



BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE

–

KOSTNADER

RESSURSANALYSE FOR HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET

STYRINGSDATA FOR OMSORG

RUNE DEVOLD AS

2011-05-25

1. Innledning og hovedkonklusjon.....	3
1.1 Metode	3
1.2 Resultater.....	4
1.2.1 Antall brukere og timer/uke.....	4
1.2.2 Årskostnader for brukere med BPA som tjeneste.....	5
1.2.2.1 Årskostnader etter type tjeneste.....	5
1.2.2.2 Årskostnader pr tjenestemottaker	6
1.2.2.3 Kostnadsnøkler for BPA og tilleggstjenester	7
1.2.3 Årsaker til kostnadsforskjeller	8
1.3 Konklusjon	12
2. Forutsetninger	13
2.1 Datamaterialet	13
2.1.1 Databehandleravtaler	13
2.1.2 Undersøkte kommuner	13
2.1.3 Seleksjon av brukere i undersøkte kommuner	13
2.1.4 Sammenlikningsmaterialet	13
2.1.5 BPA-timer pr uke – spredningstall.....	13
2.2 Metode	14
2.2.1 Forståelse av omsorgstrappa	14
2.2.2 Metode i Drifts- og ressursanalyser.....	15
2.2.3 Kriterier for funksjonsevne	15
2.2.4 Kostnadsnøkler.....	17
2.2.4.1 Regnskap for utførte tjenester.....	17
2.2.4.2 Produktivitet og effektivitet.....	17
2.2.4.3 Kalkulerte timepriser	17

1. INNLEDNING OG HOVEDKONKLUSJON

Ressursberegningene er foretatt på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og skal støtte arbeidet med vurdering av økonomiske konsekvenser for kommunene ved utvidet bruk av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Det vises til mandat for arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet med deltakelse fra KS, Finansdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. Oppdraget for Rune Devold AS¹ har vært å bygge videre på rapporten ”Kostnadsbilder innenfor pleie – og omsorg” utført på oppdrag fra KS i 2007. Det særegne ved denne var at brukerne ble kostnadsberegnet etter en inndeling av brukerne etter kjennetegn ved brukernes grad av funksjonsnedsettelse og hvilken boligarena tjenestene mottas. For denne rapporten er det innhentet nye nøkkeltall for BPA fra et utvalg kommuner² som kan sammenliknes med resultatene i KS-rapporten. Det er inngått databehandlertavtaler med kommunene for hjemling av bruk av IPLOS-opplysninger.

1.1 Metode

Metoden som ble brukt i KS-rapporten er senere videreført med Drifts- og ressursanalyser i et større antall kommuner. Nøkkeltall fra disse supplerer KS-rapporten³. I alt inngår derfor nøkkeltall fra i alt 28 819 brukere i materialet. Det er brukt kvantitativ metode. Den benyttes av kommunene for å vurdere om omsorgstrappa har egnet kapasitet og sammensetning og om den brukes på en god måte slik at det er de riktige brukerne som mottar tilbud på ulike arenaer. Det settes særlig fokus på om tjenestene ytes i samsvar med brukernes behov, praksis for tildeling av tjenester (prioriteringspraksis) og organisering av tjenesteproduksjonen med god produktivitet.

Metodisk tilnærming bygger på at det knytter seg særskilte kostnadsnøkler til de ulike trinnene i trappa (boligarena/tjenestetypen). Kriteriene for måling av brukernes funksjonsevne ligger i IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter.

Når funksjonsevne er detaljregistrert på i alt 17 ulike kjennetegn og vektet samlemål for funksjonsevne er beregnet for brukeren, danner dette grunnlag for gruppering av brukerne. I denne rapporten benyttes en grov inndeling i lette, middels og tunge funksjonsnedsettelse. Deretter fordeles brukerne etter boligarena/tjenestetype. Disse undergruppene er tilstrekkelig homogene til bruk i sammenlikning ut i fra denne rapportens formål. I kapittel 2 er det redegjort nærmere for kriteriene.

Kostnadsnøklerne er utviklet på bakgrunn av regnskapstall og fører fram til timepriser som kobles til mengde tjenester som ytes. Kostnadene omfatter sum (turnus) lønnsutgifter i direkte tjenesteyting ansikt til ansikt (ATA), inklusive sosiale utgifter, variable tillegg og refundert sykelønn. Kostnadene dekker også indirekte tid, eksempelvis reisetidskostnader, tid til rapportering med videre. Mange kommuner har også interne systemer for budsjettfordeling med kalkulerende timepriser. I dette prosjektet har det vært problemer med å estimere gode regnskapstall for BPA-produksjon i 2010 som følge av ufullstendig og dels ulik regnskapsføring i de undersøkte kommunene. Dette medfører at vi i denne rapporten i større grad må bruke kalkulerende timepriser for beregning av BPA-kostnader i de undersøkte kommunene.

¹ Oppdragsbrev av 5.mai 2011 fra HOD, jfr oppdragsbeskrivelse av samme dag.

² Hammerfest, Kragerø, Stavanger, Trondheim, Lier, Harstad, Tromsø, Lillehammer, Bærum.

³ Se liste over kommuner som inngår i kapittel 2.

Materialet som er innhentet om BPA-brukere i undersøkte kommuner omfatter i alt 288 brukere. Dette utgjør 11% av alle som har BPA-ordningen, i alt 2535 (SSB-IPLOS-data 2009). Tolkning må ta høyde for en viss usikkerhet knyttet til grad av representativitet.

Tjenester som knyttes til brukerne i nøkkeltallsdatabasen og i det som er innhentet omfatter bistand målt i timer/uke som kommunen har vedtatt å yte i form av BPA. Som tilleggstjenester har vi også opplysninger om praktisk bistand, hjemmesykepleie, omsorgslønn og støttekontakt. Det er også innhentet timer/uke knyttet til avlastning utenfor institusjon og dagsenter.

1.2 Resultater

1.2.1 Antall brukere og timer/uke

Det innhentet materialet omfatter 288 brukere. Av disse er det i alt kun 19 (6,6%) som er over 67 år, og vi velger derfor å framstille resultatene uten særlig fokus på alder, da dette gir lite tilleggsinformasjon for denne rapportens formål. Brukerne har følgende fordeling etter alder og funksjonsnedsettelse, og gjennomsnittlig antall timer/uke:

Tab 1: Antall brukere etter grad av funksjonsnedsettelse og alder, timer/uke.

Antall brukere, timer tjenester	Sum	Lette	Middels	Tunge
Antall brukere med BPA	288 (100%)	88 (30,6%)	129 (44,8%)	71 (24,7%)
- Gj.sn antall timer BPA/uke	39	16	39	70
- Gj.sn antall timer BPA+tilleggstjenester	46	18	44	85
Antall brukere under 0-66 år	269 (100%)	83 (30,9%)	119 (44,2%)	67 (24,9%)
- Gj.sn antall timer BPA/uke	40	16	40	70
- Gj.sn antall timer BPA+tilleggstjenester	47	18	45	86
Antall brukere 67 år+	19 (100%)	5 (26,3%)	10 (52,6%)	4 (21,1%)
- Gj.sn antall timer BPA/uke	32	15	27	64
- Gj.sn antall timer BPA+tilleggstjenester	38	15	35	73

Funksjonsmålingen i IPLOS ligger til grunn for fordeling av brukere i kategorier. Metoden er sårbar for tilfeldigheter når utvalget brukere er såpass lite som vist i tabellen.

