,2	B
12	Stener Heyerdal sone	30,2	B
13	Flekkerøy/ Voie sone	32,0	B
14	Kjerrheia adm	33,2	C
15	Strai sone	37,3	C
16	Hånes sone adm	39,1	C
17	Tinnheia sone	44,5	C

Figur 28 – Stratainndeling Hjemmehjelp

På grunn av at enkelte sonekontor er tilknyttet omsorgssentre/-boliger blir stratainndelingen forskjellig for hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Et sonekontor tilknyttet et omsorgssenter vil for hjemmesykepleie, relativt sett, bruke lite tid på aktiviteten *Reise*, da disse brukerne typisk bor på omsorgssenteret vegg i vegg. Når det gjelder tid brukt på aktiviteten *Reise* for hjemmehjelp derimot, er ikke disse sonekontorene nødvendigvis systematisk forskjellig fra sonekontor som ikke er tilknyttet omsorgssentre. Dette fordi hjemmehjelpsbrukerne i større grad bor andre steder i sonen enn på omsorgssenter.

13.2.2 Aktiviteter og aktivitetsdrivere – Hjemmehjelp

Gjennom intervjuene og aktivitetskartleggingen kartla vi arbeidsprosessene i tjenesten. Følgende hovedaktiviteter ble identifisert:

- *Hjelp i hjemmet*: Hjelp og pleie i brukers hjem
- *Reise*: Transport til og fra bruker
- *Administrasjonsaktiviteter*: Møter i enheten, med pårørende, kontakt med lege mv.

Følgende aktivitetsdrivere ble valgt for aktivitetene:

Aktivitet:	Aktivitetsdriver:
<i>Hjelp i hjemmet</i>	<i>Antall bestilte timer hjelp i hjemmet</i>
<i>Reise</i>	<i>Antall besøk til bruker</i>
<i>Administrasjonsaktiviteter</i>	<i>Antall registrerte HH-brukere</i>

13.2.3 Utgiftsgrunnlag Hjemmehjelp

Figur 29 viser en oversikt over utførerens utgifter til hjemmehjelp i Kristiansand kommune. Utgiftsdataene er basert på 2001-regnskapet og inflasjonsjustert til 2002-nivå.

Sum utgifter gruppert i strata	Strata A	Strata B	Strata C	Kommunen totalt
Lønn og sosiale utgifter	7 095 580	6 937 665	3 066 709	17 099 953
Reise, transport	159 163	185 984	196 449	541 597
Andre periodisk variable utgifter	292 100	331 203	160 737	784 040
Sum	7 546 843	7 454 851	3 423 895	18 425 590

Figur 29 – Utgiftsgrunnlag Hjemmehjelp

13.2.4 Kalkylegrunnlag – Strata A

Figur 30 nedenfor viser kalkylegrunnlaget for utførerenehetene i strata A.

Strata A Ressursdrivere	Utgifter	Hjelp i hjemmet	Reise	Administrasjons aktiviteter
Lønn og sosiale utgifter	7 095 580	74 %	7 %	18 %
Reise, transport	159 163	0 %	100 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	292 100	0 %	0 %	100 %
Sum	7 546 843	5 283 374	678 310	1 585 160
	Aktivitetsdriver	Antall bestilte timer hjelp i hjemmet	Antall besøk til bruker	Antall registrerte HH-brukere
Antall aktivitetsdriverenheter		38 257	44 418	780

Figur 30 – Kalkylegrunnlag – Strata A

13.2.5 Kalkylegrunnlag – Strata B

Figur 31 nedenfor viser kalkylegrunnlaget for utførerenehetene i strata B.

Strata B Ressursdrivere	Utgifter	Hjelp i hjemmet	Reise	Administrasjons aktiviteter
Lønn og sosiale utgifter	6 937 665	77 %	8 %	15 %
Reise, transport	185 984	0 %	100 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	331 203	0 %	0 %	100 %
Sum	7 454 851	5 347 710	746 463	1 360 678
	Aktivitetsdriver	Antall bestilte timer hjelp i hjemmet	Antall besøk til bruker	Antall registrerte HH-brukere
Antall aktivitetsdriverenheter		29 053	26 954	662

Figur 31 – Kalkylegrunnlag – Strata B

13.2.6 Kalkylegrunnlag – Strata C

Figur 32 nedenfor viser kalkylegrunnlaget for utførerenehetene i strata C.

Strata C Ressursdrivere	Utgifter	Hjelp i hjemmet	Reise	Administrasjons aktiviteter
Lønn og sosiale utgifter	3 066 709	78 %	9 %	13 %
Reise, transport	196 449	0 %	100 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	160 737	0 %	0 %	100 %
Sum	3 423 895	2 392 657	470 739	560 499
	Aktivitetsdriver	Antall bestilte timer hjelp i hjemmet	Antall besøk til bruker	Antall registrerte HH-brukere
Antall aktivitetsdriverenheter		17 033	11 729	380

Figur 32 – Kalkylegrunnlag – Strata C

Generelt for alle tre strataene ser vi at hjemmehjelp bruker relativt sett mer ressurser på tjenesten rettet mot bruker og mindre tid på administrasjonsaktiviteter og reise enn hjemmesykepleie. Dette kan forklares med at hjemmesykepleierne har mer kontakt med leger, pårørende osv.

