

Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

	<i>under 67 år</i>	<i>67-79 år</i>	<i>80-89 år</i>	<i>90 år+</i>
Heimetenester	1,4 %	9,2 %	34,8 %	52,5 %
Institusjonsplass	0,05 %*	1,9 %	10,8 %	33,4 %

Rapport fra Helsetilsynet 2/2009
Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

Januar 2009

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve)

Denne publikasjonen finst elektronisk på Helsetilsynets nettstad
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

Faks: 21 52 99 99

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Forord frå Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har dei seinare åra arbeidd ein del med å systematisere bruken av tilgjengelege kvantitative og kvalitative data for tilsynsformål. Ikkje minst er det knytt store utfordringar både av metodisk og kapasitetsmessig art til bruken av statistiske opplysningar i dette arbeidet.

Jamleg blir det samla inn store mengder kvantitative data frå driftseiningane i sosial- og helsetenesta. Dette er data som i det vesentlege dels blir brukte til å framstille nasjonale oversikter og dels til samanlikningar innanfor særlege område mellom ulike mindre einingar som til dømes kommunane. I langt mindre grad har ein fram til no kopla opplysningar frå ulike datasett med sikte på å framstille risikobilete og gjere vurderingar av sårbare område og forhold der ein kan sjå for seg moglege svikt i tenesteytinga.

Denne rapporten viser nokre praktiske døme på korleis ein kan nytte offentleg publisert statistikk til å lage seg slike risikobilete og gjere vurderingar av sårbare område på lokalt og regionalt nivå. Rapporten byggjer på ei metodisk tilnærming utvikla av assisterande fylkeslege Torleiv Robberstad i Rogaland.

Statens helsetilsyn ønskjer gjennom publiseringa av denne rapporten å medverke til at dei erfaringane som er gjort i dette arbeidet også kjem andre til del. Etter vår vurdering er dette ein relevant måte å tilnærme seg statistikken på som kan vere til nytte ved prioritering og

planlegging av statleg tilsyn med sosial- og helsetenesta.

Rapporten legg vekt på forhold knytte til kommunal tenesteyting. Vi trur difor også at rapporten kan vere til nytte for kommunane når dei skal følgje opp pliktene sine etter § 1-4 i kommunehelsetenestelova.

Vi vonar at denne rapporten kan gje idear til eige utviklings- og forvaltningsarbeid med grunnlag i offentleg tilgjengeleg statistikk.

Avslutningsvis vil vi peike på det rikhaldige materialet som ein kan finne som utgangspunkt for slikt arbeid på nettsidene til Helsedirektoratet, sjå www.helsedir.no/kommunehelseprofiler

Oslo, januar 2009

Geir Sverre Braut
ass. direktør

Forord

Dei siste 15 åra er statistiske opplysningar om helse- og omsorgstenester blitt tilgjengelege på ein heilt annan måte enn tidlegare. Muligheter, forventningar og veldefinerte ansvar for helse- og omsorgstenester krev stadig større presisjon i tenestepanlegging og ressursforvaltning, med statistikk som eit viktig verktøy. Derfor er det også naturleg og nødvendig å bruke dette i tilsyn og områdeovervaking.

Det er ikkje alle som syns det er like enkelt å bruke statistikk i dette arbeidet, og helse- og omsorgstenester er meir innfløkte enn dei fleste trur. Fagpersonell treng noko banal tilleggs-kunnskap om statistikkbruk for å kome i gang, og dette ser ut til å vere enklare enn å gi dyktige talbehandlarar nok tilleggs-kunnskap om faglege innhald og samanhengar.

Dette heftet er meint som ei hjelp for nysgjerrige til å prøve seg. Det viser opplysningar som er lett tilgjengelege, kor dei er å finne, og nokre måtar å bruke dei på. Det er mykje lettare å finne opplysningar for relevant nivå i kommunar enn i spesialisthelseteneste, og derfor handlar dette for det meste om kommunale tenester. Heftet byggjer først og fremst på dei erfaringane eg sjølv har gjort med slikt dei siste 15 åra.

Sandnes i desember 2008

Torleiv Robberstad

Innholdsliste

Forord frå Statens helsetilsyn	3
Forord	4
Innholdsliste	5
Del I: Grunnlaget	7
1 Områdeovervaking.....	7
2 Dei viktigaste datakjeldene	9
Del II: Om KOSTRA	12
3 Bruk av KOSTRAtal.....	12
4 Funksjonsinndeling i KOSTRA.....	13
5 Kommuneinndeling i KOSTRA	14
Del III: Metodar	15
6 Samanlikningar med andre	15
7 Samanlikningar over tid.....	15
8 Presentasjonsmåtar.....	18
Del IV: Bakgrunnsopplysningar	20
9 Kommuneøkonomi	20
10 Behovsprofil.....	22
Del V: Deltjenester og variablar	23
11 Allmennlegeteneste.....	23
12 Fysioterapiteneste	24
13 Førebyggjande helsearbeid	25
14 Psykisk helsearbeid.....	26
15 Pleie- og omsorgstenester	28
16 Barnevern.....	33
17 Grunnskule.....	34
Del VI: Eksempelsamling	36
18 Barnevernutgifter i Rogalandkommunane	36
19 Allmennlegedekking.....	38
20 Pleie- og omsorgstenester m.v. (Gjesdal)	40
21 Pleie- og omsorgstenester m.v. (Sandnes).....	44
22 Eldreomsorg og utskrivingspraksis frå sjukehus	46
23 Tenester til barn og ungdom (Haugesund).....	48
24 Barne- og ungdomspsykiatri.....	51

25 Ressursar til helsestasjons- og skulehelseteneste (funksjon 232).....	56
26 Framskriving av inntekter og ressurskrevande grupper.....	58
Čoahkkáigeassu	61
English summary.....	62

Del I: Grunnlaget

1 Områdeovervaking

Heilskapen er større enn summen av delane.

1.1 Kva det er og kven som skal gjere det

Statens helsetilsyn har ansvaret for overordna fagleg tilsyn med helse- og sosialtenestene, jfr. § 1 i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og § 2-7 i Lov om sosiale tjenester m.v.

I Hagestadutvalet sin rapport om overordna fagleg tilsyn (2000) er denne definisjonen brukt:

Overordnet faglig tilsyn består i å overvåke helsetjenestens ytelser og å følge med i helsetilstanden i befolkningen, og utfra dette vurdere behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til befolkningens behov og nasjonale mål og prioriteringer.

Helsetilsynet sitt områdeovervåkingsprosjekt 2005-2007 har produsert viktige dokument, som er lagt ut på intranettet Losen =>prosjekter => avsluttede prosjekter
=>Tilsynsmyndighetenes områdeovervåkingsprosjekt (TOP) (2004-2007).
Der er områdeovervaking definert slik:

Områdeovervåking er tilsyn med et overordnet perspektiv og omfatter å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helse-tjenesten i et tilsynsperspektiv.