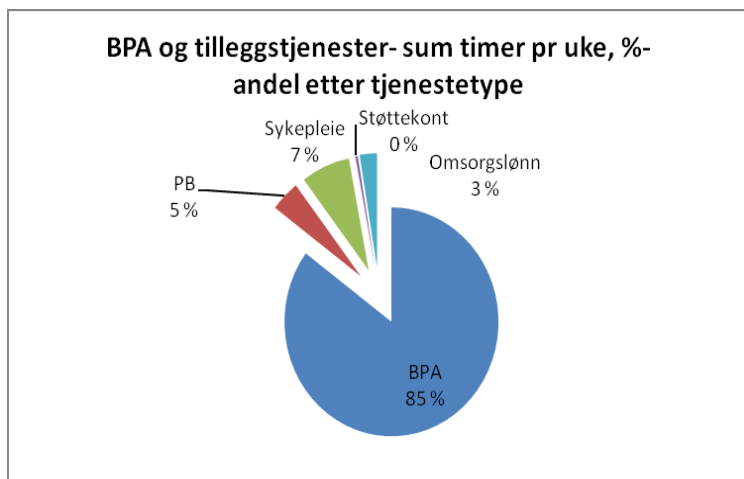
I snitt har brukerne 39 timer BPA, og 7 timer tilleggstjenester. Variasjonen etter grad av funksjonsnedsettelse har et mønster slik at de med lette funksjonsnedsettelse har 16 timer i snitt (18 inklusive tilleggstjenester), det øker til 39 (44) for middels og til 70 (85) for tunge funksjonsnedsettelse. Gruppen 67 år+ mottar noe mindre tjenester enn de øvrige, i snitt utgjør forskjellen om lag 21%.

Vi har ikke innhentet detaljerte individdata fra de undersøkte kommunene og benytter SSB-tall fra 2009 for brukere under 67 år til å si noe om typisk spredning i BPA-timer/uke⁴. Opp mot 45% har under 20 timer/uke, om lag 22% har over 40 timer/uke og de har i gjennomsnitt 80 timer/uke. Kommunene rapporterer enkeltbrukere opp mot 250 timer/uke.

Tilleggstjenester i form av praktisk bistand, hjemmesykepleie, støttekontakt og eller omsorgslønn er en del av normalbildet for mange BPA-brukere. I alt utgjør tilleggstjenestene om lag 15% av totalproduksjonen. Ut over dette kommer avlastning utenfor eller i institusjon samt dagsenter. Disse er holdt utenfor for å kunne sammenlikne BPA-brukerne direkte med de brukerne vi har tall for i nøkkeltallsdatabasen. BPA utgjør 85% av totalproduksjonen målt i timer slik figuren nedenfor viser.

⁴ Kilde: Mandat for arbeidsgruppen, foreløpig utkast pr 26.04.2011. Fullstendig oversikt er gjengitt i kapitel 2.

Figur 1: BPA og tilleggstenester.

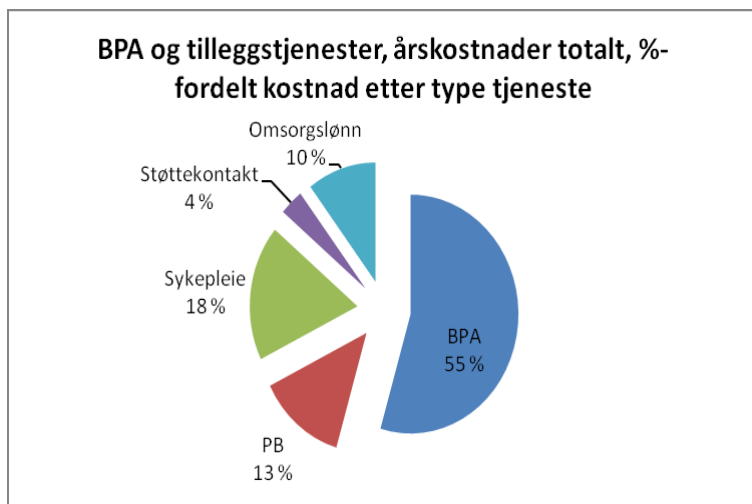


1.2.2 Årskostnader for brukere med BPA som tjeneste

1.2.2.1 Årskostnader etter type tjeneste

Som vist ovenfor utgjør BPA-timene 85% av alle timer som ytes. Figuren nedenfor viser kostnadene etter type tjeneste og en ser at BPA utgjør 55% av kostnadene.

Figur 2: Årskostnader etter type tjeneste, 2010



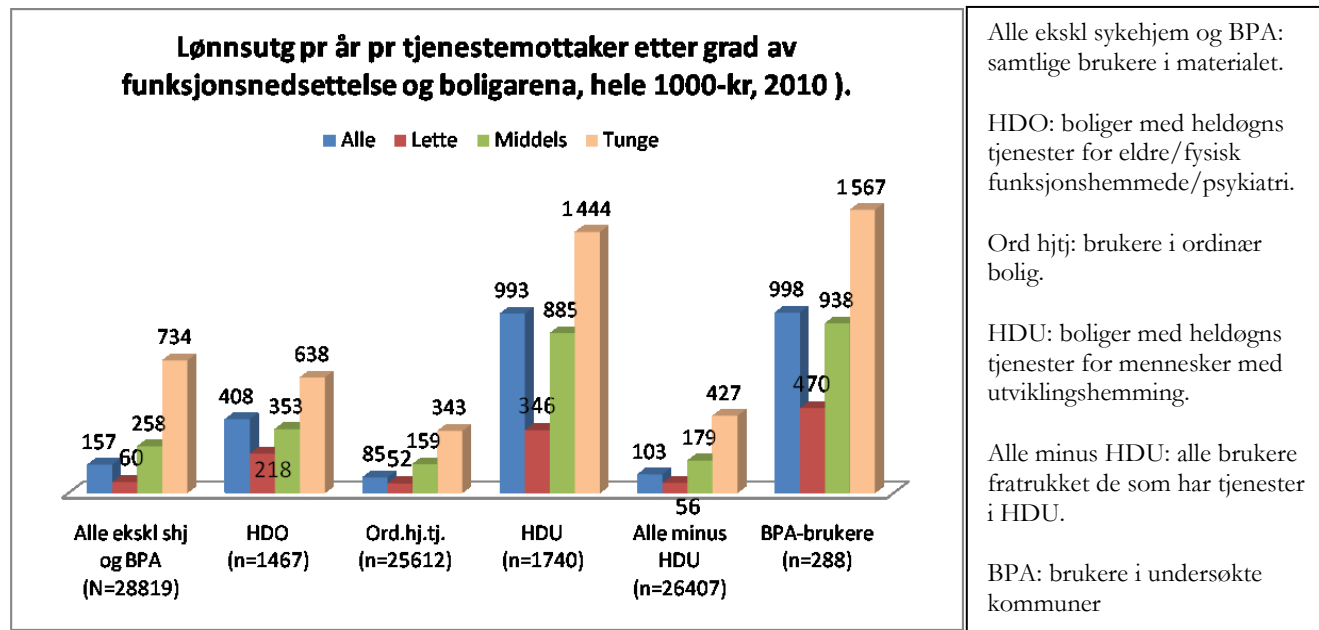
Årskostnadene for BPA utgjør 55% av de samlede kostnadene til gruppens tjenestetilbud. Hjemmesykepleie utgjør den største posten av de øvrige med 18%, praktisk bistand utgjør 13%. Støttekontakt er den minste posten med 4%. Dette skyldes flere forhold som knyttes til valg av kostnadsnøkler. Dersom en legger til grunn gjennomsnittlig timepris fra ULOBA i 2010 (kr 300,- ekskl 12% påslag for administrasjon) utgjør BPA-kostnadene 58%. Dernest er sykepleietjenestene relativt sett dyrere å produsere på grunn av høyere lønnsnivå og en betydelig indirekte tid til reising, dokumentasjon, møter, kompetansetiltak mv. Dersom en legger til grunn kostnaden for den minst produktive sykepleieproduksjon øker sykepleiens andel av kostnadene med 3-5 %-poeng i forhold til det som er vist i figuren over.