13.2.7 Enhetspriser Hjemmehjelp

På samme måte som beskrevet i kapittel 13.1.7 lar vi utgiften til én enhet aktivitetsdriver bli enhetsprisen, eller internprisen, i avtaleforholdet mellom bestiller og utfører.

Figur 33 nedenfor viser enhetsprisene for de tre aktivitetene og de tre strataene.

Enhetspriser Hjemmehjelp (per måned)	Strata A	Strata B	Strata C
Hjelp i hjemmet per time	154	154	154
Reise per besøk	15	28	40
Administrasjonsaktiviteter per bruker	160	160	160

Figur 33 – Enhetspriser Hjemmehjelp

Satsen for aktiviteten *Reise* er forskjellig for de tre strataene på grunn av målsetningen om at strukturelle forskjeller mellom sonekontorene bør hensyntas.

Satsene for aktivitetene *Hjelp i hjemmet* og *Administrasjonsaktiviteter* er identiske av samme grunn som for hjemmesykepleieaktivitetene og basert på sum aktivitetsutgifter (ΣAU) for alle enhetene dividert med sum aktivitetsdriverenheter (ΣADE) for alle enhetene.

Satsen for aktiviteten *Administrasjonsaktiviteter* er månedsvis slik at $((\Sigma AU)/(\Sigma ADE))/12$.

13.3 Psykiatrisk sykepleie

Psykiatrisk sykepleie leveres av tre utførerenheter. På grunn av ulik reiseavstand til bruker, behandles utførerne separat med hensyn til aktiviteten *Reise*.

13.3.1 Aktiviteter og aktivitetsdrivere – Psykiatrisk sykepleie

Gjennom intervjuer og aktivitetskartlegging kartla vi arbeidsprosessene i tjenesten. Følgende hovedaktiviteter ble definert for tjenesten:

- *Psykiatrisk sykepleie*: Kontakt med bruker/pasient
- *Reise*: Transport til og fra bruker
- *Tverrfaglig koordinering*: Kontakt med andre tjenesteytere, for eksempel skole, lege, rusmiddelomsorg mv.
- *Henvendelser fra EBT*: Utredning av hvorvidt personer kvalifiserer for tjenesten. Henvendelse om slik utredning kommer fra bestillerenheten EBT etter at EBT mottar søknad om psykiatrisk sykepleie

Følgende aktivitetsdrivere ble valgt for aktivitetene:

<i>Aktivitet:</i>	<i>Aktivitetsdriver:</i>
<i>Psykiatrisk sykepleie</i>	<i>Antall timer direkte pasientkontakt</i>
<i>Reise</i>	<i>Antall besøk</i>
<i>Tverrfaglig koordinering</i>	<i>Antall pasienter</i>
<i>Henvendelser fra EBT</i>	<i>Antall nye søknader</i>

I forhold til *Henvendelser fra EBT* må helseenheten få finansiering uavhengig av om søknaden ender med vedtak eller ikke. Hadde vi valgt *Antall nye vedtak* som aktivitetsdriver kunne dette skapt insentiver for å anbefale så mange søknader som mulig.

13.3.2 Utgiftsgrunnlag Psykiatrisk sykepleie

Figur 34 viser helseenhetenes utgifter til psykiatrisk sykepleie. Utgiftsdataene er basert på 2001-regnskapet og inflasjonsjustert til 2002-nivå.

Sum utgifter gruppert i strata	Vågsbygd 3110	Sentrum/Lund 3327000	Randesund/ Tveit 34117	Kristiansand totalt
Lønn og sosiale utgifter	1 186 592	1 489 497	1 264 641	3 940 730
Reise, transport	3 383	(97 980)	125 825	31 227
Andre periodisk variable utgifter	151 853	44 894	245 755	442 502
Medisinsk utstyr og forbr. materiell	582	106 791	-	107 373
Sum	1 342 409	1 543 203	1 636 221	4 521 833

Figur 34 – Utgiftsgrunnlag Psykiatrisk sykepleie

13.3.3 Kalkylegrunnlag Vågsbygd

Figur 35 viser kalkylegrunnlaget for Vågsbygd helseenhet.

Vågsbygd 3110 Ressursdrivere	Utgifter	Psykiatrisk sykepleie	Reise	Tverrfaglig koordinering	Henvendelser fra EBT
Lønn og sosiale utgifter	1 186 592	42 %	10 %	37 %	11 %
Reise, transport	3 383	0 %	100 %	0 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	151 853	0 %	0 %	78 %	22 %
Medisinsk utstyr og forbr. materiell	582	100 %	0 %	0 %	0 %
Sum	1 342 409	498 361	121 278	561 774	160 996
	Aktivitetsdriver	Antall timer direkte pasient kontakt	Antall besøk til pasient	Antall pasienter	Antall nye søknader
Antall aktivitetsdriverenheter		3 272	2 727	202	104

Figur 35 – Kalkylegrunnlag Vågsbygd

13.3.4 Kalkylegrunnlag Sentrum/Lund

Figur 36 viser kalkylegrunnlaget for Sentrum og Lund helseenhet.

