

***Kostnadsbilder
i pleie og omsorg***

KS FoU

RO – april 2007



RO ressurscenter for omstilling i kommunene
med utvikling av omsorgstjenesten som spesialområde

Rune Devold AS
Endring og utvikling
i offentlig sektor



FORORD	3
SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	4
SUMMARY AND CONCLUSIONS.....	6
1. OPPDRAG OG METODE	9
1.1 BAKGRUNN OG HOVEDSPØRSMÅL	9
1.2 METODISK TILNÆRMING	10
1.3 NOEN BEGREPER SOM BENYTTES I ANALYSEN	12
1.4 DATAKVALITET OG REPRESENTATIVITET	15
1.5 DATAMATERIALETS MULIGHETER VIDERE	16
2. KOSTRA OG KOSTNADSBILDER I HJEMMETJENESTEN	16
2.1 KOMMUNENE I KOSTRA	16
2.2 HVORDAN KAN MÅLGRUPPER BESKRIVES OG AVGRENSSES?	18
2.2.1 MÅLGRUPPER BASERT PÅ BOLIGARENA	19
2.2.2 MÅLGRUPPER BASERT PÅ MÅLING AV FUNKSJONSNIVÅ (BEHOV)	22
2.2.3 MÅLGRUPPER BASERT PÅ FUNKSJONSNIVÅ (BEHOV) OG BOLIGARENA	24
2.2.4 MÅLGRUPPER BASERT PÅ ALDER	26
2.3 DEKNINGSGRAD	31
2.4 RESSURSBRUK ETTER GRAD AV FUNKSJONSNIVÅ, INNDELING I 16 GRUPPER	33
2.5 HVORDAN KAN KOSTRA FORBEDRES MED INFORMASJON FRA IPLOS?	35
2.6 VIDERE UTVIKLING AV IPLOS	36
2.7 UTVIKLING AV KOSTRA OG DATAKVALITETEN I IPLOS	37
2.8 SAMMENFATTENDE TABELL	38
3. KOMMUNEPROFILER	41
3.1 BERGEN	41
3.2 BODØ	42
3.3 DRAMMEN	43
3.4 HARSTAD	44
3.5 KVINESDAL	45
3.6 LIER	46
3.7 NESSEBY	47
3.8 STORD	48
3.9 TINGVOLL	49
3.10 TROMSØ	50
3.11 TRONDHEIM	51
VEDLEGG 1. ABI-BEREGNEDE LØNSKOSTNADER	52
VEDLEGG 2. VEKTER.....	54
VEDLEGG 3. KRAVSPESIFIKASJON FOR DATAINNHEITING	55
VEDLEGG 4. STANDARDISERING OG DATAKVALITET	64
BAKGRUNNSMATERIALE.....	68

FORORD

KS ønsker å få belyst hvordan kommunene og KS kan få hensiktsmessige styringsdata for ressursbruk innenfor hjemmebasert pleie og omsorg. Regnskaps- og tjenestedata analyseres og dokumenteres slik at ressursbruk og prioritering mellom ulike brukergrupper i omsorgstjenesten kan vurderes og eventuelt endres. Arbeidet er basert på materiale fra ASSS-kommunene¹ og et utvalg andre kommuner. Det er første gang KS benytter IPLOS-data², og rapporten gir ny innsikt både på individ- og systemnivå i hvordan ressursene fordeles i hjemmetjenesten på bakgrunn av et større utvalg kommuner.

RO har samarbeidet tett med Rune Devold AS som underleverandør med ansvar for behandling av individdata. Analyser og rapport er utført i fellesskap.

Prosjektet har hatt et godt samarbeid både med KS FoU som oppdragsgiver og med den faglige referansegruppen.

I KS har Anna Charlotte Larsen vært fou-ansvarlig og Geir Halstensen har vært fagansvarlig. Referansegruppen har bestått av Øystein Døhl, (Trondheim kommune), Kjell Fosse (Stjørdal kommune), Lillian Fritzon (Bodø kommune), Jan Hugo Hermansen (Tromsø kommune), Sylvi Hopland (Frosta kommune), Elin Karlsen (Bergen kommune), Ruth Astrid Mule (Klæbu kommune) og Anne Skau (Fredrikstad kommune). Referansegruppen har avviklet 3 møter. I tillegg ble det gjennomført et oppstartsmøte for representanter fra deltakerkommunene.

På grunn av store problemer med å få inn data fra kommunene, og med å få data av god nok kvalitet, har arbeidet dessverre blitt mer langvarig enn planlagt. Oppdragsgiver og referansegruppen har imidlertid vært tydelige på at det var viktigere med gode og troverdige resultater enn det å holde på opprinnelig framdriftsplan. RO mener dette har vært en riktig prioritering, og vurderer rapporten slik at den nye kunnskapen som frambringes er både troverdig og godt begrunnet i data med tilstrekkelig god kvalitet.

Stjørdal, mars 2007

Tormod Hofstad
(sign)

Rune Devold
(sign)

¹ ASSS: Aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner, omfatter de 10 største kommunene i Norge

² IPLOS: Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Pålagt rapportert fra kommunene fra og med 2007 til Statistisk sentralbyrå (SSB) som utarbeider statistikk

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER

Prosjektet baseres på et stort datagrunnlag som består av individ- og økonomidata fra i alt 13 kommuner og bydeler. Antall individer teller i alt 22 967 og utgjør om lag 14 % av samtlige brukere som mottar hjemmetjenester i Norge. Materialet er kvalitetssikret i direkte samarbeid med den enkelte kommune. De konklusjoner som trekkes tar hensyn til den datakvalitet materialet har på de enkelte punkter. De to bydelene som er med har svak datakvalitet som følge av brukervalg mv. Bydeler er ikke direkte sammenliknbare med kommuner. Bydelene er derfor ikke tatt med i detaljoversiktene, men inngår i gjennomsnittallene.

Prosjektet har sett på hvordan IPLOS-data kan brukes til å fortelle mer om hvordan kostnadene fordeler seg på de ulike målgrupper innen hjemmetjenesten. Vi har benyttet målgrupper basert på boligarena/tjenestetype, målt behov/funksjonsnivå og alder. Resultatene er at vi påviser likheter og variasjoner mellom kommunene som har strategisk betydning for kommunen. Samtidig ser vi muligheter for å utvikle KOSTRA med bedre nøkkeltall.

Noen eksempler på hva nøkkeltallene viser

Tabell 5. **Lønnskostnad pr. år pr. tjenestemottaker etter boligarena/tjenestetype**

Kommune	KOSTRA Kroner lønnsutgift pr hjemmetjenestemottaker pr år (2005)	Lønnsutgift for tjenesteytende personell pr hjemmetjenestemottaker pr. år (2005)			
		Gjennomsnittlig lønnskostnad (Ord.+HDU+HDO)	Ordinære hjemmetjenester	Heldøgns omsorgstjeneste for utviklings hemmede (HDU)	Heldøgns omsorgstjeneste for eldre/andre (HDO)
Alle ³	123 831 ⁴	117 901	68 085	823 572	355 924

- Det er betydelig spredning innenfor de tre delområdene (boligarena/tjenestetype)

Tabell 6. **Andel brukere med Lette, Middels og Tunge funksjonstap i hjemmetjenesten**

Kommune	Antall brukere (med timetjenester)	Lette	Middels	Tunge
Alle	19 681	73 %	20 %	7 %

- Andelen lette varierer mellom høyeste 79 % og laveste 53 %. Andelen tunge varierer mellom høyeste 15 % og laveste 3 %.

Tabell 8. **Aldersgrupper (som i KOSTRA) og ressursbruk**

Kommune	Antall brukere (med timer)	Andel brukere og ressursbruk pr aldersgruppe							
		0-67 år		67-79 år		80-89 år		90+ år	
		Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser
Alle	19681	31 %	62 %	20 %	12 %	39 %	19 %	10 %	7 %

Variasjoner

Materialet viser klart at KOSTRA-nøkkeltall for hjemmetjenestene kamuflerer store bakenforliggende variasjoner i ressursbruk.

³ De 11 kommunene og 2 bydelene som har rapportert individ- og økonomidata

⁴ KOSTRA landsgjennomsnitt

- De yngste brukergruppene er mer ressurskrevende enn de eldre. 31 % av brukerne er under 67 år, og de mottar 62 % av ressursene.
- Det er stor forskjell på ressursbruk avhengig av funksjonstap.
- Når flere innbyggere får hjelp av hjemmetjenesten er det andelen av de minst hjelpetrengende brukerne som øker.
- Kommunene bruker 12 og 5 ganger mer ressurser på de som mottar heldøgns tjenester (Henholdsvis heldøgns omsorg for utviklingshemmede og eldre) enn brukerne i ordinær hjemmetjeneste.
- Det er store variasjoner mellom kommunenes ressursbruk, både på individ- og systemnivå. Ulik praksis for tildeling av tjenester akkumulerer store utslag som måles med nye nøkkeltall.
- Lav ressursinnsats og svak differensiering av tjenestetilbudet i hjemmetjenesten kan medføre press på institusjonstjenesten.

Resultatene gir grunnlag for å drøfte om variasjonene skyldes tilfeldigheter eller ulikheter i kommunenes prioriteringer, og eventuelt i hvilken grad dette er bevisste prioriteringer.

Det er behov for nye anslag for langsiktig personellbehov i sektoren. St.meld. nr 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening" kan gjennom sin bruk av tall i beregning av fremtidige ressursbehov tolkes slik at en legger til grunn at alle hender i sektoren pr i dag (om lag 110.000 årsverk) hjelper de eldre over 67 år. Selv om en i meldingen eksplisitt sier at om lag 1/3 av brukerne i hjemmetjenestene er under 67 år, så er det de eldste aldersgruppens utvikling som legges til grunn i beregningene. Vi har konkludert med at 2/3 av ressursbruken i hjemmetjenesten er knyttet til brukere under 67 år. Våre funn kan derfor tyde på at det i virkeligheten er bare 2/3 av hendene i omsorgstjenesten som er knyttet til eldreomsorg når en tar med 1/3 av hjemmetjenesten og hele institusjonsomsorgen. Resten betjener personer under 67 år med hjelpebehov som ikke varierer i særlig grad med demografisk utvikling. Grunnlaget for framskrivning av personellbehov for å betjene veksten i antall eldre må altså etterprøves og endres for å komme i samsvar med aldersfordelt ressursallokering. De høyeste estimatene for sysselsettingsbehov fram til 2050 kan trolig nedjusteres for de mest ekstreme alternativene, og de estimerte kostnader kan nedjusteres tilsvarende. På den annen side må en ta høyde for usikre estimater og kostnader for gruppene under 67 år. De har hatt en stor vekst i behovene de senere årene. Videre arbeid må også avklare om dagens brukere under 67 år får med seg sitt forbruksmønster når de blir eldre, eller om det skjer en utvikling mot en ressursbruk som mer tilsvarende dagens eldre brukere.

Fra individdata til nøkkeltall

Prosjektet viser at IPLOS-data kan være viktig når kommunene skal dokumentere sin praksis for vurdering av individuelle behov og tildeling av tjenester. I så henseende kan riktig bruk av IPLOS-data styrke brukernes rettssikkerhet simpelthen ved at praksis blir synlig. Samtidig trenger kommunene gode styringsdata for å sikre rettferdige rammer og fordeling av ressursene på systemnivå. RO har erfaring med at dette lar seg gjennomføre i praksis, og at den type styringsdata som prosjektet har frambrakt, er et redskap for utvikling av gode omsorgstjenester.

Nye nøkkeltall i KOSTRA

Prosjektet konkluderer derfor med at KOSTRAs nøkkeltall for funksjon 254 hjemmetjenester slik de er i dag har begrenset relevans, og anbefaler å utvikle KOSTRA ved hjelp av informasjon i IPLOS. RO ser muligheter for forbedringer både med hensyn til tall for prioritering, produktivitet og dekningsgrad. Vi anbefaler å dele brukerne inn i målgrupper

basert på brukernes boligarena og funksjonsnivå, eventuelt i kombinasjon med alder. Ytterligere splitting av aldersgrupper i KOSTRA er ikke nødvendig, men mye tyder på at informasjon om gruppen under 67 år kan bli mer meningsfylt ved koble den til opplysninger om kognitivt funksjonsnivå. Dette ser ut til å forklare mye av det faktum at tjenestemottakere under 67 år mottar nesten 2/3 av ressursene.

På kort sikt anbefales å gjennomføre en tredeling av funksjon 254 ved å benytte boligarena/tjenestetype som kriterium: Ordinære hjemmetjenester, heldøgnsomsorg for eldre (HDO), og heldøgnsomsorg for utviklingshemmede (HDU). En bør vurdere nærmere hvorvidt det er relevant å benytte inndelingen på alle nøkkeltall eller bare et utvalg.

Ytterligere forbedringer i tråd med de funn prosjektet har gjort, forutsetter god kvalitet på kommunenes IPLOS-data. Det trengs da ikke rutiner for validering og oppretting av data slik prosjektet har foretatt. Når kvaliteten er god nok på IPLOS-data er det forsvarlig å koble dem med ressursdata (regnskap, årsverk) slik at nøkkeltallene får en ekstra dimensjon knyttet til brukernes funksjonsevne. Samtidig er i tillegg til regnskap og årsverk mulig å beregne ressursbruk med utgangspunkt i individdata (timer/tjenester som ytes). Derved oppnås en ny innfallsvinkel til blant annet produktivitetsbegrepet.

Utvikling av IPLOS

IPLOS anbefales utviklet videre med obligatorisk rapportering av organisasjonsnivåkoder, slik at kommunenes individdata kan grupperes på en måte som er sammenfallende med kommunens interne KOSTRA-kodeverk. Dette sikrer bedre mulighet for lokal anvendelse av IPLOS-data og dermed også kvalitet på det som rapporteres til sentrale myndigheter. Uten organisasjonskoder svekkes verdien av kommunenes materiale betydelig i forhold til lokal bruk. På den måten svekkes også mulighetene for å stille kvalitetsdata til disposisjon for IPLOS-prosjektets framtidige forskningsformål.

Prosjektet anbefaler også et bedre skille mellom tjenesteyting og boligarena ved å innføre registrering av om tjenesten er heldøgns eller ikke.

Bygge kompetanse i kommunesektoren

Bruk av data på den måten som prosjektet har vist muligheter for, krever og gir kompetanse på et nytt fagfelt som ligger i fellessonen mellom det pleie- og omsorgsfaglige på tjenestenivå og administrasjon og politikk på strategisk nivå. Det nye ligger i koblingen av individdata og ressursdata. IPLOS er ment å bli en viktig bærebjelke og grunnlag for dokumentasjon og dialog, både internt i kommunene og mellom kommune og stat. Drøftingene i prosjektets referansegruppe viser et klart eksempel på hvordan det er mulig å frambringe ny kunnskap. Prosjektets klare anbefaling er derfor at KS og kommunene snarest treffer tiltak som sikrer at kommunesektoren utvikler selvstendig kompetanse og organisatorisk kapasitet til å utnytte de rike mulighetene som IPLOS gir. Bedre kompetanse på det nye fagfeltet vil gjøre kommunesektoren enda mer interessant som samtalepartner for statlige myndigheter.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The project is based on a large data material, consisting of individual and economic data from 13 Norwegian local authorities. We have used 22 967 recipients. This amounts to 14 % of all people who receive home-care in Norway. The material will be quality controlled in direct collaboration with the city council in question. The conclusions that are drawn will take cover for the quality of data the material contains on certain points.

The project has focused on how costs vary within different groups of recipients in home care. We have used target groups based on habitat, functionality and age. The results show similarities and variations between different local authorities. This is of importance to the local authority. At the same time we recognize the possibilities to develop KOSTRA, using improved key numbers.

Some examples to indicate key numbers

Table 5. Wage costs per year per recipient according to habitat/need of care

City Council	KOSTRA Wage expense in kroner per homecare recipient per year (2005)	Wages – expenses for employees per homecare – recipient per year (2005)			
		Average Wage costs	Normal homecare services	24 hour care for disabled	24 hour care for elderly/other
All	123 831	177 901	68 085	823 572	355 924

- There is considerable dispersion within the three areas (habitat/ type of service)

Table 6. Homecare recipients with slight, medium and severe disabilities.

City Council	Number of recipients (using services by the hour)	Slight	Medium	Severe
All	19 681	73 %	20 %	7 %

- The share of slight disabilities varies from the highest rating of 79 % and to the lowest rating of 53 %. The share of severe disabilities varies between highest ratings of 15 % to the lowest rating of 3 %.

Table 8. Age groups (as in KOSTRA) and use of resources.

City council	Number of recipients (using services by the hour)	Share of recipients and resource-use per age-group							
		0 – 67 year		67 – 79 year		80 – 89 year		90+	
		Share of recipients	Share of resources	Share of recipients	Share of resources	Share of recipients	Share of resources	Share of recipients	Share of resources
All	19 681	31 %	62 %	20 %	12 %	39 %	19 %	10 %	7 %

Variations

Our material shows clearly that KOSTRA camouflages underlying variations in the use of resources.

- The youngest group of recipients is more in need of resources than the elderly. The youngest group receives 62% of resources.
- There is a big difference in the use of resources depending on disability.
- The share of recipients that need the least help from home care services increases when there is a growth in numbers of home care users.
- The city councils use between 5 to 12 times more resources on people that receive 24 hour services (Respectively 24 hour care for disabled and elderly) than recipients in normal home care services.

- There are considerable variations on the different city councils use of resources, both on an individual and system level. Different practice for services given accumulates effect that can be measured with new key-numbers.
- A low contribution of resources and a weak differentiation of services in home care can entail pressure on the institutions.

The results will give foundation to discuss whether the variations are due to coincidence. Or is it due to the various council's priorities and differences. And if so to what extent are these known questions of priorities.

There is need for new measures of long term staff in the sector. St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening" ("To master, possibilities and meaning") can be interpreted by its use of numbers in calculation of future need of resources. This may be done by seeing that all staff in the sector per today will give help to the elderly over 67 years of age. Even though the rapport explicitly tells us that approx. 1/3 of the participants in home care services are under 67 years of age, it is the progress of the older group of participants that our calculations are based on.

We have concluded that 2/3 of resources used in home care services are associated with participants under 67 years of age. Our research can therefore indicate that in reality there is only 2/3 of staff in health care services that are connected to the elderly. This has to be seen in light of including 1/3 of home care services and all institutional – care.

This leaves us with people under the age of 67 with needs that do not vary much along with demographic development.

To serve the future growth of the number of elderly and in particular the allocation of resources in conjunction with age, the development of the use of personnel has to be looked into and adjusted.

The highest estimates for need of employment towards 2050 can probably, using the most extreme alternatives, be adjusted down. On the other hand one has to take measures for uncertain estimates and costs for the group of participants under the age of 67.

This group has had an increase in care these last few years. Further work must clarify if today's participants less than 67 years of age will, by way of a consumer pattern, receive care when older. There could also be a development towards using resources in a way the elderly do today.

From individual data to key numbers

The project has shown that IPLOS-data can be significant when the councils are to document their findings to assess individual needs and services given. According to this the right uses of IPLOS-data strengthens the recipients' legal rights simply by making practice visual. At the same time the local authorities will need sufficient guidance to ensure a correct division of resources at appropriate levels.

RO has the experience that this can be achieved. We find that the data this project has generated works as a tool for the development of satisfactory health care.

New key-numbers at KOSTRA

The project concludes therefore that KOSTRA's key-numbers for function 254 homecare-services, as they are today, is of limited relevance. We recommend developing KOSTRA with the help of IPLOS information. RO see the possibilities of improvement with numbers according to priority, productivity and coverage. The classification of target groups based on habitat and functionality is desired, in combination with age. The additional division of age groups at KOSTRA is not necessary, although there is indication that the information of the

less than 67 year old group can be of use by linking it to the information of cognitive functionality-level. It looks as if this can explain the fact that home care recipients under 67 years of age receive almost 2/3 of the resources. The project recommends a three- way -split of habitat. Normal home care services, 24 hour care for the elderly (HDO) and 24 hour care for the disabled (HDU).

On a short term basis we recommend to carry through a three point division of F254 by making use of habitat/type of care as a criteria: Ordinary home care services, 24 hour care for the elderly (HDO) and 24 hour care for the disabled (HDU). One should consider whether it is relevant to make use of this division on all key numbers or just a selection of these.

The project has made further improvements in conjunction with the finds which will therefore grant good quality on the councils IPLOS – data. It will not be needed to make routines for establishing data. The project has already done this. Only when the quality is good enough on IPLOS – data, will it be secure to connect it with resource – data (numbers, man- labour years) so as to give an extra dimension tied up the participants’ level of disability. It is possible to calculate accounts and man- labour years with basis in individual – data. (Hours/services rendered). This is also the case of use of resources. In this way a new angle of incidents will be achieved, to name but one, the notion of productivity.

Development of IPLOS

IPLOS is recommended to develop further with obligatory rapports of organization – level – codes. This is so that the local authority’s individual data can be grouped in a way that is the same as the authorities internal KOSTRA- coding. This will secure the local use of data, and therefore the quality of information that will be reported to the National authority. Without this coding this material will have a decreased value according to local use. This is why the possibilities for placing quality data for scientific use will diminish from future research purposes within the IPLOS – project.

The project recommends a clearer decision between every day conditions, home care and information whether this service is 24-hour care.

Constructing “know-how” in the Community-Sector

The project has shown possibilities in using data that creates knowledge in a new area between health and care workers, and administration and politics at a strategic level. The new method lies in the connection of individual data and resource-data.

IPLOS is designed to become an important foundation for documentation and dialog between internal local authorities on the one hand and communal and National authority on the other. The discussions within the project show clearly that it is possible to create new knowledge. The projects recommendation is therefore that KS and local authorities should take measures that will secure the development of individual skills and organizational capacity. This would enhance the possibilities that IPLOS give. Better knowledge within the local authorities will contribute to make the sector more interesting in discussions with National authority.

1. OPPDRAG OG METODE

1.1 Bakgrunn og hovedspørsmål

KS ønsker å få belyst hvordan regnskaps- og tjenstedata kan splittes på ulike målgrupper slik at kommunene kan få hensiktsmessige styringsdata for ressursbruk innenfor hjemmetjenestene i pleie og omsorg.

I dag rapporterer kommunene inn til KOSTRA⁵ tall på antall brukere og ressursbruk i hjemmetjenesten. (KOSTRA funksjon 254, hjemmetjenester.) I KOSTRA kan kommunen så ta ut egne tall for dekningsgrader og ressursbruk for sammenligning med seg selv over tid og med andre kommuner. Ett av prosjektets hovedmål er å avdekke om KOSTRA-tallene skjuler hvordan ressursbruken fordeler seg på ulike målgrupper. Hovedmål med prosjektet er:

- Dokumentere om det er store forskjeller i ressursbruk per bruker både når det gjelder eldre og andre målgrupper i hjemmetjenesten i et utvalg kommuner.
- Få innsikt i hvilke utfordringer kommunene har for å identifisere kostnadsfordeling, ressursbruk mellom ulike målgrupper.
- At KS får bedre materiale som kan brukes i dialogen med staten for å vurdere å endre rapporteringen i KOSTRA og IPLOS slik at partene i framtiden kan få et bedre vurderingsgrunnlag om tjenesteprofil, prioriteringer og eventuelt endringsbehov for hele tjenesten.
- Bruke rapporten i framtidige konsultasjoner med Regjeringen.
- Lokal dokumentasjon for ressursbruk mellom målgrupper i kommunene som deltar i prosjektet.

1.2 Metodisk tilnærming

Kobling av individdata og ressursdata

Prosjektets hovedgrep er å koble opplysninger om den enkelte bruker med opplysninger om ressurser som anvendes for å yte hjelpen. Ved slik kobling av økonomidata og individdata oppnås høy grad av sikkerhet. Dette i motsetning til analyse på summarisk statistikk der en er avskåret fra muligheten til å gå ned til minste enhet - individnivået.

Dernest kobles aggregerte individdata (oppsummering for grupper av brukere) til tilrettelagte regnskapstall. Vi benytter brutto lønnsutgifter som uttrykk for den ressursbruk som direkte varierer med brukernes funksjonstap. Disse tallene er gruppert slik at de viser ressursbruk i forhold til kommunens tjenesteytende organisasjon. På denne måten oppnår en å beholde mulighetene til vedvarende kontroll av datakvalitet og relevans.

Datagrunnlag

Det er inngått databehandleravtale med den enkelte kommune i samsvar med krav og med godkjenning av Datatilsynet, jfr. Personopplysningsloven, Helseregisterloven og IPLOS-forskriften.

Individdata hentes fra kommunenes fagprogrammer som eksporterer IPLOS-data i henhold til kravspesifikasjoner fra sentrale myndigheter. IPLOS⁶ er betegnelsen på et sentralt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunen og for statlige myndigheter. Innføring av IPLOS innebærer et tidsskille for rapportering mellom stat og kommune. All tidligere rapportering har skjedd ved innsending av summarisk statistikk, mens IPLOS innebærer rapportering av rådata på individnivå, inklusive opplysninger om brukernes funksjonsnivå osv.

⁵ KOSTRA: Avledet av kommune – stat rapportering. Statistisk sentralbyrå (SSB) mottar data og utarbeider statistikk

⁶ Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. www.shdir.no

Kommunene hadde frist til ut 2006 med å komme på plass med 1.gangsregistrering og innsending av IPLOS-data som årsstatistikk til Statistisk sentralbyrå (SSB). Vi har altså benyttet et standard datasett med om lag 50 opplysninger på individnivå om:

- Bolig og husstandsopplysninger
- Funksjonsnivå
- Tjenester som ytes

For å konvertere disse opplysningene til styringsdata benyttes statistiske metoder som er utviklet av Rune Devold AS, SSB, Sintef m.fl.⁷

IPLOS-opplysningene er tverrsnittsdata på et tidspunkt sommer/høst 2006 (dato for endelig filuttrekk) etter forutgående validering og oppretting av data i samråd med kommunene.

Nivåkoder

Prosjektet har gruppert brukerne etter boligarena. Til dette benyttes brukernes tilhørighet til den organisatorisk enhet som leverer tjenestene, f eks ett distrikt, sone eller bolig. Det angis da organisasjonsstruktur på tre nivå. I tillegg benyttes IPLOS boligkoder (type bolig). Ved at brukerne er identifiserbare der de mottar tjenestene øker også mulighetene til å identifisere feil og mangler i datamaterialet slik at det kunne rettes opp før anvendelse. Nivåkodene rapporteres av de fleste fagsystemer, men ikke alle, og er dessverre ikke lenger obligatorisk i IPLOS. Se for øvrig Kap. 2.4.1 Videreutvikling av IPLOS.

Økonomidata

Det er innhentet opplysninger om økonomiske rammer, enhetenes driftsform med videre i henhold til særskilt kravspesifikasjon. Økonomidata er innhentet og kvalitetssikret for 2005 i henhold til egen kravspesifikasjon (se vedlegg 3). Kommunene ble bedt om å innrapportere brutto lønnsutgifter (inklusive sykepengerefusjon) med fratrukk for rene administrative stillinger, slik at vi kunne gruppere sum utgifter for henholdsvis ordinære hjemmetjenester, HDU og HDO (se begrepsdefinisjon neste avsnitt).

Økonomidata fra 2005 er sammenstilt med brukerdata fra 2006. Dette kan representere feilkilder ved at antall brukere og funksjonsnivå/hjelpebehov kan være endret fra 2005 til 2006. Prosjektet har imidlertid korrigert for andre endringer som gjelder endret organisasjon med videre, og fant at regnskapsdata 2005 tross alt var sikrere å benytte enn budsjett 2006.

Økonomidata er ikke korrigert for ulikheter i arbeidsgiveravgift, pensjonskostnader eller liknende.

Avstemming av innrapportert timeproduksjon og økonomiske ressursrammer.

Vi ønsker å kontrollere om det er rimelig samsvar mellom det som innrapporteres av timeproduksjon i IPLOS (direkte tid i henhold til enkeltvedtakene), og den økonomiske ressursrammen for lønnsutgifter. Formålet med dette er først og fremst å validere datakvalitet, dernest belyse hvordan den valgte metoden kan beregne forholdet mellom direkte og indirekte tid.