I praksis ligg det nær opp til begrepet overordna fagleg tilsyn slik dette er brukt av Hagestadutvalet.

Helsetilsynet skal såleis drive områdeovervaking både av helse- og sosialsektoren, og har i embetsoppdraget til Helsetilsyna i fylka sagt:

Helsetilsynet i fylkene skal etablere rutiner for å systematisere, ta vare på og spre kunnskapen fra tilsyn, og anvende den i sin tilsynsvirksomhet, så som i arbeidet med risikovurderinger og prioritering av områder for tilsyn, utvikling av tilsynsplan og gjennomføring av tilsyn.

Embetsoppdraget til Fylkesmennene har tilsvarande ordlyd for sosialsektoren. I praksis må ein ofte sjå deler av desse to sektorane i samanheng for å få eit godt nok samlebilde.

1.2 Korfor det skal gjerast

Områdeovervaking skal framskaffe kunnskapen som kan brukast

- til å beskrive tilstanden,
- til å finne fram til område med svikt eller risiko for svikt,
- som grunnlag for å vurdere om det trengs tilsyn,
- for å peike på udekte behov eller variasjonar som ikkje er i samsvar med helselovgjevinga og nasjonale mål, prioriteringar og andre føringar.

Dette er kjerneoppgåver både for Helsetilsynet i fylka og for Fylkesmennene.

For å framskaffe dette er det ikkje lenger godt nok bare å spørje ei ad hoc-forsamling av gode fagfolk kva dei hugsar og syns. Områdeovervaking må byggje på systematisk og strukturert samling, sortering og lagring av relevante opplysningar og dokumentasjon gjennom heile året.

Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen står i skjeringspunktet mellom nasjonale mål, kommunalt sjølvstyre og individuelle rettar. Lover og forskriftsverk seier mykje om alle desse tre vektorane, og statleg forvaltning i fylket er viktig i avveging og utforming av praksis.

Områdeovervaking vil gi betre grunnlag for å synleggjere sårbare område i forhold til forsvarlege tenester og andre lovkrav. Det er eit verktøy for å vakte nasjonale helsepolitiske mål – så som opptrappingsplanen for psykisk helse – og følgje med i korleis kommunar og helseforetak oppfyller desse. Det å vere ”behovas vitne” er også ein del av desse arbeidsfelta. Alt dette må vere tufta på godt nok kunnskapstilfang.

Statleg områdeovervaking er i nær slekt med kommunane sitt ansvar for å ha oversyn over faktorar som kan ha innverknad på helse og sosiale forhold. Sentralt står her § 1-4 i kommunehelse-tenestelova:

Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helse-tjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak (vår understreking) gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen.

Jf også § 3-1 i sosialtenestelova og § 3-2 i barnevernlova.

Kommunar og statleg myndighet har noko ulike innfallsvinklar. Kommunane ønskjer betre grunnlag både for løpande planlegging og drift av tenester og for å møte komande utfordringar i tide.

Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal på si side avdekkje sårbare forhold og vise område med fare for svikt.

1.3 Kor ein kan hente kunnskap

Kunnskapskjeldene kan delast i tre hovudgrupper:

- 1) *Tilsyn* (landsomfattande, andre planlagde, og hendingsbaserte) og *rettighetsklager*, særleg då avslutningsbrev med oppsummeringar. RegROT gir oversikt over desse.
- 2) Uformaliserte *enkeltopplysningar*, som kan vere
 - eksterne: oppslag i massemedia, brev eller tips som ikkje fører til formelle tilsyns- eller klagesaker, eller
 - interne: vurderings- og sorteringsnotat.
- 3) Lokale samanstillingar og analyser av tilgjengeleg *statistikk*, som kan vere laga som underlag for tilsyns- og forvaltningssaker, som del av ROS-analyser eller VP-arbeid, eller for å sjå etter om det er noko interessant å finne i ny statistikk.

1.4 ROS-vurderingar

Tilsyn og områdeovervaking skal vere *risikoinformert*, ikkje risikobasert. I dette ligg at vurderingar av risiko og sårbarheit er eit viktig del av basis for all tilsynsaktivitet – men ikkje den einaste. Slike ROS-vurderingar byggjer på både fakta, analysemodellar, teoretisk fagkunnskap og erfaringskunnskap. Statistiske opplysningar er ein del av faktagrunnlaget, og kan fortelje både om tenestevolum, kvalitet og ventande endringar i behov dei komande åra.

Meir om ROS-vurderingar er å finne i rapporten *Et verktøy for risikovurdering ved prioritering av tilsyn i helse- og sosialsektoren*, frå juni 2004 (Rapport RF – 2004/105), utarbeidd av Helsetilsynet i Rogaland og Rogalands-

forskning. Internettadressa for den er <http://www.iris.no/Internet/sn.nsf/wvDocId/34FFF455C1081F60C1256EED002A4038/>

1.5 Sterke og svake sider med kjeldene

Planlagde enkelttilsyn og landsomfattande tilsyn gir god faktakunnskap om dei områda som ser ut til å vere viktigast å sjå på. Det same kan langt på veg gjelde hendingsbaserte tilsyn. Tilsynsaker kan gi solide svar på korleis tilstanden er, og kan gi kunnskap om forhold som andre metodar ikkje kan fortelje noko om, men er så ressurskrevande at dei sjeldan kan gi løpande kunnskap om utvikling over tid i mange kommunar.

Her snur ein på ROS-utvalde steinar og ser nøye etter kva som ligg under dei.

Rettighetsklager og uformaliserte enkeltopplysningar kan gi gode opplysningar om svikt i tenester og i internkontroll. Dei er ad hoc-saker og stort sett utan ROS-prioritering, så dei kan bare unntaksvis gi kunnskap om utvikling over tid, men ein klase av slike kan gi grunnlag for planlagde enkelttilsyn.

Her har einkvan smudd ein stein og sett på kva som ligg under den.

Systematisering av statistikk er å bruke godtekne fakta til å gi gode samanlikningar av tilsynsobjektet: både med seg sjølv over tid og med andre til same tid. Variablane er etter kvart blitt rimeleg godt definerte og pålitelege. Slikt systematiseringsarbeid er mykje mindre tidkrevande enn arbeid med tilsyns- og rettighetssaker, og kan derfor framskaffe mykje vidare oversyn i tid og rom. Statistikk gir sjeldan endelege svar, men er ofte eit godt grunnlag for å stille dei rette spørsmåla og for ROS-vurderingar.

Systematisert statistikk er til hjelp for å velje ut kva for steinar ein helst bør snu og kva ein særleg bør sjå etter under dei.

Dette heftet handlar om bruk av statistikk i områdeovervaking. Det handlar

mest om kommunale tenester, så mykje av stoffet kan nok også vere nyttig i arbeid etter § 1-4 i kommunehelsetenestelova. Det handlar lite om spesialisthelsetenesta, fordi den statistikken sjeldan går lågare enn helseforetaksnivå.