Sentrum/Lund 3327000 Ressursdrivere	Utgifter	Psykiatrisk sykepleie	Reise	Tverrfaglig koordinering	Henvendelser fra EBT
Lønn og sosiale utgifter	1 489 497	50 %	10 %	31 %	9 %
Reise, transport	(97 980)	0 %	100 %	0 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	44 894	0 %	0 %	78 %	22 %
Medisinsk utstyr og forbr. materiell	106 791	100 %	0 %	0 %	0 %
Sum	1 543 203	848 615	51 788	499 616	143 183
	Aktivitetsdriver	Antall timer direkte pasient kontakt	Antall besøk til pasient	Antall pasienter	Antall nye søknader
Antall aktivitetsdriverenheter		5 584	5 003	160	156

Figur 36 – Kalkylegrunnlag Sentrum/Lund

13.3.5 Kalkylegrunnlag Randesund/Tveit

Figur 37 viser kalkylegrunnlaget for Randesund og Tveit helseenhet.

Randesund/ Tveit 34117 Ressursdrivere	Utgifter	Psykiatrisk sykepleie	Reise	Tverrfaglig koordinering	Henvendelser fra EBT
Lønn og sosiale utgifter	1 264 641	53 %	11 %	28 %	8 %
Reise, transport	125 825	0 %	100 %	0 %	0 %
Andre periodisk variable utgifter	245 755	0 %	0 %	78 %	22 %
Medisinsk utstyr og forbr. materiell	-	100 %	0 %	0 %	0 %
Sum	1 636 221	666 463	270 590	543 429	155 739
	Aktivitetsdriver	Antall timer direkte pasient kontakt	Antall besøk til pasient	Antall pasienter	Antall nye søknader
Antall aktivitetsdriverenheter		3 905	3 585	100	104

Figur 37 – Kalkylegrunnlag Randesund/Tveit

13.3.6 Enhetspriser Psykiatrisk sykepleie

Figur 38 viser enhetsprisene for de fire aktivitetene og de tre enhetene.

Enhetspriser Psykiatrisk sykepleie (per måned)	Vågsbygd 3110	Sentrum/Lund 3327000	Randesund/ Tveit 34117
Psykiatrisk sykepleie per time	158	158	158
Reise per besøk	44	10	75
Tverrfaglig koordinering per pasient	289	289	289
Henvendelser fra EBT per ny søknad	1 264	1 264	1 264

Figur 38 – Enhetspriser Psykiatrisk Sykepleie

På grunn av geografiske forskjeller er satsen for aktiviteten *Reise* forskjellig for de tre enhetene.

Satsene for aktivitetene *Psykiatrisk sykepleie*, *Tverrfaglig koordinering* og *Henvendelser fra EBT* er gjennomsnittlige for de tre helseenhetene og basert på sum aktivitetsutgifter (Σ AU) for alle enhetene dividert med sum aktivitetsdriverenheter (Σ ADE) for alle enhetene.

Satsen for aktiviteten *Tverrfaglig koordinering* er månedsvis slik at $((\Sigma \text{ AU})/(\Sigma \text{ ADE}))/12$.

13.4 Brukerstyrt personlig assistent, Støttekontakt og Omsorgslønn

For de tre tjenestene brukerstyrt personlig assistent, støttekontakt og omsorgslønn har vi ikke benyttet fjorårets utgifter som utgangspunkt for kalkylemodellen. Dette skyldes hovedsakelig at kvaliteten på disse dataene var for dårlig som følge av blant annet uklar ansvarsdeling og uensartet regnskapsføring. Istedenfor har vi benyttet en "bottom-up" tilnærming og tatt utgangspunkt i hvor mye tid i timer utfører, i gjennomsnitt, vil bruke på ulike aktiviteter.

13.4.1 Brukerstyrt personlig assistent

Finansieringen for Brukerstyrt personlig assistent (BPA) er fem-delt:

1. Lønn til personlig assistent (PA)
2. Finansiering til utfører for veiledning og oppfølging av bruker
3. Finansiering til utfører for veiledning og oppfølging av PA
4. Finansiering til utfører for intervju og "matching" av nye PAer mot nye/eksisterende brukere
5. Finansiering til utfører for veiledning i arbeidslederrollen til nye brukere av BPA-ordningen

Finansieringen for de fem aktivitetene vil være slik:

1. Etter lønnstrinn og stillingsbrøk
2. Fast sats (0,5 time ganger timelønn inkludert sosiale utgifter for konsulent) per måned per bruker
3. Fast sats (0,5 time ganger timelønn inkludert sosiale utgifter for konsulent) per måned per PA
4. Fast sats (10 timer ganger timelønn inkludert sosiale utgifter for konsulent) per ny PA
5. Fast sats (25 timer ganger timelønn inkludert sosiale utgifter for konsulent) per nye bruker av BPA-ordningen

Aktivitetsdrivere for de fire siste aktivitetene vil være:

2. Antall brukere i perioden
3. Antall PAer i perioden
4. Antall nye PAer i perioden
5. Antall nye brukere i perioden

13.4.2 Støttekontakt

Finansieringen til Støttekontakt er tre-delt:

1. Lønn til støttekontakt
2. Finansiering til utfører for veiledning og oppfølging til støttekontakt
3. Finansiering til utfører for intervju og "matching" av nye støttekontakter