⁷ Sigstad Lie og Solheim, SSB notat 1995 Statistiske mål for funksjonsevne, Kalseth og Magnussen, SINTEF 1995, rapport Gerix styringsdata for pleie- og omsorgssektoren, SH-dir 2005 Samlemål for funksjonsvariablene i IPLOS

I sum innrapporterer kommunene en ressursramme på 2,32 mrd kroner i rene lønnsutgifter til tjenesteyting, eksklusive administrasjon for 2005. Dette skal finansiere direkte tid ("ansikt-til-ansikt" – tid) og indirekte tid (nattevakter, tid til reiser, møter, dokumentasjon, opplæring og så videre). Til sammen kan ressursrammen på 2,32 mrd kroner finansiere 209 499 timer tjenesteproduksjon. (Vi har benyttet timepris = kr 213,-, som veiet gjennomsnittlig lønn, inklusive vikarer, overtid, sosial utgifter med videre, jamfør ABI-systemet i Stavanger, se vedlegg 1).

Til sammenlikning innrapporterer kommunenes IPLOS-data i alt 148 176 timer/uke direkte tid. Av dette gjelder 62 669 timer de ordinære hjemmetjenester.

Tabell 1. **Indirekte tid**

	Totalt alle tjenester	Ordinær hjemmetjeneste
Sum kapasitet, antall tim/uke (2,32 mrd/kr 213,-)	209 499	90 141
IPLOS-timer, sum "ansikt til ansikt -tid"	148 176	62 669
Differanse = ressurser til indirekte tid og kostnader	61 323	27 473
% - andel til indirekte tid og kostnader	29 %	30 %

Samlet kapasitet er altså 209 499 timer. Av dette kommer 148 176 timer fram til brukeren i form av direkte tjenesteyting. Differansen er indirekte tid og utgjør 61 323 timer, tilsvarende 29% av samlet kapasitet. For ordinære hjemmetjenester er andelen 30 %.

Alt i alt virker dette ganske rimelig ut ifra at en gjerne regner at andel indirekte tid for hjemmesykepleie på om lag 35 – 45 %, mens praktisk bistand ikke bør overstige 20 - 25 %. Alt i alt anses den økonomiske ressursrammen å stemme rimelig godt med det som er innrapportert av timer i IPLOS.

1.3 Noen begreper som benyttes i analysen

Funksjonsnivå (FN): FN beskriver brukernes mestringsevne i forhold til aktiviteter i daglig liv (ADL). Når funksjonssvikt inntreffer, f eks i forhold til å utføre alminnelig husarbeid, benytter tjenesteapparatet IPLOS-kriterier for å journalføre dette som eventuelt grunnlag for å fatte vedtak om å yte tjenester til husarbeid (praktisk bistand). Funksjonsnivå registreres på skalaen 1-5, der 1 er "ikke behov for hjelp" og 5 er "svært hjelpetrengende". I alt 17 variable benyttes:

Fungere sosialt , Innkjøp, Daglige beslutninger, Ivareta egen helse, Mobilitet innendørs, Husarbeid, Vaske seg, Av/påkledning, Matlaging, Spise, Toalett, Mobilitet utendørs, Syn, Hørsel, Huske, Kommunisere, Styre egen atferd

Samlemål for funksjonsnivå – samlet veiet snitt for funksjonsnivå

Når alle ADL-variabler er skåret, beregnes et samlet veiet gjennomsnitt av skårede verdier på alle ADL til sammen (eksklusive syn/hørsel). Dette samlemålet beregnes ved hjelp av vektorer som SSB har utarbeidet⁸. Behovet for slike vektorer kommer av at de enkelte variablene har ulik verdi når en skal forklare hjelpebehov. Beregnet veiet gjennomsnitt ligger på skalaen 1 til 5, der lave verdier betyr lette funksjonstap, høye verdier betyr store funksjonstap.

Skalaen deles så inn i 16 intervaller, slik at brukeren til slutt får tilhørighet i en av 16 FN-grupper, der gruppe 1 har lette funksjonstap, gruppe 16 har svært store funksjonstap og

⁸ Sigstad Lie og Solheim, SSB notat 1995 Statistiske mål for funksjonsevne, Oppdragsarbeid utført i SSB for Rune Devold AS, 2005

hjelpebehov. Flere tabeller og grafer i analysen benytter denne inndelingen. Ved behov for grovere inndeling benyttes en inndeling av brukerne i 3 grupper: lette, middels og tunge funksjonstap.

I visse sammenhenger ser vi nærmere på mønsteret for funksjonstapet, og benytter gjerne en tredeling av ADL-variablene i såkalte snitt:

Personlig ADL: Personlige gjøremål, ofte flere ganger daglig, omfatter *vaske seg, av/påkledning, spise og toalett*, med andre ord livets basale funksjoner.

Instrumentell ADL: Gjøremål der en blir funksjonshemmet i forhold til ytre omgivelser, omfatter *innkjøp, mobilitet innendørs og utendørs, husarbeid, matlaging*. De fleste som utvikler hjelpebehov starter med en eller annen form for svikt i instrumentell ADL, gjerne husarbeid.

Kognitiv ADL: Beskriver evne til intellektuell og/eller emosjonell mestring, omfatter *sosial fungering, ta daglige beslutninger, ivareta egen helse, huske, kommunisere, styre egen atferd*. Mennesker med demens vil f eks gjerne skåre høyere enn verdi 3 på huske, kommunisere mv.

Brukeroversikter: Analysen presenterer antall brukere i mange sammenhenger, med fordeling på resultatenheter, typer driftsenheter, typer brukere osv. I visse tilfeller vil antall brukere variere noe fra tabell til tabell. Dette skyldes at vi benytter ulike filtre for kontroll (validering) av data, avhengig av tematisk fokus. Forskjellene påvirker ikke konklusjonene som trekkes.

Heldøgns omsorgstjenester: Det er mulig å motta omfattende omsorgstjenester hele døgnet, også om natta.⁹ I prosjektet har vi satt som eneste med også ufravikelig krav at tilbudet har nattevakt, enten aktiv eller hvilende vakt.

HDO: Boliger med heldøgns hjemmetjenestetilbud til eldre og andre brukergrupper enn utviklingshemmede.

HDU: Boliger med heldøgns hjemmetjenestetilbud til utviklingshemmede. Mennesker med utviklingshemming bor og mottar tjenester også i ordinære hjemmetjenester, så HDO omfatter altså ikke alle utviklingshemmede. Det er heller ikke alle individer i HDU som har fått registrert diagnosen utviklingshemming i IPLOS.

HMS-tid: Tid som anvendes overfor en bruker i tillegg til vedtatt tid til tjenesteyting. Kan for eksempel være begrunnet i tunge løft, personalsikkerhet og så videre.

Ordinære hjemmetjenester: Tjenester som ytes til mennesker som bor i sine egne ordinære boliger.

PB: Forkortelse for praktisk bistand, ofte benevnt som hjemmehjelp. Er regulert gjennom sosialtjenesteloven.

SPL: Forkortelse for hjemmesykepleie. (I IPLOS brukes betegnelsen ”pleie og omsorg utenfor institusjon”.) Regulert i kommunehelsetjenesteloven.

⁹ I KOSTRA benyttes følgende definisjon: ”Kun de beboere som bor i bygning/bofellesskap med minst en ansatt til stede hele døgnet skal regnes med ...”

Kjennetegn ved IPLOS - materialet

Pr 30. november 2006 forelå data med tilstrekkelig kvalitet fra kommunene Bergen, Bodø, Drammen, Harstad, Kvinesdal, Lier, Nesseby, Stord, Tingvoll, Tromsø, Trondheim og 2 bydeler i Oslo. De sistnevnte inngår i grunnlaget for tabeller og figurer i kapittel 2, men publiseres ikke som egne enheter i kommuneoversiktene.

Innsendt materiale omfatter i alt 22 967 individer som er mottakere av hjemmetjenester. Av disse har 19 681 aktive tjenester i form av timer/uke. De øvrige kan ha aktive tjenester i form av f eks bare trygghetsalarm, matombringning osv. Trondheims data er ufullstendig av tekniske grunner, og benyttes bare i deler av analysene.

Noen fakta om brukerne og tjenester som ytes:

Tabell 2. Oppsummering av antall brukere og tjenester som ytes i henhold til innsendte datafiler

		Ant brukere	% -andel av alle brukere	Timer/uke	Gjennomsnitt timer/uke
	Alle brukere totalt, inkl Trondheim	22 967		-	*
Felt i IPLOS	Alle brukere med timetjenester, inkl Trondheim	19 681		148 176	7,5
Brukere eksklusive Trondheim:					
	Alle i hjemmetjenesten	18 982	100	-	-
	Antall som har timetjenester ¹⁰	16 185	79,5	89 867	5,6
30	Praktisk bistand personlig	10 373	54,6	30 088	2,9
31	Praktisk bistand opplæring	403	2,1	14 704	36,5
32	BPA	148	0,8	6 035	40,8
33	Dagsenter	445	2,3	5 826	13,1
34	Matombringning	1 776	9,4	-	-
35	Trygghetsalarm	6 715	35,3	-	-
36	Avlastning utenfor institusjon	296	15,6	4 446	15,0
37	Avlastning i inst	211	1,1	-	-
38	Støttekontakt	1 664	8,8	7321	4,4
39	Institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste	166	0,9	-	-
40	Omsorgslønn	702	3,7	5 961	8,5
41	Omsorgsbolig	1 263	6,7	-	-
42	Annen bolig	613	3,2	-	-
43	Tvang i systematiske tiltak	9	0,05	-	-
44	Sykepleie	9 435	49,7	45 076	4,8
45	Rehabilitering	867	4,6	-	-
46	Dagopphold	77	0,4	-	-
47	Korttidsopphold utredning	187	1,0	-	-
48	Korttidsopphold rehabilitering	120	0,6	-	-
49	Korttidsopphold annet	256	1,3	-	-
29	Diagnose demens/Alzheimer	360	1,9	-	-
29	Diagnose diabetes	327	1,7	-	-
29	Antall med diagnose i gruppen hjerte-karsykdom	1 039	5,5	4 693	4,5
29	Antall med diagnose i gruppen psykisk	1 845	9,7	26 556	14,4
29	Antall med diagnose i gruppen	310	1,6	1490	4,8

¹⁰ Hjemmetjenester som gies som direkte tjenesteyting ansikt til ansikt, eksklusive omsorgslønn, trygghetsalarm og matombringning mv.

Av de i alt om lag 165 000 mottakere av hjemmetjenester (helse og omsorgstjenester) på landsbasis ¹¹ utgjør materialet om lag 14 %. Av de i alt om lag 50 000 mottakere av praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie utgjør materialet om lag 16-22 %, avhengig hvilken gruppering en velger. Antall med disse tjenestene er om lag 10.000 i vårt materiale.

Gjennomsnittsalderen for alle i materialet er 69,3 år,

For enkelhets skyld har vi holdt noen få uten fast bopel (UFB) utenfor materialet (BK7).

Av i alt 22 967 ordinære brukere er det 3 286 som bare har trygghetsalarm, matombringning og lignende (substusjonstjenester), mens i alt 19 681 har tjenester i form av timer.

Av tabell 2 framgår det for øvrig at kommunene nok henger noe igjen med å få fullstendige registreringer. For eksempel nevnes antallet med tvang i systematiske tiltak der antallet er 9 totalt, hvilket er en klar underrapportering. Gjennom validering og feilretting har prosjektet oppnådd tilfredsstillende kvalitet på de data som har betydning for ressursberegning.

1.4 Datakvalitet og representativitet

Det vises til vedlegg for utfyllende merknader angående datakvalitet.

Individdata er kvalitetssikret gjennom feillister som er sendt tilbake til kommunene etter validering. Etter oppretting er data på nytt gjennomgått og om nødvendig igangsatt ytterligere oppretting. Det ble gjennomført inntil 3 slike valideringsrunder.

Likevel kan det være feilkilder som i all hovedsak knyttes til ADL-vurderingen og tidsestimater for tjenester som ytes. I kvalitetskontrollen har RO lagt til grunn at feilmarginer på inntil +/- 5 % kan aksepteres når vi vet hvor i materialet det forekommer og derved kan tas hensyn til ved tolkning.

Utviklingshemmede og andre brukere.

Ved å fordele brukerne på boligarena oppnår vi å få sikrere nøkkeltall for kostnader. Utviklingshemmede i heldøgnsstilbud (HDU) er en slik gruppe. I tillegg har materialet 481 brukere med utviklingshemming som mottar ordinære hjemmetjenester. Disse er behandlet som naturlig del av de ordinære hjemmetjenestene. Det vises til omtale av dette i vedlegg.

Representativitet

En ganske stor andel av samtlige mottakere av hjemmetjenester på landsbasis er med i materialet (se forrige avsnitt). Dette gir en rimelig god representativitet knyttet til antall brukere. Materialet kan likevel ikke tolkes som om det var representativt for alle kommuner, store/små kommuner, kyst/innland eller samtlige brukere i landet.

Storbyene utgjør mer enn ¾ av materialet, men utgjør likevel ikke en stor nok andel av storbyene totalt (ASSS-kommunene) til å si noe helt sikkert om storbyene som gruppe. På samme måte kan en heller ikke si at mellomstore eller små kommuner i materialet kan representere disse gruppene.

¹¹ www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko

De 2 bydelene i Oslo som inngår i individdatagrunnlaget utgjør i alt 1.899 brukere = 9,65% av totalen, og påvirker i kraft av dette de totale gjennomsnittstallene i alle tabeller og figurer.

Materialet er sikrere for de ordinære hjemmetjenester enn for HDU og HDO. Dette har sammenheng med at HDU/HDO har store variasjoner i brukernes behov. Funksjonsmålingen har ofte svakere utsagnskraft for disse brukerne og bemanning/ressursbruk har et større innslag av uforklart variasjon. Forbedret utsagnskraft for disse dataene kunne eventuelt oppnås ved å se nærmere på de boligene som er med i materialet og/eller undersøke flere kommuner/boliger. For hjemmetjenestene derimot ser vi på et meget stort antall brukere (i alt over 18 000), der en stor andel kan fordeles på homogene grupper og dermed legge grunnlag for sikrere konklusjoner.

Standardisering er et gjennomgående problem når mange yrkesutøvere med til dels ulik bakgrunn deltar i funksjonsmåling av brukerne i sine respektive kommuner. IPLOS-kodeverket skal følges, og det er gjennomført et stort opplæringsprogram i alle kommuner for å sikre god grad av standardisering. Vi er likevel ikke garantert mot at ulike vurderinger, misforståelser og feiltolkninger kan gjøre seg gjeldende. Tilsvarende standardiseringsproblemer gjør seg gjeldende når vedtak om tjenester skal omgjøres til et tidsestimat. For eksempel vil vedtak om dusj en gang pr uke kunne estimeres til ½ time i en kommune, mens en annen registrerer ¾ time. Dette kan reflektere faktisk ulik bruk av tid eller ulik estimering.

ROs erfaring er at slike problemer ikke rokker ved påliteligheten i et så stort materiale som vi har her. Derimot kan det være en feilkilde å ta hensyn til når en ser på data for en kommune eller enheter på distrikts- og sonenivå. Det er ikke aktuelt i dette prosjektet.

1.5 Datamaterialets muligheter videre

Det spesielle med dette prosjektets data, er at det historisk sett er det første omfattende datamateriale med IPLOS-data og at det i tillegg er svært godt kvalitetssikret. Ut over IPLOS individdata består materialet av økonomidata og andre nødvendige opplysninger for analyseformål (se vedlegg 3).

Materialet har potensial for videre analyser av tjenester/ressursbehov og brukerbehov på kommunenivå eller i grupper av kommuner, kommunenes praksis for tildeling av tjenester, hvordan omsorgstrappa utnyttes, og sist men ikke minst fordelingsprofil, produktivitet, effektivitet og framskrivning.

2. KOSTRA OG KOSTNADSBILDER I HJEMMETJENESTEN

2.1 Kommunene i KOSTRA

KOSTRA-opplysningene for hjemmetjenestene kan oppleves som grovmasket med tanke på å gi sikker sammenligning på kommunenivå. Kommunene etterlyser også styringsdata under kommunenivå til internt bruk. Prosjektet ønsker å undersøke dette nærmere.

I KOSTRA finnes flere nøkkeltall for hjemmetjenesten (funksjon 254), herunder andel av innbyggerne som mottar hjemmetjeneste, netto driftsutgift pr. innbygger, korrigerede brutto driftsutgifter pr. hjemmetjenestemottaker og lønnsutgift pr. hjemmetjenestemottaker. Det er disse tre siste nøkkeltallene som i det følgende vil bli vurdert opp mot andre mulige nøkkeltall (deretter drøftes dekningsgrad).

Nøkkeltallene fremstår på følgende måte for deltakerkommunene¹² i alfabetisk rekkefølge:

Tabell 3. Noen KOSTRA-tall for vårt utvalg av kommuner. Funksjon 254

ASSS-kommuner	Netto driftsutgift i hjemmetjenesten pr innbygger	Netto driftsutgift i hjemmetjenesten pr innbygger over 67 år	Korrigerte brutto driftsutgifter pr hjemmetjenestemottaker ¹³	Lønnsutgift pr hjemmetjenestemottaker
Bergen	4326	34029	128845	110587
Drammen	3944	28299	126234	114453
Tromsø	4315	51198	188206	169386
Trondheim	4059	35948	148378	130155
Andre kommuner				
Bodø	3232	30932	127854	121192
Harstad	4851	38337	147611	136269
Kvinesdal	5564	38775	130109	122381
Lier	4422	37721	141997	135216
Nesseby	4864	24205	82456	72333
Stord	4 260	40671	178382	167083
Tingvoll	4287	23863	152934	136861

Når en rangerer fra høyeste til laveste **netto driftsutgift i hjemmetjenesten pr innbygger** topper Kvinesdal listen og bruker 5564 kr pr innbygger, mens Bodø er nederst med 3232 kr. Den kommunen som bruker minst pr innbygger på hjemmetjenester bruker altså 58 % av den kommunen som bruker mest i henhold til KOSTRA.

Netto driftsutgift i hjemmetjenesten pr innbygger over 67 år viser et noe annet bilde der Tromsø bruker mest med 51 198 kr, og Tingvoll minst og ligger på 47 % av Tromsøs nivå med 23 863 kr.

Når nøkkeltallet **korrigerte brutto driftsutgifter pr hjemmetjenestemottaker** brukes, kommer Tromsø høyest ut med 188 206 kr pr tjenestemottaker, og har laveste ressursbruk i utvalget med 82 456 kr. Forskjellen mellom den som bruker minst og den som bruker mest, er nå at den som bruker minst (Nesseby) bare bruker 44 % av den som bruker mest (Tromsø).

Hvordan blir bildet ved hjelp av **lønnsutgifter pr hjemmetjenestemottaker**? Lønnsutgift pr hjemmetjenestemottaker tegner nesten samme bilde som netto driftsutgift pr hjemmetjenestemottaker.

¹² Dette er kommunene prosjektet startet ut med. 10 kommuner har blitt utelatt i analysene på grunn av manglende eller mangelfull rapportering.

¹³ På landsbasis utgjorde kjøp av tjenester fra private/egne foretak om lag 10 % av brutto driftsutgifter til pleie og omsorg i 2005. Her er det stor forskjell på kommunene

Tabell 4. **Rangering av kommunene etter KOSTRA Funksjon 254**

	Rangering fra mest (Nr 1) til minst ressursbruk (Nr 23)			
	Netto driftsutgift pr innbygger	Netto driftsutgift i hjemmetjenesten pr innbygger over 67 år	Korrigerte brutto driftsutgifter pr hjemmetjeneste mottaker	Lønnsutgift pr hjemmetjeneste mottaker
Kvinesdal	1	3	7	7
Nesseby	2	11	12	12
Harstad	3	4	5	4
Lier	4	5	6	5
Bergen	5	7	8	10
Tromsø	6	1	1	1
Tingvoll	7	12	3	3
Stord	8	2	2	2
Trondheim	9	6	4	6
Drammen	10	10	10	9
Bodø	12	8	9	8

- Det er altså ikke slik at alle kommuner som bruker mye ressurser i hjemmetjenestene pr innbygger nødvendigvis også bruker mye pr tjenestemottaker. Selv om vår erfaring tilsier at det er tilgjengeligheten som øker med økende ressursrammer, det vil si at antall tjenestemottakere/dekningsgraden øker, er dette forhold som forblir skjult når dagens nøkkeltall alene er grunnlag for analysen.
- Netto driftsutgift pr innbygger over 67 år samsvarer for noen kommuner bedre med utgift pr tjenestemottaker, men ikke for alle. Hva som kan forklare disse forskjellene kommer ikke fram av KOSTRA.
- Nøkkeltall i KOSTRA på produksjon av hjemmetjenester tegner et bilde som gjør det mulig for kommunen å stille relevante og gode spørsmål, men mange forhold forblir uklare. I første rekke er dette forhold som angår ressursbruk opp mot ulike **målgrupper** for hjemmetjenesten.

2.2 Hvordan kan målgrupper beskrives og avgrenses?

Når utgangspunktet er en antakelse om at KOSTRA-tallene er for grovmasket trenger vi å dele opp. Vi har sett på de mulighetene som åpner seg ved å benytte informasjon i IPLOS-som kjennetegn og kriterium for deling.

Aktuelle kjennetegn ved individet kan være funksjonsnivået, diagnoser, alder og kjønn. I prosjektet har vi valgt å se nærmere på mulighetene ved å dele opp etter brukernes funksjonsnivå og alder. Begrunnelsen for å utelate kjønn som kjennetegn er en antakelse om at alder kan erstatte kjønn som kriterium på det detaljeringsnivå en ser på her.

Når vi benytter funksjonsnivået som kriterium, er det fordi vi legger til grunn at det kan forklare variasjoner i ressursbehov hos brukerne. Derved er det også relevant for å se på kommunens praksis for tildeling av tjenester til brukerne.

Begrunnelsen for å utelate diagnose er at den beskriver sykdom og lyte, mens det er funksjonstapet som følger av diagnosen som er omsorgstjenestens ansvar, og som utløser ressursbruk. En og samme diagnose kan hos to individer forårsake helt ulikt funksjonstap og behov for hjelp. En annen og praktisk utfordring med å benytte diagnoser er at det ikke er påkrevd med en diagnose for å få tildelt omsorgstjenester. Dette medfører at en stor andel av tjenestemottakerne ikke har registrert noen diagnose, jamfør tabell 2.

Diagnosen beskriver ikke behovet for hjelp på en måte som er robust nok til ressursstyringsformål. Angivelse av funksjonstap slik det gjøres i IPLOS er i tråd med WHO's standarder og er etter ROs mening et langt bedre utgangspunkt for inndeling i målgrupper for ressursstyringsformål. Diagnoser kan likevel betraktes som en nyttig tilleggsinformasjon, for eksempel i forbindelse med saksbehandlingen, vurdering av kompetansebehov med videre.

Aktuelle kjennetegn ved brukerens situasjon og omgivelser kan for eksempel være opplysninger om boligarena og husstand. I prosjektet har vi valgt å se nærmere på boligarena. Med husstand menes for eksempel om en bor i enpersons- eller flerpersonshushold, grad av tilgang til privat bistand med videre. Men vi utelater å se nærmere på husstand fordi en ikke ønsker den grad av detaljering på dette nivå.

Boligarena er derimot svært aktuelt å se på, fordi vi erfarer at kriterier og kostnadsnøkler knyttet til drift av tjenestene nettopp varierer med boligarena. På denne måten kobles informasjonen også til kommunens organisasjon. Kodet informasjon om organisasjonsstruktur er informasjon som ikke rapporteres direkte i IPLOS i dag (se eget punkt om nivåkoder under metodekapitlet). Dette er imidlertid fortsatt informasjon de fleste kommunene finner relevant for eget bruk, og som prosjektet har hatt tilgang til. I tillegg rapporterer IPLOS boligkoder, det vil si informasjon om type bolig brukeren bor i, nærmere bestemt ordinær bolig, kommunal bolig, omsorgsbolig, sykehjem og så videre.

2.2.1 Målgrupper basert på boligarena

Det er nærliggende å benytte en kombinasjon av organisasjonskoder og boligkoder på en slik måte at en kan skille ut brukergrupper som mottar heldøgns omsorgstjeneste rettet mot mennesker som har utviklingshemming og brukergruppen som mottar heldøgns omsorgstjenester rettet mot eldre og andre med omfattende omsorgsbehov.

Med *heldøgns* forstår RO at brukerne kan motta tjenester hele døgnet, også om natta. Vi har brukt nattevakt som kriterium. Se for øvrig nærmere om videre utvikling av IPLOS.

Prosjektet har altså ved hjelp av nivåkoder og informasjon om virksomhetstype fordelt alle brukere på kommunens organisatoriske enheter. Deretter har en kontrollert om angivelse av virksomhetstype er korrekt ved å sjekke om enhetens brukere har kjennetegn som samsvarer med opplysning om virksomhetstype (funksjonstap, timer tjenester pr uke, diagnoser med mer). Ved tvil er det innhentet mer informasjon fra kommunen om virksomhetstype og brukergrunnlag.

Tjenestemottakerne deles i tre grupper:

1. **Ordinære:** De som mottar hjemmetjenester i egen bolig og der tjenesten ikke er så omfattende at den defineres som "heldøgns".
2. **HDU:** De som har utviklingshemming og mottar heldøgns omsorgstjenester og som bor i avgrensede boligkomplekser. Tjenesten er oftest organisert med en egen personellgruppe lokalisert i umiddelbar nærhet av boligene.
3. **HDO:** Som over, men med den forskjell at brukerne ikke har utviklingshemming. Gruppen består for en stor del av eldre tjenestemottakere, men innslaget av yngre funksjonshemmede er også stort i noen kommuner.

Kommunenes ressursbruk er målt som *lønnsforbruket for tjenesteytende personell slik det framgår av regnskapet for 2005*. I den grad det har vært mulig har kommunene holdt utenfor stillinger som er rent administrative. Når RO har valgt dette som grunnlag for å angi ressursbruk er det fordi RO har erfaring med at regnskapsføring på enhetsnivå er variert, og at det er vanskelig å sammenligne kommuner med regnskapstall som inkluderer andre typer utgifter. Dette valget gjør også at utgift pr bruker blir godt sammenlignbart med rapportert lønnsutgift pr hjemmetjenestemottaker i KOSTRA.

Deretter har vi brukt informasjon i IPLOS om timer tjeneste som mottas pr uke direkte tid i henhold til vedtak/beslutning, for å beregne hvor stor % andel av ressursene som brukes på de tre målgruppene (ordinære, HDU og HDO). Denne % -fordelingen er så benyttet til å fordele lønnsutgift for tjenesteytende personell. Til slutt er beløpene delt på antall brukere i de samme gruppene. Denne metoden kan være sårbar for skjevheter i kommunenes timeregistreringer, jamfør timeestimer for det forvaltningsvedtak som journalføres. I materialet kommer deltakerkommunene da slik ut, sammenlignet med KOSTRA:

Tabell 5. Lønnskostnad pr. år pr. tjenestemottaker etter kommune og boligarena/tjenestetype

Kommune	KOSTRA Kroner lønnsutgift pr hjemmetjeneste- mottaker pr år (2005) ¹⁴	Gjennomsnittlig lønnsutgift for tjenesteytende personell pr hjemmetjenestemottaker pr. år (2005)			
		Totalt (Ord.+HDU+HDO)	Ordinære hjemmetjenester	Heldøgns omsorgstjeneste for utviklingshemmede (HDU)	Heldøgns omsorgstjeneste for eldre/andre (HDO)
Alle ¹⁵	123 831 ¹⁶	117 901	68 085	823 572	355 924
Bergen	110 587	107 802	63 902	775 428	352 222
Bodø	121 192	108 313	67 552	861 375	139 000 ¹⁷
Drammen	114 453	100 471	59 392	1 173 580	384 615
Harstad	136 269	130 205	76 750	633 064	632 818
Kvinesdal	122 381	200 678	100 000	720 833	384 615
Lier	135 216	147 332	57 798	739 404	383 766
Nesseby	72 333	51 950	51 950	- ¹⁸	-
Stord	167 083	124 483	81 087	540 548	264 700
Tingvoll ¹⁹	136 861	192 682	130 377	665 714	275 000
Tromsø	169 386	154 992	106 819	1 016 614	235 727
Trondheim	130 155	135 863	63 723	983 417	441 765

- KOSTRA -tallet skjuler store forskjeller i kommunenes ressursbruk på de ulike boligarenaer. Eksempel: Drammens KOSTRA-tall (kr 114.453) gir feil styringssignal. Ressursbruken er litt under gjennomsnittlig pr tjenestemottaker, og gir ikke endringssignaler. Tallet skjuler at ressursene i ordinære hjemmetjenester kan være kritisk lav, mens HDU -kostnadene er særdeles høye. Samme gjelder for Trondheim.