Kostnader er beregnet som lønnsutgifter i direkte tjenesteproduksjon, ansikt til ansikt (ATA). Dette inkluderer indirekte tid knyttet til eventuelle reiser, dokumentasjon og liknende. Normalt utgjør dette en svært liten andel for

BPA. Kommuner som har sett nærmere på dette anser det normalt å beregne kun 5%, maksimum 10% andel indirekte tiden innen BPA. Indirekte tid utgjør noe mer i praktisk bistand (hjemmehjelp), og ytterligere mer i hjemmesykepleien. Det vises til drøfting i kap 2.

1.2.2.2 Årskostnader pr tjenestemottaker

Figur 3: Lønnsutgifter pr tjenestemottaker



Figuren viser tall for BPA-brukerne inklusive tilleggstjenester sammenliknet med andre brukere.

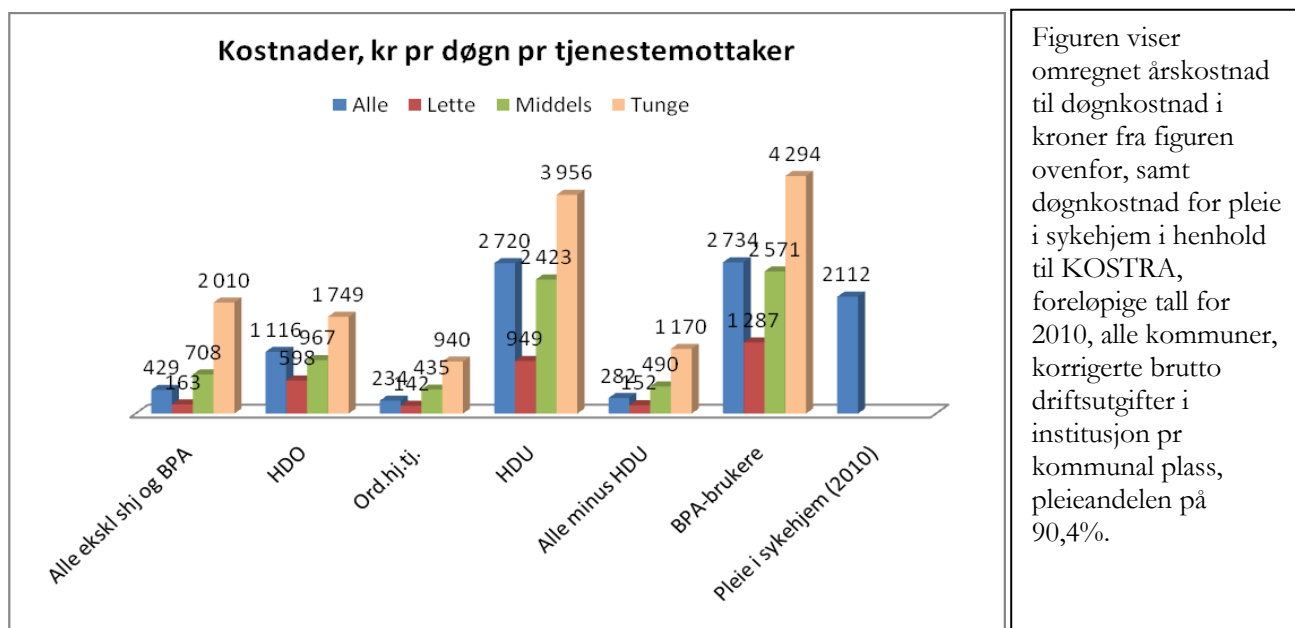
Totalt er kostnadene for BPA-brukerne kr 998.000,- pr år med variasjon fra kr 470.000,- for lette brukere til kr 1.567.000,- for brukere med tunge funksjonsnedsettelse. Blant de vi sammenlikner med er det naturlig å fokusere mest på brukere som mottar tjenestene i boliger med heldøgns tjeneste (HDO) fordi grad av funksjonsnedsettelse er stort også for mange av disse. Snittkostnadene for HDO er på 408.000,- kroner/år, med variasjon fra kr 218.000 – kr 638.000,-.

BPA-brukerne har kostnadsmessige likhetstrekk med HDU som omfatter mennesker med utviklingshemming og som får tjenesten i et bofellesskap. Disse har store hjelpebehov, en god andel har 1:1 og 2:1-tjeneste, og noen få har enda sterkere bemanning. Tjenesten er organisert i turnus slik at kostnadene fordeles på alle bofellesskapet. Det er derfor relevant å trekke inn HDU som sammenlikning fordi brukerbehovet og timetallet er stort og fordi produksjonen kunne vært organisert på tilnærmet lik måte.

HDU har snittkostnader på kr 993.000,-, med variasjon fra kr 346.000,- til kr 1.444.000,-. Disse tallene skjuler en underliggende skalaeffekt. Kostnadene pr bruker i HDU øker med synkende antall brukere i bofellesskapet. Se drøfting av dette under avsnitt om årsaker til kostnadsforskjeller.

Et annet perspektiv er kostnader pr døgn.

Figur 4: Kostnader pr døgn.



Døgnkostnader for andre tjenester enn de som er vist i figuren er ikke innhentet. Døgnkostnaden for alle ekskl sykehjem og BPA er kr 429,-. I HDO er kostnaden kr 1.116,-, i ordinære hjemmetjenester kr 243,-, i HDU kr 2.720, alle ekskl HDU er kr 282,-, BPA-brukerne er kr 2.734,- og i sykehjem er døgnkostnaden kr 2.112,-.

1.2.2.3 Kostnadsnøkler for BPA og tilleggstjenester

All tjenesteproduksjon har elementer av direkte tid (ansikt til ansikt – ATA) og indirekte tid (reiser, dokumentasjon og liknende). I kalkulasjon av årskostnader for tjenesteproduksjon inngår begge deler fordi den indirekte tida benyttes til oppgaver som er en direkte forutsetning for primæroppgaven som er å bistå brukeren. Men en holder administrasjon, merkantile oppgaver og andre driftsutgifter utenom for å kunne framstille sammenliknbare kostnader knyttet til selve den produksjonen som retter seg mot brukeren.

De produksjonskostnader som knyttes til ATA-timeproduksjon fanger opp ulike grader av produktivitet og effektivitet. Dette er nærmere drøftet i kapitel 2. I sammenlikningsgrunnlaget for denne rapporten inngår tall for "alle", ordinære hjemmetjenester, HDO, HDU osv. Tallmaterialet bak dette er faktiske kostnader som er regnskapsført for selve tjenesteproduksjonen slik den var i det aktuelle tidsrom som er målt. Bak tallene skjules derfor ulike grader av effektivitet og produktivitet. Noen variasjoner i dette skyldes at enkelte er flinke til å ta ut stordriftsfordeler, andre har organisert seg med mange små enheter og pådrar seg smådriftsulemper. Turnus er sektorens største kostnadsdriver, og må være av en viss størrelse for å gi det rom for fleksibilitet som trengs. Når det gjelder produksjon av BPA-tjenester er dette et viktig element, jfr drøftingene nedenfor.

Sammenlikningsgrunnlaget omfatter både heldøgns omsorgsboliger for eldre (HDO), og heldøgns omsorgsboliger for mennesker med utviklingshemming (HDU). Dette er relevante tjenester å sammenlikne med, fordi brukerbehovene og tjenesteomfanget ofte er stort, og ikke minst fordi det gir mulighet til å sammenlikne effektene av ulike måter å organisere tjenestene. Driftsformene HDO og HDU velges av kommunene for å oppnå god ressursbruk ved at mannskapet som er på jobb til enhver tid kan tilrettelegge og yte tjenester til mange brukere med variasjoner i behov gjennom døgnet.