2 Dei viktigaste datakjeldene

*Kva gjer det om sume er underlege, det finst so mange normale likevel.
Olav H. Hauge*

Som del av Helsetilsynet sitt områdeovervakingssprosjekt blei det utarbeidd ei omfattande oversikt over aktuelle datakjelder. Den er å finne på losen => *prosjekter => avsluttede prosjekter => Tilsynsmyndighetenes områdeovervakingssprosjekt (TOP) (2004-2007) => Dokumenter fra delprosjektene => Systematisering av tilsynserfaringer – endelig rapport: s. 9-13.*

Det er ein god regel at du ikkje bør be andre om opplysningar utan at du veit både kva du skal bruke dei til og korleis du vil gi tilbakemelding. Det er kommunane som leverer det aller meste av grunnlagsdata, og dei vil sikre datakvaliteten sin betre når dei ser at det dei leverer av data blir brukt på vetuge måtar. Bruk av data i tilsynsarbeid er også ein måte å spreie kunnskap om bruksmåtar.

Tenestedata var det svært lite av på 1980-talet, men noko kom i Stortingsmelding nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. I 1992 kom så Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene (=Hjulet), som innleidde ein ny æra med lett tilgang på mykje nyttig statistikk.

Det er Statistisk sentralbyrå (SSB) som samlar inn det aller meste av relevante statistiske opplysningar og som gir ut KOSTRA – som står for KOMMune-STATistisk Rapportering. Andre datakjelder brukar mykje av det same grunnlagsmaterialet men vinklar variablane på noko ulike måtar, så det ein ikkje finn i den eine kan godt finnast i ei anna.

Vanlegvis er det ein fordel å bruke KOSTRAtal, fordi det er dei kommunane er mest vane med. IPLOS (*Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk*) blir i 2008 integrert i KOSTRA, og vil bli til god nytte når det kan gi oss meir opplysningar om mottakarar og ressursbruk i po-tenestene på kommunenivå.

No til dags er dei tre viktigaste kjeldene for data om tenester, økonomi og risiko:

- 1) KOSTRA, som er på www.ssb.no/kostra. Her finn ein tenestedata tilbake til 2002, og stundom til 1999. Førebetal for siste år blir lagt ut frå 15. mars (dei har jamnt over god kvalitet no), og endeleg tal frå 15. juni.
 - a) Nivå 3 *Grunnlagsdata* er dei tala kommunane sjølve har rapportert til SSB.
 - b) På nivå 2 *Detaljerte nøkkeltall* er dei utrekna til rater som gjer det mulig med samanlikningar.
 - c) Nivå 1 *Utvalgte nøkkeltall* er kortversjonen av nivå 2.I dette heftet er bare brukt nivå 2-data, men nivå 3-data kan vere greie å vise til dersom kommunen ikkje kjennest ved dei tala me har brukt. Forklaringa på rare KOSTRAtal er vanlegvis at kommunen ikkje har kvalitetssikra rapporteringa si godt nok
- 2) Kommunehelseprofiler. Dette kom i 2006, og er å finne på www.shdir.no => *statistikk* => *kommunehelseprofiler*. Det er meint til planlegging i kommunane, og har særleg fokus på helsetilstand, risikofaktorar og førebygging. Det er ei ulempe at dette datagrunnlaget bare høver til å dra sikre konklusjonar for kommunar over 10.000 innbyggjarar – og halvparten av norske kommunar har mindre enn 5.000 innbyggjarar. Ein god ekstragevinst er at det gir så mykje oppdatert tilleggskunnskap om helserelaterte spørsmål.
- 3) Hjulet har kome i papirversjon kvart år sidan 1992, i 6 hefte, og er også å finne på www.shdir.no => *Statistikk* => *Hjulet* => *Sammenligningstillene*. Det

kjem gjerne i 3. kvartal, og brukar førebetal.

Kommuneark kjem frå Helsedirektoratet i 4. kvartal, med dei endelege KOSTRAala. Sjå www.shdir.no => *Statistikk* => *Hjulet* => *Kommuneark*. Desse arka har få variablar, men høver godt som grovorientering. Ei fallgruve her er små aldersgrupper utan desimal: 6% 67-79-åringar står for 5,5-6,49% og med ei slik 18% variasjonsbreidde er det ikkje godt nok som samanlikningstal.

Den som treng mange variablar om nokre få kommunar, finn dei lettast i KOSTRA.

Den som treng nokre få variablar frå mange kommunar, finn dei nok lettast i Kommunehelseprofiler eller Statistikkbanken: www.ssb.no => *statistikkbanken*.

Vaksinasjonsdata er å finne i SYSVAK: www.shdir.no => *Statistikk* => *Nasjonalt folkehelseinstitutt* => *SYSVAK* => *SYSVAK dekningsstatistikk*. Det kan vere like enkelt å bruke lenkja til *Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)* nederst i Kostraområde E *Kommunehelse* på nivå 2.

For økonomidata er hovudkjelda KOSTRAområde A *Finansielle nøkkeltall*, og i Hjulet tabell 9 finn ein litt. Tabellane 11 og 12 i Hjulet (ressursbruk fordelt på deltenester og på tenesteområde) er ikkje så nyttige til tilsynsbruk, fordi dei også speglar alderssamansetnaden i kommunen og derfor fortel tilsvarande mindre om tenestnivå.

Historiske data: den som ikkje finn nok i KOSTRA, kan leite i Statistikkbanken, og direkte lekkje dit står nederst på kvart KOSTRAområde på nivå 2. Kommunehelseprofiler er også eit godt alternativ. Ein del historiske data frå 1987-2006 står også i ein samletabell fremst i Hjulet-hefta.

Folkemengde finn ein i

- www.ssb.no => *Folkemengde* => fylkesvise tabellar *Folkemengd, etter kjønn, alder og kommune*.

- KOSTRAområde B *Behovsprofil*.
- *Kommunehelseprofiler*.
- Tabell 1 i Hjulet. Den er ikkje kjønnsdelt, men det har me sjeldan bruk for.

Desse kjeldene har noko ulik aldersinndeling av 0-24-åringane. Du får velje sjølv!

Folkemengdeframskrivningar blir gjort av SSB tredjekvart år. Den nyaste no er å finne i

- SSB: => *Folkemengde, framskrevet => Tabell 6 Folkemengde pr 1. januar, etter fylke og kommune. Registrert 2005, framskrive 2006-2025, alternativ MMMM.*
- Hjulet 2007: tabell 1.

Tal for psykisk utviklingshemma i kvar kommune er å finne i Kommunal- og regionaldepartementet sitt Grønt hefte H-2202 Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2008, tabell E-k

kriteriedata kommunene, kolonnene 18-19 (over og under 16 år). Dette heftet kjem nytt for kvart år, og er å finne på www.regjeringen.no => *departementene* => *Kommunal- og regionaldepartementet* => *Rapporter og planer* => *søk H-2202* => *hele dokumentet*. Talet på psykisk utviklingshemma er eit kriterium som veg 7% i kostnadsnøkkelen for rammetilskota til kommunen.