¹⁴ Tabellen viser kun lønnsutgift per bruker. Utgifter til kjøp fra private og kjøp fra egne foretak er ikke med her. I kommuner med som kjøper slike tjenester er utgiftene høyere per bruker enn hva tabellen viser. Her er det store forskjeller på kommunene.

¹⁵ De 13 kommunene/bydelene som har rapportert individ- og økonomidata

¹⁶ KOSTRA landsgjennomsnitt

¹⁷ Bodø oppgir å ha rapportert for lave kostnader knyttet til denne målgruppen

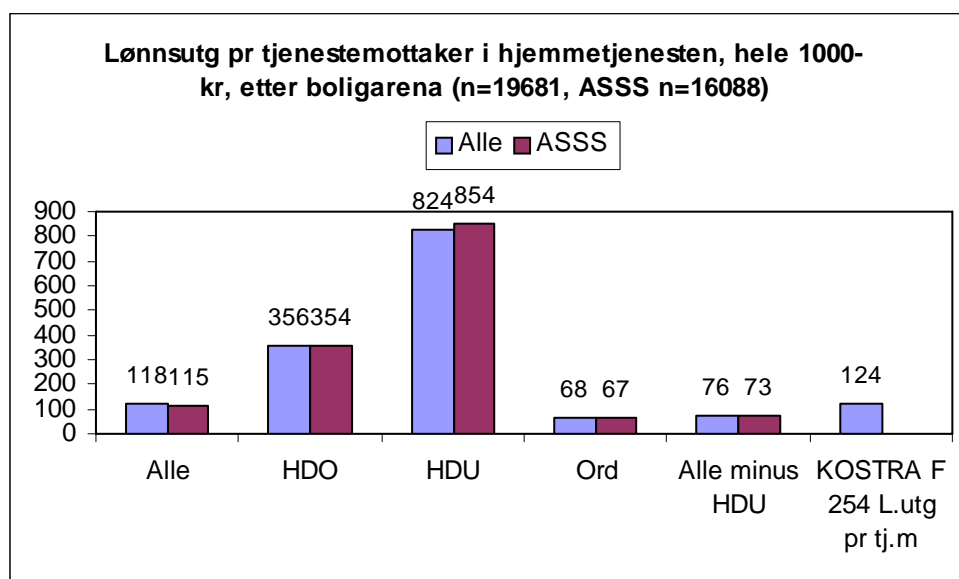
¹⁸ Nesseby har ikke rapportert heldøgnsstilbud i hjemmetjenesten

¹⁹ Tingvolls tallmateriale er kvalitetskontrollert i ettertid, og det viser seg en viss grad av underrapportering av tjenester som ytes. Tolkning av denne tabellen og senere tabeller må ta hensyn til dette.

Endringsbehovet knytter seg til at for lav ressursbruk i hjemmetjenesten kan innebære fare for at brukerne ”skyves” oppover i omsorgstrappen før det egentlig er påkrevd.

- Gjennomsnittlig ressursbruk i HDU er 12 ganger høyere enn i ordinære hjemmetjenester
- Gjennomsnittlig ressursbruk i HDO er 5 ganger høyere enn i ordinære hjemmetjenester.
- Variasjonene i ressursbruk mellom kommunene skyldes variasjoner i behov og/eller ulik praksis. Behov for ordinære hjemmetjenester og HDO styres i en viss grad av den demografiske utvikling (andel eldre), men som vi skal se i senere avsnitt er det aldersgrupper under 67 år som krever størst andel av ressursene også der. Behovsutvikling i HDU styres av andre forhold enn demografi.
- Tallene gir grunnlag for å drøfte om de senere års press på kostnader i kommunene har ført til innsparinger i ordinære hjemmetjenester, mens andre deler av tjenesten kan ha blitt skjermet.
- Det er kritisk at KOSTRA -nøkkeltallet ikke er egnet til å dokumentere de underliggende forskjellene, og en bør drøfte kvaliteten på de styringssignaler kommunen får.

Figur 1. Årskostnad pr. tjenestemottaker basert på boligarena/, ASSS kommunene og alle



- ASSS-kommunene har samme mønster som alle kommunene sett under ett.

Slik materialet framstår, er det vår oppfatning at KOSTRA **kamouflerer store variasjoner i kostnadsfordelingen på sentrale målgrupper for omsorgstjenesten – dette gir ikke et tilstrekkelig nyansert bilde til å fungere godt for ressursstyring.** Når forskjellene mellom målgruppene er så vidt store er det viktig å kunne utføre analyser og foreta planlegging ut fra et materiale som viser målgruppene enkeltvis, og på den måten å unngå sammenlikning av størrelser som faktisk ikke lar seg sammenlikne.

Et alternativ for gruppering av datamaterialet er en todeling der en skiller mellom de som har heldøgns omsorgstjenester og samtidig har utviklingshemming (HDU), og alle andre brukere (alle minus HDU). Også med en slik todelte inndeling vil en kunne få et mer nyansert bilde av ressursbruken enn med bare KOSTRA slik den er i dag. Todeling vil imidlertid skjule de store

forskjellene mellom ordinære hjemmetjenester og den ”sykehjemsliknende” driftsformen HDO. Tredelingen synes bedre tilpasset behovet for analyser av hele omsorgstrappa fordi heldøgns tjenester til andre målgrupper enn utviklingshemmede ofte er organisert som selvstendige enheter. HDO inngår også ofte i kommunal planlegging som en egen tjeneste eller trinn i det totale tjenestetilbudet innen helse- og omsorgstjenesten, ofte kalt ”omsorgstrappa”. Kommunens resursbruk på HDO og ordinær hjemmetjeneste er avhengig av kommunens tilgang/kapasitet på boliger og institusjonsplasser, organisering av tjenestetilbud og praksis for tildeling av omsorgsboliger og institusjonsopphold. Det å kunne skille ut HDO er derfor viktig i analyser av omsorgstrappa. Det vil for eksempel gi et godt utgangspunkt for å vurdere forhold knyttet til press på kommunens sykehjems plasser. Noe mer om omsorgstrappa finnes under 2.3 Dekningsgrad.

2.2.2 Målgrupper basert på måling av funksjonsnivå (behov)

I IPLOS benyttes en metode basert på angivelse av brukerens funksjonstap på en skala fra 1 til 5 på 17 variabler (se for øvrig Kapittel 1.4 Datakvalitet og representativitet vedrørende standardisering). Ved hjelp av vektning av variablene (se vedlegg) vil en komme ut med et samlet veiet funksjonsnivå pr bruker som er et statistisk holdbart uttrykk for brukerens behov for hjelp. I prosjektet har vi så fordelt alle brukerne i tre grupper: Lette, Middels og Tunge (funksjonstap/ressursbehov). Informasjonen om målt funksjonstap kan gjerne inndeles i flere grupper enn tre for å oppnå større presisjon.

Tabell 6. **Andel brukere med Lette, Middels og Tunge funksjonstap i hjemmetjenesten**

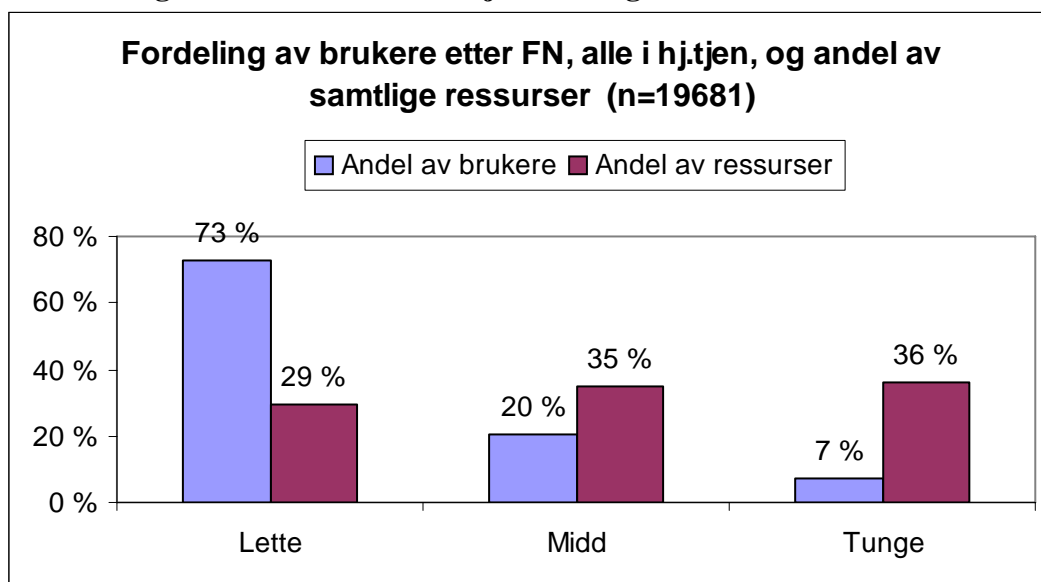
Kommune	Antall brukere (med timetjenester)	Lette	Middels	Tunge
Alle	19 681	73 %	20 %	7 %
Bergen	7 819	79 %	16 %	5 %
Bodø	1 306	75 %	20 %	6 %
Drammen	1 562	67 %	23 %	10 %
Harstad	718	53 %	35 %	12 %
Kvinesdal	295	62 %	23 %	15 %
Lier	639	62 %	26 %	12 %
Nesseby	60	78 %	18 %	3 %
Stord	487	57 %	29 %	14 %
Tingvoll	88	64 %	22 %	15 %
Tromsø	1 312	62 %	26 %	12 %
Trondheim	3 496	72 %	22 %	6 %
2 bydeler	1 899			

- Nesseby har nesten samme prosentvise fordeling av sine 60 brukere som Bergens 7819.
- Stord og Kvinesdal har stort innslag av brukere med Tunge ressursbehov i hjemmetjenesten. Begge kommuner har gjennomført en endringsprosess til mer hjemmetjenesteorientert tjenestesammensetning.

Tabellen er viktig for å forstå praksis i kommunene, både når det gjelder hvor lett eller vanskelig det er å få tjenester, og ikke minst å få oversikt i et fordelingsperspektiv. Summen av dette gir også gode signaler til vurdering av hjemmetjenestens plass i omsorgstrappa.

Kommunen trenger signaler som sier noe om kapasiteten utnyttes på en effektiv måte. Dersom en har uforholdsmessig mye ressurser knyttet opp til brukere med lette funksjonstap vil det kreves økte ressurser for å hindre at brukere med middels eller store behov blir skadelidende og unødvendig ”skyves” oppover omsorgstrappa. En gruppering av tjenestemottakere i hjemmetjenesten på Lette, Middels og Tunge ressursbehov kunne fungere godt som nøkkeltall for sammenligning. Dette har stor relevans i analyser av effektivitet, både for hjemmetjenestene isolert og i sammenheng med sykehjem/institusjon.

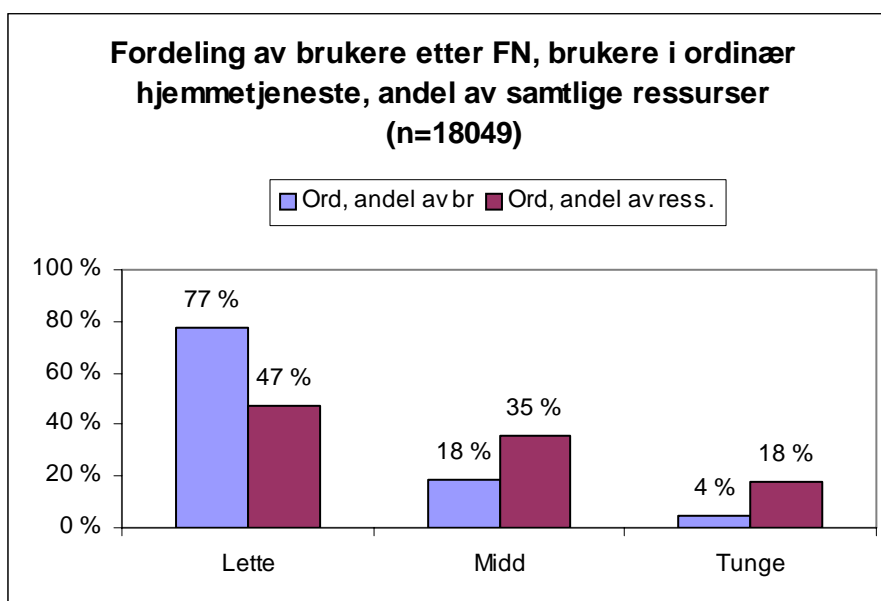
Figur 2. Fordeling av brukere etter funksjonsnivå og andel av ressursene



- Figuren viser at de lette brukerne utgjør omlag $\frac{3}{4}$ av alle, og mottar om lag $\frac{1}{3}$ av ressursene.
- Dette kan være et kraftfullt nøkkeltall i kombinasjon med informasjon om eventuelt press mot sykehjem og ressursbruk i andre deler av omsorgstjenesten. Figuren er godt egnet til å illustrere hvordan en kommune ligger an i forhold til prioritering, for eksempel hvor åpent eller trangt nåløyet er for å få tjenester i hjemmetjenesten.

I Figur 2 ser vi på alle hjemmetjenester under ett. For å se om ressursbruk i forhold til funksjonstap er noe som varierer i deler av hjemmetjenesten er gruppen som mottar ordinære hjemmetjenester valgt ut (uten HDO og HDU).

Figur 3. Fordeling av brukere etter funksjonsnivå og andel av ressursene. Ordinære hjemmetjenester



- Når en sammenligner figur 2 og 3 er det slik at store indre variasjoner skjules når hele hjemmetjenesten rapporteres under ett. Fordelingsprofilen er forskjellig. Når vi ser på brukere av ordinære hjemmetjenester blir bildet slik at de med lette funksjonstap mottar den største andelen av ressursene. Dette kan igjen relateres til problemstillinger knyttet til gradforskjeller i tjenestens tilgjengelighet og grad av differensiering av tjenestetilbudet ved en gitt ressursramme.

I vurderingen av hvilke nøkkeltall som bør inngå i KOSTRA er disse av stor betydning for å vurdere kommunens praksis for tildeling av tjenester.

2.2.3 Målgrupper basert på funksjonsnivå (behov) og boligarena

Flere av de nevnte kriteriene for inndeling av brukergrupper kan kombineres. Det kan gi stor verdi som nøkkeltall å kombinere kjennetegn ved brukernes tjeneste/boligarena med funksjonstapskategoriene Lett, Middels og Tung.

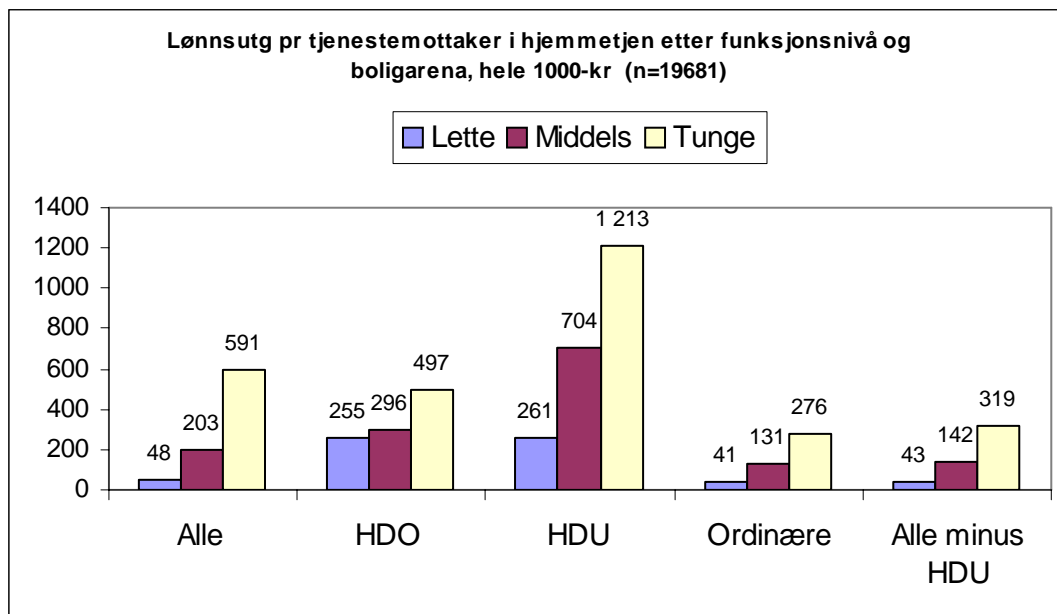
Tabellen nedenfor viser ressursbruk i ulike boligarenaer med kroner pr år fordelt på brukere med lette, middels og tunge funksjonstap.

Tabell 7. Ressursbruk (lønnsutgift pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)

Alle deltakerkommuner i prosjektet	Alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	117 901	47 511	203 138	591 129
HDO	355 924	254 632	296 110	497 448
HDU	823 572	261 010	704 480	1 213 125
Ordinære	68 085	41 464	131 278	275 740
Alle minus HDU	76 447	43 358	141 719	319 399

Dette er framstilt grafisk i neste figur (kommunene finner sin versjon av tabellen og figuren nedenfor under kapitelet Kommuneprofiler).

Figur 4. Lønnsutgifter pr tjenstemottaker etter funksjonsnivå og boligarena.

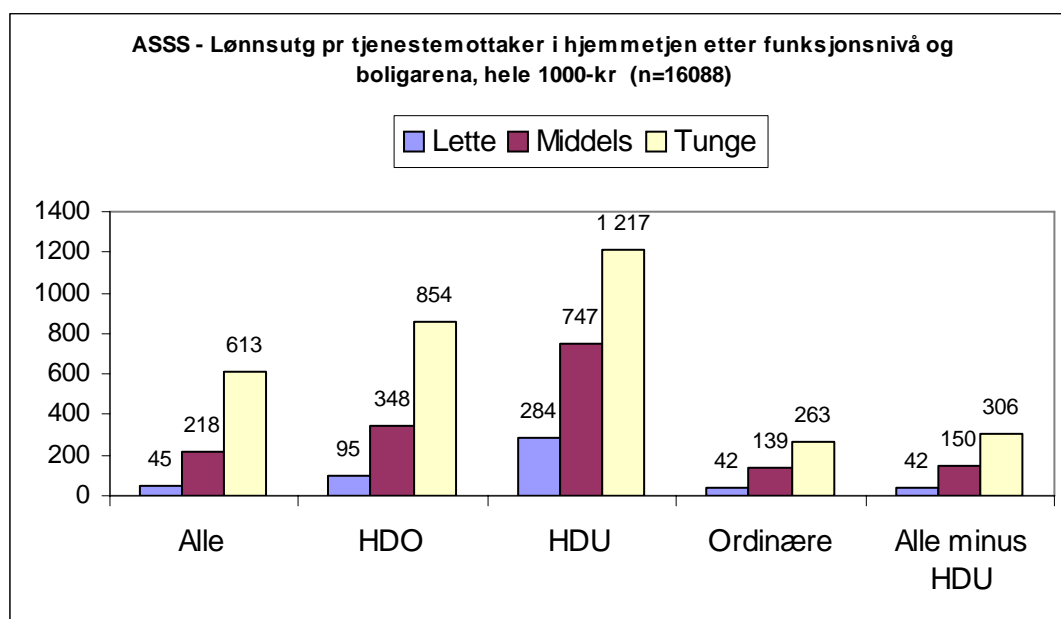


- Både tabell 6 og figur 4 viser at de tre områdene HDO, HDU og ordinære hjemmetjenester er signifikant forskjellig når det gjelder mengde bistand som ytes.
- Intern differensiering mellom lette, middels og tunge funksjonstap i hver gruppe, er svært tydelig i alle boligarenaer.

God differensiering mellom brukerne er helt nødvendig for å oppnå god effektivitet og for å unngå at det oppstår ”flaskehals” i tjenestetilbudet. For lav grad av differensiering kan blant annet føre til etterspørsel etter substitusjonstjenester som kan gi en høyere total kostnad. Et velkjent fenomen i ROs rådgivning i kommunene er at svak differensiering i ordinær hjemmetjeneste og HDO medfører press på sykehjemsplasser til tross for høy dekningsgrad av sykehjemsplasser. Dette skyldes det forhold at hver mindre økning i behovet hos en bruker i hjemmetjenesten som ikke møtes med en adekvat endring av tjenestetilbudet, medfører at det etterspørres tilbud på høyere trinn i omsorgstrappa, gjerne sykehjem. **I et økonomisk perspektiv hadde det for mange kommuner vært mer nærliggende å øke hjemmetjenestetilbudet fremfor å bygge flere sykehjemsplasser.**

De nye nøkkeltallene vi viser vil gi kommunen og sentrale myndigheter muligheten til å analysere sammenhengen mellom ulik differensiering av tilbudet i hjemmetjenesten, nivå på tjenestetilbudet i tilrettelagte boliger og grad av press på sykehjemsplassene.

Figur 5. Lønnsutgifter pr tjenstemottaker etter funksjonsnivå og boligarena. ASSS-kommunene



- Figuren viser at ASSS-kommunene sammenlignet med alle kommuner har betydelig bedre differensiert HDO.

Denne konklusjonen kan være usikker, da ASSS-kommunene har relativt lite tilbud innen HDO, til sammen bare 333 brukere. Imidlertid kan forskjellen være reell og skyldes god differensiering.

2.2.4 Målgrupper basert på alder

Vi benytter samme inndeling som i KOSTRA; 0-67 år, 67-79 år, 80-89 år og 90+ år og kombinerer dette med å se på hvor mye av ressursene som knytter seg til de enkelte aldersgruppene. Deretter undersøker vi om det gir mening å splitte aldersgruppen 0 – 67 år.

Gjennomsnittsalderen for alle brukerne i materialet er 69,3 år. For de i ordinære boliger som har enten praktisk bistand og eller hjemmesykepleie er gjennomsnittsalderen 73,9 år.

Alders og ressursfordeling av hjemmetjenestemottakere²⁰ er slik:

²⁰ Med hjemmetjenestemottaker menes *alle* som bor i egen bolig og som mottar hjemmetjenester, inklusive alle som bor i omsorgsboliger og mottar heldøgns omsorgstjenester. Her presiseres at dette omfatter *både* utviklingshemmede, eldre og andre målgrupper.

Tabell 8. **Aldersgrupper (som i KOSTRA) og ressursbruk**

Kommune	Antall brukere (med timer)	Andel brukere og ressursbruk pr aldersgruppe							
		0-67 år		67-79 år		80-89 år		90+ år	
		Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser
Alle	19681	31 %	62 %	20 %	12 %	39 %	19 %	10 %	7 %
Bergen	7819	33 %	64 %	20 %	12 %	37 %	18 %	10 %	6 %
Bodø	1306	48 %	74 %	17 %	8 %	28 %	13 %	8 %	5 %
Drammen	1562	48 %	73 %	17 %	8 %	28 %	13 %	8 %	9 %
Harstad	718	29 %	63 %	22 %	14 %	40 %	18 %	8 %	5 %
Kvinesdal	295	30 %	34 %	23 %	14 %	35 %	31 %	13 %	21 %
Lier	639	32 %	48 %	17 %	12 %	41 %	32 %	10 %	7 %
Nesseby	60	16 %	37 %	18 %	31 %	23 %	31 %	3 %	1 %
Stord	487	47 %	69 %	17 %	12 %	29 %	13 %	6 %	5 %
Tingvoll	88	23 %	66 %	28 %	9 %	38 %	15 %	11 %	9 %
Tromsø	1312	28 %	59 %	24 %	13 %	39 %	20 %	9 %	8 %
Trondheim	3496	26 %	58 %	22 %	11 %	41 %	22 %	11 %	8 %
2 bydeler	1899								

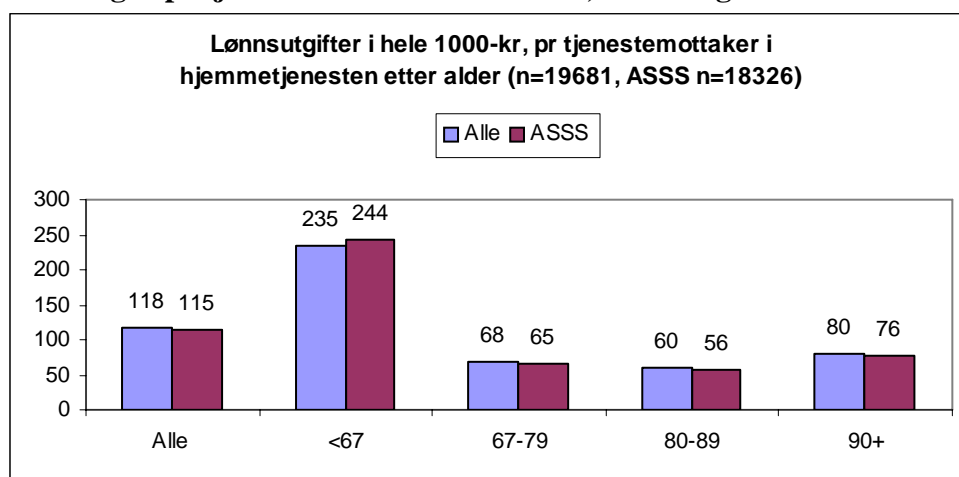
Ressursberegningen er gjort ved hjelp av en gjennomsnittlig timepris og det antall timer/uke tjenester som er rapportert i IPLOS.

- I mange sammenhenger oppfattes omsorgstjenesten som eldreomsorg. Med utgangspunkt i denne tabellen ser man klart at dette er en for enkel oppfatning. Bildet er altså slik at 31 % av brukerne er under 67 år, og mottar 62 % av ressursene!
- Det er store forskjeller i ressursbruk fordelt på aldersgrupper. Den yngste gruppen mottar gjennomgående mer tjenester enn de andre gruppene.
- De yngste tjenestemottakerne representerer ressursbruk som er gjennomsnittlig 2,5 ganger høyere enn for den eldste aldersgruppen.
- Tjenestemottakere i gruppen mellom 67 og 79 år representerer en gjennomsnittlig større ressursbruk enn i aldersgruppen 80 til 89 år.
- Det er store forskjeller kommunene imellom. Dette gjelder både andel brukere i de ulike aldersgruppene og ressursandel gruppen mottar.
- I Bodø og Drammen utgjør denne aldersgruppen 48 % av brukerne og mottar 73 - 74 % av ressursene.
- Det er betydelige forskjeller i ressursbruk for ulike aldersgrupper. Den eldste aldersgruppen, 90+, utgjør for eksempel 3 % av brukerne i Nesseby og 13 % i Kvinesdal. De mottar henholdsvis 1 % og 21 % av ressursene. Dette kan skyldes både ulik tilgjengelighet til institusjonsplass og ulik praksis for tildeling av hjemmetjenester.

Både kommunen og nasjonalt nivå har behov for å planlegge i forhold til fremtidige endringer i demografi, jamfør St.meld. nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Dette berører både finansierings- og kompetansespørsmål. Beregning av personellbehov for å møte framtidig økning i antall eldre kan best gjøres ved å splitte dagens ressursbruk slik tabellen viser. Dersom en benytter totaltallene som om de forteller noe om eldreomsorgen får man altså med store yngre brukergrupper der behovene ikke varierer med demografiske endringer.

En grafisk framstilling av ressursbruk pr aldersgruppe for alle og ASSS-kommunene viser ikke særlige forskjeller.

Figur 6. Lønnsutgift pr tjenestemottaker etter alder, samlet og ASSS-kommunene



- Manglende forskjeller mellom kommunegruppene skyldes mest sannsynlig at ASSS-kommunene utgjør så stor andel av materialet totalt, og ikke nødvendigvis at de faktisk ligger tett på hverandre med hensyn til nivå på tjenestene.

Konsekvenser av den aldersfordelte ressursallokeringen

Arbeidet med å klarlegge de langsiktige konsekvensene av demografiske endringer har pågått i mange år. På tross av at en de siste 20 årene har gjennomført flere reformer som utvidet kommunalt ansvar (eksempel ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming, opptrappingsplan for psykisk helse), har det festet seg en definisjon av omsorgstjenesten som eldreomsorg – i all hovedsak. De funn vi gjør i prosjektet underbygger at dette bildet av omsorgstjenesten er galt og fører til feil fokus i en del sammenhenger – 2/3 av ressursene i hjemmetjenesten benyttes til andre grupper enn eldre.