Som kalkulert timepris for BPA har vi brukt kr 250,- som reflekterer et middels kostnadsnivå for kommunal egenprodusert BPA-tjeneste med minimal andel indirekte tid og ufaglærte assistenter med lav lønn. Dette er altså et moderat kostnadsnivå. Dersom en benytter gjennomsnittspris på kr 300,- fra ULOBA i 2010⁵ (ekskl administrasjonstillegget på 12%) øker totalsnittet for BPA fra kr 998.000,- til kr 1.100.000,- (+10,2%). Blant de

⁵ Kilde: Trondheim kommune, regnskap 2010. Skien kommune, utredning 2010.

undersøkte kommunene er det stor variasjon i måten dette organiseres og kostnadsregnes. Noen har kun egenprodusert BPA, andre bruker utelukkende kjøpte tjenester fra ULOBA. Noen har begge deler. Kostnadene de benytter til interne finansieringsordninger er også svært ulike og varierer mellom kr 218,- og kr 475,-. Det er ikke lagt avgjørende vekt på å fange opp alle disse detaljene i denne rapporten. Hovedformålet har vært å angi kostnadsnivå i et helhetlig perspektiv, mens forskjeller knyttet til valg av leverandør har underordnet betydning. I alle tilfeller er BPA-produksjonen beregnet med lite indirekte tid og høy ressurseffektivitet, time for time. Det er altså selve produksjonsmåten med 1:1 tjenester kontra tjenester ytt fra turnus som er hovedfokus.

I beregningene er følgende timepriser brukt:

BPA: det er kalkulert med kr 250,- pr time. Dette er et middels estimat mellom ytterpunktene for egenprodusert BPA. En kommune opererer med kr 218,-, andre med rundt kr 300,- eksklusive administrasjon. Det siste tallet ligger tett på ULOBA sine kostnader når en korreterer for 12% påslag for administrasjon og fellesutgifter. Høyest registrerte timepris er kr 475,- som inkluderer en betydelig ekstra reisetidskostnad. Når kr 250,- er brukt er det også for å gjøre beregningene i denne rapporten uavhengig av hvem som produserer tjenesten. Det er viktig å holde fokus på hovedspørsmålet knyttet til mulige årsaksfaktorer til høye timetall. Når vi finner store ulikheter i produksjonskostnader er det viktig at drøfting av dette kan knyttes til produksjonsmåten framfor spørsmålet om valg av leverandør. I tabellen nedenfor er det vist resultat også med alternativ timepris på kr 300 for BPA.

Som timepris for hjemmesykepleie er benyttet kr 438,-. Dette reflekterer en produksjon med middels produktivitet (andel direkte og indirekte tid). I tabellen nedenfor er det vist resultat også med alternativ timepris kr 400,- som er basert på noe bedre produktivitet (mindre andel indirekte tid).

Som timepris for praktisk bistand er benyttet kr 300,-. Også dette reflekterer en produksjon med middels produktivitet, og gjengs type bemanning med overveiende ufaglærte assistenter og pleiemedhjelpere. I tabellen nedenfor er det vist resultat også med alternativ timepris kr 325,- som er basert på noe dårligere produktivitet (større andel indirekte tid).

Som timepris for støttekontakt og omsorgslønn er benyttet kr 145,- som reflekterer hovedtyngden av innrapporterte tall fra kommunene.

Tabellen nedenfor viser tallgrunnlaget for figur 3 sammenliknet med en kalkulasjon med alternative timepriser.

Tab 2: Årskostnader med alternative timepriser

Tjenesteomr/boligarena	Årskostnader jfr figur 3				Årskostnader med alternative timepriser			
	Alle	Lette	Middels	Tunge	Alle	Lette	Middels	Tunge
Alle ekskl shj og BPA (N=28819)	157	60	258	734	157	60	258	734
HDO (n=1467)	408	218	353	638	408	218	353	638
Ord.hj.tj. (n=25612)	85	52	159	343	85	52	159	343
HDU (n=1740)	993	346	885	1 444	993	346	885	1 444
Alle minus HDU (n=26407)	103	56	179	427	103	56	179	427
BPA-brukere (n=288)	998	470	938	1567	1 091	518	1 036	1 728

Alternative timepriser i tabellen er BPA kr 250,- og kr 300,- der sistnevnte tilsvarer gjennomsnittlig timepris fra ULOBA i 2010, fratrasket administrasjonstillegget på 12%. Praktisk bistand er beregnet med kr 300,- og kr 325,- samt hjemmesykepleie kr 418,- og kr 400. Alt i alt er virkningen av alternative timepriser at årskostnadene for BPA år noe opp, fra kr 998.000,- til kr 1.091.000,-. Alternativene for BPA og praktisk bistand trekker kostnadene opp, mens alternativ timepris for hjemmesykepleie trekker noe ned.

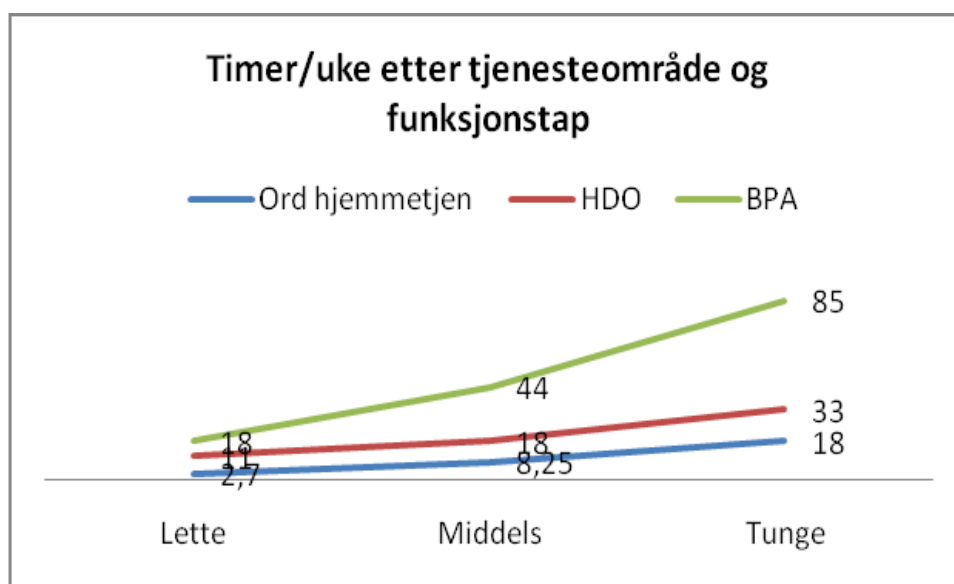
1.2.3 Årsaker til kostnadsforskjeller

BPA-brukere med middels eller tunge funksjonsnedsettelse utgjør 67% av samtlige brukere. Dette er på nivå med brukere i HDO, mens tallet for ordinære hjemmetjenester er så lavt som 24%. For gruppen "alle eksklusiv sykehjem og BPA" er tallet 29%. Det er altså ikke tvil om at BPA-brukerne har store behov, men det er altså korrigert for dette ved å sammenlikne like grupper med hverandre. Det er allerede også korrigert for ulikheter i kostnadsnøkler/timepriser; BPA-kostnadene og andre tjenester innenfor de ulike tjenesteområdene er kalkulert med moderate og realistiske kostnadsnøkler slik de faktisk er regnskapsført.

Årsakene til kostnadsforskjellene mellom BPA og de øvrige brukergruppene må altså ligge i andre forhold, og de aktuelle forklaringene kan i all hovedsak deles i to forhold uten at vi har grunnlag for å estimere det innbyrdes styrkeforholdet mellom enkeltfaktorer. Samlet må vi ta hensyn til følgende:

1. Kjennetegn ved brukernes behov, kommunal prioriteringspraksis og finansieringsordninger.
 - a. Kjennetegn ved brukernes behov og eventuelle måleproblemer: Forskjellene i kostnader mellom lette, middels og tunge brukerbehov blant BPA-brukerne sammenliknet med tilsvarende grupper i hjemmetjenester og HDO kan i noen grad skyldes ulike mønstre i funksjonsnedsettelsene. IPLOS-målingene av dette kan i noen grad underrapportere store hjelpebehov som følge av spesielle forhold (diagnoser, kjennetegn ved bolig og annet). I kapitel 2 er det redegjort for dette, for eksempel knyttet til diagnosen ALS. Vi er ikke kjent med at slike måleproblemer skulle være overrepresentert i BPA-materialet i forhold til de vi sammenlikner med, men det kan ikke utelukkes. Kommunene har ikke rapportert spesifikt om dette.
- b. Kjennetegn ved kommunal prioriteringspraksis: Det rapporteres fra kommunene at de opplever forventninger og et visst press for å vektlegge andre hensyn enn funksjonsevne ved tildelingen. BPA-ordningen kan oppfattes av brukerne å ha formål ut over å erstatte selve funksjonsnedsettelsen slik ordningen er ment. BPA skal tildeles som en organisasjonsform for tjenester som ellers ville vært tildelt gjennom de vanlige ordningene. Det kan utelukkes at hele forskjellen hviler på dette, men figuren nedenfor illustrerer problemstillingen.