For sjukdom og dødsårsaker er hovudkjeldene Kommunehelseprofiler og Norgeshelsa: www.fhi.no. Det er vanskeleg å finne solide tal for dei fleste kommunane fordi dei er så små (halvparten har under 5.000 innbyggjarar), jf tabell 8.1 i Hjulet og konfidensintervalla der.

Kreftregisteret ga i 2003 ut *Kreft i Norges fylker og kommuner 1971-1980, 1981-1990, 1991-2000*.

Ein del risikofaktorar er å finne i KOSTRAområde B *Behovsprofil* og i tabellane 2-7 i Hjulet.



Del II: Om KOSTRA

3 Bruk av KOSTRAtal

3.1 KOSTRA i kommunane

Før 1986 hadde kommunane svært mange statlege tilskotsordningar å turne i. Frå 1986 blei desse (med unntak av barnehagar) stort sett samla i eitt statleg rammetilskot, for å leggje til rette for lokale prioriteringar utan statleg overstyring. På 1980-talet blei fireårige langtidsbudsjett stadig meir vanlege, og frå 1993 gjorde kommunelova fireårig økonomiplan pliktig. Frå 1990 har det vore noko statleg styring med øyremerking og rapportering, mellom anna for barnevernet, ansvarsreforma for psykisk utviklingshemma og opptrappingsplanen for psykisk helse.

Denne overgangen frå kommunal opportuniste til totalansvar og prioritering krev større presisjon og rasjonalitet i forvaltningspraksis, så statistiske data er blitt eit vilkår for å greie planlegging og styring.

Stemmer frå folkedjupet – og frå kommunestyresalen – seier stundom:

Det er tre slags løgn: vanleg løgn, fordømt løgn og statistikk.

Men både budsjett, rekneskap og årsrapport er statistikk. Politikk skal byggje både på etikk, verdivurderingar og kunnskap om harde fakta og utviklingstendensar. Statistikk skal gi slik kunnskap, og kan ikkje erstattast av teser, skipperskjønn eller enkeltkasuistikkar.

KOSTRA blei innført for å samle all statistisk rapportering frå kommunane til staten i eitt system, så ein kunne bli kvitt mange andre rapporteringar som ofte var dårleg samordna og som ga mykje tidheft og lite synleg nytte. ØkonomiKOSTRA kom på slutten av 1990-talet, og tenesteKOSTRA er obligatorisk frå 2002. Kommunar flest brukar no KOSTRAtal for å samanlikne både kostnads- og tenestenivå med andre kommunar. Dette er svært nyttig for å prioritere kommunale oppgåver i Må ha, Bør ha og Kjekt å ha, men innfallsvinkelen er nok ofte ”dersom andre kan greie seg med noko mindre pengar til teneste X, så må vel me også kunne greie det”, og slikt kan lett gi tilsynsrelevante konsekvensar.

3.2 KOSTRA i tilsynsarbeid

KOSTRAtal er i så vanleg bruk i kommunane at statlege tilsynsmyndigheter også må kunne bruke dei som underlag for dialog med kommunar, for ikkje å falle gjennom. Det er ein stor fordel for tilsynsarbeidet at det er kommunane sjølve som har rapportert inn datagrunnlaget i KOSTRA. Bruk av KOSTRA i tilsyn blir derfor som å halde ein spegl opp framfor kommunen og seie:

Slik ser du ut, og det er du sjølv som har opplyst om det.

Når dette bildet blir sett inn i eit vidare perspektiv, kan det vise noko meir enn avvik frå lover og forskrifter. Då brukar ein samanlikningstal, og det kan gjerast på to måtar.

På-tvers-modellen er den vanlege. Her blir denne kommunen samanlikna med andre gruppegjennomsnitt og enkeltkommunar på same tid.

På-langs-modellen. Her blir kommunen samanlikna med seg sjølv over tid:

- no-status blir samanlikna med tidlegare år for å vise utviklingstendensane i tida som har gått,
- framskrivingar av målgrupper blir brukt for å få vite meir om som kva ventar rundt neste sving eller 10-15 år lenger framme, som grunnlag for å

stille spørsmål om korleis ein tenkjer seg framtidig utforming og volum av deltenester.

Bruk av statistikk i områdeovervaking liknar på mange måtar på kommunediagnose etter kommunehelsetenestelova § 1-4, men innfallsvinklane kan vere nokså ulike.

4 Funksjonsinndeling i KOSTRA

I KOSTRA er dei ulike områda i kommunesektoren delte opp i ulike funksjonar. Tabellen nedanfor viser dei viktigaste funksjonane i helse- og sosialsektoren.

	<i>E:</i> <i>Kommune-</i> <i>helse</i>	<i>F:</i> <i>Pleie og</i> <i>omsorg</i>	<i>G:</i> <i>Sosial-</i> <i>tenesta</i>	<i>H:</i> <i>Barne-</i> <i>vern</i>
120: Administrasjon	x	x		
232: Førebygging, helsestasjons- og skulehelseteneste	x			
233: Anna førebyggjande helsearbeid etter kommunehelsetenestelova (miljøretta helsevern m.m.)	x			
234: Aktivisering og støttetjenester for eldre og funksjonshemma		x		
241: Diagnose, behandling, re-/habilitering	x			
242. a og b: Råd, vegleiing og sosialt førebyggjande arbeid			x	
243: Tilbod til personar med rusproblem			x	
244: Barnevernteneste				x
251: Barneverntiltak i familien				x
252: Barneverntiltak utanfor familien				x
253: Pleie, omsorg, hjelp og re-/habilitering i heildøgnsinstitusjon	x	x		
254: Kjernetenester knytte til pleie, omsorg og hjelp til heimebuande		x		
261: Institusjonslokaler		x		
273: Kommunale sysselsetjingstiltak			x	
281: Økonomisk sosialhjelp			x	

Nærare definisjonar av innhaldet i dei ulike funksjonane finn du i brukarvegleiinga (s. 33), rapporteringskjema og

vegleriing til utfylling av desse. Alt dette finn du på www.ssb.no/kostra => *Brukerveiledning*.