Blir det mange nok hender til å utføre omsorgsoppgavene i framtida? På nasjonalt nivå er St.meld. nr 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening” en kilde til opplysning og problemforståelse angående behovet for personell. Blant sentrale temaer som drøftes er demografiens betydning for sysselsettingsbehovet, sammenheng mellom helsetilstand, levealder og funksjonsevne, inntekt og velferd, utdanning, medisinsk teknisk utvikling, rus, demens, konsekvenser av endringer i arbeidsmarked, familieomsorg og standard. Alle emner drøftes med hovedfokus på eldre.

Vi konkluderer med en andel brukere under 67 år i hjemmetjenesten på omlag 1/3. Det stemmer godt med stortingsmeldingen. Slik sett har meldingen et riktig utgangspunkt, men nøyer seg med å anta at andel under 67 år vil øke noe inntil opptrappingsplanen for psykisk helse er slutført²¹.

Det meldingen ikke tar høyde for er at andelen av ressurser (personellinnsats og kostnader direkte brukerrettet) som allokeres til brukere under 67 år er økt til 2/3 for hjemmetjenestens del, slik dette prosjektet konkluderer. Det påvirker grunnlaget for framskrivning av personellbehovet.

²¹ St m nr 25, kapittel 6.1. s 42, kildehenvisning Romøren 2006

Stortingsmeldingen kan tolkes slik at alle hendene (om lag 110.000 årsverk²²) pr i dag hjelper de eldre over 67 år²³. I virkeligheten er det bare 1/3 av årsverkene i hjemmetjenesten som hjelper eldre, det vil si om lag 18 000 årsverk, pluss de om lag 55 000 årsverkene som jobber i institusjoner, til sammen om lag 73 000 årsverk. Framskrivningsgrunnlaget må i så fall reduseres med 1/3 for å finne sysselsettingsbehovet i eldreomsorgen. Vi legger da til grunn at prosjektets tall er landsrepresentative. Når det gjelder de resterende om lag 36 000 årsverkene som hjelper brukergrupper under 67 år i hjemmetjenesten er mulighetene for sikker framskrivning antakelig svakere – meldingen drøfter ikke dette. En står blant annet med behov for å avklare om dagens yngre brukere vil ta med seg sitt forbruksmønster når de blir eldre, eller om deres ressursbehov vil synke i retning av dagens eldre brukere

Demografiske endringer gir altså mindre mening som grunnlag for framskrivning av samlet personell- og ressursbehov enn tidligere antatt. Totaltallene inkluderer yngre brukergrupper der behovene varierer lite med demografiske endringer. Stortingsmeldingen drøfter dermed estimater for sysselsettingsbehov helt opp mot 420.000 årsverk i 2050 (fig 6.14) på noe som sannsynligvis er delvis feil grunnlag. Det gjenstår å gjøre nøyaktige beregninger på dette, men de høyeste estimatene i stortingsmeldingen kan ligge 100-150 000 årsverk for høyt. De mer moderate estimatene kan ligge 50-100 000 årsverk for høyt, alt etter hvilke alternativer en ser på.

Yngre brukergrupper med kognitiv svikt

Referansegruppen har bedt om en nærmere vurdering av behovet for særskilte nøkkeltall knyttet til mennesker med psykiske lidelser²⁴ under 67 år. IPLOS-data rapporterer ikke slik at gruppen med psykiske lidelser kan selekteres direkte på en sikker måte. Diagnoseopplysningene er spredt på mange forskjellige innen gruppen psykiatri og er i tillegg mangelfullt registrert. Vi valgte derfor å se på alle brukerne under 67 år, og dernest undersøke om det er systematisk variasjon i ressursbruk i forhold til variasjon i kognitiv svikt målt med ADL.

Vi valgte en inndeling av brukere under 67 år i 5 grupper: 0-19²⁵, 20-29, 30 – 39, 40 - 49 og 50-66. Disse 6 120 individene utgjør 31 % av totalen på 19 681. Vi har benyttet en metode som skiller ut brukernes score på funksjonstap knyttet til kognitiv svikt (K-ADL, se punkt 1.4) og sett på variasjon i tildelte timer pr uke. For enkelhets skyld benyttes simpelt snitt ved beregning av K-ADL.

Tabell 9. Snitt timer pr uke praktisk bistand og sykepleie etter grad av kognitiv svikt. Aldersgrupper under 67 år

Målt funksjonstap på K-ADL	Gjennomsnitt timer pr uke, 0 – 66 år	Gjennomsnitt timer pr uke 0 – 19 år	Gjennomsnitt timer pr uke 20 – 29 år	Gjennomsnitt timer pr uke 30 – 39 år	Gjennomsnitt timer pr uke 40 – 49 år	Gjennomsnitt timer pr uke 50 – 66 år
1 – 1,99	2,34	0,24	3,84	2,00	2,11	2,52
2 – 2,99	6,33	0,31	6,86	6,98	6,24	9,63
3 – 3,99	21,14	1,84	25,78	33,14	30,81	20,13
4 – 5	50,49	12,41	63,94	68,94	60,68	56,28

²² St m nr 25, side 9

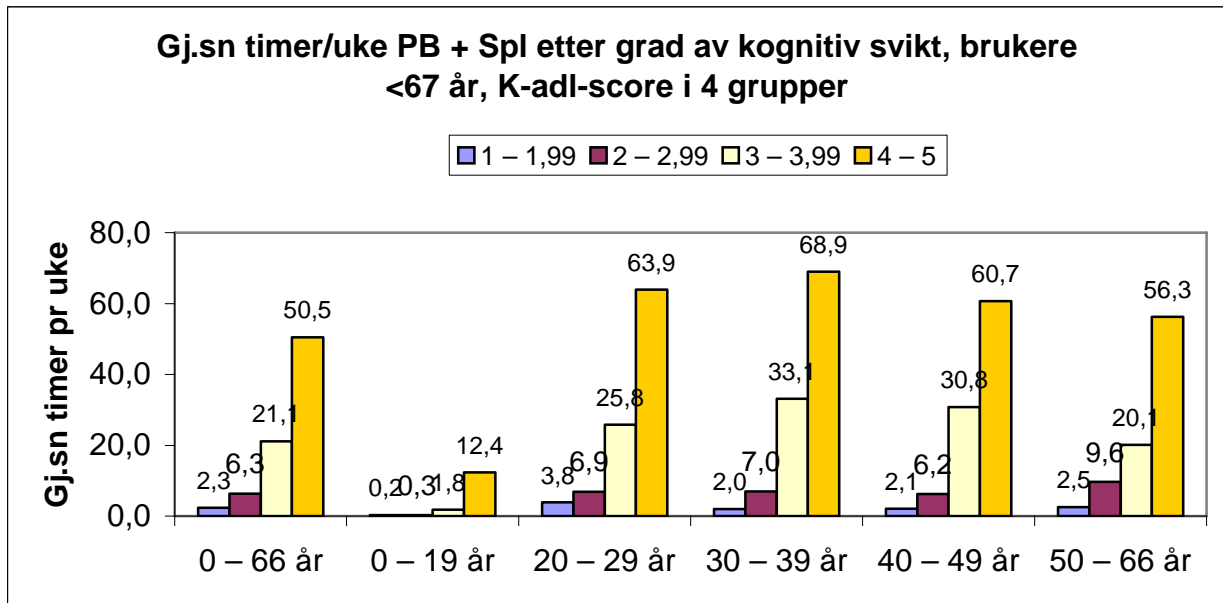
²³ St m nr 25, fig 6.11 – 6.14 med kommentarer.

²⁴ Se også drøfting av diagnose som kriterium innledningsvis i dette kapitlet.

²⁵ Det er av tekniske årsaker benyttet 19 år som grense, selv om 18 kan være et bedre skille for kommunens analyse og planleggingsformål

Tabellen vises grafisk i figur 7 og kommenteres nedenfor.

Figur 7. **Snitt timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Mennesker med kognitiv svikt. Aldersgrupper under 67 år**



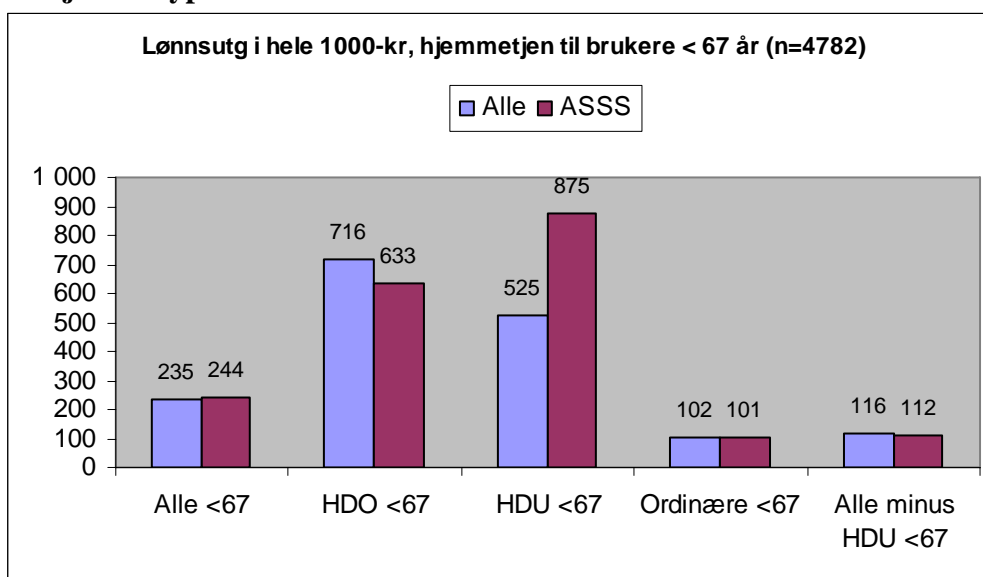
- Helhetsbildet her er at økende grad av kognitiv svikt medfører signifikant økende behov for bistand.
- Vi ser ingen store forskjeller på aldersgruppene med unntak av brukere under 19 år. Disse antas å bo i familien og mottar privat bistand i kombinasjon med den offentlige bistand.

Det er altså grunnlag for å konkludere at ytterligere aldersinndeling ikke gir bedre styringsdata. Derimot gir det mening å gå videre med sikte på å fange opp kognitivt funksjonstap og knytte kostnadsnøkler til dette for ordinære hjemmetjenester, HDO og HDU. Siden nesten 2/3 av de samlede ressursene benyttes til brukere under 67 år er det rimelig å anta at svært mye av dette nettopp skyldes kognitiv svikt, og at en større andel av dette igjen relateres til HDU.

Alder og boligarena

Vi undersøker om det gir økt informasjon å fordele gruppen under 67 år på boligarena.

Figur 8. Lønnsutgift i hjemmetjenesten for brukere under 67 år fordelt på boligarena/tjenestetype



- De yngste (under 67 år) i HDO-gruppen representerer et større ressursbehov enn tilsvarende aldergruppe i HDU. Dette står i kontrast til ressursbruk fordelt på boligarena/tjenestetype for alle aldersgrupper sett under ett, der HDU representerer den klart mest ressurskrevende gruppen. Gruppen yngre fysisk funksjonshemmede og psykiatri er de mest dominerende gruppene bak disse tallene.

Alder bør altså kombineres med andre kriterier. Ytterligere splitting på alder for grupper under 67 år ser ut til å gi liten tilleggsinformasjon. Derimot bør det arbeides videre med mulighetene for å bruke grad av kognitiv svikt i kombinasjon med boligarena.

2.3 Dekningsgrad

Med dekningsgrad i hjemmetjenesten forstås antall brukere i forhold til antall innbyggere, og følgende informasjon for deltakerkommunene er hentet fra KOSTRA:

Tabell 10. Andel innbyggere i % som mottar hjemmetjenester fordelt på aldersgrupper

Kommune	under 67	67-79	80-89	over 90
Bergen	1,1	9,4	34,5	48
Drammen	1,1	7,2	30,4	47,9
Tromsø	0,7	10,4	38,1	52,2
Trondheim	0,9	8,7	30,4	49,9
Bodø	1,3	9,2	32,8	57,4
Harstad	1,2	10	33,7	49,6
Kvinesdal	1,7	14,5	31,4	47,9
Lier	1,3	7,9	31,8	51,4
Nesseby	2,4	13,9	38	57,1
Stord	1,1	7,2	30,3	36,5
Tingvoll	0,9	8,6	26,4	60,5

- Alene gir dekningsgrad en viss innsikt i hvordan kommunen praktiserer tildeling av hjemmetjenester i forhold til befolkningsstruktur og om det er mange eller få som får hjelp opp mot gjennomsnitt og andre kommuner.

Tallet kan tolkes som et uttrykk for hvor ”lett” eller ”vanskelig” det er å få hjelp, men inneholder så mye at viktig informasjon kamufleres. Særlig kritisk er det at det kamuflerer skillet mellom det som er demografisk betinget og det som skyldes kommunens prioriteringer. Her tenkes det spesielt på hvordan kommunens praksis for prioritering av lette brukergrupper og differensiering mellom brukergrupper med små og store behov innvirker på behovet for sykehjem.

Dekningsgrad og ressursbruk pr tjenestemottaker

Tabell 4. **Lønnskostnad pr. år pr. tjenestemottaker etter kommune og boligarena/tjenestetype** viste at tallene for lønnsutgift pr hjemmetjenestemottaker kamuflerer store forskjeller, og lav gjennomsnittlig lønnskostnad pr bruker tolkes ofte som høy produktivitet. Høy dekningsgrad og lav gjennomsnittskostnad tolkes altså som en god kombinasjon, men kan like gjerne fortelle at kommunen er raus med kapasiteten og smører tynt ut over til et stort antall brukere (åpent nåløy).

Det motsatte, altså at en kombinasjon av noe lavere dekningsgrad og høyere gjennomsnittskostnad kan være effektivt og et uttrykk for både litt trangere nåløy, god ressursfordeling og økonomistyring. Det er svært avgjørende for effektiviteten i omsorgstjenesten at brukergrupper med moderate til store behov får sine behov dekket, og vi anbefaler derfor å benytte nøkkeltall som uttrykker ressursbruk pr tjenestemottaker med fordeling etter funksjonsnivå.

Dekningsgrad kan kombineres med målgruppeinndeling basert på måling av behov. En har i den følgende tabellen satt dekningsgrad sammen med informasjon om behov/funksjonsnivå.

Tabell 11. **Dekningsgrader og ressursbruk i hjemmetjenesten, eksempel fra to kommuner**

Lier kommune							
Aldersgrupper	Andel brukere (av befolkningen, KOSTRA)	Andel brukere (av alle brukere i aldersgruppen)			Kr. lønnsutgift pr brukergruppe og aldersgruppe		
		Lette	Middels	Tunge	Lette	Middels	Tunge
0-67	1,3 %	66 %	22 %	12 %	55 000	264 000	1 096 000
68-79	7,9 %	60 %	30 %	10 %	36 000	113 000	485 000
80-89	31,8 %	63 %	25 %	13 %	65 000	152 000	287 000
90 +	51,4 %	52 %	35 %	13 %	49 000	134 000	290 000
Tromsø kommune							
Aldersgrupper	Andel brukere (av befolkningen, KOSTRA)	Andel brukere (av alle brukere i aldersgruppen)			Kr. lønnsutgift pr brukergruppe og aldersgruppe		
		Lette	Middels	Tunge	Lette	Middels	Tunge
0-67	0,7 %	53 %	29 %	18 %	105 000	374 000	935 000
68-79	10,4 %	71 %	21 %	8 %	39 000	142 000	350 000
80-89	38,1 %	65 %	25 %	10 %	38 000	134 000	205 000
90 +	52,2 %	52 %	33 %	15 %	69 000	178 000	297 000

- Det generelle bildet er at de yngste brukergruppene er mer ressurskrevende enn de eldre, og at det er en forventet stor forskjell mellom Lette og Tunge.

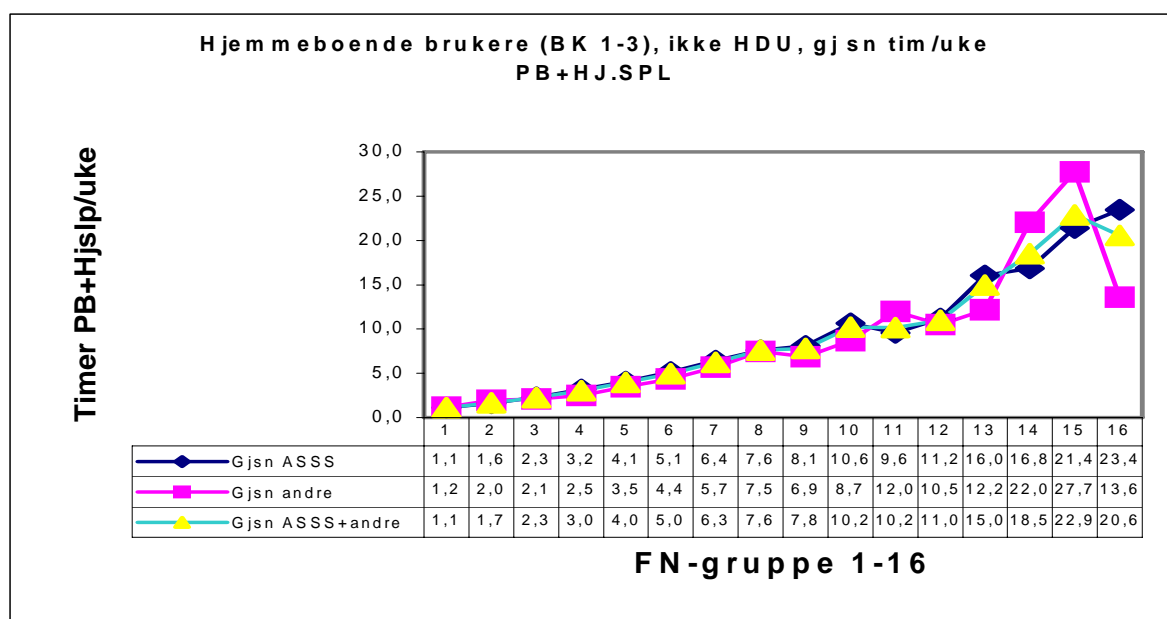
- Det er likevel mulig å se store variasjoner mellom kommunene når det gjelder ressursbruk på noen brukergrupper, for eksempel gjør tabellen oss nysgjerrige på å finne ut mer om hva som kan forklare forskjellene mellom Lier og Tromsø når det gjelder de lette gruppene av unge tjenestemottakere.
- Dekningsgrad i befolkningen og andel av brukermassen gir sammen med ressursbruk fordelt på brukergrupper utfyllende informasjon ved vurdering av produktivitet og effektivitet.
- Tabellen viser at i eksempelet er det slik at dekningsgrad og andel Lette brukere samvarierer: **Jo større andel av befolkningen som får hjelp, desto større andel brukere i gruppen Lette.**

Dette at økt ressursbruk kan medføre økt tilgjengelighet og økt andel lette brukere er et forhold som også ble berørt i kapittel 2.1 Kommunene i KOSTRA. **Spørsmålet er i hvor stor grad dette er et utslag av prioriteringer eller resultatet av en praksis som ikke har vært gjenstand for vurderinger og beslutninger.** Så langt har kommunene manglet styringsdata som kan bidra til å rette fokus på forholdet mellom tilgjengelighet i hjemmetjenesten og ressursbruk i omsorgstrappa. I det videre arbeidet kan det være meningsfylt å bearbeide eventuelle alternativer. Tabellen over gir bare et eksempel på noen av mulighetene.

2.4 Ressursbruk etter grad av funksjonsnivå, inndeling i 16 grupper

Dette kapitlet ser på hvordan funksjonsnivået er styrende for den hjelp brukerne mottar i henhold til forvaltningsvedtak. Dette gir ytterligere opplysning til de variasjoner som er vist i foregående kapitler ved at vi får oversikt over kommunens praksis for tildeling av tjenester på individnivå (grupper av individer). Funksjonsnivået måles med samlet veiet gjennomsnitt ADL-skår. Og vi undersøker hvordan kommunen tildeler tjenester og ser etter grad av samsvar mellom målt funksjonssvikt og mengde tjenester praktisk bistand og hjemmesykepleie.

Figur 9. Gjennomsnittlig timer/uke, praktisk bistand og sykepleie, kommunegrupper



- Figuren viser at mengden tjenester varierer mellom 1,1 time/uke til de med lettest funksjonsnivå (gruppe 1) til 20,6 timer/uke til de som har tyngst funksjonstap.

Før drøfting ser vi på tabell 12 som viser tallene kommunevis, samt det samlede gjennomsnitt for hver kommune.

Tabell 12. Gjennomsnittlig timer/uke, praktisk bistand og sykepleie kommunevis

Kommuner	Gjennom- Snitt	Funksjonsnivågrupper															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Snitt alle	3,1	1,1	1,7	2,3	3,0	4,0	5,0	6,3	7,6	7,8	10,2	10,2	11,0	15,0	18,5	22,9	20,6
0602 Drammen	2,3	0,9	1,1	1,1	1,3	2,1	2,3	4,7	4,1	4,5	5,5	4,3	6,9	5,7	7,0	12,4	12,1
1201 Bergen	3,2	1,1	1,8	2,6	3,6	4,5	5,3	7,4	9,2	8,4	13,3	14,5	14,0	20,6	23,1	26,8	20,8
1601 Trondheim	3,4	1,2	1,4	2,2	3,3	4,2	6,2	6,2	8,0	8,6	8,7	6,4	12,7	15,0	8,0	0,5	-
1902 Tromsø	5,8	1,3	2,1	2,8	3,3	5,3	7,0	7,5	8,3	13,5	13,0	13,1	11,8	22,9	22,1	28,6	42,9
0626 Lier	3,8	1,2	5,1	2,0	3,3	3,4	3,5	5,4	4,3	5,7	12,0	1,6	15,2	8,2	3,7	-	1,0
1037 Kvinesdal	2,9	1,3	2,1	2,3	2,4	6,0	3,7	4,5	3,2	12,3	6,0	11,1	4,0	5,4	-	-	-
1221 Stord	4,8	0,8	1,2	1,4	2,3	2,7	3,3	4,9	8,5	3,6	6,9	17,8	9,9	16,5	28,6	30,0	1,4
1560 Tingvoll	2,1	1,4	0,8	3,0	1,7	4,4	4,3	1,3	3,5	2,5	-	0,8	3,0	4,0	3,5	-	-
1804 Bodø	3,0	1,1	1,2	1,9	2,0	3,3	4,4	6,6	9,2	7,4	8,1	15,7	10,2	12,1	18,1	20,0	-
1901 Harstad	4,8	1,1	1,1	1,8	2,1	3,5	4,4	4,8	6,4	8,7	8,5	10,8	12,1	13,6	29,4	29,2	20,5
2027 Nesseby	11,1	2,5	3,0	12,3	17,2	3,0	31,8	34,5	20,4	7,5	-	-	-	-	-	30,0	30,0

Samlet gjennomsnittlig antall timer praktisk bistand og sykepleie er 3,1 timer/uke, blant de 12101 brukerne i ordinære hjemmetjenester som har disse tjenestene. Det er store forskjeller mellom kommunene.

Sammenholdt med tabell 4 får vi her økt innsikt i hvorfor for eksempel Tromsø ligger høyt i tabell 4 med kr 106 819,- i snitt lønnskostnad pr bruker i ordinær hjemmetjeneste, 57 % mer enn gjennomsnittet. Totalt yter kommunen i snitt 5,8 timer/uke mot for eksempel Tingvoll som yter 2,1 time/uke. Tromsø har en rausere praksis enn de andre i så å si alle FN-grupper. En beregning viser at Tromsøs praksis for tildeling av tjenester koster godt over 40 mill kr mer enn det ville kostet dersom de hadde praktisert likt med Trondheim.

Vi påviste at Drammen muligens har kritisk lav ressursbruk i ordinære hjemmetjenester, jamfør tabell 4. I tabellen ovenfor har de en praksis for tildeling av tjenester som i ganske liten grad greier å differensiere mellom små, middels og store behov. Dette underbygger en antakelse om at de sliter med å tilby de tyngste brukerne tilstrekkelig med tjenester. Det vil i så fall ikke være overraskende om Drammen av denne grunn har stort press mot sykehjem (dette er ikke undersøkt nærmere). Drammens praksis i ordinære hjemmetjenester er om lag 26 mill kr ”billigere” å drifte enn om de skulle ha praksis som gjennomsnittet for alle. I alt 9 mill kr knytter seg til de tyngste brukerne (FN-gruppe 10-16). Det spørsmålet de altså må undersøke er om dette er kostnadseffektivt for helheten i omsorgstrappa.

Tabellen og figuren viser at mengden tjenester stiger ganske jevnt etter hvert som brukerne utvikler større behov, helt opp til de med midlere og tyngre funksjonstap. Derifra er stigningen mer ujevn. Dette reflekterer at større individuelle forskjeller gjør seg gjeldende, samtidig som antallet brukere bak gjennomsnittstallene synker og gjør tallene mindre robuste.

Fra gruppe 2 og oppover til gruppe 11 bruker ASSS-kommunene mer ressurser enn øvrige kommuner. Dette kan kanskje tolkes som at ASSS-kommunene praktiserer et ”trangere nåløye”, det vil si at det er noe vanskeligere å få hjelp, samtidig som de gjennomsnittlig bruker mer ressurser pr gruppe når det først gis hjelp.

Kommunene finner sin versjon av figur 9 i kapittel 3 Kommuneprofiler.

Tabell og figur viser likheter og variasjoner mellom kommunene og ikke minst mellom ulike brukergrupper. **I hvilken grad er dette resultat av en villet praksis?** Vi har ikke grunnlag for å gjøre antakelser om svaret ut over det vi erfarer generelt fra rådgivning overfor kommunene. Praksis er resultat av lang tids utvikling, der økt bevissthet og krav til godt samsvar mellom brukerbehov og mengde tjeneste har vokst fram de senere årene. De som har hatt tilgang til slike data over tid er som regel kommet betydelig lengre enn andre i å utvikle god praksis.

Tallene har stor betydning i en større sammenheng der omsorgstappa som helhet er det som teller for om befolkningen får et godt tjenestetilbud. Vi erfarer at i den grad kommunen har en god differensiering av mengde tjenester i henhold til brukernes behov i de ordinære omsorgstjenestene, desto bedre fungerer det også lenger opp i omsorgstrappa. De som ikke lykkes med dette, må regne med å tåle større utgifter totalt for å kompensere at brukere med middels og store behov raskere vil søke seg til mer kostnadskrevede deler av omsorgstrappa.

Under alle omstendigheter blir disse nye nøkkeltallene viktige i årene som kommer slik at kommunene etter hvert kan forstå og styre sin egen praksis på en bedre måte. Når IPLOS-tallene tilrettelegges på denne måten kan de bli nyttige styringstall også for politiske organ i kommunene.

2.5 Hvordan kan KOSTRA forbedres med informasjon fra IPLOS?

KOSTRA kamuflerer store variasjoner i kostnadsfordelingen mellom målgrupper i hjemmetjenesten. I materialet er for eksempel ressursbruken på målgruppen mennesker med utviklingshemming og som mottar heldøgns omsorgstjenester mer enn 11 ganger større enn gjennomsnittet for de som mottar ordinære omsorgstjenester. Hvis en kommune måler funksjonstapet hos en ny bruker som ”Tung” vil det koste kommunen gjennomsnittlig 586 000 kr i året i lønnsutgifter til tjenesteyting, mens en ”Lett” bruker koster tilsvarende 46 000 kr. Slått sammen og beregnet som i KOSTRA vises kostnaden for alle som 124 000 kr pr år. Vi anbefaler altså en oppsplitting av KOSTRA-tallene for å få bedre presisjon.

Hva er et godt nøkkeltall?