Finansieringen for de tre aktivitetene vil være slik:

1. Etter lønnstrinn og stillingsbrøk
2. Fast sats (0,5 time ganger timelønn inkludert sosiale utgifter for soneleder) per måned per støttekontakt
3. Fast sats (10 timer ganger timelønn inkludert sosiale utgifter for soneleder) per ny støttekontakt

Aktivitetsdrivere for de to siste aktivitetene vil være:

2. Antall støttekontakter i perioden
3. Antall nye støttekontakter i perioden

13.4.3 Omsorgslønn

Finansieringen for Omsorgslønn er to-delt:

1. Lønn til omsorgsgiver
2. Finansiering til utfører for veiledning og oppfølging til omsorgsgiver etter avtale med EBT

Finansieringen for de to aktivitetene vil være slik:

1. Etter lønnstrinn og stillingsbrøk
2. Fastsettes konkret i hvert tilfelle hvor mange timer per måned dette skal utgjøre. Satsen vil være basert på soneleder eller annen hjemmesykepleiers timelønn inkludert sosiale utgifter.

14 Datafangst, kvalitetsikring, samt bearbeiding av inputdataene

Kalkylemodellen benytter på tre forskjellige typer data som input:

1. Regnskapsdata fra fjoråret
2. Produksjonsdata fra fjoråret
3. Tidsstudiedata

14.1 Regnskapsdata

Som grunnlag for å beregne enhetspriser for tjenester tar modellen utgangspunkt i fjorårets regnskap for de enkelte tjenestene. Imidlertid var ikke regnskapsdataene som fremkom fra økonomisystemet brukbare direkte i kalkylemodellen. I underavsnittene som følger beskrives arbeidsprosessen for å komme frem til kvalitetssikrede regnskapsdata. Arbeidet er utført i nært samarbeid med Helse- og sosialsektorens økonomikonsulenter i Kristiansand kommune.

14.1.1 Datafangst

Endelige regnskapsdata ble tilgjengelige 15. februar 2002 i forbindelse med fristen for KOSTRA-rapporteringen. Det medgikk svært mye tid på å få regnskapsdataene på en form og struktur som var tilfredsstillende for bearbeidelse. Problemene var bl.a. knyttet til at rapportspesifiseringsmulighetene i Kristiansands versjon av LIBRO (økonomisystemet) er begrensede. Et nytt økonomisystem skal implementeres og tas i bruk fra januar 2003. Dette vil gjøre det lettere å hente ut spesifikk informasjon.

14.1.2 Eliminering

Ved beregning av kalkylesatsene er det viktig at disse kun inneholder de relevante utgifter, se for øvrig kapittelet 8.4.

På grunn av omorganiseringen av Helse- og sosialsektoren fra 1. mars 2002, måtte regnskapsposter som ikke skulle være med i kalkylegrunnlaget elimineres. Dette var typisk utgifter som utfører ikke ville ha fra og med 1. mars.

14.1.3 Justering og fordeling

Kalkylemodellens krav til nøyaktighet gjorde det nødvendig å kvalitetssikre regnskapstallene.

Tidsstudien på hjemmesykepleie og hjemmehjelp indikerte at utgiftene til lønn og sosiale utgifter slik de fremkom av regnskapet ikke stemte overens med virkelig tidsbruk på tjenestene.

Resultatene av studien viste at ca. 44% av hjemmehjelperne og omsorgsarbeidernes tid ble brukt til å utføre hjemmesykepleie. Motsatt brukte hjemmesykepleiere og hjelpepleiere 2% av sin tid på hjemmehjelpsaktiviteter. All lønn til hjemmehjelpere og omsorgsarbeidere ble imidlertid konsekvent regnskapsført mot hjemmehjelpstjenesten. Tilsvarende ble all lønn til hjemmesykepleiere og hjelpepleiere regnskapsført mot hjemmesykepleietjenesten.

Regnskapet ga dermed et feil inntrykk av hva tjenestene virkelig kostet, og 44% av lønnsutgifter som var regnskapsført på hjemmehjelpstjenesten måtte fordeles over på hjemmesykepleie mens ca. 2% ble fordelt den andre veien.

Et annet ”funn” var at regnskapene for hjemmehjelpstjenesten nesten utelukkende bare viste utgifter som er knyttet opp til lønningsslippen. Utgifter til leasing av biler, kontorrekvisita osv. var konsekvent ført mot hjemmesykepleietjenesten. Dette er selvsagt gjort av bekvemmelighetshensyn, men det bidrar uansett til et feilaktig bilde av tjenestenes reelle utgifter. Følgelig var vi nødt til å fordele utgifter fra hjemmesykepleie og over til hjemmehjelpstjenesten.

I likhet med arbeidet med innhenting og eliminering var dette arbeidet omfattende.

14.2 Produksjonsdata

14.2.1 Datafangst

Modellen tar som nevnt utgangspunkt i fjorårets regnskap for å beregne enhetsprisene. Modellen er imidlertid helt avhengig av at relevante produksjonsdata knyttes opp mot regnskapsdataene.