5 Kommuneinndeling i KOSTRA

16 grupper etter storleik og økonomi. Stundom blir ein kommune flytta over i ei anna gruppe. For 2007 er inndelinga slik:

I KOSTRA er kommunane inndelte i

<i>Gruppe</i>	<i>Kjenneteikn</i>	<i>Antal</i>
1	Små kommunar med middels bundne kostnader pr innbyggjar, låge frie disponible inntekter	28
2	Små kommunar med middels bundne kostnader pr innbyggjar, middels frie disponible inntekter	66
3	Små kommunar med middels bundne kostnader pr innbyggjar, høge frie disponible inntekter	32
4	Små kommunar med høge bundne kostnader pr innbyggjar, låge frie disponible inntekter	0
5	Små kommunar med høge bundne kostnader pr innbyggjar, middels frie disponible inntekter	45
6	Små kommunar med høge bundne kostnader pr innbyggjar, høge frie disponible inntekter	58
7	Mellomstore kommunar med låge bundne kostnader pr innbyggjar, låge frie disponible inntekter	34
8	Mellomstore kommunar med låge bundne kostnader pr innbyggjar, middels frie disponible inntekter	32
9	Mellomstore kommunar med låge bundne kostnader pr innbyggjar, høge frie disponible inntekter	0
10	Mellomstore kommunar med middels bundne kostnader pr innbyggjar, låge frie disponible inntekter	20
11	Mellomstore kommunar med middels bundne kostnader pr innbyggjar, middels frie disponible inntekter	49
12	Mellomstore kommunar med middels bundne kostnader pr innbyggjar, høge frie disponible inntekter	14
13	Store kommunar utanom dei fire største byane	39
14	Bergen, Trondheim og Stavanger	3
15	Oslo kommune	1
16	Dei ti kommunane med høgast frie disponible inntekter pr innbyggjar	10

I brukarvegleiinga finn du meir om dette, og på s. 26-30 i den er tabellar som viser kor kvar av dei 431 kommunane er plassert for rapporteringsåret 2007.

Del III: Metodar

6 Samanlikningar med andre

Dette er På-tvers-modellen, der ein kommune eller delteneste i den blir samanlikna med andre til same tid. Dette er den vanlege måten å bruke samanlikningstal på.

Kven skal ein samanlikne med? Det er fleire å velje mellom, og det er ikkje alle som høver til all slags bruk. Du må sjølv vurdere kva som er mest relevant for den deltenesta du vil sjå på:

Andre kommunar som ein veit denne kommunen plar samanlikne seg med. Samanlikningar med grannkommunar vil også gi eit meir konkret og lettskjønleg bilde for folk flest, som gjerne syns at sin kommune ikkje bør ha dårlegare helse- og sosialtenester enn grannane – og det kan ofte bli forsterka av at dei er dekte av det same settet med lokale massemedia. Derfor vil det alltid vere nyttig å ha med eit par slike kommunar i samanlikninga, gjerne henta frå same KOSTRAGruppe som tilsynsobjektet.

Eiga KOSTRAGruppe. Desse fangar opp allmenne skilnader mellom små og større kommunar: Gjennomsnittskommunen har ca 4.900 innbyggjarar, og då er det ikkje så interessant å samanlikne seg med kommunar med 30-40.000 innbyggjarar. Kommunenes Sentralforbund har initiert mange samarbeidsgrupper mellom kommunar som vil samarbeide om bruk av samanlikningstal. 9 av dei største kommunane (ASSS-kommunane¹) har i mange år samarbeidd tett om samanlikningstal,

mellom anna fordi dei meiner at dei har mange felles trekk som ikkje blir fanga godt nok opp av snitta for 42 kommunar i KOSTRAGruppe 13.

Eige fylke. For nokre faktorar, så som arbeidsløyse og sosialhjelp, vil det vere meir aktuelt å samanlikne med eige fylke enn med eiga KOSTRAGruppe.

Landsgjennomsnittet. Då bør ein velje *Landsgjennomsnittet uten Oslo*, fordi Oslo er både kommune og fylkeskommune. Bare Bergen og Trondheim har meir enn fjerdeparten så mange innbyggjarar som Oslo.

Kortversjonen:

- Ein bør alltid samanlikne med to andre kommunar og eiga KOSTRAGruppe.
- I tillegg kan du velje enten eige fylke eller landsgjennomsnitt utan Oslo.
- Med fleire enn desse blir det for uoversiktleg og til lite tilleggsnytte.

7 Samanlikningar over tid

Det me eig, er fortidi og framtidi. Notidi er me aldri herre yver. Difor er det tryggast å halda seg anten i gamle dagar eller i framtidi ein stad.
Olav H. Hauge

Dette er På-langs-modellen, som kan vere historiske samanlikningar eller framskrivningar.

1. Bergen, Trondheim, Bærum, Stavanger, Kristiansand, Fredrikstad, Tromsø, Sandnes og Drammen.

Slike er alt for lite brukt, truleg fordi ein må bearbeide data noko for å kunne samanlikne dei.

Men samanlikningar over tid kan vise oss viktige utviklingstendensar som ein ikkje får auga på dersom ein bare brukar siste årgang av data.

Samanlikning med andre er som eit gruppebilde, mens samanlikning over tid er som eit videoopptak.

7.1 Historiske samanlikningar

Med desse blir kommunen no (2007-tal) samanlikna med seg sjølv i tidlegare år for å vise utviklingstendensar (*er all reduksjon i tenestevolum blitt kompensert med effektivisering?*). Her kan ein hente nyare tal frå KOSTRA og historiske tal frå Statistikkbanken.

Til historiske samanlikningar kan ein bruke både tenestetil og økonomital. Dei er å finne fleire stader, sjå kapittel 2 ovanfor.

Økonomital: løpande og faste prisar
For økonomitala må ein ta omsyn til at alle historiske kostnader er oppgitt i "løpande prisar" (= nominelle prisar), som er rekneskapstala for det året. Men for kvart år blir kjøpekrafta litt mindre, både for privatpersonar og for kommunen: alle fekk meir for kvar krone i 1997 enn i 2007.

For å kunne samanlikne økonomital over fleire år, må ein først rekne dei om til "faste prisar" for det same året – vanlegvis det siste året me samanliknar med.

- For privatfolk er omrekningsfaktoren konsumprisindeksen.
- For kommunane er omrekningsfaktoren deflator, som fungerer som prisindeks for konsum i kommuneforvaltninga. Den viser kor mykje kostnadene har auka frå året før.

Når deflator er større enn konsumprisindeksen, betyr det at kommunen sine utgifter (som for ein stor del er lønsutgifter) aukar meir enn dei private hushaldsutgiftene, dvs. at privatøkonomien blir sterkare.

Eitt eksempel på slik omrekning står i teksten under tabell 9 i Hjulet for 2007: tala for netto driftsresultat for 2005 og 2006 er rekna om til 2004-prisar etter prisindeks for konsum i kommuneforvaltninga. Der er altså 2005- og 2006-kronene rekna om til 2004-kroner med hjelp av deflator.

Nyaste deflator er lettast å få tak i med å spørje ein som steller med kommuneøkonomi hos Fylkesmannen, eller rådmannen i kommunen.

For dei seinare åra har deflator vore som vist nedanfor (henta frå *Teknisk beregningsutvalg*):

2009:	+4,5% *	2008:	+5,6%	2007:	+3,8%
2006:	+3,7%	2005:	+3,0%	2004:	+3,3%
2003:	+3,7%	2002:	+4,3%	2001:	+6,3%
2000:	+4,7%	1999:	+3,6%	1998:	+5,5%
1997:	+3,1%	1996:	+3,7%	1995:	+2,9%

* 2009-deflator er anslag i Nasjonalbudsjettet 2009.