KOSTRA er felles styringsdata for kommune og stat, og brukes aktivt i kommunene. Aktørene som gjør bruk av tallene har både faglig, administrativ og politisk bakgrunn. I tillegg brukes nøkkeltallene også av allmennheten og pressen. Ideelt sett burde derfor nøkkeltall være intuitivt lette å forstå. I tillegg bør nøkkeltall gi innsikt i sentrale forhold. Store informasjonsmengder som ikke viser de mest betydningsfulle faktorene utskilt, vil kunne forvirre mer enn de klargjør. Videre må kravet til homogenitet ivaretaes på en god måte. Hvis det bakenforliggende materialet viser store variasjoner og kombinasjoner av forhold som hver for seg er betydningsfulle, blir det lett å gjøre feiltolkninger og ta feil beslutninger. Kravet til homogenitet i styringsdata for omsorgssektoren er blant annet beskrevet av Sintef 1995 ²⁶. Til slutt må nøkkeltall bygge på et grunnlagsmateriale som er stabilt og alminnelig tilgjengelig gjennom ordinær drift, og det må ikke kreve for stort ressursbruk for å kunne anvende grunnlagsmaterialet.

Konklusjon

IPLOS er en kilde til informasjon som kan gjøre nøkkeltallene i KOSTRA bedre gjennom at det er mulig å koble informasjon til ulike kjennetegn ved brukerne og kjennetegn ved

²⁶ 1995 Kalseth og Magnussen – Gerix styringsdata for pleie- og omsorgssektoren, SINTEF STF81 A95029 - 1995

boligarena. **Prosjektet viser tydelig at nøkkeltallene i Funksjon 254 bør utvikles videre ved å ved å skille ut målgrupper basert på boligarena, tjenestetype og en grovinndeling av brukernes funksjonsnivå. Dette bør kombineres med aldersfordeling slik KOSTRA har i dag.** Vi har ikke grunnlag for å konkludere angående bruk av diagnoser som tillegg til funksjonsnivå når det gjelder kjennetegn ved brukerne.

Det har ikke ligget innen prosjektets ramme å gå dypere inn i spørsmålet om ny inndeling av KOSTRA F 254 bør gjøres på alle typer nøkkeltall (prioritering, dekningsgrad, produktivitet) eller et utvalg.

Våre forslag til forbedring av KOSTRA kan gjennomføres stegvis; noe kan gjøres uten bruk av IPLOS, mens andre deler krever bruk av IPLOS og dermed vil ta mer tid.

Kortsiktig er det mulig å be kommunene rapportere slik at nøkkeltallene kan splittes på boligarena/tjenestetype. Det forutsettes at en kommer fram til definisjoner og kriterier for å få til et robust skille mellom ordinære hjemmetjenester, HDO og HDU, samt at kommunene er i stand til å framskaffe nødvendige opplysninger med en kombinasjon av manuelle og maskinelle rutiner.

Når det gjelder IPLOS-data vil det trolig ta noe tid innen kvaliteten på de data kommunene sender inn til SSB er god nok til at det kan benyttes uten behov for validering og oppretting slik dette prosjektet har gått fram. Når datakvaliteten er god nok ligger det til rette for å koble individdata fra IPLOS med ressursdata (regnskap, årsverk), og derved åpne mulighetene for bruk av IPLOS-data som del av KOSTRA -nøkkeltallene slik vi har vist utkast til. Da vil nøkkeltallene få en ekstra dimensjon knyttet til brukernes funksjonsevne. Samtidig gjør en det mulig å beregne ressursbruk (timer/tjenester som ytes) med utgangspunkt i individdata (i tillegg til regnskap og årsverk). Derved oppnås en ny innfallsvinkel til blant annet produktivetsbegrepet som forholdet mellom direkte og indirekte tid/kostnader.

2.6 Videre utvikling av IPLOS

RO har måttet bruke relativt mye ressurser på å bearbeide data fra kommunenes innsendte IPLOS filuttrekk. Dette har særlig knyttet seg til å gruppere brukerne på boligarena og tjenestetype. I dag er det for ressurskrevende å bearbeide data til at prosjektet ser for seg at KOSTRA kan videreutvikles med IPLOS uendret. Vi foreslår derfor at det innføres noen endringer i IPLOS:

Nivåkoder

I dag er det ikke obligatorisk at kommunens fagprogram skal rapportere fra hvilken virksomhet/enhet brukeren mottar sine tjenester. For kommunen er en slik koding uunnværlig for å kunne analysere kostnadsfordeling med samordnet koding av økonomitall og individdata. Det anbefales å innføre krav om nivåkoding med 3, eventuelt 4 nivåer. Derved vil en øke lokal bruk av IPLOS, noe som vil bidra til økt datakvalitet på det som rapporteres til statlige myndigheter.

Boligkoder

Slik boligkoding i dag skal praktiseres, gir det etter ROs mening liten tilleggsverdi å kode omsorgsboliger med 2 ulike koder avhengig av om statlig finansieringsordning har vært benyttet i forbindelse av bygging av huset eller ikke. I tillegg er det vår oppfatning at mange som registrerer individdata blir forvirret over hva som er riktig kode opp mot de faktiske forhold knyttet til den enkelte omsorgsbolig. En foreslår derfor å slå sammen nåværende

boligkode 2 og boligkode 3, og benevnes omsorgsbolig (tilrettelagt) uten heldøgns omsorg. Den ledige koden bør forbeholdes boliger med heldøgns omsorg, uavhengig av eierforhold og finansiering.

Konsekvent skille mellom boligarena og tjenesteyting

Det blir stadig mer påkrevd å kunne skille mellom tjenesteytingen på den ene siden og boligen, herunder også sykehjemmet, på den andre. En bør se nærmere på hvordan IPLOS i framtida kan oppfylle dette kravet på en bedre måte enn i dag, der bolig og tjeneste registreres slik at det kan oppstå usikkerhet i tolkning.

Heldøgns omsorgstjeneste

I materialet er det store forskjeller på ressursbruk, avhengig av om det er døgnkontinuerlig tjenesteyting tilgjengelig for brukerne, og denne informasjonen ser ut til å være sentral for å forstå kostnadsbildet. Det foreslås derfor å innføre registrering av om brukeren mottar heldøgns omsorgstjeneste også i IPLOS. Prosjektet har benyttet en egen definisjon av heldøgns omsorgstjeneste: Å kunne motta omfattende omsorgstjenester hele døgnet, også om natta. Dette er en definisjon som bør avklares nærmere. Eventuelt kan eksisterende definisjon i KOSTRA benyttes (minst en ansatt til stede i bygningen hele døgnet).

2.7 Utvikling av KOSTRA og datakvaliteten i IPLOS

Første gjennomgang av kommunenes individdata viste at de fleste kommunene hadde så store mangler at det var påkrevd med en runde med registrering av manglende informasjon og oppretting av registreringsfeil fra kommunens side. Noen kommuner greide å få datakvaliteten opp på akseptabelt nivå etter en omgang med registrering og oppretting, andre måtte gå flere runder med tilbakemelding fra prosjektet og påfølgende feilretting. Noen kommuner måtte trekke seg fra prosjektet da de ikke hadde kapasitet til å rette opp data innenfor prosjektets tidsrammer. Det paradoksale var at flere av kommunene hadde liten oversikt over disse kvalitetsmanglene på forhånd. Dette gir grunnlag for en viss generell skepsis til datakvaliteten i IPLOS på kort sikt. Det er imidlertid grunn til å tro at datakvaliteten blir bedre med økende registrering og rapportering. Ikke minst viser prosjektet klart at anvendelse av data lokalt medfører stor og rask kvalitetsforbedring. IPLOS-prosjektet anbefales av denne grunn å gjøre endringer som øker lokal nytteverdi selv om det isolert sett ikke øker statlig nytteverdi.

2.8 Sammenfattende tabell

Kostnadsbilder i pleie og omsorg		Tabell: Lønnskostnader direkte brukerretnede tjenester etter boligarena, alder og grad av funksjonstap hos brukerne																			KS FoU 2007		
Sammendrag alle deltakerkommuner																							
TOTALT	22967	Alle				<67				67-79				80-89				>90					
Ant m/tim	19681	FN: Alle	Lette	Middels	Tunge	FN: Alle	L	M	T	FN: Alle	L	M	T	FN: Alle	L	M	T	FN: Alle	L	M	T		
TOTALT	Ant br >	19681	14302	3966	1413	6 20	4151	1278	691	3945	2944	795	206	7592	5799	1425	368	2024	1408	468	148		
%-and br	100 %	100 %	73 %	20 %	7 %	31 %	68 %	21 %	11 %	20 %	75 %	20 %	5 %	39 %	76 %	19 %	5 %	10 %	70 %	23 %	7 %		
Timer/uke	148176	148176	43391	51447	53338	91813	19991	30402	41420	17098	6294	6519	4285	28892	12788	10855	5249	10374	4318	3 672	2 384		
%-and t/u	100 %	100 %	29 %	35 %	36 %	62 %	22 %	33 %	45 %	12 %	37 %	38 %	25 %	19 %	44 %	38 %	18 %	7 %	42 %	35 %	23 %		
R 2005	1000 kr	409	679499	805645	835266	1437 771	313060	476083	648627	267744	98555	102083	67106	452437	200262	169980	82195	162457	67621	57499	37337		
HDO	Ant br >	540	129	224	187	120	29	42	49	96	26	42	28	214	46	96	72	110	28	44	38		
%-and br	100 %	3 %	24 %	41 %	35 %	22 %	24 %	35 %	41 %	18 %	27 %	44 %	29 %	40 %	21 %	45 %	34 %	20 %	25 %	40 %	35 %		
Timer/uke	12744	12744	2178	4398	6168	5696	1522	1624	2550	1525	202	576	747	3660	263	1527	1870	1863	191	671	1001		
%-and t/u	100 %	9 %	17 %	35 %	48 %	45 %	27 %	29 %	45 %	12 %	13 %	38 %	49 %	29 %	7 %	42 %	51 %	15 %	10 %	36 %	54 %		
R 2005	1000 kr	192199	32848	66329	93023	85904	22954	24492	38458	22999	3046	8687	11266	55198	3966	23029	28202	28097	2881	10120	15097		
HDU	Ant br >	1092	216	432	444	1026	196	420	410	42	7	10	25	23	12	2	9	1	1	0	0		
%-and br	100 %	6 %	20 %	40 %	41 %	94 %	19 %	41 %	40 %	4 %	17 %	24 %	60 %	2 %	52 %	9 %	39 %	0 %	100 %	0 %	0 %		
Timer/uke	55275	55275	3465	18705	33105	53113	3406	18182	31525	1810	34	473	1303	352	25	50	277	0	0	0	0		
%-and t/u	100 %	37 %	6 %	34 %	60 %	96 %	6 %	34 %	59 %	3 %	2 %	26 %	72 %	1 %	7 %	14 %	79 %	0 %	100 %	0 %	0 %		
R 2005	1000 kr	899341	56378	304335	538627	538627	34541	184387	319700	29449	553	7696	21200	5 727	407	814	4507	2	2	0	0		
Ord hj.tjen	Ant br >	18049	13957	3 310	782	4974	3926	816	232	3807	2 911	743	153	7355	5741	1327	287	1913	1379	424	110		
%-and br	100 %	92 %	77 %	18 %	4 %	28 %	79 %	16 %	5 %	21 %	76 %	20 %	4 %	41 %	78 %	18 %	4 %	11 %	72 %	22 %	6 %		
Timer/uke	80157	80157	37748	28344	14065	33004	15063	10596	7 345	13763	6058	5470	2235	24880	12500	9278	3102	8 511	4 127	3001	1383		
%-and t/u	100 %	54 %	47 %	35 %	18 %	41 %	46 %	32 %	22 %	17 %	44 %	40 %	16 %	31 %	50 %	37 %	12 %	11 %	48 %	35 %	16 %		
R 2005	1000 kr	1228 869	578710	434531	215629	505972	230933	162438	112601	210991	92867	83856	34268	381424	191640	142232	47553	130481	63271	46004	21206		
Tot - HDU	Ant br >	18589	14086	3534	969	5094	3955	858	281	3903	2937	785	181	7569	5787	1423	359	2023	1407	468	148		
%-and br	100 %	94 %	76 %	19 %	5 %	27 %	78 %	17 %	6 %	21 %	75 %	20 %	5 %	41 %	76 %	19 %	5 %	11 %	70 %	23 %	7 %		
Timer/uke	92901	92901	39926	32742	20233	38700	16585	12220	9895	15288	6260	6046	2982	28540	12763	10805	4972	10374	4 318	3672	2384		
%-and t/u	100 %	63 %	43 %	35 %	22 %	42 %	43 %	32 %	26 %	16 %	41 %	40 %	20 %	31 %	45 %	38 %	17 %	11 %	42 %	35 %	23 %		
R 2005	1000 kr	1421 068	610735	500836	309497	591973	253699	186918	151357	233848	95749	92480	45618	436559	195235	165273	76051	158688	66051	56166	36471		

Kostnadsbilder i pleie og omsorg		Tabell: Lønnskostnader direkte brukerrettede tjenester etter boligarena, alder og grad av funksjonstap hos brukerne																			KS FoU 2007		
Sammendrag for deltakende ASSS-kommuner																							
TOTALT	18 812	Alle FN: Alle	Lette	Middels	Tunge	<69 FN: Alle	L	M	T	70-79 FN: Alle	L	M	T	80-89 FN: Alle	L	M	T	>90 FN: Alle	L	M	T		
Ant m/tim	16088																						
TOTALT	Ant br >	16088	11987	3054	1047	4729	3194	994	541	3261	2500	613	148	6377	5031	1 089	257	1 21	1262	358	101		
%-and br	100 %	100 %	75 %	19 %	7 %	29 %	68 %	21 %	11 %	20 %	77 %	19 %	5 %	40 %	79 %	17 %	4 %	11 %	73 %	21 %	6 %		
Timer/uke	115462	115462	33935	41469	40058	71876	14188	25284	32404	13224	5267	5165	2792	22212	10572	8245	3395	8151	3 908	2776	1467		
%-and t/u	100 %	100 %	29 %	36 %	35 %	62 %	20 %	35 %	45 %	11 %	40 %	39 %	21 %	19 %	48 %	37 %	15 %	7 %	48 %	34 %	18 %		
R 2005	1000 kr	1 851 424	544149	664946	642329	1152 522	227508	405420	519593	212039	84448	82817	44774	356161	169526	132200	54435	130703	62666	44509	23527		
HDO	Ant br >	333	84	141	108	82	16	33	33	77	22	34	21	115	29	51	35	59	17	23	19		
%-and br	100 %	2 %	25 %	42 %	32 %	25 %	20 %	40 %	40 %	23 %	29 %	44 %	27 %	35 %	25 %	44 %	30 %	18 %	29 %	39 %	32 %		
Timer/uke	6892	6892	468	2867	3557	3030	130	1276	1624	1204	136	496	572	1708	92	736	880	950	110	359	481		
%-and t/u	100 %	6 %	7 %	42 %	52 %	44 %	4 %	42 %	54 %	17 %	11 %	41 %	48 %	25 %	5 %	43 %	52 %	14 %	12 %	38 %	51 %		
R 2005	1000 kr	117977	8011	49077	60889	51867	2225	21843	27800	20610	2328	8491	9791	29237	1575	12599	15064	16262	1883	6145	8234		
HDU	Ant br >	861	160	348	353	814	142	342	330	29	6	5	18	17	11	1	5	1	1	0	0		
%-and br	100 %	5 %	19 %	40 %	41 %	95 %	17 %	42 %	41 %	3 %	21 %	17 %	62 %	2 %	65 %	6 %	29 %	0 %	100 %	0 %	0 %		
Timer/uke	45901	45901	2835	16242	26824	44455	2791	15868	25796	1227	20	342	865	219	24	32	163	0	0	0	0		
%-and t/u	100 %	40 %	6 %	35 %	58 %	97 %	6 %	36 %	58 %	3 %	2 %	28 %	70 %	0 %	11 %	15 %	74 %	0 %	100 %	0 %	0 %		
R 2005	1000 kr	735044	45400	260094	429550	711887	44694	254105	413088	19649	320	5477	13852	3507	384	512	2610	2	2	0	0		
Ord hj.tjen	Ant br >	14894	11743	2565	586	3833	3036	619	178	3155	2472	574	109	6245	4991	1037	217	1661	1244	335	82		
%-and br	100 %	93 %	79 %	17 %	4 %	26 %	79 %	16 %	5 %	21 %	78 %	18 %	3 %	42 %	80 %	17 %	3 %	11 %	75 %	20 %	5 %		
Timer/uke	62669	62669	30632	22360	9677	24391	11267	8140	4984	10793	5111	4327	1355	20285	10456	7477	2352	7201	3798	2 417	986		
%-and t/u	100 %	54 %	49 %	36 %	15 %	39 %	46 %	33 %	20 %	17 %	47 %	40 %	13 %	32 %	52 %	37 %	12 %	11 %	53 %	34 %	14 %		
R 2005	1000 kr	998403	488014	356220	154169	388577	179504	129674	79399	171941	81418	68932	21591	323162	166584	119112	37467	114723	60508	38502	15712		
Tot - HDU	Ant br >	15227	11827	2706	694	3915	3052	652	211	3 232	2494	608	130	6360	5020	1088	252	1720	1261	358	101		
%-and br	100 %	95 %	78 %	18 %	5 %	26 %	78 %	17 %	5 %	21 %	77 %	19 %	4 %	42 %	79 %	17 %	4 %	11 %	73 %	21 %	6 %		
Timer/uke	69561	69561	31100	25227	13234	27421	11397	9416	6608	11997	5247	4823	1927	21993	10548	8213	3232	8151	3908	2776	1467		
%-and t/u	100 %	60 %	45 %	36 %	19 %	39 %	42 %	34 %	24 %	17 %	44 %	40 %	16 %	32 %	48 %	37 %	15 %	12 %	48 %	34 %	18 %		
R 2005	1000 kr	1116 380	499125	404861	212393	440073	182915	151110	106048	192532	84201	77401	30931	352959	169289	131803	51867	130816	62720	44548	23548		

Ressursenter for omstilling i kommunene - Rune Devold AS

Kostnadsbilder i pleie og omsorg																Gjennomsnitt lønnskostnader direkte brukerrettede tjenester etter boligarena, alder og grad av funksjonstap hos brukerne Alle deltakerkommuner						KS FoU 2007								
Totalt alle kommuner				Kr			Under 67			Kr			67 - 79			Kr			80 - 89			Kr			Over 90			Kr		
Gj.snitt tot				117901			Alle <67			234930			Alle 67-79			67869			Alle 80-89			59594			Alle >90			80265		
Gj sn HDO				355924			HDO <67			715870			HDO 67-79			239576			HDO 80-89			257936			HDO >90			255426		
Gj sn HDU				823572			HDU <67			524978			HDU 67-79			701171			HDU 80-89			249006			HDU >90			1627		
Gj sn ord				68085			Ordinære <67			101723			Ordinære 67-79			55422			Ordinære 80-89			51859			Ordinære >90			68208		
Gj sn alle minus HDU				76447			Alle minus HDU <67			116210			Alle minus HDU 67-79			59915			Alle minus HDU 80-89			57677			Alle minus HDU >90			78442		
	Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge			
Tot	47511	203138	591129	Tot	75418	372522	938679	Tot	33477	128406	325759	Tot	34534	119284	223355	Tot	48026	122861	252277	Tot	48026	122861	252277	Tot	48026	122861	252277			
HDO	254632	296110	497448	HDO	791520	583152	784855	HDO	117172	206832	402354	HDO	86227	239891	391701	HDO	102878	229993	397279	HDO	102878	229993	397279	HDO	102878	229993	397279			
HDU	261010	704480	1 213125	HDU	176229	439016	779756	HDU	79027	769584	848007	HDU	33896	406757	500763	HDU	1627	0	0	HDU	1627	0	0	HDU	1627	0	0			
Ordinære	41464	131278	275740	Ordinære	58821	199066	485351	Ordinære	31902	112861	223976	Ordinære	33381	107183	165688	Ordinære	45881	108500	192786	Ordinære	45881	108500	192786	Ordinære	45881	108500	192786			
Alle minus HDU	43358	141719	319399	Alle minus HDU	64146	217853	538636	Alle minus HDU	32601	117809	252036	Alle minus HDU	33737	116144	211842	Alle minus HDU	46945	120012	246426	Alle minus HDU	46945	120012	246426	Alle minus HDU	46945	120012	246426			

Kostnadsbilder i pleie og omsorg																Gjennomsnitt lønnskostnader direkte brukerrettede tjenester etter boligarena, alder og grad av funksjonstap hos brukerne. Deltakende ASSS-kommuner						KS FoU 2007								
Totalt ASSS kommuner				Kr			Under 67			Kr			67 - 79			Kr			80 - 89			Kr			Over 90			Kr		
Gj.snitt tot				115081			Alle <67			234930			Alle 67-79			65023			Alle 80-89			55851			Alle >90			75946		
Gj sn HDO				354285			HDO <67			715870			HDO 67-79			267663			HDO 80-89			254239			HDO >90			275628		
Gj sn HDU				853710			HDU <67			524978			HDU 67-79			677543			HDU 80-89			206293			HDU >90			1601		
Gj sn ord				67034			Ordinære <67			101723			Ordinære 67-79			54498			Ordinære 80-89			51747			Ordinære >90			69068		
Gj sn alle minus HDU				73316			Alle minus HDU <67			116310			Alle minus HDU 67-79			59571			Alle minus HDU 80-89			55497			Alle minus HDU >90			76056		
	Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge		Lette	Middels	Tunge			
Tot	45395	217730	613495	Tot	71230	407868	960431	Tot	33779	135101	302525	Tot	33696	121396	211808	Tot	49656	124327	232944	Tot	49656	124327	232944	Tot	49656	124327	232944			
HDO	95372	348065	563783	HDO	139083	661895	842411	HDO	105820	249721	466261	HDO	54305	247036	430394	HDO	110763	267189	433355	HDO	110763	267189	433355	HDO	110763	267189	433355			
HDU	283752	747396	1216856	HDU	314747	742996	1251782	HDU	53379	1095333	769545	HDU	34939	512437	522045	HDU	1601	0	0	HDU	1601	0	0	HDU	1601	0	0			
Ordinære	41558	138877	263087	Ordinære	59125	209490	446060	Ordinære	32936	120090	198084	Ordinære	33377	114862	172659	Ordinære	48640	114933	191615	Ordinære	48640	114933	191615	Ordinære	48640	114933	191615			
Alle minus HDU	42202	149616	306042	Alle minus HDU	59933	231764	502598	Alle minus HDU	33762	127304	237927	Alle minus HDU	33723	121142	205820	Alle minus HDU	49738	124436	233148	Alle minus HDU	49738	124436	233148	Alle minus HDU	49738	124436	233148			

3. KOMMUNEPROFILER

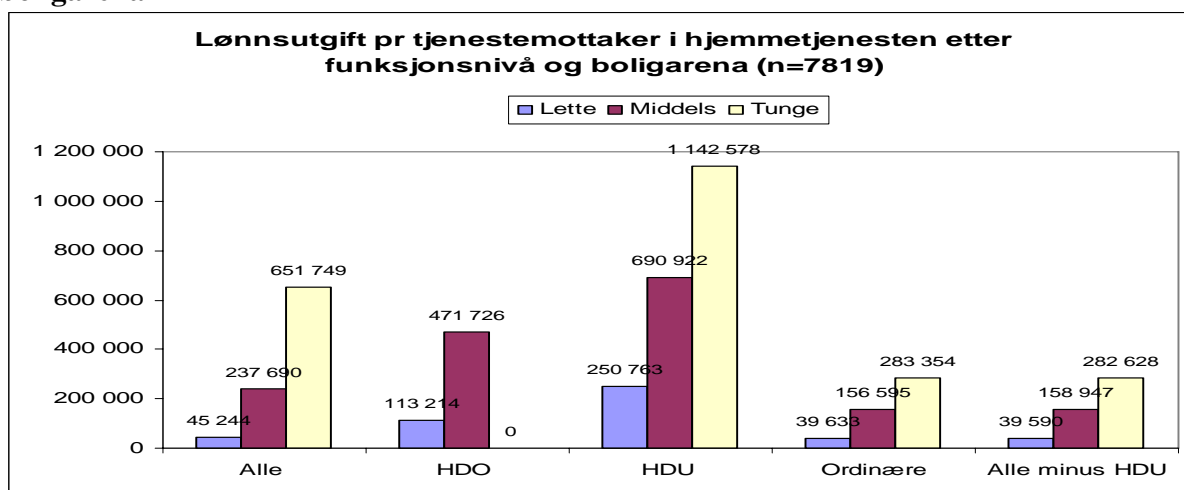
For å gi deltakerkommunene noe mer innsikt i hvordan de selv kommer ut med hensyn til noen få av de mest sentrale nøkkeltallene, men som samtidig ikke har like stor verdi på nasjonalt nivå, har prosjektet lagt inn dette kapitlet i rapporten. Hver enkelt kommune er ikke kommentert. Den enkelte kommunesammenfattende tabell er tilsendt kommunen direkte.