Dessverre var antall brukere for de ulike tjenestene stort sett det eneste som var tilgjengelig av relevante produksjonsdata fra kommunens systemer. Det fantes blant annet ingen oversikter over følgende:

- Antall timer arbeidet i 2001 for de ulike tjenestene.
- Hvor stor den direkte tjenesteproduksjonen i timer var i 2001
- Antall besøk til bruker i 2001 for de ulike tjenestene.

Vi måtte dermed inkludere spørsmål vedrørende dette i tidsstudien slik at disse størrelsene lot seg estimere.

Disse dataene rapporteres fra og med 1. mai 2002. Dermed kan neste års kalkylemodell baseres på virkelige produksjonsdata fremfor estimerte. Når inputdataene har en høyere datateknisk kvalitet enn hva som har vært mulig gitt tilgjengelige produksjonsdata for 2001, vil generell statistisk usikkerhet rundt enhetsprisene reduseres.

14.2.2 Eliminering og justering

Dataene over antall brukere ble ikke korrigert på annet vis enn at data ble lagt sammen for de seks sonekontorene som ble slått sammen (to og to) fra og med 1. mars 2002.

De andre produksjonsdataene ble estimert ved hjelp av resultatene fra tidsstudien koblet sammen med oversikter over antall årsverk for de ulike tjenestene i 2001.

For å estimere antall timer totalt for ett år for de ulike tjenestene, tok vi utgangspunkt i antall årsverk ved de ulike ansvarsstedene per 2001. Tidsstudiedata om ordinær overtid, korttidsvikarer og ekstravakter ble benyttet som basis for å beregne hvor mange timer dette utgjorde for 2001 i tillegg til ordinære årsverk. I tillegg ble det korrigert for manglende svarprosent og ufullstendige skjema.

14.3 Tidsstudiedata

Tidsstudier har gitt mange organisasjoner viktig informasjon om hvilke oppgaver det brukes tid på og hvor mye tid som medgår til de enkelte oppgavene. Videre kan tidsstudier fungere som et sammenligningsverktøy mellom avdelinger, enheter og organisasjoner.

Vårt formål med tidsstudier har imidlertid vært å tallfeste ressursdriverne, det vil si å få fordelt lønn- og sosiale utgifter på de ulike aktivitetene. Som nevnt over måtte vi imidlertid inkludere spørsmål i tidsstudien som kunne hjelpe oss med å estimere manglende produksjonsdata.

14.3.1 Datafangst

Gjennom aktivitetskartlegging identifiserer man tjenestens aktiviteter og arbeidsprosesser. Aktivitetskartleggingen danner dermed basis for hvordan tidsstudien må utformes for å knytte tidsbruk til de ulike identifiserte aktiviteter og prosesser.

Etter aktivitetskartleggingen gjennomførte vi en spørreskjembasert tidsstudie over to uker hvor de ansatte registrerte hvor lang tid de brukte på ulike arbeidsprosesser og tjenester. I tillegg ba vi de ansatte spesifisere hvor mange brukere de hadde betjent, samt hvor mange besøk til bruker de hadde hatt. Se vedlegg 5 for eksempel på spørreskjema.

Spørreskjemaet fra tidsstudien ble delt ut til alle ansatte i sonene. Svarandelen var ca. 70% målt i årsverk. Totalt besvarte 355 ansatte tidsstudien noe som må sies å være veldig bra. Dessverre var ikke alle returnerte skjemaer nødvendigvis fullstendig utfylte, enkelte var for eksempel kun besvart for én uke.

I tillegg hadde vi en separat tidsstudie rettet mot Psykiatrisk sykepleie. Svarandelen her var ca. 90% målt i årsverk. Totalt besvarte 14 psykiatriske sykepleiere tidsstudien.

Anvendt tid per aktivitet i forhold til total tidsbruk gav oss ressursdriverne per ansvarssted. Ved å sammenstille disse resultatene fra tidsstudien i forhold til inndelingen av ansvarsstedene i ulike strata, kunne vi beregne gjennomsnittlige ressursdrivere for hvert strata.

14.3.2 Kvalitetssikring

Det er viktig å ha i mente at en tidsstudie som oftest bare er et lite utsnitt av virkeligheten (utvalg versus populasjon) og dermed er underlagt statistiske begrensninger i forhold til hvilke slutninger man kan dra.

Da det kan forekomme unøyaktigheter og feil i besvarelsene, er det viktig at resultatene kvalitetssikres og gjennomgås kritisk.

14.3.3 Hvor hyppig bør man foreta tidsstudier

En grundig tidsstudie vil trolig kunne benyttes i et par år fremover som utgangspunkt for ressursdrivere i en kalkylemodell. I en stabil organisasjon uten organisatoriske og strukturelle endringer av større grad, er det lite sannsynlig at en ny tidsstudie vil frembringe vesentlig ny informasjon.

Dersom organisasjonen imidlertid mener at forholdene er endret fra perioden tidsstudien ble gjennomført, bør det foretas en ny tidsstudie. Ulempen er selvfølgelig at en tidsstudie kan virke som et forstyrrende element i arbeidshverdagen til de ansatte. Formålet med en tidsstudie må være klart kommunisert til alle ansatte. Ellers vil kvaliteten kunne bli påvirket negativt.

Et alternativ til tidsstudier er å implementere IT-baserte timeregistrerings systemer. Her må nytte sees mot kostnad.