Dette betyr at for å finne 2008-verdien av 1.000 2004-kroner må ein

- auke 2004-kronene med 3,0% for å få 2005-kroner,
- auke 2005-kronene med 3,7% for å få 2006-kroner,
- auke 2006-kronene med 3,8% for å få 2007-kroner,

- og til slutt auke 2007-kronene med 5,6% for å få 2008-kroner.

Reknestykket blir slik: $1.000 \times 1,03 \times 1,037 \times 1,038 \times 1,056 = 1.170,79$.

1.000 2004-kroner tilsvarar altså 1.171 2008-kroner i kommunebudsjettet.

Tenestet

KOSTRAnivå 2 viser tal for tenestenivå, som rater (så som X pr 1.000 personar). I desse er det tatt omsyn til endringar i målgruppa over tid, så dei skal brukast utan omrekningar.

Den som vil sjå på endringar i tenestevolum, må gå til KOSTRAnivå 3 *Grunnlagsdata* eller rekne det ut etter rate og storleik av hovudmålgruppa, men dette er ikkje så aktuelt i tilsynsarbeid.

7.2 Framskrivningar

Framskrivningar er viktige

- for å få vite meir om kva som ventar rundt neste sving eller om 10-15 år,
- for å spørje kva dette vil krevje av endringar i volum og utforming av deltenester, og
- fordi langsiktige utviklingstendensar ofte vil gi kommunen viktige utfordringar om både struktur, finansiering og prioriteringar (og då kan også lokal statleg rådgiing vere nyttig).

Framskrivningar er særleg viktige for dei to store deltenestene i kommunen, som står for to tredjedeler av netto driftsutgifter for landsgjennomsnittet utan Oslo (tal for 2006). Dei er

- pleie- og omsorgstenestene som står for 35%, og
- grunnskule som står for 31,7%.

Til samanlikning står barnevern for 4,8% og kommunehelse for bare 4%. Men for dei to største sektorane vil små prosentvise feilskjær bety mange kroner. Derfor må utviklinga i dei to bli vurdert i langt nok tidsperspektiv – mykje lengre enn

fire år – for ikkje å snuble.

Økonomital: her brukar ein siste årgang av KOSTRAtal for einhetskostnader/kostnader pr 100 personar i målgruppane, utan omrekningar framover i tid. For det fins ingen deflator for framtida, og me veit ikkje nok om terapeutiske endringar, mulige effektiviseringsgevinstar eller endra grensesnitt mellom kommune og spesialisthelsetenester. Men det er lov å bruke skjønn i den forklarande teksten.

Endringar i målgruppa: SSB har ulike framskrivingsalternativ for folketal. Det er greiast å bruke folkemengdeframskrivningane i KOSTRA eller Hjulet (alternativ MMMM), dersom ein ikkje trur at dei plar vere systematisk feil for visse kommunar med særleg stor vekst eller nedgang i folketal. Spør lokal-kjende til råds om slikt.

- Framskrivningar av dei eldre aldersgruppene er ganske pålitelege, fordi folk flest ikkje plar flytte til andre kommunar etter fylte 70 år. Men ein bør vurdere korleis aldersfordelinga innan aldersgruppa 80 år+ er i den aktuelle kommunen, fordi større andel 90 år+ vil gi større behov for pleie- og omsorgstenester (meir om dette under kapittel 10 Behovsprofil variabel d).
- Framskrivningar av barn og ungdom er meir usikre, fordi dei vil variere med flyttemønsteret for foreldregenerasjonen – som i sin tur er avhengig av kor arbeidsplassane er.

Ein framskrivingsmodell for ei delteneste kan då sjå slik ut:

Kva vil det koste (med dagens kroneverdi) å halde dagens tenestenivå og tenestemodell om X år, når målgruppa til den tid har endra seg med Y %?

Denne modellen blir eit godt grunnlag for å drøfte:

- a) Er dagens tenestenivå for dårleg, godt nok eller "for godt" (= gir mindre grensenytte enn andre deltenester)?

- b) Bør tenestemodellen endrast for å få meir nytte for ressursane (som er pengar og kompetanse)? Dette er mellom anna den løpande diskusjonen om avveginga mellom heime-tenester og institusjonsplassar i pleie- og omsorgstenestene.

8 Presentasjonsmåtar

8.1 Generelt

Gode presentasjonsmåtar er noko av det viktigaste og vanskelegaste å få til.

Utgangspunktet ditt er at du har sett gjennom mykje data, du ser viktige mønster i dei, og du ønskjer at andre skal skjønne og godta dei som del av eit vurderingsgrunnlag. Då er det ikkje nok bare å stille alt dette opp i ein Excel-samletabell og overlate til andre å leite seg fram på dei same vegane som du har gått. Folk flest er ikkje vane med å setje opp ein krysstabell, normale menneske blir ofte forvirra av ein stor tabell med smått trykk og mange opplysningar, og mange blir tydeleg flakkande i blikket og gir opp når dei ser slikt. Ikkje gjer slikt mot dei!

Det er alltid avsendar som har ansvaret for at mottakar oppfattar budskapet, og derfor er det du som må gjere denne klar og tydeleg nok. Det ryddigaste er å presentere fakta i ein tabell og vurderingar og spørsmålsstillingar i fri tekst.

Presentér bare dei samanlikningstala som du brukar i resonnementa dine. Meir data enn dette vil bare forvirre, og må bort.

- a) Still opp dei relevante tala slik at det er lett å få oversyn over dei. Dette er det enklast å gjere i ein krysstabell.
- b) I fri tekst forklarar du så enkelt som råd dine tolkingar og tankar om innhaldet i denne krysstabellen.
- c) Vis tydeleg kva for data du byggjer kvar enkelt tolking på, slik at data-tabell og tekst blir to deler av same eininga.

Dette er fordi:

- Du skal vise resonnementa dine tydeleg, og det er eit vilkår for klar presentasjon at du har ein klar tanke.
- Mottakaren skal kunne kontrollrekne resonnementa dine – korfor skulle han elles tru på dei? Det er lettare å snakke saman dersom ein først er samde om felles faktaunderlag for vidare vurderingar.
- Det handlar om å vise respekt for andre som jobbar med same stoffet.

Dersom du har funne fram spennande data som ikkje direkte vedkjem resonnementa dine, men som du likevel helst vil gi vidare, så kan du vise dei i vedleggstabellar.

8.2 Utforming av tabellen

Excelfiler er nyttige for å gjere grunnlagsdata lett tilgjengeleg for vidare bearbeiding. Men som del av ein presentasjon vil det vere betre å lage ein Word-tabell sjølv enn å bearbeide eit rekneark:

- Når du byggjer opp din eigen tabell frå grunnen av, er det lettare å bare ta med dei data som høyrer med i resonnementet ditt.
- Når du skal kutte ned på ein Excel-tabell, er det altfor lett å la stå ein del opplysningar som ikkje trengs for resonnementet ditt men som likevel kunne ha interesse for ein eller annan. Slikt kan vere kjekt for deg, men gjer tabellen mindre leseleg for mottakaren.
- Saksbehandlarar flest brukar Word mykje meir enn Excel.