3.1 Bergen

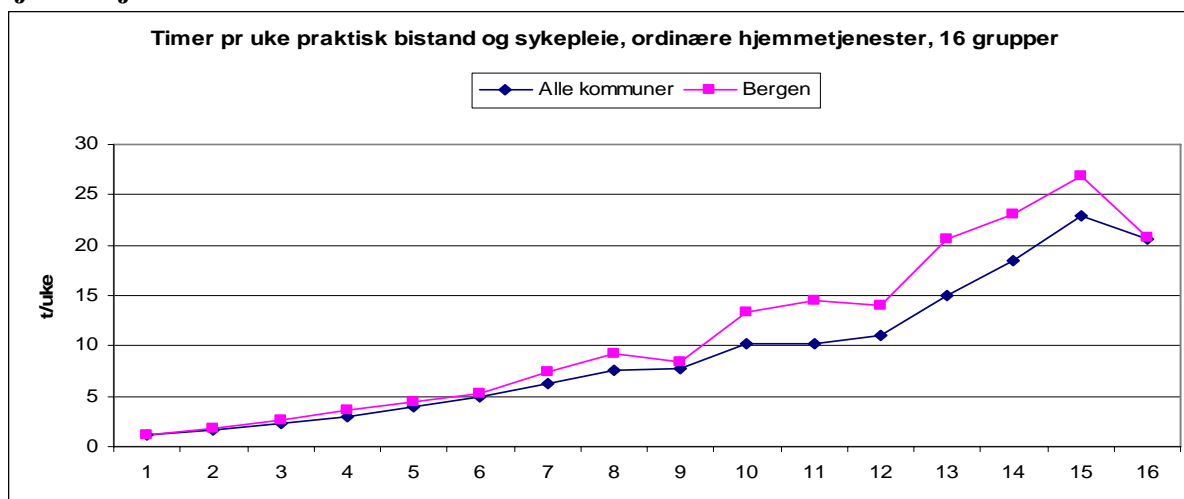
Tabell 7, versjon Bergen. **Ressursbruk (lønsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Bergen	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	107 822	45 244	237 690	651 749
HDO	352 222	113 214	471 726	0
HDU	775 428	250 763	690 922	1 142 578
Ordinære	63 902	39 633	156 595	283 354
Alle minus HDU	64 255	39 590	158 947	282 628

Figur 4, versjon Bergen. **Lønsutgifter pr tjenestemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Bergen. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

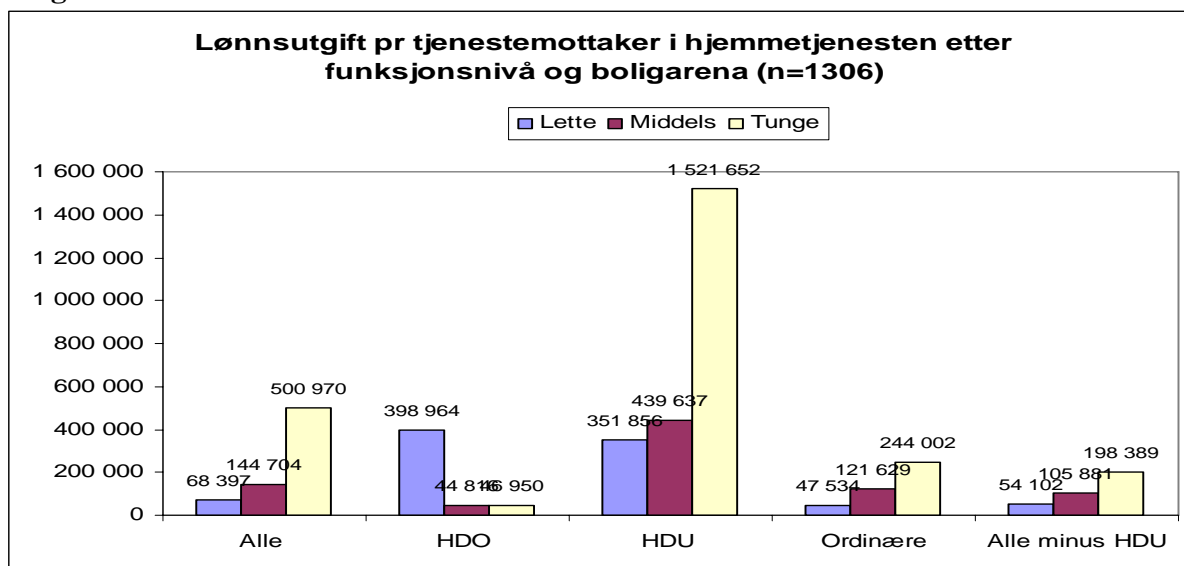


3.2 Bodø

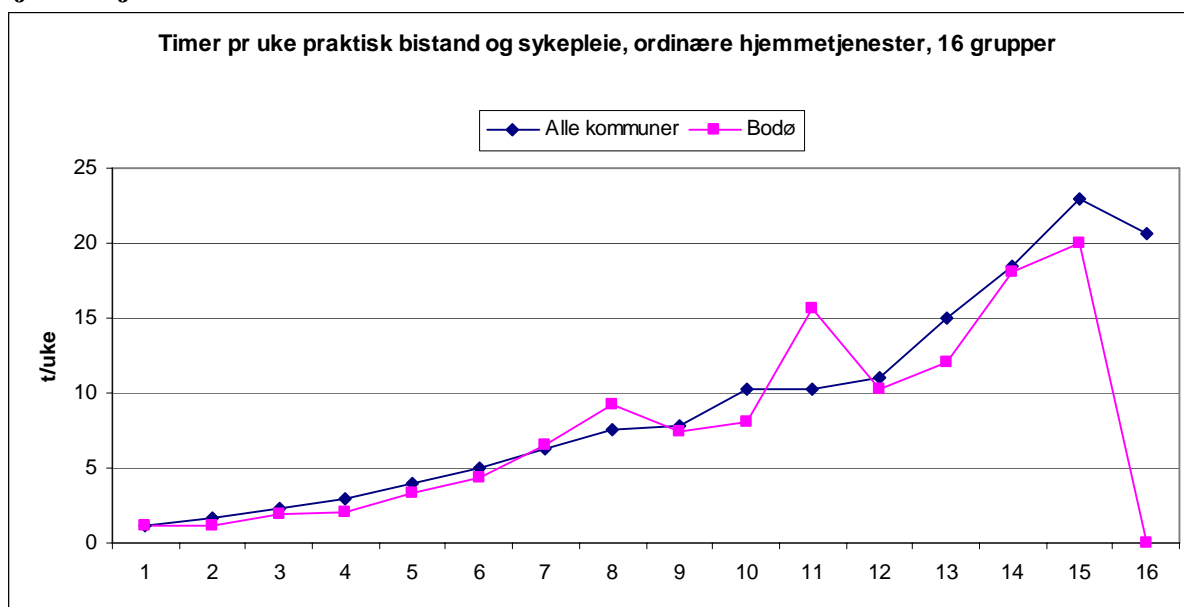
Tabell 7, versjon Bodø. Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)

Bodø	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	108 313	68 397	144 704	500 970
HDO	139 000	398 964	44 816	46 950
HDU	861 375	351 856	439 637	1 521 652
Ordinære	67 552	47 534	121 629	244 002
Alle minus HDU	69 508	54 102	105 881	198 389

Figur 4, versjon Bodø. Lønnsutgifter pr tjenestemottaker etter funksjonsnivå og boligarena



Figur 9, versjon Bodø. Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste

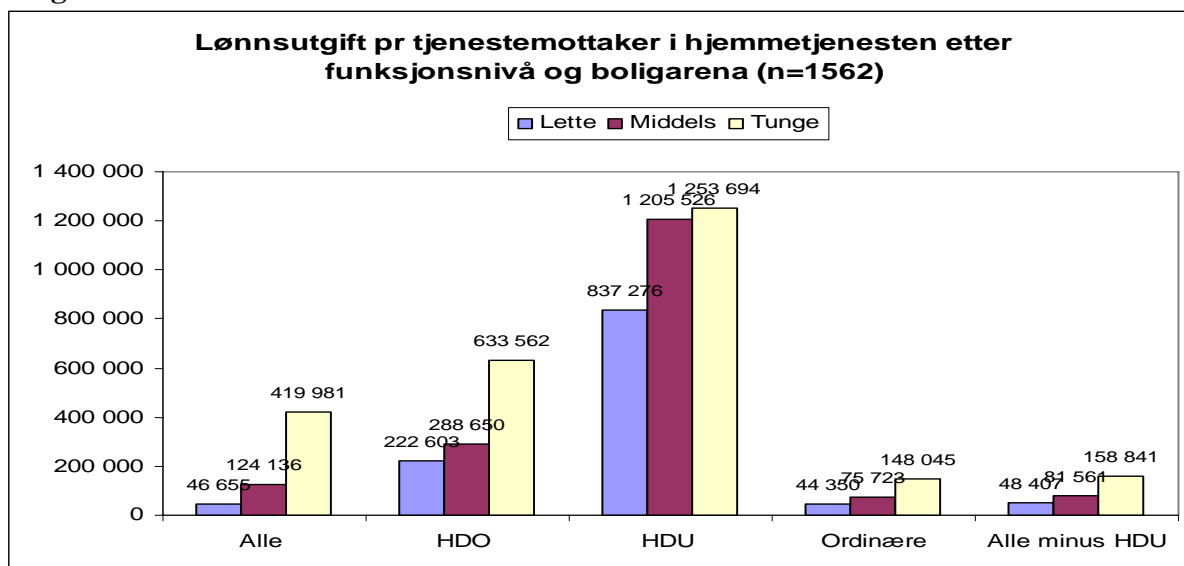


3.3 Drammen

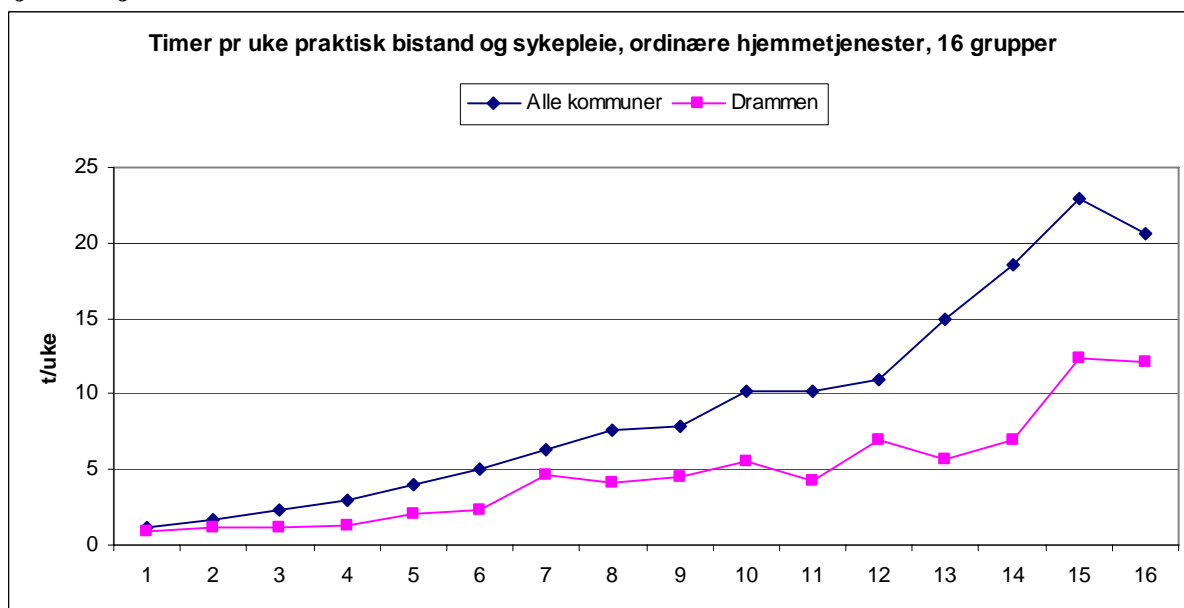
Tabell 7, versjon Drammen. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Drammen	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	100 471	46 655	124 136	419 981
HDO	384 615	222 603	288 650	633 562
HDU	1 173 580	837 276	1 205 526	1 253 694
Ordinære	59 392	44 350	75 723	148 045
Alle minus HDU	64 985	48 407	81 561	158 841

Figur 4, versjon Drammen. **Lønnsutgifter pr tjenestemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Drammen. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

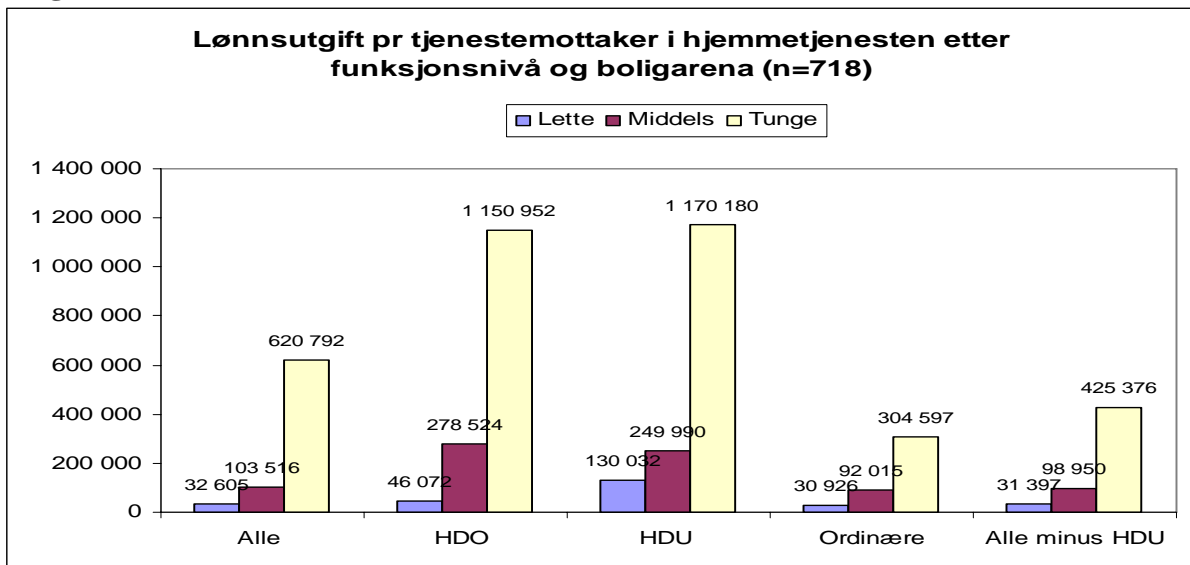


3.4 Harstad

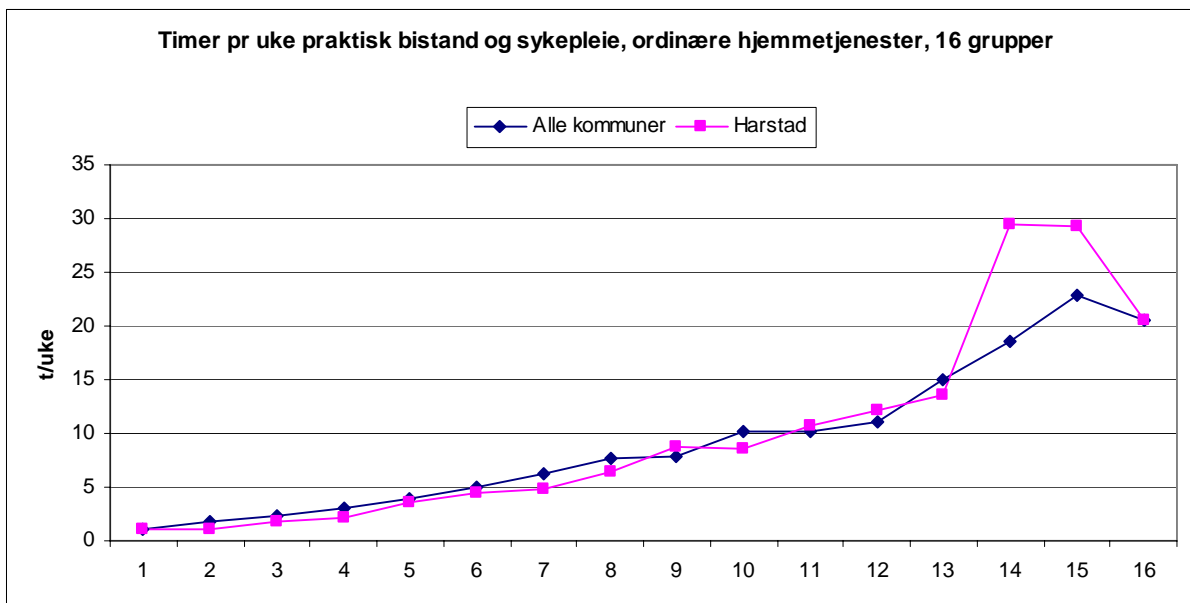
Tabell 7, versjon Harstad. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Harstad	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	130 205	32 605	103 516	620 792
HDO	632 818	46 072	278 524	1 150 952
HDU	633 064	130 032	249 990	1 170 180
Ordinære	76 750	30 926	92 015	304 597
Alle minus HDU	94 982	31 397	98 950	425 376

Figur 4, versjon Harstad. **Lønnsutgifter pr tjenestemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Harstad. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

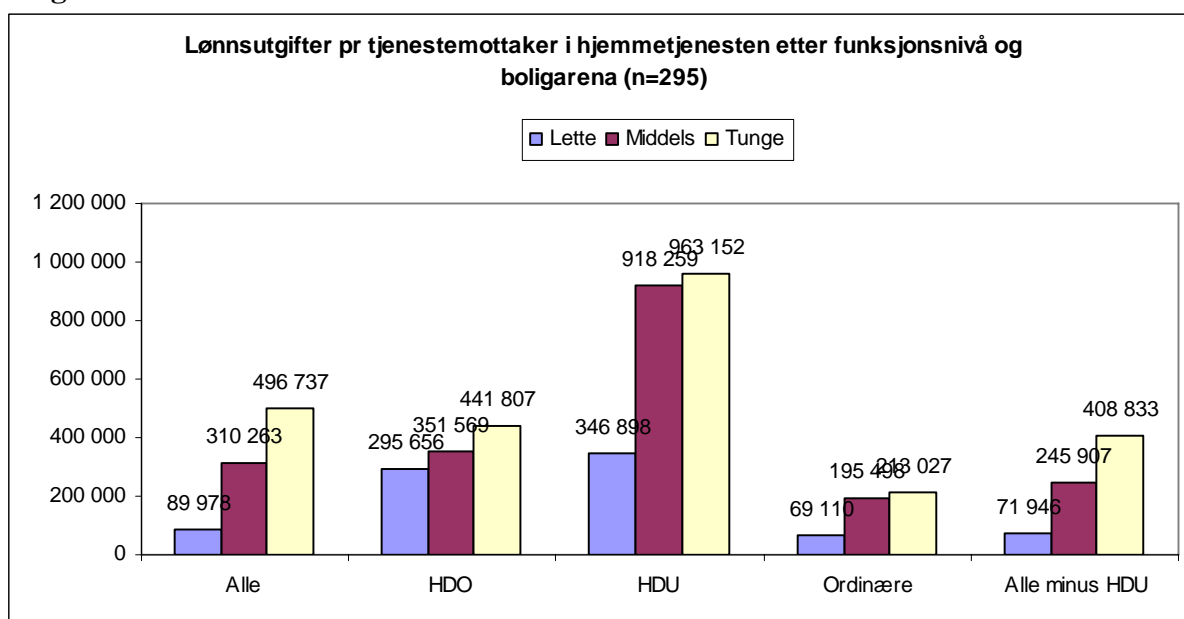


3.5 Kvinesdal

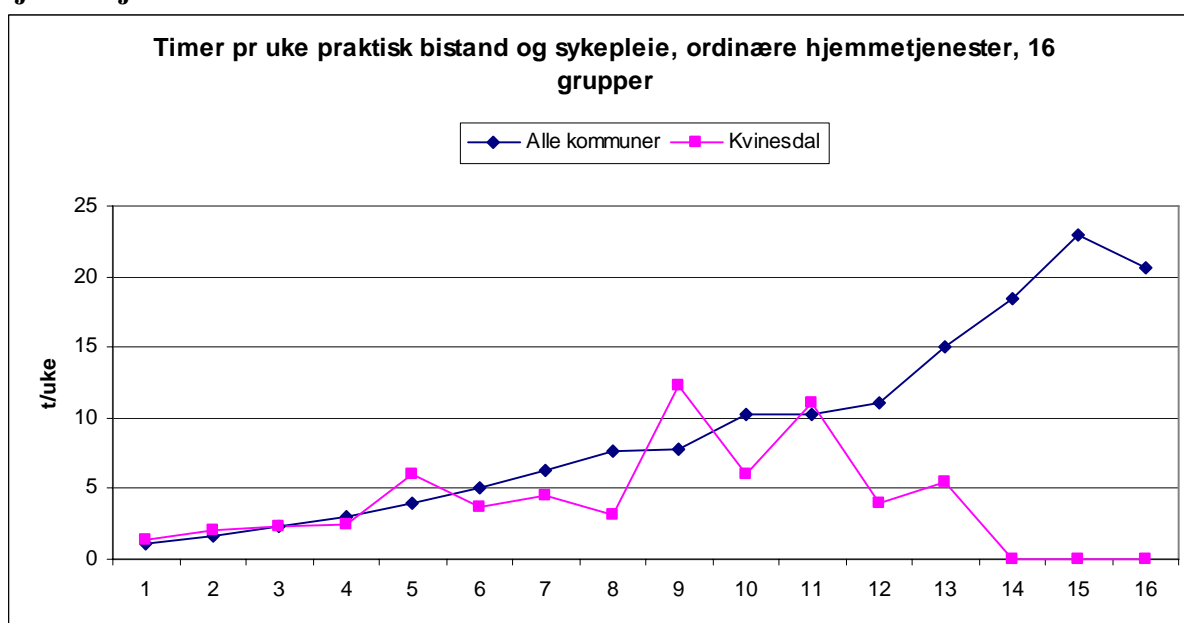
Tabell 7, versjon Kvinesdal. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Kvinesdal	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	200 678	89 978	310 263	496 737
HDO	384 615	295 656	351 569	441 807
HDU	720 833	346 898	918 259	963 152
Ordinære	100 000	69 110	195 498	213 027
Alle minus HDU	154 613	71 946	245 907	408 833

Figur 4, versjon Kvinesdal. **Lønnsutgifter pr tjenestemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Kvinesdal. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

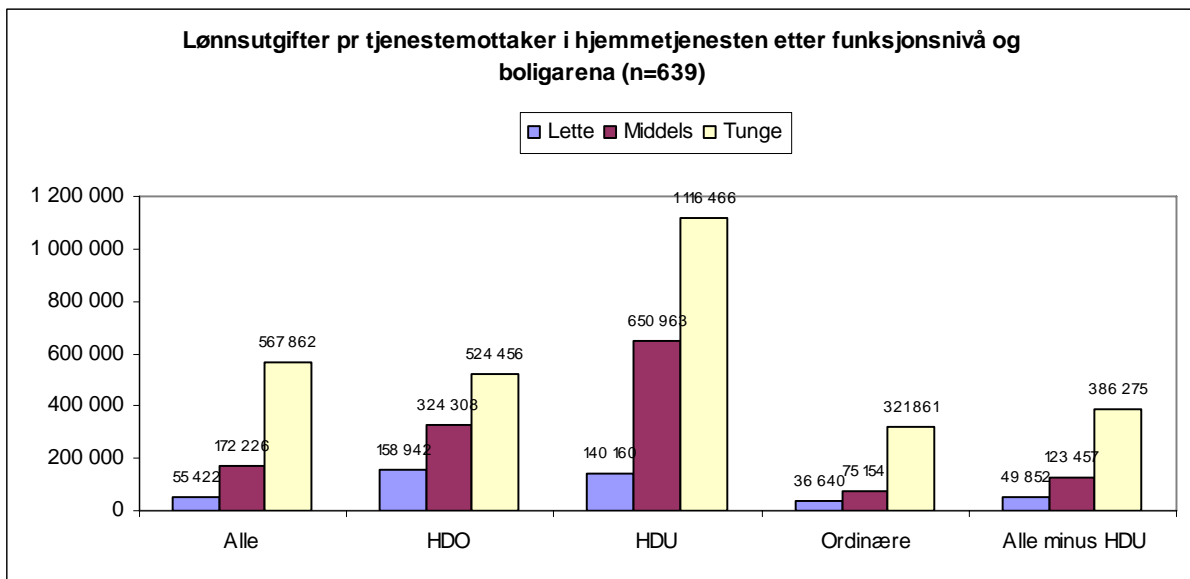


3.6 Lier

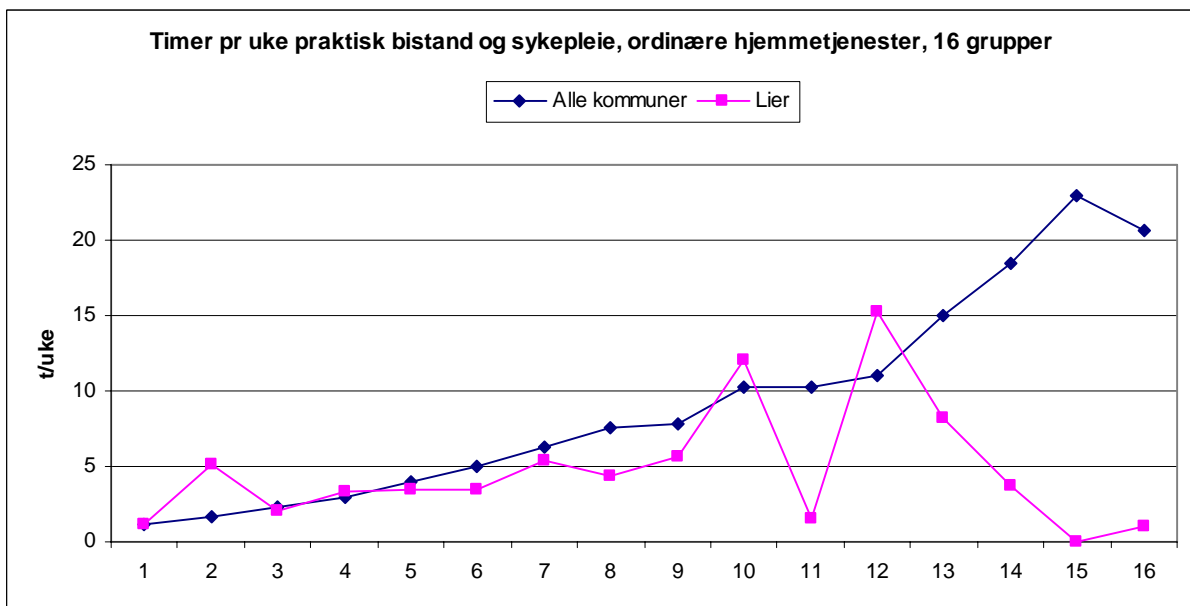
Tabell 7, versjon Lier. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Lier	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	147 332	55 422	172 226	567 862
HDO	384 766	158 942	324 308	524 456
HDU	739 404	140 160	650 963	1 116 466
Ordinære	57 798	36 640	75 154	321 861
Alle minus HDU	100 326	49 852	123 457	386 275

Figur 4, versjon Lier. **Lønnsutgifter pr tjenestemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Lier. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

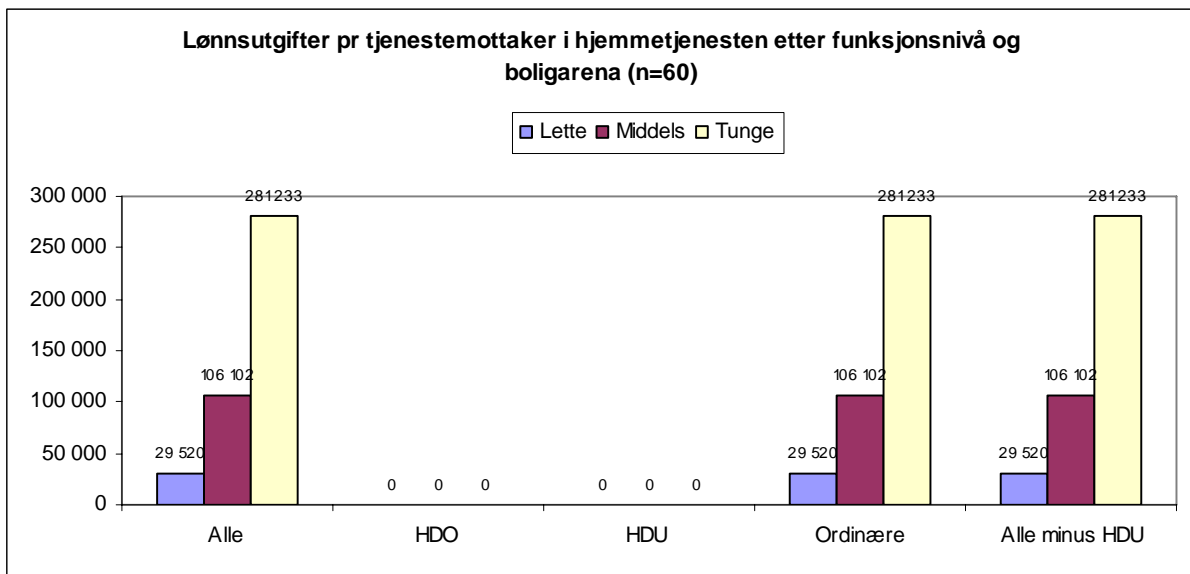


3.7 Nesseby

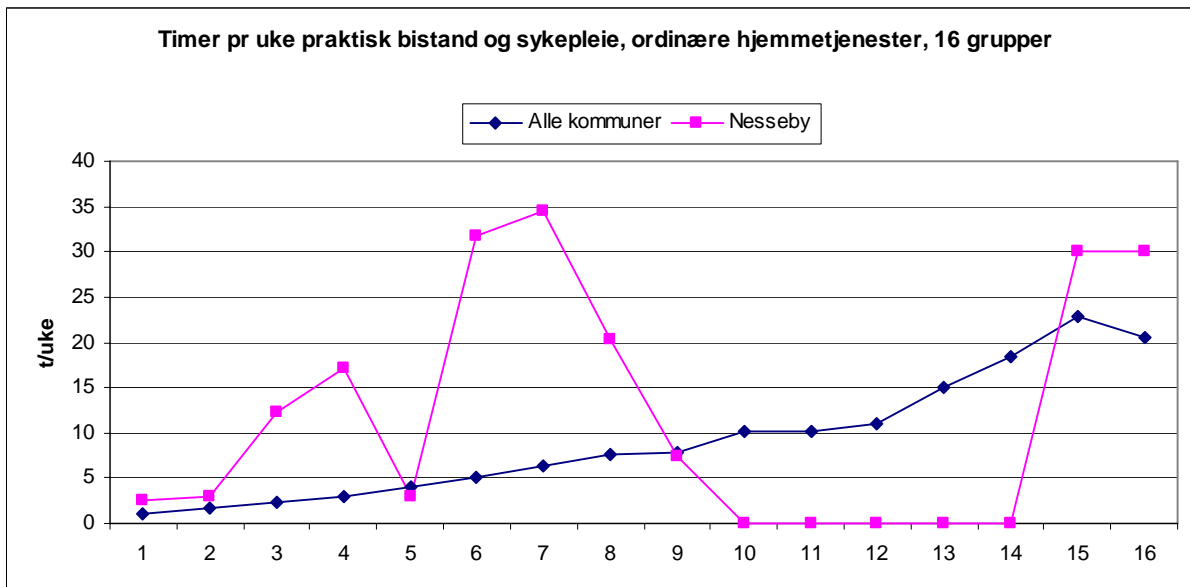
Tabell 7, versjon Nesseby. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Nesseby	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	51 950	29 520	106 102	281 233
HDO	0	0	0	0
HDU	0	0	0	0
Ordinære	51 950	29 520	106 102	281 233
Alle minus HDU	51 950	29 520	106 102	281 233

Figur 4, versjon Nesseby. **Lønnsutgifter pr tjenstemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Nesseby. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