Innføring av et timeregistreringssystem er ikke først og fremst nyttig for kalkyleformål, men for internstyringen av virksomheter. Eventuelle initiativ på implementering av et slikt system bør derfor komme fra utførernivå og ikke fra bestiller.

15 Oppfølging og vedlikehold av kalkylemodellen

Dette kapittelet beskriver hvordan kalkylemodellen benyttes i løpende rapportering, samt hvilken langsiktig oppfølging kalkylemodellen trenger.

15.1 Drifting

Kalkylemodellen forutsetter en mer korrekt utgiftsføring på tjenestene. Det er derfor opprettet en ny tjenestekode, *Ufordelt på sone/avdelingsnivå*, hvor enhetene løpende kan føre utgifter som er vanskelige å fordele på de ulike tjenestene. Alle utgiftene på denne nye tjenesten må fordeles ut igjen ved hjelp av standardiserte fordelingsnøkler ved månedslutt.

15.1.1 Rapportering

Økonomikonsulenter ved bestillerenheten EBT vil ha det løpende ansvaret for driftingen av modellen. Ved månedsslutt hentes rapporter som viser bestilt tjenestevolum fra fagsystemet Omsorg og kobles sammen med aktivitetenes enhetspriser gitt strata slik at ansvarsstedenes finansiering fremkommer. Se Figur 39 for eksempel.

POSEBYEN SONE Hjemmesykepleie	Antall aktivitets- driverenheter	Enhetspris Strata A	Finansiering
Hjelp i hjemmet	648 timer	kr. 154,-	kr. 99.792,-
Reise	722 besøk	kr. 15,-	kr. 10.830,-
Møter og administrasjon	152 brukere	kr. 160,-	kr. 24.320,-
Sum			kr. 134.942,-

Figur 39 – Eksempel på finansiering

Finansieringen kobles mot aktivitetsutgiftene hentet fra økonomisystemet, slik at tjenestens resultat fremkommer. Se eksempel i Figur 40.

POSEBYEN SONE Hjemmesykepleie	Finansiering	Utgifter	Resultat
Hjelp i hjemmet	kr. 99.792,-	kr. 98.755,-	kr. 1.037,-
Reise	kr. 10.830,-	kr. 11.574,-	kr. - 744,-
Møter og administrasjon	kr. 24.320,-	kr. 27.378,-	kr. - 3.058,-
Sum	kr. 134.942,-	kr. 137.707,-	kr. - 2.765,-

Figur 40 – Eksempel på sammenstilling av ISF og utgifter

Rapportene distribueres i begynnelsen av hver måned til resultatene, HS-direktøren, samt Helse- og sosialstyret.

15.1.2 Løpende evaluering av kalkylemodellens finansiering

I forhold til resultatevalueringen av resultatene, bør spesielt følgende forhold evalueres løpende:

- Vesentlige avvik mellom bestilt og levert aktivitet hos utfører. Bør få konsekvens gjennom redusert finansiering neste periode.
- Vurdering av om strukturelle forskjeller ved det enkelte ansvarssted som ikke fanges opp av kalkylemodellen får vesentlige konsekvenser for ansvarsstedets resultat. (Eksempelvis et sonekontor hvis ansatte har en vesentlig høyere gjennomsnittlig ansiennitet enn gjennomsnittet for alle sonekontorene.)

15.2 Utvikling og vedlikehold

15.2.1 Kompetanse

Kommunen vil ha behov for kontinuerlig oppfølging av kalkylemodellen. Det er derfor viktig at det finnes ansatte i kommunen med grunnleggende forståelse og kompetanse for modellen. For at organisasjonen ikke skal være sårbar og for personavhengig er det viktig å gjøre kunnskapen tilgjengelig for flere. Kompetansen bør være institusjonsbasert, ikke individbasert.

Ernst & Young vil gi ca. 10 personer i kommunen en grundig opplæring av kalkylemodellens oppbygging og struktur.

15.2.2 Løpende evaluering av kalkylemodellens forutsetninger

Følgende generelle forhold bør være gjenstand for løpende vurdering gjennom året:

- Endringer i kalkylemodellens forutsetninger om lønns- og prisvekst
- Endringer i organisasjonsstruktur
- Endringer i tjenesteinnhold som ikke fanges opp av modellen

Kalkylemodellen for neste år må oppdateres med regnskaps- og produksjonsdata for 2002. Det kan i tillegg være hensiktsmessig å utføre nye tidsstudier til høsten på grunn av organisasjonsendringen.

Kalkylen neste år vil bygge på et bedre datagrunnlag ettersom nye produksjonsdata registreres løpende.

16 Systemløsningene i Kristiansand kommune

16.1 Fagsystem

Kommunen benytter Unique Omsorg som fagsystem og styringsverktøy for omsorgstjenestene.

Prosjektet medførte at programmet måtte modifiseres i forhold til ISF. Det var behov for et nytt felt, *Antall besøk*, nye tabeller og nye rapporter. Programmeringsarbeidet ble utført av Unique i mai og juni 2002.