Figur 5: Timer BPA og tilleggstjenester pr uke etter funksjonsnedsettelse, alle brukere



Figuren illustrerer at brukerne møtes med helt ulikt nivå på tjenestene i de ulike tjenesteområdene når funksjonevnen ellers er lik. Forskjellene er tydelige for både lette, middels og tunge

funksjonsnedsettelse. Brukere med lette funksjonsnedsettelse varierer i timetall fra 2,7 til 11 for middels og 18 for BPA. Gjennomsnittlig timetall pr uke for HDO-brukere med lette funksjonsnedsettelse er 11, mens BPA-brukerne mottar 18 timer. For middels funksjonsnedsettelse er tallene HDO=18, BPA=44, for tunge funksjonsnedsettelse er HDO=33, BPA=85.

Når det gjelder forskjellene mellom ordinære hjemmetjenester og HDO vil noe av forskjellen forklares med at noen kommuner registrere tidsbruk fra nattevakter i tillegg til timer som ytes på dag/kveld. Mange kommunerekrefter at de tenderer å være rausere med tjenestene når brukerne har fått tilbud innen HDO, og at de bemanner HDO-tiltakene deretter. Hvorvidt dette gjør seg gjeldende tilsvarende for BPA bør undersøkes.

Nærmere kvantitativ undersøkelse av dette kan gjøres ved bruk av SSB's IPLOS-materiale og det materialet som benyttes til sammenlikning i denne rapporten. Kvalitative undersøkelser vil kreve fokus på de faktiske vurderingene som kommunale aktører gjør.

- c. Finansieringsordningene: Forklaringen på forhold nevnt under b) kan ligge i kommunens vurdering av brukerbehov slik at de har en annen praksis for vurdering når vedtak fattes for tildeling av timer når brukerne omfattes av den statlige refusjonsordningen for ressurskrevende brukere og stimuleringstilskudd. Når utgiftene overstiger den kommunale egenandelen er det staten som finansierer tiltaket. I arbeidet med Drifts- og ressursanalyser har det i noen tilfeller forekommet klare indikasjoner på dette.

SSB opplyser (se pkt 2.1.5) at BPA-brukere med over 40 timer utgjør 22% av samtlige med BPA. Disse har i gjennomsnitt om lag 80 timer BPA pr uke. Tilleggstjenester er da ikke medregnet. I forhold til reglene for å kreve refusjon for ressurskrevende brukere vil det normalt være slik at en bruker med 40-45 timer BPA pluss tilleggstjenester kostnadsregnes slik at de overstiger terskelen for å få statlig refusjon. I praksis betyr det at en betydelig større andel enn 22% av BPA-brukerne kommer inn under ordningen med statlig refusjon.

2. Kjennetegn ved måten tjenesten organiseres (produksjonsmåten).

- a. BPA-brukerne får tjenesten som 1:1-tjeneste, brukerne har dedikerte assistenter som yter tjenesten uten andre brukere involvert. Dette er sammenliknbart med de ordinære hjemmetjenestene, men er ulikt HDO og HDU der tjenestene ytes fra en turnus med ansvar for alle i bofellesskapet. Hvor stort utslag dette har er vanskelig å beregne, men empiri kan gi en indikasjon. Selv om brukerne er ulike i HDO/HDU i forhold til BPA, er det langt på vei sammenliknbare forhold knyttet til selve produksjonen. Det er således intet til hinder for å vurdere generell 1:1 tjeneste opp mot turnus mellom disse gruppene på lik linje med for eksempel å betjene en bruker med forsterket hjemmetjeneste kontra sykehjem.

Skalaøkonomiske effekter: En undersøkelse av i alt 102 bofellesskap med i alt 583 brukere (HDU) i tidsrommet 2004-2010 ⁶ viser at det er sammenheng mellom antall brukere i boligen og årskostnader pr bruker. De undersøkte boligene er del av det materialet som ligger til grunn for figur 3. Brukerne i boligene har store funksjonsnedsettelse og behov for tjenester på linje med mange av BPA-brukerne. Det kan påvises skalaeffekter ved organisering av tjenesten med flere brukere med en turnus som betjener flere brukere kontra å yte 1:1-tjeneste. Gjennomsnittlig årskostnad med 1 bruker ligger på 2,5 mill kr. Med flere brukere synker kostnadene til 1,3 mill kr med 3 brukere i fellesskapet, 0,9 mill kr med 5 brukere og deretter ytterligere ned til 0,5 mill kr med 12 eller flere brukere. Materialet omfatter alle typer brukere, herunder brukere med lette, middels og tunge funksjonsnedsettelse.

I de aktuelle problemstillingene for denne rapporten har skalaeffekter størst relevans til brukertilfeller innenfor BPA-området der timetallet pr uke er stort.

⁶ Rune Devold AS, Drifts- og ressursanalyser 2005-2011

- b. Tjenesteyting fra turnus: En studie gjort for Helsedirektoratet ⁷ kaster lys over hvordan kapasiteten i en turnus fordeles til brukerne i form av dedikert (direkte individuell) tid til den enkelte bruker i et omfang som varierer signifikant med brukernes funksjonsevne og gjøremål overfor brukerne som utføres ved behov uavhengig av funksjonsevne.

Studien er relevant for å belyse hvordan kapasitet brukes i turnus. Dersom bistandsyterne kan betjene flere brukere samtidig med en kombinasjon av planlagte og tilfeldige oppgaver øker ressurseffektiviteten. En turnus brukes slik at noe av kapasiteten brukes i planlagte rutinemessige oppgaver for den enkelte brukeren, mens en restdel av turnusen er en grunnressurs som brukes til observasjon, bistand ved tilkalling og behov, samt generelt tilsyn over for alle brukerne samtidig.

Blant de om lag 1000 underøkte brukerne i sykehjem varierte den direkte tidsbruken som knyttes til ulike funksjonsevne fra 0-14 timer pr uke. Blant om lag 180 brukere i HDO var variasjonen større, de tyngste brukerne fikk nærmere 20 timer pr uke. Begge grupper fikk tilleggstjenester fra grunnressursen etter behov. Dersom en skulle tenke seg at alle tjenester ble ytt ut i fra prinsippet om 1:1 tjeneste, uavhengig av brukernes funksjonsevne ville bemanningen måtte være betydelig større enn den faktiske turnusen. BPA-brukere med behov som krever bistand hele eller deler av døgnet, eventuelt mulighet for å få bistand på tilkalling vil naturlig koste mer enn sammenliknbare brukergrupper som oppnår behovsdekning fra personale i turnus, ved planlagte besøk og tilkallingsbesøk (varsling/alarm).