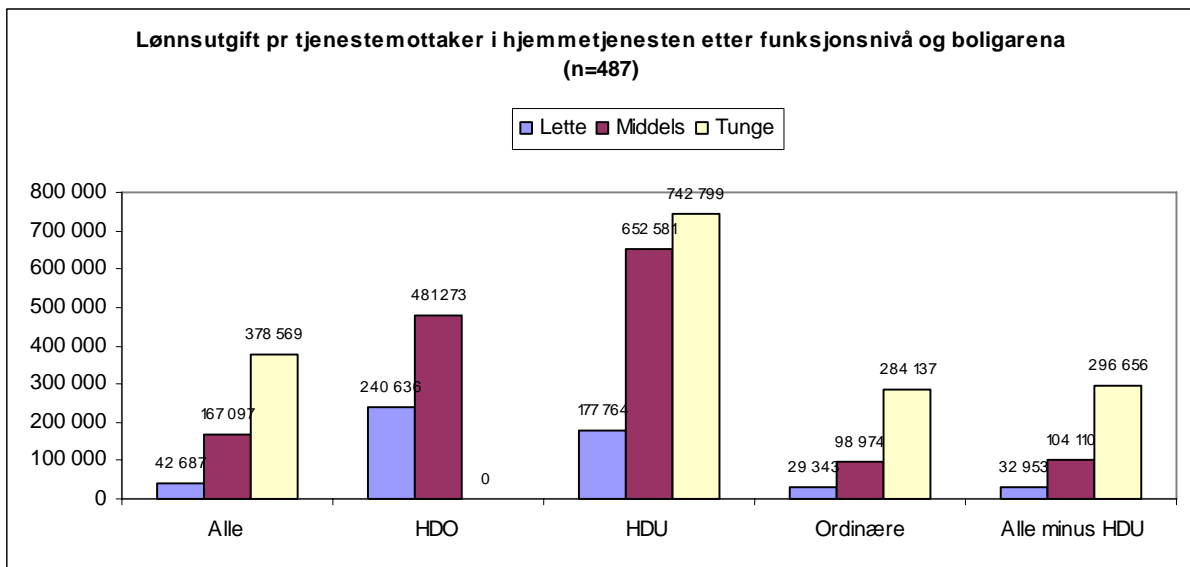


3.8 Stord

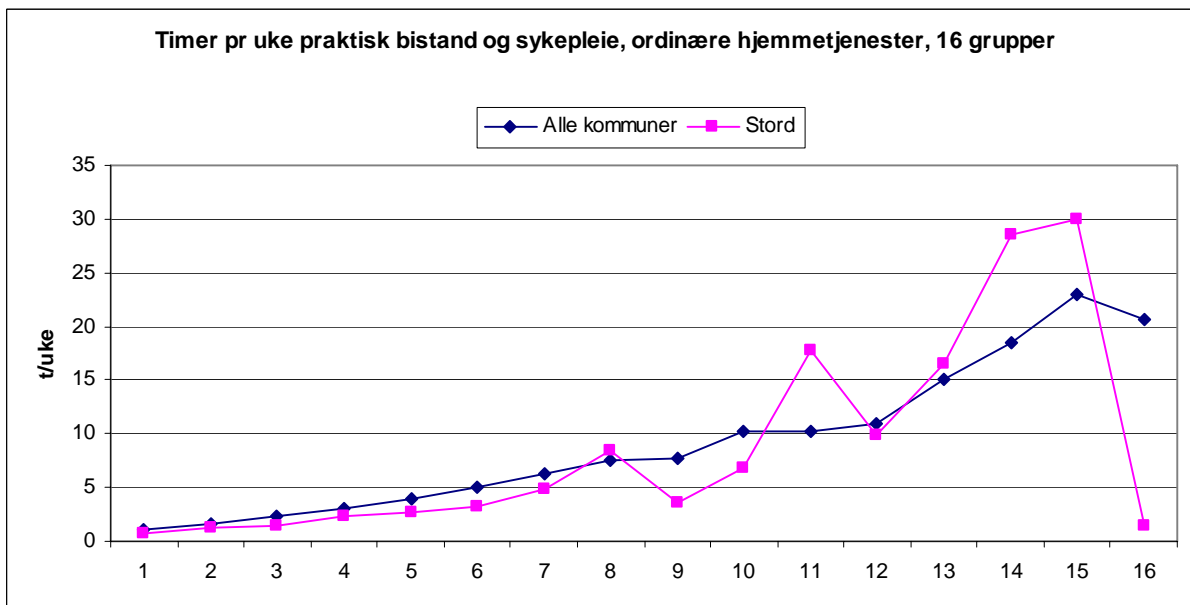
Tabell 7, versjon Stord. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Stord	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	124 483	42 687	167 097	378 569
HDO	264 700	240 636	481 273	0
HDU	540 548	177 764	652 581	742 799
Ordinære	81 087	29 343	98 974	284 137
Alle minus HDU	85 213	32 953	104 110	296 656

Figur 4, versjon Stord. **Lønnsutgifter pr tjenestemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Stord. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

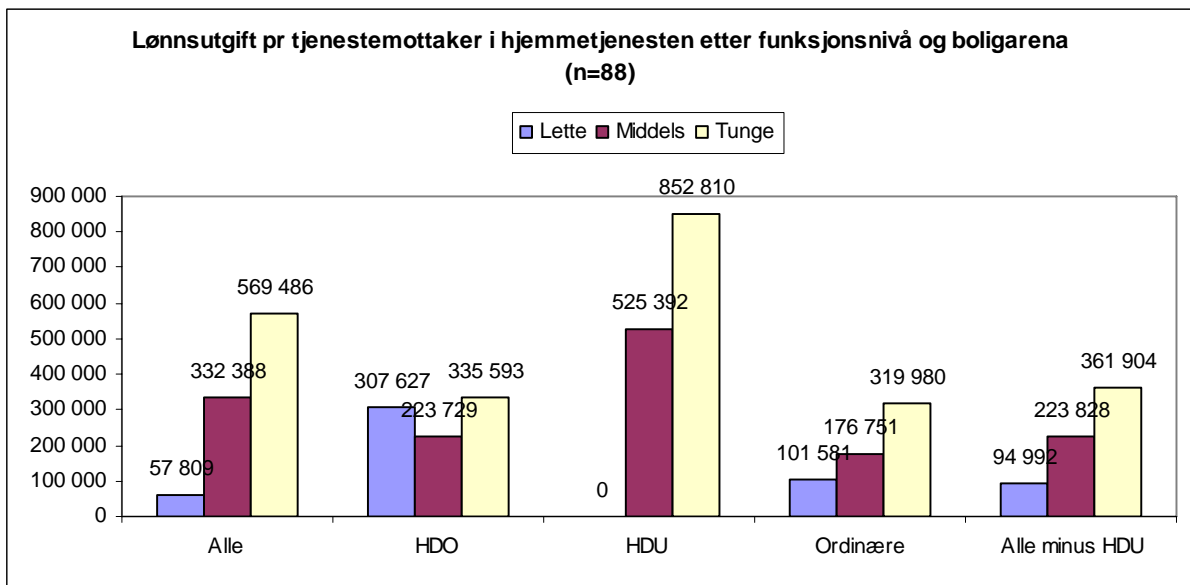


3.9 Tingvoll

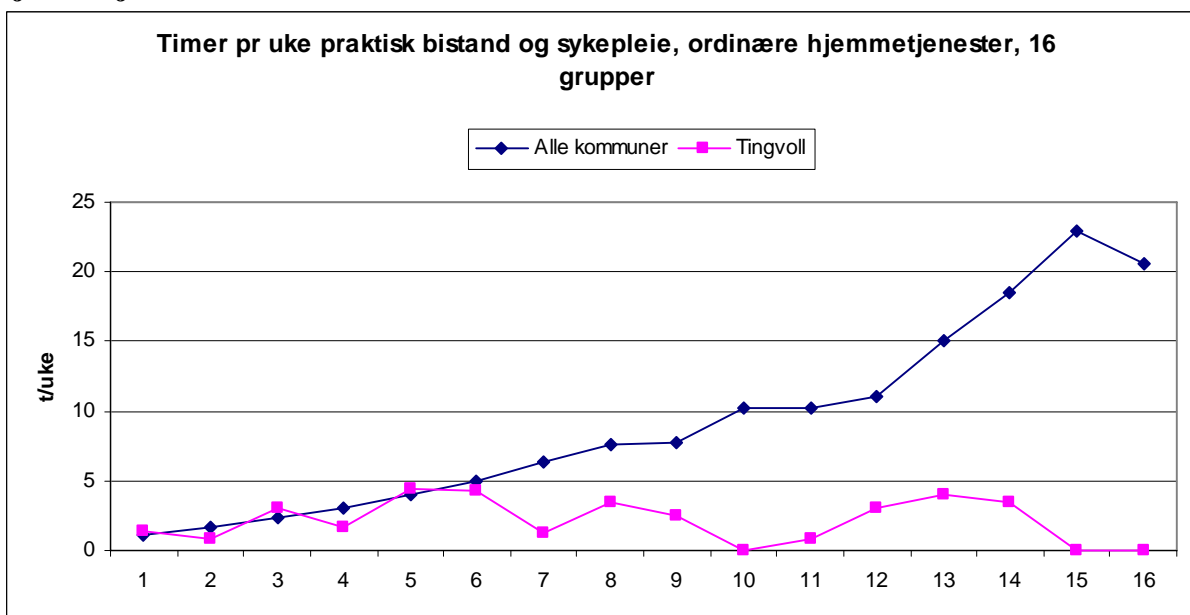
Tabell 7, versjon Tingvoll. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Tingvoll	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	192 682	57 809	332 388	569 486
HDO	275 000	307 627	223 729	335 593
HDU	665 714	0	525 392	852 810
Ordinære	130 377	101 581	176 751	319 980
Alle minus HDU	151 802	94 992	223 828	361 904

Figur 4, versjon Tingvoll. **Lønnsutgifter pr tjenstemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Tingvoll. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

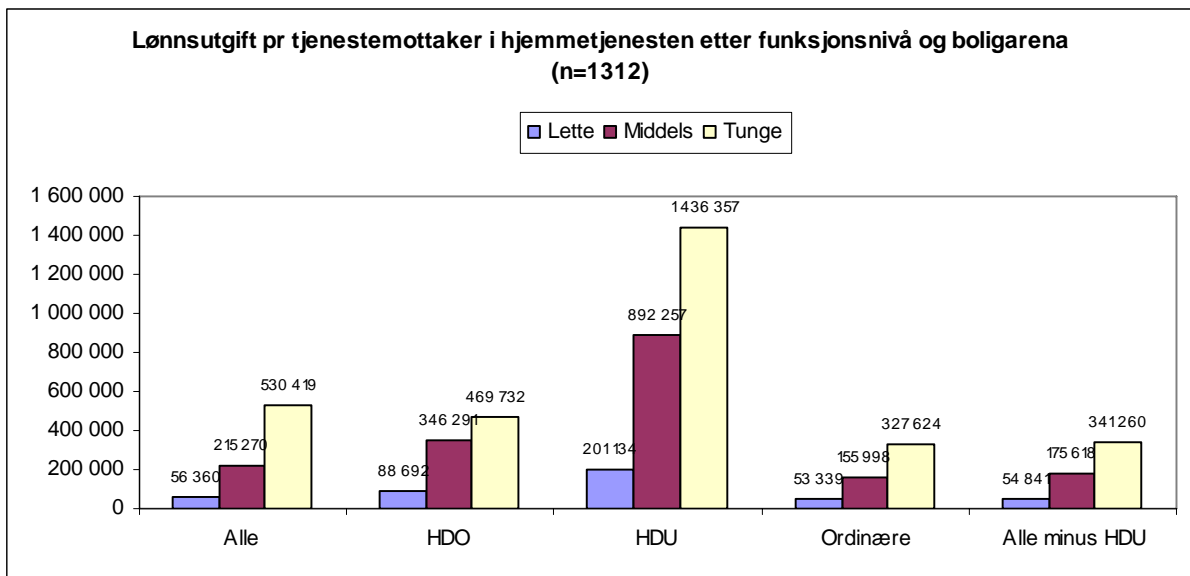


3.10 Tromsø

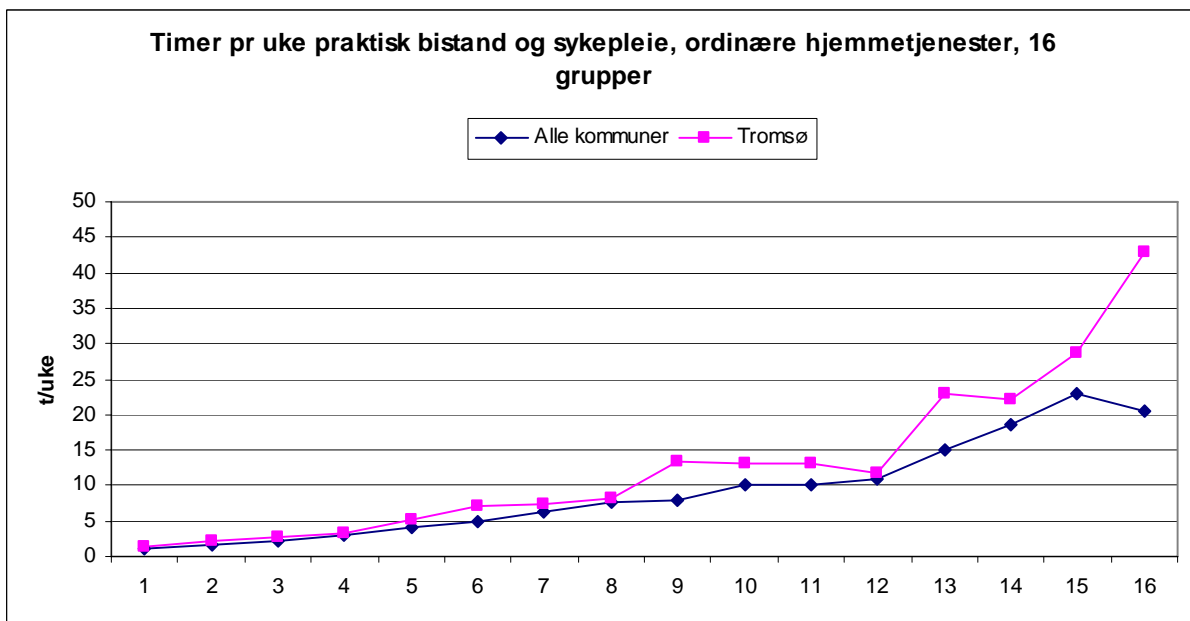
Tabell 7, versjon Tromsø. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Tromsø	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	154 992	56 360	215 270	530 419
HDO	235 727	88 692	346 291	469 732
HDU	1 016 614	201 134	892 257	1 436 357
Ordinære	106 819	53 339	155 998	327 624
Alle minus HDU	115 858	54 841	175 618	341 260

Figur 4, versjon Tromsø. **Lønnsutgifter pr tjenestemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Tromsø. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**

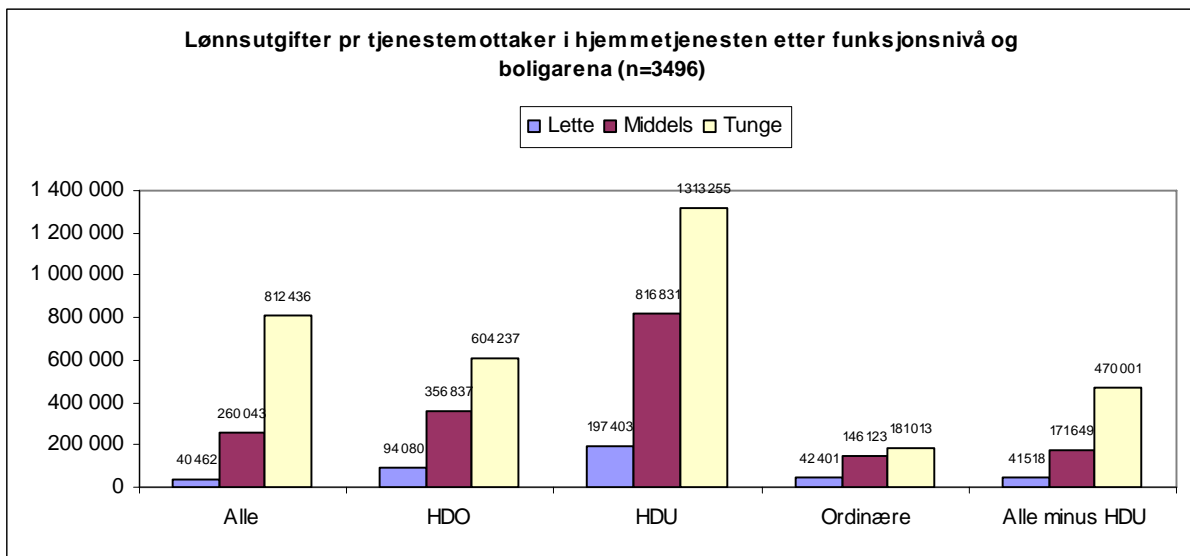


3.11 Trondheim

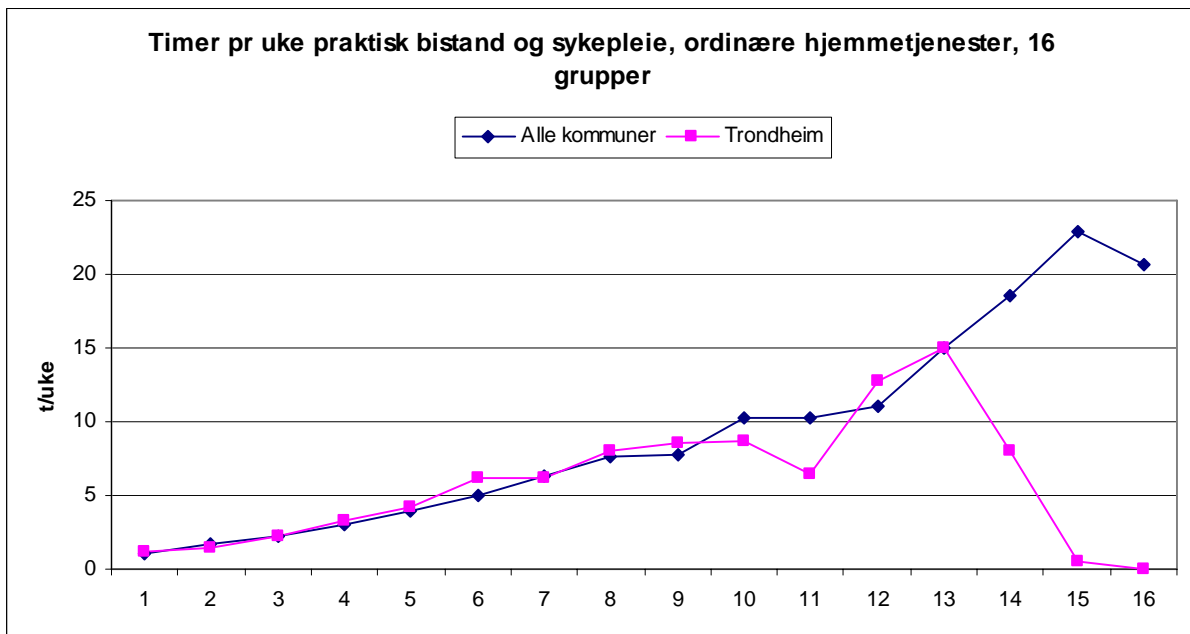
Tabell 7, versjon Trondheim. **Ressursbruk (lønnsutgift tjenesteytende personell pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge)**

Trondheim	Gjennomsnitt alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere	135 863	40 462	260 043	812 436
HDO	441 765	94 080	356 837	604 237
HDU	983 417	197 403	816 831	1 313 255
Ordinære	63 723	42 401	146 123	181 013
Alle minus HDU	84 706	41 518	171 649	470 001

Figur 4, versjon Trondheim. **Lønnsutgifter pr tjenstemottaker etter funksjonsnivå og boligarena**



Figur 9, versjon Trondheim. **Timer pr uke praktisk bistand og sykepleie. Ordinær hjemmetjeneste**



Vedlegg 1. ABI-beregnete lønnskostnader

ABI-modellen i Stavanger kommune benytter estimater for reelle årsverks- og timekostnader ved intern avregning av inntekter og utgifter mellom bestiller og utfører. Ved budsjettfordeling tildeles hele budsjettet til bestillerenhetene i hver bydel (4). De får en relativ andel av ressursrammen i henhold til sum av funksjonssvikt med mer i bydelen.

Bestillerenhetene finansierer utførerne i henhold til vedtatt tjeneste, senere korrigert i henhold til utført tid. Faktiske kostnader legges til grunn, målt med gjennomsnittlig lønn for aktuelle stillingskategorier, inklusive feriepenger, kveldstillegg og løs/søndagstillegg på 9,4%, helligdagstillegg på 3,3%, vikarer 5 %, ferievikarer 5,2 %, overtid 3,1 %, pensjon og arbeidsgiveravgift. Dette er gjort separat for pleie og hjemmehjelp.

PIH (Pleie i hjemmet)

St.kode	Benevnelse	Snittlønn	SUM	Struktur, veiet andel for gruppen	Veiet andel av faktisk lønnsutgift
6572	Assistent	216 592	341 915	0,04516411	15 442
6675/6455	miljøterapi./vernepl.	273 665	432 011	0,02147081	9 276
7076	Hjelpepleiere	247 044	389 986	0,15315315	59 728
7174	Sykepleier	282 623	447 463	0,37460809	167 623
7451	avd.sykepl.	327 143	517 949	0,04286225	22 200
7512/7517	omsorgsarb/fagarb.	247 866	391 284	0,25141882	98 376
7523	spesial spl.	316 000	500 307	0,01389054	6 950
7681	spes. Hjpl.	257 500	406 492	0,03000357	12 196
6190	hjemmehj.	231 952	366 162	0,03952852	14 474
6583	pleiemedarb.	218 613	345 105	0,02385205	8 231
7711	sykepl.student	226 555	358 693	0,0040481	1 452
			4 497 366	1	415 948

HIH (hjelp i hjemmet)

St.kode	Benevnelse	Snittlønn	SUM	Struktur	Andel
7512	oms.arb.	251000	356999	0,2	71400
6190	Hjemmehjelp	238691	314347	0,8	251478
			671346	1	322878

På bakgrunn av tabellene er det beregnet en gjennomsnittlig timeverkssats, basert på antall timer/årsverk. For pleie i hjemmet er timeprisen kr 246,- og kr 180,- for praktisk bistand. I prosjektet har vi forutsatt at det produseres om lag like mye av de to kategoriene, og har for enkelhets skyld basert på oss på et gjennomsnitt på kr 213,-.

Totalt alle tjenester

Antall uker	52
Timepris lønn	213
Antall timer beregnet	209499
IPLoS-timer	148176
Diff	61323
Andel indirekte kostnader	29 %

Spesifikasjon for ord hjtj

Antall timer beregnet	90141	Sum kroner*1000/timepris/52
IPLOS-timer	62668,5	
Diff	27473	
Andel indirekte kostnader	30 %	

Vedlegg 2. Vekter

Prosjektet har benyttet vekter som er beregnet av SSB på oppdrag fra Rune Devold AS i 2005. Bais er registrerte ADL-verdier for i alt 589 hjemmetjenestebrukere i en middels stor kommune. Analyse er utført som prinsipalkomponentanalyse. Vektene beregnes på grunnlag av resultat i henhold til samvariasjonsmønster, egenvektorer mv.

Syn og hørsel er holdt utenfor, de har ubetydelig grad av samvariasjon med de øvrige, og regnes strengt tatt som diagnoseopplysninger og ikke som ADL-variable.

N=589

	Eksklusiv syn (ADL13) og hørsel (ADL14)
ADL1 Fungere sosialt	0,0591
ADL2 Skaffe seg varer og tjenester	0,1239
ADL3 Ta daglige beslutninger	0,0634
ADL4 Ivareta egen helsetilstand	0,1073
ADL5 Bevege seg innendørs	0,0402
ADL6 Alminnelig husarbeid	0,0635
ADL7 Vaske seg	0,0862
ADL8 Kle på og av seg	0,0765
ADL9 Lage mat	0,1490
ADL10 Spise	0,0102
ADL11 Gå på toalett	0,0454
ADL12 Bevege seg utendørs	0,0873
ADL13 Syn	..
ADL14 Hørsel	..
ADL15 Hukommelse	0,0394
ADL16 Kommunikasjon	0,0229
ADL17 Styre egen adferd	0,0257
Sum	1,0000

KS-PROSJEKT

KOSTNADSBILDER INNEN PLEIE OG OMSORG

INFORMASJON TIL DELTAKERKOMMUNER
KRAVSPESIFIKASJON FOR INNHENTING AV
IPLOS-DATA, BUDSJETT MM

RESSURSSENTER FOR OMSTILLING I KOMMUNENE (RO) I SAMARBEID
MED RUNE DEVOLD AS

Trondheim 2006-05-09

1.	INNLEDNING	57
1.1	FORMÅL MED KRAVSPESIFIKASJONEN	57
1.2	ANALYSEN GJØRES FOR KOMMUNEN – STOR NYTTEVERDI	57
1.3	AVTALER FOR ANALYSE OG BRUK AV IPLOS-DATA	57
1.4	TJENESTEOMRÅDER SOM SKAL FOKUSERES I ANALYSEN	57
1.5	ORIENTERINGSMØTE OG VIDERE OPPFØLGING AV KOMMUNENE	58
2.	IPLOS INDIVIDDATA	58
2.1	IPLOS SOM ANALYSEGRUNNLAG	58
2.2	KOMMUNENS FAGPROGRAM	58
2.3	KOMMUNENS SJEKKLISTE FOR IPLOS-DATA FØR FILUTTREKK	59
2.4	FILUTTREKK FRA KOMMUNENS FAGPROGRAM	59
2.5	KOMMUNENS NIVÅKODEVERK – INDIVIDENES TILHØRIGHET	60
2.6	VALIDERING AV INDIVIDDATA ETTER 1. INNSENDING 9.JUNI	61
2.7	ANDRE OPPLYSNINGER	62
	ØKONOMIDATA	62
2.8	BUDSJETT 2006	62

Innledning

Formål med kravspesifikasjonen

Kravspesifikasjonen benyttes av deltakerkommunene i KS-prosjektet "Kostnadsbilder innen pleie- og omsorg – dybdeanalyser av utgifter knyttet til ulike brukergrupper. Formålet med kravspesifikasjonen er å gi oversikt over de IPLOS-data og øvrig informasjon som skal benyttes.

Analysen gjøres for kommunen – stor nytteverdi

Hovedformålet for prosjektet er:

- Dokumentere om det er store forskjeller i ressursbruk per bruker både når det gjelder eldre og andre brukergrupper i hjemmetjenesten i et utvalg kommuner
- Få innsikt i hvilke utfordringer kommunene har for å identifisere kostnadsfordeling, ressursbruk mellom ulike brukergrupper
- At KS får bedre materiale som kan brukes i dialogen med staten for å vurdere å endre rapporteringen i KOSTRA og IPLOS slik at partene i framtiden kan få et bedre vurderingsgrunnlag om tjenesteprofil, prioriteringer og eventuelt endringsbehov for hele tjenesten
- Bruke rapporten i framtidige konsultasjoner med Regjeringen
- Lokal dokumentasjon for ressursbruk mellom brukergrupper i kommunene som skal delta i prosjektet.

Kommunene vil få stor nytteverdi av analysene de får utført i prosjektet.

Avtaler for analyse og bruk av IPLOS-data

KS har sikret deltakerkommunene bistand til å analysere data ved å engasjere Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO). Kommunene inngår avtale med RO for å få utført analysene som del av kommunens saksbehandling. KS inngår avtale med kommunene om bruk av nøkkeltall fra analysene til KS-rapporten.

Alle individdata gjøres tilgjengelig ved oversendelse på sikker måte (CD – rekommandert sending) og aidentifiseres før bruk. Data om den enkelte bruker er deretter kun knyttet til individet med vedkommendes løpenummer i kommunens fagprogram, alder og kjønn. Identifisering av individer kan dermed ikke gjøres av andre enn de av kommunens folk som har nødvendig autorisasjon. Data analyseres av ROs folk under de samme taushetsbestemmelser som gjelder for oppdragsgivers folk, og ellers i samsvar med de krav som framgår av norsk lov.