Krysstabellen må vere så oversiktleg som råd. Det er enkelt å bruke tabellverktøyet i Word: *Tabell* => *Sett inn* => *Tabell*. Så må du velje antal kolonner og rader. Med *Fast kolonnebredde* er det enkelt å flytte vertikale linjer, og du slepp problem dersom tabellen går over fleire sider.

Usynlege eller tjukkare liner: Då merkjer du først det området det gjeld, og går så til *Format* => *Kantlinjer*.

I praksis kan tabellen sjå slik ut:

Rad nr	Variabel	Kommunen	Annan kommune	Annan kommune	Kostragruppe	Fylkesgj.snitt
	Målgruppe					
1	Variabel 1					
2	variabel 2					
3	variabel 3					
	Delteneste 1					
11	variabel 4					
11	variabel 5					
12	variabel 6					
	osv.					

- Skriftstorleik i tabellen: storleik 11 er nok, 10 går til nød an i enkelte celler dersom det elles blir for trongt. Bruk gjerne **feit** skrift for å framheve hovudpersonen: den kommunen dette skal handle om.
 - Kolonner: du bør ikkje ha fleire enn vist her, for elles blir tabellen fort altfor fullpakka og tung å lese. Dersom du må ha med fleire, kan du lage tabellen i tverrformat:
*Fil =>Utskriftsformat
=>Papirstørrelse =>Liggende.*
 - Rader: du kan ha så mange du vil, men systematisér dei gjerne i avsnitt med overskrifter for å gjere det meir leseleg. For å leggje inn ei ekstra rad kan du stille deg heilt til høgre i siste celle i rada ovanfor og ta linjeskift.
 - Radnummer i kolonna lengst til venstre er ikkje henta frå noko data-kjelde. Det set du inn sjølv for å knyte saman tabell og forklarande tekst. Denne teksten kan du så innleie med "Alle tal i parentes i teksten nedanfor viser til radnummer i tabellen."
- Teksten til tabellen utformar du med dine egne ord, og handlar om to ting:
- 1) Samanlikningstala: korleis kjem kommunen kjem ut i forhold til andre? Då fastslår du fakta, så som at "kommunen har 11% lågare allmennlegedekking enn KOSTRAGruppa (22)", – her viser altså (22) til radnummer i tabellen.
 - 2) Kva betyr så dette i praksis? Dette er di tolking, og då er det viktig å hugse på at statistikk sjeldan kan gi endelege svar, men ofte er eit svært godt utgangspunkt for å stille dei rette spørsmåla, så derfor bør ein unngå bastante konklusjonar. Still heller spørsmål, og kom gjerne med alternative forklaringsforslag. Hugs at mottakaren ofte veit meir enn deg om kva som kan liggje bak tala.

Merk alle faktaopplysningar og spørsmålsstillingar med kva for ei rad som er utgangspunktet ditt. Då ser mottakaren kva du snakkar om, så det blir lettare for han å kontrollrekne resonnementa dine.

Sjå elles eksempelsamlinga i del VI i dette heftet.

8.3 Forklarande tekst

Statistikk er eit ypperleg verktøy for å synleggjere område der det kan vere særleg risiko for svikt, men er til lita hjelp utan å bli grundig supplert med lokalbaserte vurderingar.

Del IV: Bakgrunnsopplysningar

9 Kommuneøkonomi

Inndelinga i KOSTRAgrupper byggjer for ein stor del på økonomiske vurderingar, og kommunen sin økonomi kan vere viktig både for å forklare eit avvik og for kor fort det kan bli lukka. Derfor er det nyttig å vite noko om korleis kommunen står seg økonomisk.

KOSTRAområde A *Finansielle nøkkeltall* har 133 variablar. Dei fleste av desse er nok nyttige for rådmenn, men ikkje for tilsyn med helse- og sosialtenester.

- Avsnitta 2.2 og 2.3 i dette KOSTRA-området forklarar nøyare kor inntektene kjem frå.
- Avsnitt 2.5 fordeler utgiftene på driftssektorar, så her vil variablane for ein stor del spegle alderssamansetnaden i befolkninga og fortelje mindre om tenestenivå.
- Avsnitt 2.6 fortel om utgiftene til administrasjon og politisk styring – ”kor dyrt overbygget er” – men dette har heller ikkje direkte tilsynsrelevans.

Dei beste variablane for å vurdere den økonomiske stoda i kommunen, er:

- a) Brutto driftsinntekter i kroner pr innbyggjar (avsnitt 2.4 i område A, og tabell 9 i Hjulet). Dei viktigaste inntektskjeldene er:
 - kommunal skatt på inntekt og formue,

- statlege rammetilskot (som i 1986 avløyste ei stor mengde særtilskot og refusjonar, og slik la til rette for lokale økonomiske prioriteringar),
- øyremerkte statlege tilskot (så som til barnehagar, og til psykisk helsearbeid 1995-2008),
- sals-/leige- og diverse andre inntekter, som er vel fjerdeparten av inntektene.

- b) Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter (avsnitt 2.1). Dette viser kor stort økonomisk spelerom kommunen har: kor mykje pengar har den att til driftsauke og investeringar når dei faste utgiftene er betalt? SSB skriv (14.08.2007) at ”netto driftsresultat regnes som den viktigste indikatoren på sunn kommuneøkonomi”. Men sunn kommuneøkonomi treng ikkje vere det same som gode deltenester, jfr nedanfor.
- c) Netto driftsresultat i kroner pr innbyggjar (avsnitt 2.4, og tabell 9 i Hjulet) er eit alternativ til variabel b), særleg når ein samanliknar kommunen med andre.
- d) Netto lånegjeld i kroner pr innbyggjar (avsnitt 2.4). Nokre kommunar har negativ netto lånegjeld, dei har meir pengar i fonds og/eller bankinnskot enn i bruttogjeld.

Kommunen sine inntekter blir brukte til drift av tenester, til investeringar og til kapitalutgifter (= renter og avdrag

på lån). Dess større netto lånegjeld kommunen har, dess meir av inntektene må gå til kapitalutgifter, og dess mindre blir det att til drift og investeringar. Når kommunen sine inntekter blir mindre, har kommunen derfor ikkje råd til å halde same kostnadsnivå for drift av tenestene dersom ikkje kapitalutgifter og/eller investeringar blir mindre. Kommunen har ikkje lov til å ta opp lån til driftsutgifter, og dersom den låner meir til investeringar, kjem den lett inn i ein vond sirkel der det økonomiske speleromet blir stadig mindre. Det er dyrt å vere fattig.

Kommunar flest vil helst halde eit rimeleg netto driftsresultat for ikkje å misse for mykje av handlefridomen. Derfor vil dei først sjå på kor mykje dei kan effektivisere og/eller kutte ned på tenester, og slikt kan ofte gi svært tilsynsrelevante problemstillingar.