- c. Smådriftsulemper gjør seg gjeldende for brukere som trenger tilsyn på natt. En nattevakt kostnadsberegnes vanligvis til 1-1,1 mill kr. Når denne tjenesten ytes dedikert og ikke som del av et fellesskap trekkes snittkostnadene opp.
- d. Når BPA-tjeneste leveres oppstykket kan tariffbestemmelser om minimumsbetaling for oppmøte virke som kostnadsdriver når arbeidstaker yter dedikert tjeneste, og ikke kan gå videre til neste oppdrag.
- e. Drift av 1:1-tjenester har smådriftsulemper knyttet til erstatning av fravær som følge av sykdom, permisjon og liknende sammenliknet med større turnuser. I større turnuser gis det mulighet til fraværserstatning ved intern justering av arbeidsoppgaver i noen grad. Denne muligheten er lite tilstede i BPA-tjenesteproduksjon. ULOBA benytter et påslag på 10% for vikarutgifter (sykelønn), eksempelvis Stavanger kommune innregner også 10% tillegg for vikarer ved kalkulasjon av egenprodusert BPA. Det er grunn til å anta at dette har størst effekt for brukere med middels og store behov og store timetall pr uke fordi disse brukerne trolig har en sterkere avhengighet av tjenestene og er mer sårbar for effekten av fravær.
- f. En del kommuner rapporterer at BPA-ordninger som er opphørt medfører rett til faste stillinger for arbeidstakerne som har ytt BPA-tjenestene som midlertidig tilsatte. Dette kan også gjøre seg gjeldende der BPA-brukeren som av ulike grunner har hatt ønske om å skifte ut sine assistenter.

Oppsummering: Dersom en tenkte seg at BPA-ordningen ble erstattet med organisering i samlokaliserte boliger er det sannsynlig at årskostnadene vil blitt lavere fordi en da kom bort fra utelukkende 1:1-tjenester. Tilsvarende er det sannsynlig at dersom driften av heldøgns omsorgsboliger for eldre (HDO) og mennesker med utviklingshemming (HDU) ble erstattet med BPA, ville årskostnadene økt kraftig. I begge tilfeller forklares endrede årskostnader med de samlede effektene av smådriftsutlemper kontra stordriftsfordeler, bedre samsvar mellom brukerbehov og mengde tjeneste som ytes, større grad av lik tjeneste til like behov og så videre.

⁷ "Ressurser følger brukeren i sykehjem", Trondheim kommune, Rune Devold AS i samarbeid med Sintef Helse, des 2005

1.3 Konklusjon

Datagrunnlaget for denne rapporten ligger i et stort sammenlikningsmateriale og innhentet informasjon om et antall brukere som kan synes lavt i forhold til å sikre robuste konklusjoner. Forbehold må tas, men det er grunn til å tro at vi har fått fram hovedtrekk i situasjonen. Både små, mellomstore og store kommuner er undersøkt. På detaljert nivå må tolkningen være mer forsiktig.

Mange brukere med BPA har omfattende funksjonsnedsettelse og det store tjenestebehovet reflekteres i kostnadene. Gjennomsnittlig kreves godt over 1 årsverk assistanse for å dekke behovet (39 timer/uke), tilleggstjenestene krever ytterligere opp mot 20 % av et årsverk. Enkeltbrukere har det mangedobbelte av snittet i tjenestenivå.

Sammenliknbare brukergrupper har betydelig lavere timetall pr uke og tilsvarende lavere produksjonskostnader enn BPA. Noe av variasjonen kan skyldes ulikheter i brukerbehov. En del må tilskrives ulikheter i kommunal prioriteringspraksis ved vurdering av brukerbehov og tildeling av tjenester. Forhold knyttet til hvordan tjenesten produseres har stor betydning i form av smådriftsulemper. Det kan ikke utelukkes at også finansieringsordningene har innflytelse.

Isolert sett framstår BPA som en rimelig tjeneste time for time, jfr drøftingen av timepriser. Men når totalkostnadene beregnes og sammenliknes med andre tjenester kommer BPA-ordningen dårlig ut, fordi smådriftsulemper og forhold knyttet til kommunal prioriteringspraksis med videre trekker kostnadene opp i betydelig grad.

Det er vanskelig og nøyaktig å estimere hvor stor andel av ulikhetene som kan tilskrives de enkelte faktorene. Av denne grunn, og av hensyn til omfanget av innhentet materiale anbefales at arbeidet følges opp med supplerende datainnhenting og studier som kan kaste ytterligere lys over mulige årsaksfaktorer til at BPA-ordningen skiller seg såpass mye ut på volum og kostnadsnivå når den sammenliknes med andre tjenestetyper.

Trondheim 2011-05-25

Rune Devold (sign)

2. FORUTSETNINGER

2.1 Datamaterialet

2.1.1 Databehandleravtaler

Kommunene har innrapportert aggregerte tall fra egne datasystemer. Tallmateriale for færre enn 5 brukere krever formalisert tilgang til personsensitive opplysninger. Det er inngått databehandleravtaler med alle deltakende kommuner for dette formål. Trondheim har levert tall som ikke bygger på færre enn 5 brukere og har vurdert det som likt at de ikke trenger avtale.

Nøkkeltall fra Drifts- og ressursanalyser som Rune Devold AS har utført for kommunene er basert på aggregerte tall og benyttes på grunnlag av databehandleravtaler som er inngått med disse kommunene tidligere.

2.1.2 Undersøkte kommuner

De undersøkte kommunene er Hammerfest, Kragerø, Stavanger, Trondheim, Lier, Harstad, Tromsø, Lillehammer og Bærum. På anmodning har de brukt sitt fagprogram (Geric, Profil, Cosdoc og andre) som kilde for IPLOS-rapportering til prosjektet. Data er bearbeidet lokalt og oversendt som aggregerte tall i henhold til kravspesifikasjon.

2.1.3 Seleksjon av brukere i undersøkte kommuner

Kriteriene for seleksjon av brukere er at de har innvilget tjenesten BPA pr årsslutt 2010. I to tilfeller er data fra mars 2011 brukt for å oppnå bedre datakvalitet. I alt 288 brukere er funnet. En kommune har valgt å benytte data fra månedsslutt mars 2011 på grunn av datakvalitet. I noen tilfeller er det gjort manuell korrigering av materialet som følge av endringer i driftsåret 2010. Vi har ønsket et mest mulig treffsikkert uttrykk for typiske årskostnader ved bruk av regnskap og kalkuleerte timepriser. Brukere som har kommet til/falt fra i perioden er korrigert for av denne grunn.

2.1.4 Sammenlikningsmaterialet

Materialet er sammensatt med nøkkeltall fra Bergen, Bodø, Drammen, Harstad, Kvinesdal, Lier, Nesseby, to bydeler i Oslo, Stord, Tingvoll, Trondheim, Tromsø, Time, Ringerike, Ørland, Kvinnherad, Kongsvinger, Høylandet, Lillehammer, Grue, Narvik, Sør-Odal, Steinkjer, Overhalla, Bremanger, Alta, Lebesby, Stjørdal, Ål, Øyer, Andebu, Karasjok, Kragerø, Hammerfest og Tolga, i alt 36 kommuner.

Noen av de undersøkte kommuner er også del av sammenlikningsmaterialet som følge av deltakelse i prosjektet "Kostnadsbilder i pleie- og omsorg" (2007) for KS. Andre har fått Drifts- og ressursanalyser på senere tidspunkt.

Oppsamlede nøkkeltall bygger på opplysninger om i alt 28 819 brukere. Når individdata er brukt i Drifts- og ressursanalyser har de først gjennomgått validering og flere runder med oppretting av data for å sikre fullstendighet og god kvalitet. Alle rapporterer at de har oppnådd god kvalitet på egne IPLOS-data.

Regnskapstall benyttes i analysene i henhold til kravspesifikasjon. Regnskapet skal fortelle om lønnskostnader i ATA-produksjon, inklusive indirekte tid. Administrasjon og merkantile lønnskostnader er holdt utenfor. Vikarutgifter, faste og variable tillegg medregnes. Refundert sykelønn er fratrukket. Regnskapstall fra de enkelte år er lønnsjustert i henhold til SSB's lønnsstatistikk for kommunal sektor.