Underveis i prosjektet oppbevares data på sikker måte på dedikert datamaskin uten tilgang til Internett. Ved prosjektslutt slettes individdata, slik at kun aggregerte tall blir publisert.

Tjenesteområder som skal fokuseres i analysen

KS ønsker å sette søkelys på følgende brukergrupper, tjenesteområder og tjenestetyper, alle innenfor KOSTRA Funksjon 254:

A. Hjemmetjenesten ekskl PU-brukere

B. Hjemmetjenesten for PU-brukere

C. Omsorgsboliger uten heldøgns tjeneste, ekskl PU-brukere

D. Omsorgsboliger uten heldøgns tjenester for PU-brukere

E. HDO – Heldøgns omsorgstjenester i omsorgsbolig, ekskl PU-brukere

F. HDU – Heldøgns omsorgstjenester i omsorgsbolig for PU-brukere

Orienteringsmøte og videre oppfølging av kommunene

Ved prosjektstart inviteres kommunene til orienteringsmøte. I møtet vil vi gå gjennom kravspesifikasjonen.

Spørsmål kan rettes til

Rune Devold, tlf 911 50 727/73 88 34 60, rune.devold@r-devold.no,

Tormod Hofstad, tlf 952 65 516/73 50 92 41, tormod.hofstad@ro.no

Under veis i arbeidet vil vi holde nødvendig kontakt for avklaring av spørsmål som melder seg. Kommunene oppnevner to kontaktpersoner. Dette må være den som har daglig faglig driftsansvar for fagprogrammet og som er autorisert for å kunne gjøre endringer i opplysninger, eller som kan finne rette vedkommende i tjenesteapparatet som kan oppklare evt spørsmål om den enkelte bruker. Den andre bør representere økonomitjenesten.

Kommunene vil få veiledning under veis i arbeidet med å klargjøre data før innsending.

Frist for 1. gangs innsending av data er **9. juni**, frist for innsending av korrigerede data er satt til **20. juni**

IPLOS individdata

IPLOS som analysegrunnlag

IPLOS-data er definert av Sosial- og helsedirektoratet og inneholder om lag 50 opplysninger om hver enkelt bruker. Alle kommuner skal rapportere IPLOS-opplysninger til sentrale myndigheter (SSB) for året 2006.

De kommunene som skal delta i prosjektet forventes å ha fullført 1.gangsregistrering av brukerne, slik at de fortløpende benytter opplysningene som del av saksbehandlingen.

Dersom registrering av brukere ikke er fullført, f eks at spesielle brukergrupper gjenstår å registrere, kan det drøftes å benytte data fra kommunen likevel, forutsatt at en finner en hensiktsmessig løsning på håndtering av de brukerne som mangler.

Kommunens fagprogram

IPLOS-data er en del av journalen for brukerne og lagres i det fagprogrammet benytter. Dette kan være enten PROFIL, Gerica, Helios, Cosdoc eller andre fagprogram som har godkjente IT-løsninger i hht til Sosial- og helsedirektoratets kravspesifikasjoner for IPLOS.

Kommunens sjekkliste for IPLOS-data før filuttrekk

Før filuttrekk gjennomføres kvalitetssikring av IPLOS individdata i fagprogrammet med særlig vekt på følgende IPLOS-opplysninger for alle brukere med aktive tjenester:

- A. Alle brukere er registrert med IPLOS – de som eventuelt gjenstår identifiseres.
- B. Avsluttede/aktive tjenester til brukerne er kodet riktig (midlertidig eller permanent opphør av tjenester til den enkelte bruker). Eksempel: et vedtak som er tidsbegrenset med en dato for opphør, men som likevel videreføres vil bli rapportert som avsluttet.
- C. Fullstendige ADL-opplysninger (funksjonsnivå).
- D. Boligtype (ordinær bolig, omsorgsbolig, sykehjem osv)
- E. Tjenester som er vedtatt er registrert med riktig estimat for timetall/uke
- F. At IPLOS-data om brukerne er registrert i henhold til brukermanualen for fagprogrammet, slik at fagprogrammet rapporterer korrekt og fullstendig informasjon til filuttrekk (riktig skjerm bilde benyttes, riktig koding osv).

Filuttrekk fra kommunens fagprogram

Fagprogrammet har en programfunksjon som skal benyttes når data skal rapporteres til SSB, gjerne kalt "dataeksport" eller liknende i verktøylinjen/nedtrekksmenyen. Det er denne programfunksjonen som skal benyttes for filuttrekk. Brukergrensesnittet varierer noe mellom de ulike fagprogrammene.

Når kommunen har gjennomført kvalitetskontrollen i samsvar med sjekklisten ovenfor er det klart for filuttrekk. Dette gjøres ved bruk av nevnte programfunksjon. Følg framgangsmåten som vist nedenfor. Benytt også brukermanualen for fagprogrammet, om nødvendig be IT-avdelingen eller IT-leverandør om bistand.

1. Pek og klikk deg fram til programfunksjon for dataeksport. Velg standard SSB-filuttrekk. Det beste vil være om dette gjøres om morgenen slik at en får med endringer fra i går gjennom den rutinemessige oppdateringen av fagprogrammet som normalt kjøres kveld/natt i de fleste kommuner.
2. Det blir spurt om hvilket år som skal rapporteres. Velg 2006. Eksporten vil da få med alle IPLOS-opplysninger om hver enkelt bruker i 2006 fram til dags dato.
3. Den fil som lages er en såkalt XML-fil som automatisk lagres på den serveren som betjener driften av fagprogrammet. Den blir gitt et navn automatisk i henhold til myndighetens kravspesifikasjoner. F eks vil en XML-fil fra Sandnes kommune få betegnelsen ***IP 1102 100506*** der IP står for IPLOS, 1102 er kommunenummeret og deretter datoen for dataeksport, 10. mai 2006 i eksempelet.
4. Hent XML-fila på serveren, om nødvendig be IT-avdelingen om bistand til dette. Brenn fila på en CD.
5. Send CD'n som rekommandert sending til Rune Devold, PB 2703 Sentrum, 7415 Trondheim.

6. Når CD er mottatt vil den bli lest, importert i analyseverktøyet. Ved importen foretas automatisk aidentifisering og innledende kvalitetskontroll. Straks dette er gjort vil kommunen få e-post-kvittering for mottatt fil.
7. Arbeidet med validering av data starter, se punkt 2.7 nedenfor.

Filuttrekket vil rapportere alle brukerne i pleie- og omsorg, inklusive sykehjem. Sistnevnte data vil ikke bli benyttet.

Kommunens nivåkodeverk – individenes tilhørighet

I kommunens fagprogram vil hver bruker ha en organisatorisk tilhørighet – det vil si hvilken del av tjenesteapparatet vedkommende får tjenestene fra. En bruker som f eks mottar praktisk bistand og hjemmesykepleie fra ”**Distrikt 1, sone 3**” vil være knyttet til denne enheten med en nivåkode i XML-fila. Nivåkodene er bygget opp etter et bestemt mønster som passer for den enkelte kommune.

For å sikre at analysen gis mulighet til å fordele brukerne etter type enheter osv trenger vi en oversikt over kommunens nivåkodeverk. Sammen med filuttrekket leveres derfor oversikt over alle enheter i tjenesteapparatet med tilhørende koder i kommunens interne kodeverk i fagprogrammet. Benytt denne inndelingen (eksempel)

Kommune: Eksempel				
Kode nivå 1	Kode nivå 2	Kode nivå 3	Enhet	Opplysninger om enhetens oppgaver
			Kommunen totalt	
1	10		Sentrum distr	NB: Forutsetning for å registrere heldøgns omsorg er at enheten har nattevakt (aktiv eller passiv).
		11	Vik Sone 1 hjtj	Ord hjemmetjen
		12	Vik Sone 2 hjtj	Ord hjemmetjen
		13	Åsen Sone htj	Ord hjtjen, inkl psykiatri
		14	Berg hjtj	Ord hjemmetjen
		15	Veien HDO-bolig	Oms.bolig <u>uten</u> heldøgns tjeneste
		16	Haugen HDU-bolig	Oms.bolig <u>med</u> heldøgns tjeneste for utviklingshemmede
		17	Dalen HDU-bolig	Oms.bolig <u>med</u> heldøgns tjeneste for utviklingshemmede
		19	Land hjtj	Ord hjemmetjen
2	20		Våg distr	
		21	Sone Sør	Ord hjemmetjen
		22	Sone Nord	Ord hjemmetjen
		23	Sone Bø	Ord hjemmetjen
		25	Bø HDO	Oms.bolig <u>med</u> heldøgns tjeneste
3	30		Bygda distr	
		31	Stad sone	Ord hjemmetjen
		32	Rommen sone	Ord hjemmetjen
		33	Hagen HDU	Oms.bolig <u>med</u> heldøgns tjeneste for utviklingshemmede
		35	Skråningen omsbol	Oms.bolig <u>uten</u> heldøgns tjeneste

HDU: heldøgns omsorg for utviklingshemmede

HDO: heldøgns omsorg for eldre (ikke utviklingshemmede)

Benytt tabellen nedenfor. Legg til/evt fjern linjer etter behov:

Kommune:				
Kode nivå 1	Kode nivå 2	Kode nivå 3	Enhet	Opplysninger om enhetens oppgaver
			Kommunen tot	

Validering av individdata etter 1. innsending 9.juni

Validering betyr at data gjennomgås med sikte på finne eventuelle feil og mangler som kan rettes opp. Det mest typiske er at ADL-opplysninger ikke er fylt ut fullstendig, at boligkoder mangler eller er åpenbart feil (f eks at en hjemmetjenestebruker har boligkode 5=sykehjem osv). Dette gjennomgås og kommunen får tilsendt et såkalt **Manntall** som viser antall brukere slik de er fordelt på distrikter, soner osv, samt en ”feilliste”, som kan se slik ut:

Løpenr	Kritisk	Status	Alder	Timer	Distrikt	Sone	Sonenavn	Melding
534	x	6	95	1	10	11	Lia	BoligKode = 0.
1894	x	1	82	2	10	11	Lia	Mangler ADL
2184	x	1	86	4	10	11	Lia	Mangler ADL
344	x	1	71	11	10	12	Østbyen	ADL ufullstendig
349	x	1	82	1	10	12	Østbyen	Mangler ADL
361	x	1	83	2	10	12	Østbyen	Mangler ADL
362	x	1	96	3	10	12	Østbyen	ADL ufullstendig
1601	x	1	83	250	10	12	Østbyen	Timetallet usannsynlig
1612	x	1	72	3	10	12	Østbyen	Mangler ADL
1637	x	5	87	1	10	12	Østbyen	Boligkode = 0, ADL mangler
1703	x	1	82	4	10	12	Østbyen	Boligkode = 0, ADL mangler
1928	x	1	87	12	10	12	Østbyen	Mangler ADL
2043	x	6	88	2	10	12	Østbyen	Boligkode = 0, ADL mangler
1260	x	1	82	2	10	13	Knutsberg	ADL ufullstendig
1448	x	1	80	3	10	13	Knutsberg	Mangler ADL

Løpenr: brukerens løpenummer i kommunens fagprogram.

Kritisk: hvis avkrysset vil brukeren falle ut ved databehandlingen, med mindre data rettes.

Status: verdi 1 betyr aktive tjenester, verdi 5 betyr at tjenesten er opphørt, verdi 6 betyr død.

Timer: sum antall timer tjenester brukeren mottar pr uke.

Feillisten og manntallet skal være til hjelp for kommunen, slik at de effektivt kan rette opp evt feil og mangler. Dette drøftes med kommunen, herunder hva som skal prioriteres.

Kommunen forutsettes å yte bistand til feilsøk og oppretting av data i fagprogrammet når funn gjør dette nødvendig som ledd i kvalitetssikring og validering av individdata. Dette gjennomføres ved at RO samarbeider med representant(er) for oppdragsgiver som har full autorisasjon og

tilgang til data i fagprogrammet. Vedkommende må ha tilgang til aktører i tjenesteapparatet som på kort varsel kan bidra med avklarende opplysninger og evt foreta oppretting av data når dette er nødvendig. Når validering er gjennomført vil vi foreta en vurdering i samråd med KS med sikte på endelig avklaring av hvilke kommuner prosjektet skal ha med.

Andre opplysninger

Kommunene bes gi opplysninger som ytterligere kan bidra til å sikre sammenliknbarhet og et godt grunnlag for sikre konklusjoner. Viktig informasjon kan være forhold knyttet til tjenesteområder som ikke er rapportert gjennom IPLOS, f eks at rehabiliteringstjenesten ikke benytter IPLOS (eller ikke er kommet i gang), tilsvarende for rus/psykiatri osv.

Dette vil bli gjennomgått i orienteringsmøte for kommunene ved oppstart av prosjektet.

Økonomidata

Budsjett 2006

Analysen skal gi et bilde av ressursbruk, og til dette trengs økonomidata som skal sammenstilles med brukerdata som tas ut gjennom et filuttrekk fra fagprogrammet. For å oppnå best mulig sammenheng mellom brukerdata og økonomidata med hensyn til periodisering benyttes budsjett 2006.

Kode nivå 1	Kode nivå 2	Kode nivå 3	Tjenesteområde	Samlet budsjett art 0 (Hele 1000 kr)	Herav direkte brukerrettede oppgaver (Hele 1000 kr)	Herav annet (hele 1000 kr)
1			Kommunen totalt			
1	10		Sentrum distr			
		11	Vik Sone 1 hjtj			
		12	Vik Sone 2 hjtj			
		13	Åsen Sone htj			
		14	Berg hjtj			
		15	Veien HDO-bolig			
		16	Haugen HDU-bolig			
		17	Dalen HDU-bolig			
		19	Land hjtj			
2	20		Våg distr			
		21	Sone Sør			
		22	Sone Nord			
		23	Sone Bø			
		25	Bø HDO			
3	30		Bygda distr			
		31	Stad sone			
		32	Rommen sone			
		33	Hagen HDU			
		35	Skråningen omsbol			

Tabellen viser en enkel oppstilling, som følger kontoplan og organisasjonskart med hensyn til fordeling av brukerne på ulike enheter. Kommunen rapporterer lønnsutgifter med en oppsplitting på direkte brukerrettede oppgaver og annet. Brukerrettede oppgaver vil typisk være alle kostnader knyttet til utføring av direkte bistand og pleie til brukerne (turnusene). Heri inngår også innleie, overtid mv. Annet vil typisk være administrasjon, alle ledere, saksbehandlere og merkantilt personell, prosjektmedarbeidere, IT-personell osv.

Alle sosiale kostnader medregnes. Inntekter rapporteres ikke, heller ikke eventuell budsjettert refusjon av sykelønn.

Samdrift av tiltak. En hjemmetjenestesone kan for eksempel ha ansvar for både ordinære hjemmetjenester og en bolig med heldøgns omsorg, med et samlet budsjett. I slike tilfeller må kommunen estimere en fordeling av utgiftene. Samme gjelder i tilfeller hvis en bolig driver avlastningstiltak i tillegg til å ha fastboende brukere – avlastningstiltaket skilles ut med et best mulig estimat på tilhørende kostnader. Et boligtiltak kan ha eget budsjett som også dekker tjenester til noen hjemmeboende brukere. Eksempler på dette finnes ofte innen tjenester til utviklingshemmede. Budsjettet splittes med estimater for de ulike oppgavene.

Periodisering mv. Dersom budsjettet gjelder for en periode som avviker fra et helt år gis opplysninger om dette. Eksempelvis kan det være slik at to soner skal slås sammen i løpet av året, eller motsatt at en enhet skal splittes i løpet av året. Det er viktig å få opplysninger om denne type endringer, slik at vi kan forstå tallene riktig.

Vedlegg 4. Standardisering og datakvalitet

IPLOS bygger på et sett standardiserende kravspesifikasjoner, blant annet for vurdering av brukernes funksjonsnivå og registrering av hvilke og antall timer tjenester som ytes. I hvilken grad er materialet standardisert? I hvilken grad har kommunene evnet å leve opp til standardene? Prosjektet har ikke hatt ressurser til å sette søkelys på dette, og må begrense oss til en kommentar som bygger på lang erfaring.

De som registrerer individopplysninger er aktører som har ansvar for vurdering av søknader, fatter vedtak, ajourholder informasjon og deltar ved revisjon av vedtak. Ofte deler de ansvaret for ajourhold med ledere i utførende enheter. Disse aktørene er gjerne folk med lang erfaring fra pleie- og omsorgstjenesten og vår erfaring er at de utøver godt faglig skjønn.

Det kan gjøre seg gjeldende uenighet og mulighet for feil forståelse av standardene i enkeltspørsmål, men dog slik at det er liten sannsynlighet for at de kommer på avveie i helheten. Når det gjelder funksjonsvurderingen (ADL) er det også slik at ingen av variablene alene er avgjørende. Det beregnes et samlet veiet gjennomsnitt, og eventuelle feil på en eller noen variable vil få begrenset utslag. Disse forskjellene vil gi størst utslag og ha størst betydning for holdbarheten når det er snakk om brukere med store funksjonstap som tilhører grupper med lavt antall brukere. Men alt i alt vil et så stort materiale som vi har her være robust i forhold til innebygde feil og mangler som vi har omtalt her.

Når kommunene registrerer tjenester som ytes, f.eks. hvor mye hjemmehjelp som ytes til den enkelte bruker, tar de som hovedregel utgangspunkt i enkeltvedtaket som sier noe om hva som skal gjøres, f.eks. at brukeren skal ha utført golvvask på kjøkken, stue og bad 1 gang pr. uke. Det er ikke vanlig lenger at sum tid framgår direkte av vedtaket. For å registrere tid gjøres derfor et estimat der vedtaket omgjøres til timer/uke.

Det kan forekomme avvik mellom tidsestimatet/vedtatt tid og faktisk utført tid ved at pleiepersonalet gjør individuell vurdering fra besøk til besøk og tilpasser hjelpen mer direkte til behovet enn det en kan gjøre i et vedtak. Avviket kan gå begge veier, altså at det av og til ytes mer hjelp, av og til mindre enn vedtatt. Dette sikrer godt samsvar mellom behov og den hjelp som ytes, men må taes hensyn til ved tolkning av denne type materiale. Erfaring fra Trondheim kommune viser at når en endrer tidsregistreringen fra å være et tidsestimat til registrering av faktisk tid, reduseres tidsestimatet med 10 - 12 %.

Det kan også forekomme en viss grad av under-/overrapportering av timer hjelp som følge av at personalet systematisk avviker fra det som var ment i vedtaket av andre grunner, f.eks. at de "er uenig" i vedtaket. Vi finner eksempler på dette som går begge veier, altså at det noen steder ytes mer, andre steder mindre enn vedtatt.

Det gjør seg gjeldene en viss ulikhet i praksis for registrering av tid knyttet til tjenester som ytes av ambulerende nattpatruljer, utrykning på trygghetsalarmer med videre. Denne typen tid registreres forskjellig i kommunene. Tjenesten er viktig for brukerne, men ressursene som brukes er begrenset. Prosjektet har ikke grunnlag for å korrigere for slike forskjeller.

Kommuner som ikke er med

Materialet fra ASSS-kommunene omfatter fire kommuner, Bergen, Drammen, Tromsø og Trondheim. Grunnene til at de øvrige så langt ikke har greid å levere data er veldig ulike. Blant annet er feil forårsaket av at fagprogram ikke har kunnet eksportere data som forutsatt

og at data ble eksportert med betydelige feil. Flere av kommunene har ikke rukket å sende inn data for validering i flere omganger slik andre har gjort. Vi ser at noen av de kommunene som hadde tekniske problemer, men som på forhånd hadde gode data, likevel greide å levere med svært knapp tidsfrist på slutten. Som eksempel nevnes Bodø kommune som anvender IPLOS-data som styringsdata til daglig.

Hvaler og Nesseby leverte individdata på skjemaer som ble punchet i prosjektet. Til slutt viste det seg at kun Nesseby hadde tilstrekkelig utfylt koding til å kunne benyttes. Stavanger kommune leverte komplette data, men uten nivåkoder for brukernes tilhørighet i organisasjonen. Data lot seg derfor ikke splitte på de ulike tjenestene som prosjektet hadde behov for uten et betydelig merarbeid som lå utenfor prosjektets ressursrammer. Dette er beklagelig da Stavanger regnes for å ha god kvalitet på sine individ- og økonomidata.

Datakvalitet IPLOS (Individdata)

Datakvaliteten varierer som nevnt betydelig når en ser på 1.gangs innsending.

Tilbakemeldinger fra prosjektet har gitt kommunene en veldig god mulighet til å rette opp feil på grunnlag av feillister som sendes tilbake.

De mest typiske feilkilder som rettes opp knytter seg til manglende mulighet til å plassere brukerne på riktig boligarena, det vil si at boligkode mangler eller er åpenbart logisk feil (for eksempel at en bruker som får tjenester av hjemmetjenesten er kodet som sykehjemsbruker). Dernest er det vanlig at kommunene ikke har komplette opplysninger om brukernes funksjonsnivå for alle brukere. Før kommunene startet oppretting av dette viser 1.gangsinnsendte data at det hefter kritiske feil ved inntil 25 - 30 % av individene, av og til mindre og større andel. For å slippe igjennom et datasett har vi lagt til grunn at det maksimalt skal kunne hefte tvil ved 3 - 5 % av individene, noe avhengig av type feil.

En av leverandørene av fagprogram for pleie- og omsorgssektoren har hatt tekniske problemer slik at kommuner som har denne leverandøren helt til det siste var i tvil om de kunne levere data. Noen har måttet gi opp.

Datakvalitet er nærmere beskrevet i notater for 5 kommuner der vi har vært i tvil. (Bakgrunnsmateriale tilsendt kommunen). Generelt legges lista høyt for å slippe data inn i prosjektet. Vi har således valgt å utelukke Sarpsborg kommune som på grunn av tekniske årsaker hadde en viss grad av underrapportering av brukere og timetjenester på 15 - 20 %. Bodø og Drammen har hatt samme problem men har fått oppgradert programvaren sin og leverer tilfredsstillende data.

For ordinære hjemmetjenester har vi ikke akseptert data som har større feilmargin en ca. 5 % mht antall timer/uke hjelp som ytes, noe avhengig av hva feilene består i og hvor i materialet de forekommer. Når det gjelder tjenester som ytes i boliger med heldøgnsomsorg (boliger som har nattevakt) må en påregne svak datakvalitet enkelte steder. Dette skyldes blant annet at kommunene opplever det vanskelig å estimere riktig antall timer/uke når det f.eks er slik at personalet er tilstede og betjener brukeren som del en gruppe. I visse tilfeller er data om timer/uke nesten fraværende, men vi har også eksempler på overregistrering av tid. Når dette likevel får slippe igjennom er det fordi vi kan benyttes regnskapstallene som korreksjon.

Trondheim kommune leverte av nevnte tekniske årsaker individdata som var begrenset til opplysninger om mengde tid direkte tjenester med grov gruppering og gjennomsnittlig

funksjonsnivå for brukeren. Dette materialet var tilstrekkelig til å få Trondheims materiale med i den viktigste delen av arbeidet som gjelder KOSTRA, mens det var utilstrekkelig for annen anvendelse.

Blant de øvrige kommunene er det flere som har levert data til egne analyser tidligere, og som deltar med de dataene eller nyere oppdaterte (Tromsø, Harstad og Stord).

Informasjonsstruktur

Det er nødvendig at kommunene rapporterer både ressursbruk og brukerdata etter samme struktur. Med det menes at økonomidata må knyttes til riktige individdata. I praksis har dette vært en utfordring da mange kommuner opererer med ulike benevnelser på virksomheter og enheter i henholdsvis fagsystem og regnskapssystem, og har rapportert økonomidata og individdata uten å kontrollere at det er 100 % samsvar. Prosjektet har løst dette ved å ta kontakt med kommunenes kontaktpersoner og fått uklarheter oppklart.

Utviklingshemmede i ordinære hjemmetjenester

Prosjektet skiller mellom tjenester til utviklingshemmede og andre brukergrupper, og ønsker dessuten å ta denne grupperingsmåten med til drøfting av ulike boligarenaer som altså er ordinær bolig (ordinære hjemmetjenester) og to forskjellige typer heldøgnsomsorg, henholdsvis til utviklingshemmede (HDU) og andre (HDO).

I hvilken grad vil det likevel forekomme utviklingshemmede i materialet for ordinære hjemmetjenester/BK 1 - 3? I alt er det 16 906 brukere i BK1, de har 37 727 timer/uke praktisk bistand + hjemmesykepleie, totalt antall timer/uke alt inklusive utgjør 58.825. Av dette er 481 brukere utviklingshemmede (2,8 % av totalen), de har 910 timer/uke praktisk bistand + hjemmesykepleie (2,4 % av totalen) og totalt antall timer/uke alt inklusive er 4 125 (7,0 % av totalen). Av de 481 brukerne er litt under halvparten (230) under 20 år, de bor i familiens hjem og mottar tjenester der. Spredningen er meget stor når det gjelder funksjonsnivå, fra de svært avgrensede funksjonstap til store funksjonstap.

Utviklingshemmede som bor i eget hjem er en naturlig del av oppgavene for ordinære hjemmetjenester (integrasjon). Tallene, både antall brukere og mengde tjenester, utgjør en såpass liten andel av totalen at vi velger å ikke treffe tiltak for seleksjon og særskilt behandling av denne gruppen.

For oversiktens del gjengis noen hovedtall for øvrige tjenester som ytes til de 481 utviklingshemmede i ordinære hjemmetjenester. Dette gjør vi også med sikte på å gi bakgrunn for å vurdere hvordan dette kan påvirke tolkning av materialet for ordinære hjemmetjenester.

Tjeneste	Antall brukere med tjenesten	Antall timer pr uke	Gjennomsnitt timer/uke
BPA	5	78	15,6
Dagsenter	9	235	26,1
Matombringing	17	-	-
Trygghetsalarm	6	-	-
Avlastning utenfor inst	34	413	12,1
Avlastning i inst	76	-	-
Støttekontakt	279	1 368	4,9
Institusjon/heldøgns	2	-	-
Omsorgslønn	153	1 357	8,9
Omsorgsbolig	7	-	-
Annen bolig	1	-	-
Tvang i systematiske tiltak	0	-	-
Rehabilitering	21	-	-
Dagopphold	1	-	-

BAKGRUNNSMATERIALE

Følgende materiale er oversendt KS og den enkelte kommune:

KS:

- Inntil 3 sonerapporter pr kommune, Excel-format
- Inntil 3 statusrapporter pr kommune, Excel-format
- Manntall for hver kommune, Excel-format
- Sammenfattende tabell totalt og for hver enkelt (13) kommuner, Excel-format

Kommunen:

- Inntil 3 sonerapporter, Excel-format
- Inntil 3 statusrapporter, Excel-format
- Manntall, Excel-format
- Sammenfattende tabell for egen kommune, Excel-format
- Notat om datakvalitet (5 kommuner)

RO ble etablert som en selvfinansierende, ideell og selvstendig stiftelse i 1989. Senteret er stiftet av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund. I stiftelsens styre sitter representanter for stifterne, brukerorganisasjoner og frivillige, humanitære organisasjoner. Bakgrunnen for opprettelsen av senteret var at Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund ønsket et alternativt konsulent- og rådgivningsfirma som skulle bistå kommunene i utvikling av kommunenes omsorgstjenester. Etter hvert nytter kommunene RO som ekstern konsulent innenfor både helse-, sosial- og omsorgstjenesten. Flere kommuner benytter også senterets kompetanse og metoder i forbindelse med omstilling og utvikling innenfor helheten i det kommunale tjenestefeltet. RO er lokalisert i Stjørdal i Nord-Trøndelag.

ROs målsettinger

Ansøre til fornyelse av kommunale tjenester med brukerne i sentrum.

Bidra til utvikling av tjenester som brukerne opplever som helhetlige, vinklet mot forebygging, individretting og medvirkning, og som ivaretar brukernes krav til rettssikkerhet.

Ansøre kommunene til å utvikle organisasjonen, arbeidsmåter og tjenester som gir en effektiv ressursbruk.

Bistå kommunene med å rekruttere, beholde og utvikle tverrfaglig kompetanse, samt en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom ulike faggrupper og personer i organisasjonen.

Bistå kommunene med å identifisere egne muligheter for å yte tjenestene i tråd med intensjoner i lovverk og ut fra egne prioriteringer og mål.

Rådgi kommunene i utvikling av arbeidsmiljø og ledelsesfunksjoner.