16.2 Økonomisystem

Kommunens økonomisystem er Libro Økonomi, versjon 2.06 (levert av Ephorma A/S). Systemet ble først implementert på midten av `90-tallet og er DOS-basert. Programmet må sies å være utdatert i forhold til de behov en moderne virksomhet har i dag. Blant annet er tilgangskontroll både på ansvars- og tjenestenivå svært begrenset, samt at det er vanskelig å eksportere hensiktsmessige rapporter til MS Excel eller andre regnearkprogram. Funksjonalitet og grensesnitt mot andre programmer er med andre ord begrenset.

I løpet av 2003 vil kommunen implementere et nytt økonomisystem. Det nye systemet vil trolig kreve en fullstendig revisjon og gjennomgang av kontostreng.

16.3 Kalkylemodellen

Kalkylemodellen er utarbeidet i MS Excel. For å kunne bearbeide rapportene som ble eksportert fra økonomisystemet, måtte til dels svært avansert programmering tas i bruk. Dette gjør kalkylemodellen mer sårbar enn om økonomisystemet hadde levert mer hensiktsmessige rapporter.

17 Vedlegg

Vedlegg 1: EBTs ”Retningslinjer for endring av vedtak og tildelt time- og besøkstall”

Vedlegg 2: EBTs ”Rutiner omsorgslønn”

Vedlegg 3: EBTs ”Rutiner BPA”

Vedlegg 4: EBTs ”Rutiner støttekontakt”

Vedlegg 5: Skjema for tidsstudie

17.1 Vedlegg 1

Retningslinjer for endring av vedtak og tildelt time- og besøkstall

	Situasjon	Prosedyre	Ansvarlig
1	Rutinemessig gjennomgang av vedtak hvert år/ halvår	Gjennomgå eksisterende vedtak, vurdere behov og tjeneste ut fra aktuell situasjon. Gjøres i samarbeid med bruker og utfører.	EBT
2	Utfører må bruke mer tid hos bruker, samme hjelp som før, men i større omfang	Hvis bruker skal ha samme hjelp som før, men i et annet omfang; ikke nødvendig med nytt vedtak hvis det gamle vedtaket omhandler de samme tjenestene. Det skrives journalnotat der omfang og stipulert hjelpebehov fremkommer. Mail til EBT. (se pkt. 3)	Utfører
3	Økt eller redusert behov for tid hos bruker	Dersom endringen utgjør mer enn 25% av eksisterende timetall, meldes dette til EBT som vurderer situasjonen og legger inn endringen. Se også pkt. 5	Utfører EBT
4	Bruker har tjeneste, men skal ha annen hjelp enn før og i et annet omfang	Hvis det innenfor samme tjeneste skal gis en annen hjelp enn tidligere melder utfører dette behovet til EBT via journalnotat og mail. EBT vurderer om endringene er så omfattende at vedtaket må endres. EBT sender i så fall ut nytt vedtak. Nytt omfang vurderes som over, og nytt timetall legges evt inn.	Utfører EBT EBT
5	Endringer i løpet av en måned	Utfører rapporterer ved utgangen av hver måned inn faktisk levert antall timer som en dokumentasjon på hvordan bestillingene fra EBT er fulgt opp. Endrede behov kan her kommenteres, og EBT kan evt justere antall timer for den enkelte bruker.	Utfører EBT
<p>Generelt:</p> <p>Om vedtak: Vedtaket skal informere søker om hva slags tjenester han er tildelt, med hvilken begrunnelse og i hvilket omfang. Det skal også komme frem når evaluering skal gjøres. En må ved endret behov se hva eksisterende vedtak inneholder, og om endringen skjer i samarbeid og forståelse med bruker og er så liten at det er tilstrekkelig at bruker får muntlig beskjed om endringen.</p> <p>Om antall timer og antall besøk: I forbindelse med ISF vil disse faktorene være svært viktige i forhold til den finansiering sonene får. Det er derfor viktig at disse tallene til enhver tid er mest mulig korrekte, slik at utfører får godt gjort for det arbeidet som utføres. Modellen legger opp til en del slakk, og en vil derfor anbefale at endringen i antall timer hos bruker må være +/- 25% for at en skal måtte endre timetall fortløpende. Levert antall timer vil rapporteres inn ved utgangen av hver måned, og avvik kan rapporteres og tallene justeres etter dette.</p>			

17.2 Vedlegg 2

Rutiner omsorgslønn

Omsorgslønn		
Oppgave	Prosedyre	Ansvar
Mottak og reg. søknad	Søknad mottas og registreres i omsorgsprogrammet, sende melding om mottatt søknad til søker	EBT
Saksutredning	Vurderingsbesøk, innhente saksopplysninger av aktuelle informasjonskilder	EBT
Vedtak og oppdragsavtale	Fatte vedtak, sende ut sammen med oppdragsavtale. Registrere tjeneste.	EBT
Inngå oppdragsavtale - diverse informasjon	Inngå oppdragsavtale med omsorgsgiver, informere om utbetaling av lønn, veiledning mm. Melde inn på lønn.	EBT
Veiledning av omsorgsgiver	<ul style="list-style-type: none"> Dersom EBT finner det formålstjenlig, kan utfører få ansvar for veiledning. EBT vurderer dette og avtaler med den aktuelle utfører. Det gis kompensasjon etter fastsatte satser. Dersom EBT finner det mer formålstjenlig at en ansatt i EBT står for veiledning, gjøres dette. 	Utfører eller EBT
Avlønning	En legger flest mulig oppdragstakere inn på fastlønn. Oppdragstaker skal selv melde fra hvis bruker har fravær eller når oppdraget opphører slik at lønnen skal stoppes.	EBT
Revurdering av vedtak	Årlig vurdering av vedtak. Skjer i samarbeid med omsorgsmottager, omsorgsgiver og evt. utfører	EBT