2.1.5 BPA-timer pr uke – spredningstall

SSB-tall, foreløpige, for 2009, BPA-brukere under 67 år viser følgende spredning i antall timer BPA-tjeneste pr uke. (Kilde SSB IPLOS-data, jfr foreløpig utkast til mandat for arbeidsgruppen).

	Antall	Prosent
I alt	2340	100,0
Under 10 timer pr uke	404	17,3
10 inntil 15 timer/uke	362	15,5
15 inntil 20 timer/uke	278	11,9
20 inntil 25 timer/uke	235	10,0

25 inntil 30 timer/uke	128	5,5
30 inntil 35 timer/uke	93	4,0
35 inntil 40 timer/uke	132	5,6
40 timer/uke eller mer	516	22,1
Uoppgitt timer/uke	192	8,2

”Totalt var det 2535 BPA-brukere i 2009.

Eksempelvis er det 516 personer (22%) av de registrerte som mottar over 40 timer/uke. Fra spesialkjøringer vet vi at denne gruppen i gjennomsnitt mottar 80 timer/uke.”

2.2 Metode

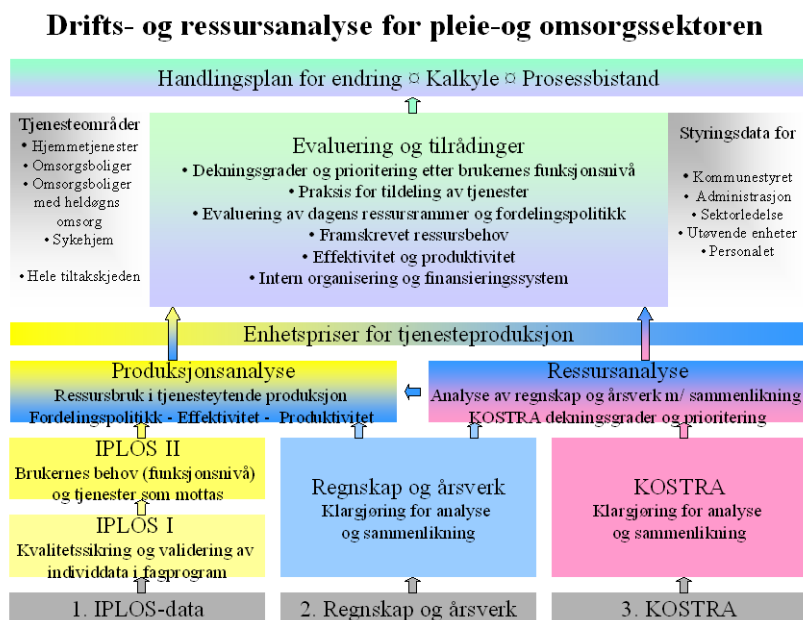
2.2.1 Forståelse av omsorgstrappa

Omsorgstjenesten har svært mange tilbud som skal dekke befolkningens behov for tjenester. Organiseringen er ganske forskjellig fra kommune til kommune, og en trenger en felles forståelse av hovedtrekkene i tilbudet. I arbeidet med Drifts- og ressursanalyser som ligger til grunn for sammenlikningsgrunnlaget i denne rapporten tas høyde for at det knyttes spesifikke kriterier og kostnadsnøkler til ulike trinn i trappa. Brukere med identifiserbare kjennetegn mottar tjenester på sammenliknbare boligarenaer, tjenesten er organisert (produsert) på en tilstrekkelig lik måte og så videre.

2.2.2 Metode i Drifts- og ressursanalyser

Sammenlikningsmaterialet i denne rapporten bygger på samme metode som ble brukt i rapporten ”Kostnadsbilder i pleie- og omsorg” til KS (2007). Materialet er senere supplert med Drifts- og ressursanalyser etter samme metode. Til sammen 36 kommuner inngår i materialet.

Figur 9: Oversikt over dataelementer og framgangsmåte i Drifts- og ressursanalyser



Datagrunnlaget er først og fremst IPLOS individdata. Dette kobles med regnskapsdata, og eventuelt årsverksoversikter når det trengs. KOSTRA-tall er hjelpeinformasjon, som regel har kommunen god oversikt over egne KOSTRA-tall. Men KOSTRA benyttes også for å bistå kommunen til bedre tolkning av egne og andres KOSTRA-tall.

Individdata gjennomgår validering og oppretting inntil de har god nok kvalitet til å slippes inn i analysen. Underveis i arbeidet er det vanlig at enkeltbrukere og grupper av brukere kvalitetssikres ytterligere.

For tolkning av resultater i denne rapporten er det viktig å være oppmerksom på at metoden er kvantitativ. Aktører i kommunene har særlig oppmerksomhet knyttet til hvordan resultatene kan belyse grunnlaget for vurdering av kvalitet på tjenestene, men benytter andre metoder til grundig gjennomgang av dette. Brukerundersøkelser supplerer grunnlaget.

2.2.3 Kriterier for funksjonsevne

IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) danner grunnlaget for fastsettelse av brukernes funksjonsevne – eller grad av funksjonssvikt. IPLOS bygger på WHO's forståelse av sammenhengen mellom sunnhet (aldersspesifikk funksjonell helse), påvirkning av miljøfaktorer, sykdom, prosess, skade, mén og funksjonelle begrensninger med påfølgende funksjonsnedsettelse og død. Omsorgstjenestens oppgaver er å avhjelpe funksjonsnedsettelsen. De 17 variablene som beskriver dette i IPLOS skåres på skala 1-5 der verdi 1 er at brukeren kan utføre aktiviteten selv og verdi 5 har fullt bistandsbehov.

Variablene er: alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, personlig hygiene, på- og avkledning, toalett, lage mat, spise, bevege seg innendørs, bevege seg utendørs, ivareta egen helse, hukommelse, kommunikasjon, beslutninger i dagliglivet, sosial deltakelse og styre adferd.

Alt etter formål er det vanlig å gruppere variablene. Ett eksempel er gruppering i personlig (eks toalett), instrumentell svikt (alminnelig husarbeid) og kognitiv svikt (eksempelvis hukommelse).

De 17 variablene sammenfattes til et samlemål på skal 1-5 der de regnes sammen ved hjelp av vekt. I denne rapporten er det lagt til grunn en vektning av innhentet materiale som er lik den som ble brukt i ”Kostnadsbilder i pleie- og omsorg” for å sikre sammenliknbarhet. Disse vektene avviker noe fra de SSB til vanlig benytter. SSB's vekt vil normalt beregne en noe høyere numerisk verdi, og dermed øke andelen brukere med middels og store funksjonsnedsettelse i forhold til de oversikter som er gitt i denne rapporten.

For gruppering av brukerne i denne rapporten er benyttet samme betegnelser som i KS-rapporten, brukere med "lette", "middels" og "tunge funksjonsnedsettelse" der gruppene defineres etter numerisk verdi på funksjonsnivå i ulike intervaller på skala 1-5. SSB benytter betegnelsene "noe/avgrenset bistandsbehov", "middels til stort bistandsbehov" og "omfattende bistandsbehov".

Jfr SSB's tabeller basert på foreløpige tall for 2009 (tabeller 18.05.2011) er fordelingen av brukere og timer/uke slik sammenliknet med våre tall:

	Total	Noe/avgrenset – lette	Middels til stort bistandsbehov – middels	Omfattende bistandsbehov - tunge	Uoppgitt
SSB: (n=2535), %-andeler	100%	21,1 %	45,7%	26,7%	6,6%
Innhentet (n=288), %-andeler	100%	30,6%	44,8%	24,7%	-
SSB: BPA-timer/uke	32	14,7	30,7	48,9	29,2
Innhentet BPA timer/uke	39	16	39	70	-

Andelen brukere i gruppene er noe ulik, vårt materiale har flere brukere i første gruppe, det trekker snitt timer/uke opp. Uoppgitte tall i SSB's materiale gjør at sammenlikningen vil halte noe. Når det gjelder timer/uke i vårt materiale er det særlig timer til den tyngste gruppen som avviker mye fra SSB's tall. Jfr tekstrammen i avsnittet ovenfor om BPA-timer og spredningstall har SSB tidligere beregnet at den tyngste gruppen i snitt har rundt 80 timer/uke, hvilket harmonerer bedre med våre tall.

For tolkning av resultater er det viktig å være klar over at IPLOS har stor utsagnskraft generelt. Utsagnskraften øker med antall brukere i utvalget. I denne rapporten har vi sett på 288 brukere og påpeker at antallet kan være sårbart for statistiske tilfeldigheter. På den annen side er tendensen i det materialet vi har innhentet i rimelig grad forenlig med de tall SSB har presentert basert på IPLOS 2009. Våre tall er fra 2010. Vi anbefaler å gå et steg videre ved innhenting av flere tall fra andre kommuner for å supplere materialet og redusere usikkerhet.

I Drifts- og ressursanalyser til kommunene gjør vi særlig oppmerksom på flere forhold av betydning for tolkning. Ett viktig moment er å ta høyde for at bistandsbehov som følge av kognitiv svikt kan være underrapportert, særlig når for eksempel demens opptrer i kombinasjon med god fysisk funksjonsevne. Tall som gjelder mennesker med utviklingshemming må tolkes annerledes enn for andre, en gitt numerisk verdi for funksjonsevne kan ikke sammenliknes direkte med andre brukergrupper i forhold til tallenes evne til å predikere hjelpebehov. Bestemte diagnoser kan ha følger i form av fysisk funksjonssvikt som underrapporteres. ALS-pasienter er eksempel på dette. I en del tilfeller kan hjelpebehov underrapporteres som følge av at hjelpen er begrenset men må ytes hyppig, med økte reisetidskostnader til følge. Brukere med behov for bistand til medisiner og bruk av medisinsk-teknisk utstyr er eksempel på dette.

Fokus for denne rapporten er brukere med BPA som tjeneste. Tolkning av funksjonsevne for disse brukerne må ta høyde for at bistanden kan være utmålt også med tanke på forhold som isolert sett ligger utenfor formålet med IPLOS-målingene. Dersom det for eksempel er gitt et formål som er økt evne til yrkesdeltakelse eller at en ønsker å unngå flytting til omsorgsbolig eller sykehjem innebærer det at bistanden må økes ut over det som isolert sett kan predikeres ved tolkning av funksjonsevne.

2.2.4 Kostnadsnøkler

2.2.4.1 Regnskap for utførte tjenester

I sammenlikningsgrunnlaget (36 kommuner) er det regnskapet som danner utgangspunkt for beregning av produksjonskostnader. Sum regnskapsførte lønnskostnader knyttet til ATA-timer (turnus) fratrukket sykelønn er brukt som økonomisk ramme for dokumentert produksjon. Samlet lønns- og prisjustert økonomisk ramme er om lag 4,5 mrd kroner, fordelt med 2,2 mrd kr til ordinære hjemmetjenester, 1,7 mrd kr til HDU og 0,6 mrd kr til HDO. Disse rammene er koblet med sum timer produsert ATA i henhold til IPLOS-registrert tjenesteyting.

Resultatene i form av gjennomsnittlige kostnader pr time og pr bruker i ulike grupper vil som følge av dette gjenspeile kommunens faktiske kostnader, uavhengig av hvordan de har kalkulert timepriser ved for eksempel beregning av budsjettfordeling, intern aktivitetsbasert finansiering og liknende. Derved fanges også opp ulike grader av produktivitet. Som følge av dette vil det også fange opp ulikheter i forholdet mellom direkte og indirekte tid (produktivitet), ulikheter i personellsammensetning, ansiennitet, avlønning, bemanning på natt og annet som kommunene tar selvstendig standpunkt til ved organisering av tjenestene.

Blant de undersøkte 8 kommuner i denne rapporten fant vi svært ulik og til dels uoversiktlig regnskapsføring av BPA-tjenestene. Noen har BPA som eget ansvar i økonomisystemet, andre har det ikke. Blant de sistnevnte var vi avhengig av "håndarbeid" for å finne tall, for eksempel å lete opp lønnskostnader til BPA tilsatte som var regnskapsført som del av samlet hjemmetjeneste. Knapp tid gjorde dette vanskelig. Regnskapsførte utgifter til kjøp av tjenester fra ULOBA og andre leverandører var derimot enkelt å identifisere. Alt i alt har vi derfor benyttet kalkulerte timepriser som kostnadsnøkler for de tjenestene undersøkte kommuner har rapportert. Se nedenfor.

2.2.4.2 Produktivitet og effektivitet

Produktiviteten, her definert som forholdet mellom direkte og indirekte tid varierer til dels sterkt mellom kommunene og mellom de forskjellige tjenesteområdene som ordinære hjemmetjenester, HDO og HDU samt sykehjem. Når vi korrigerer for reisetid, såkalte HMS-tid (ekstra personell som følge av personalsikkerhet, tunge løft mv), utrykningstid på trygghetsalarmer og eventuell tidsbruk på matombringing og andre relevante forhold er det vanlig at indirekte tid for hjemmehjelp (praktisk bistand) utgjør mindre enn 15-20% av tida. For hjemmesykepleie er det ikke uvanlig at korrigert indirekte tid ligger innenfor 20-25%. Hjemmesykepleien er pålagt større oppgaver knyttet til dokumentasjon, rapport ved vaktskifte, journalarbeid, kompetansetiltak, møter og annet.

Alt i alt har hjemmetjenestene god produktivitet. Det er større variasjon innen HDO, HDU og sykehjem. For tolkning i denne rapporten er det viktig å være klar over at tallene nettopp reflekterer gjennomsnittet av de 36 kommuner, uansett om de har god eller dårlig produktivitet.

Effektivitet er i Drifts- og ressursanalysene definert som i hvilken grad omsorgstrappa er godt sammensatt med hensyn til kapasitet og om den benyttes på en effektiv måte. Det settes fokus på om det er godt samsvar mellom brukerbehov og type/mengde tjeneste, om nåløyet er for å få tjenester er satt på en god måte. Dette berører kommunens rolle som behovsprøver, der oppgaven er å forvalte brukernes lovfestede rett til tjenester på den ene side og kommunens rett til å bestemme mengde og type tjeneste på den annen side. Sammenlikningsgrunnlaget viser også her et gjennomsnitt for 36 kommuner. Det er store forskjeller i effektivitet mellom kommunene og mellom ulike tjenesteområder.

For denne rapportens formål kan variasjoner i produktivitet og effektivitet ha enn viss betydning for tolkning av resultatene. Som eksempel nevnes at når BPA-kostnader sammenliknes med HDO er HDO-kostnadene lavere enn de ville vært dersom heldøgns omsorgsboliger var tildelt på en mer effektiv måte. Dette skyldes at boliger for ofte er tildelt som et boligpolitisk tiltak snarere enn som omsorgspolitisk tiltak. Mange har fått bolig som ikke har heldøgns behov, de mottar lite tjenester og trekker gjennomsnittskostnadene ned. I kapittel 1 er disse forhold benevnt som kommunal prioriteringspraksis. Dersom en tenkte seg at HDO i større grad var gitt som tilbud til dagens BPA-brukere med store behov, ville gjennomsnittskostnadene for HDO steget, mens BPA-kostnadene ville blitt tilsvarende redusert.

2.2.4.3 Kalkulerte timepriser

Kommunene benytter ulike beregningsmetoder for kalkulering av timepriser. Dette henger sammen med at formålet med beregningene kan avvike, for eksempel om prisene skal benyttes til interne opplegg for budsjettfordeling eller om det kun er til informasjon. Som følge av dette er det blant annet ulike løsninger vedrørende direkte/indirekte tid og påslag for vikarutgifter. Forskjeller gjør seg også gjeldende med hensyn til hva slags personell en har i tjeneste.