17.3 Vedlegg 3

Rutiner BPA

Brukerstyrt personlig assistanse -BPA		
Oppgave	Prosedyre	Ansvar
Mottak og reg. søknad	Søknad mottas og registreres i omsorgsprogrammet, sende melding om mottatt søknad til søker	EBT
Saksutredning	Vurderingsbesøk, innhente saksopplysninger av aktuelle informasjonskilder	EBT
Vedtak og bestilling til utfører	Fatte vedtak, sende ut melding om vedtaket til den utfører (vikarsentralen) som skal følge opp arbeidsleder. Registrere i tjeneste.	EBT
Rekruttere assistenter	Vikarsentralen har ansvar for å finne kandidater til assistentstillingene	Vikarsentralen
Ansette assistenter, intervju osv	Vikarsentralen og arbeidsleder går sammen om dette.	Vikarsentralen
Veiledning og oppfølging av arbeidsleder og assistenter	Det avtales jevnlig oppfølging av såvel arbeidsleder som assistenter. Dette godtgjøres etter fastsatte satser.	Vikarsentralen
Avlønning	Avlønning og oppfølging av dette. Rapportering til EBT etter egne rutiner.	Vikarsentralen
Evaluering	Opplegget skal jevnlig evalueres. Dette skjer i samarbeid med arbeidsleder, assistenter og vikarsentralen	EBT

17.4 Vedlegg 4

Rutiner støttekontakt

Støttekontakter		
Oppgave	Prosedyre	Ansvar
Mottak og reg. søknad	Søknad mottas og registreres i omsorgsprogrammet, sende melding om mottatt søknad til søker	EBT
Saksutredning	Vurderingsbesøk, innhente saksopplysninger av aktuelle informasjonskilder	EBT
Vedtak og bestilling til utfører	Fatte vedtak, sende ut melding om vedtaket til den utfører som skal følge opp støttekontakten. Målsetting med støttekontaktopplegget skal komme frem av vedtaket. Melde inn i tjeneste.	EBT
Rekruttere assistenter	Vikarsentralen har ansvar for å finne kandidater til oppgaven som støttekontakt.	Vikarsentralen
Engasjere støttekontakter, intervju osv	Utfører tar kontakt med aktuelle støttekontakter og har samtale med dem for å finne den som passer best mulig til den spesielle oppgaven.	Utfører
Veiledning og oppfølging av støttekontakten	Jevnlig veiledning etter avtale	Utfører
Mottak og anvisning av timelister og rapporter/ avlønning	Støttekontaktrapporter og timelister leveres utfører etter avtale (hver mnd., hver annen, eller hver 3. mnd). Timelister kontrolleres opp mot vedtak og rapporter, og videresendes lønningskontoret. Rapportering til EBT etter egne rutiner.	Utfører
Evaluering	Vedtakene skal evalueres minst 1 gang pr. år	EBT

Tidsstudie over 2 uker ifbm. ISF prosjekt hjemmebasert omsorg – Kristiansand kommune februar 2002

Stilling: _____

Stillingsbrøk: ____%

Sonekontor: _____

Uke....	Turnus	Hjemme- sykepleie	Hjemmehjelp	Annet trygghetsalarm mm. (Spesifiser)	Reise	Møter & adm.	Sum	Benyttet medisinsk utstyr	Evt. kommentarer
Mandag Type vakt:	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer		
		Besøk	Besøk	Kommentar			Besøk		
		Brukere	Brukere				Brukere	Brukere	
Tirsdag Type vakt:	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer		
		Besøk	Besøk	Kommentar			Besøk		
		Brukere	Brukere				Brukere	Brukere	
Onsdag Type vakt:	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer		
		Besøk	Besøk	Kommentar			Besøk		
		Brukere	Brukere				Brukere	Brukere	
Torsdag Type vakt:	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer		
		Besøk	Besøk	Kommentar			Besøk		
		Brukere	Brukere				Brukere	Brukere	
Fredag Type vakt:	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer		
		Besøk	Besøk	Kommentar			Besøk		
		Brukere	Brukere				Brukere	Brukere	
Lørdag Type vakt:	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer		
		Besøk	Besøk	Kommentar			Besøk		
		Brukere	Brukere				Brukere	Brukere	
Søndag Type vakt:	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer	Timer		
		Besøk	Besøk	Kommentar			Besøk		
		Brukere	Brukere				Brukere	Brukere	

Kan dette sies å være en normal uke for deg? JA NEI (Hvis nei, vennligst bruk kommentar feltet ovenfor)

Alle tider avrundes til nærmeste halve time! Ikke gå med stoppeklokke!

TUSEN TAKK for at du tar deg tid til å fylle ut skjema!

Ved spørsmål vennligst kontakt xxxxx, telefon xxxxxxxx eller xxxxxx, telefon xxxxxxxx. (Eventuelt kan soneleder være behjelpelig med spørsmål)