10 Behovsprofil

KOSTRAområde B *Behovsprofil* har 30 variablar. I tilsynssamheng er det størst bruk for opplysningar om alderssamansetnad og om særlege utfordringar.

Aktuelle variablar:

For alderssamansetnad:

- a) Andel 0-18 år, som er summen av 0-åringar, 1-5 år, 6-15 år og 16-18 år. Dersom du har bruk for aldersgruppa 0-17 år (barnevern), så blir det nøyaktig nok å trekkje frå tredjeparten av 16-18 år.
- b) Andel 19-66 år, som er summen av 19-24 og 25-66 år. Dei er no 60-65% av heile befolkninga, og det er dei som betalar det aller meste av personskatten.
- c) Andel 67-79 år, som er "dei spreke eldre". Andelen varierer mykje frå kommune til kommune, men det er viktig å sjå kor stor den er, for om 10-15 år er desse blitt 80 år og over: korleis må kommunen tenkje eldreomsorg for framtida?
- d) Andel 80 år og over. Denne aldersgruppa brukar ein stor del av dei kommunale pleie- og omsorgsressursane.
I denne inngår også aldersgruppa 90 år+, og 90% av denne eldste gruppa fekk pleie- og omsorgstenester i Rogaland 2001, mot bare 50% av gruppa 80-89 år (Medisinalmelding for 2002 for Fylkeslegen i Rogaland). Denne aller eldste gruppa er i snitt bare 15% av heile aldersgruppa 80 år+, men her er det store skilnader mellom kommunane. Dersom denne "90+"-prosenten er 18, vil det gi kommunen 4,4% fleire eldre med pleie- og omsorgstenester enn dersom den bare var 12%, men andelen tungt pleietrengande vil auke meir (IPLOS vil venteleg kunne fortelje meir om det). "90+"-prosenten vil auke når det blir færre 67-79-åringar, fordi dette vil gi mindre nyrekruttering av dei yngste i gruppa 80 år og over.

For befolkningsendringar i kommunen:

- e) Levandefødde pr 1.000 innbyggjarar. Jf variabel j) nedanfor
- f) Døde pr 1.000 innbyggjarar. e) minus f) gir fødselsoverskot/underskot.
- g) Innflytting pr 1.000 innbyggjarar.
- h) Utflytting pr 1.000 innbyggjarar. g) minus h) gir innflyttingsoverskot/underskot.

Og alle desse fire variablane sett under eitt gir auken/nedgangen i folketallet det året.

For helsestasjons- og skulehelsetenesta:

- i) Andel innvandrarbefolkning 0-5 år.
- j) Samla fruktbarhetstal. Dette viser kor mange barn ei "gjennomsnitt" kvinne vil få dersom ho følgjer det observerte fruktbarhetsmønsteret for ein viss periode og område (men hugs på at dess mindre kommunen er, dess mindre blir fødselstala og dess meir usikker blir denne variabelen). Jf variabel e) ovanfor.

For sosiale problem:

- k) Andel uførepensjonistar 16-66 år. Dette handlar om både helse og arbeidsmarknad
- l) Andel arbeidsledige 25-66 år er den som fortel mest om arbeidsløyse
- m) Andel arbeidsledige 16-24 år fortel spesielt om ungdomsarbeidsløyse
- n) Andel innvandrarbefolkning. Denne gruppa har markert høgare arbeidsløyse enn gjennomsnittet.
- o) Andel einslege innbyggjarar 80 år og over er viktig for å vurdere behov for pleie- og omsorgstenester.

Del V: Deltjenester og variabler

11 Allmennlegeteneste

Talet på allmennlegeårsverk i kommunane har auka frå 2.995 i 1987 til 3.301 i 1995 og 4.281 i 2006, det er 43% auke på 19 år og 30% auke på 11 år.

Allmennlegetekkinga pr 1.000 innbyggjarar har i landsgjennomsnitt auka frå 0,82 i 1995 til 0,9 i 2006. Den var høgast i 2000-2001, med 0,91, men har stagnert dei siste åra. I 2006 var 43,5% av årsverka fastlønna legar og turnuskandidatar.

Dei aktuelle variablane er å finne i KOSTRAområde E *Kommunehelse*, som viser status ved årsslutt. For variablane c, d, e og f nedanfor kan ein også finne kvartalsvise opplysningar på www.nav.no, => *Tall og analyse* (nederst til høgre på bildet)
=> *Helsetjenester* => *Fastlegeordninga*.

Aktuelle variabler:

For samla allmennlegetekking:

- a) Legeårsverk pr 10.000 innbyggjarar i kommunehelsetenesta. Dette omfattar alle avtalte årsverk (fastlegeårsverk og andre), for alle funksjonar (232, 233, 241 og 253).

For kurativ legepraksis:

- b) Årsverk av legar pr 10.000 innbyggjarar for funksjon 241. Dette er ca 85% av dei avtalte årsverka.
- c) Gjennomsnittleg listelengde: antal

personar på lista. Arbeidsmengda for legen blir påverka både av listelengde, alderssamansetnad i befolkninga (eldre folk treng meir legetenester), reisefråstandar, vakansar, arbeidsmåtar og vaktordningar.

- d) Antal åpne fastlegelister er ei viktig opplysning for å vurdere behovet for nye allmennlegeheimlar. Det same gjeld
- e) Reservekapasitet fastlege: når denne er under 100% er der ingen reservekapasitet.
- f) Andel kvinnelege legar. Kvinner har høgare konsultasjonsfrekvens enn menn, og mange kvinner ser ut til helst å ville ha ein kvinneleg fastlege.
- g) Andel timar av kommunalt tilsette legar og turnuskandidatar viser prosentfordelinga mellom årsverk i privatpraksis og på fastløn.

For legetekking i helsestasjonar og skulehelseteneste:

- h) Årsverk av legar pr 10.000 innbyggjarar 0-5 år for funksjon 232.

For tilsynslege på institusjonar (funksjon 253):

- i) Legetimar pr veke pr bebuar i sjukeheim. Dette omfattar altså ikkje aldersheimar eller omsorgsboligar.

- j) Årsverk legar pr 1.000 plassar i institusjon. Dette omfattar også aldersheimar, som fins i 26% av kommunane men som nå bare har 6,5% av institusjonsplassane, og som plar ha mykje lågare tilsynslegedekking enn sjukeheimane.

Grensesnittet mellom spesialist- og kommunetenester er i stadig endring, dette gir kommunane meir krevande oppgåver, og 94% av dei kommunale institusjonsplassane er no i sjukeheimar. Derfor er det variabel i) som er den viktige

For samfunnsmedisin og miljøretta helsevern (funksjonane 120 og 233):

- k) Årsverk av legar pr 10.000 innbyggere (jf variabel a) i kapittel 13.2). Dette er bare 6-7% av dei avtalte legeårsverka.

Kortversjonen:

- Bruk variablane a), h) og i) for å få oversyn over stoda.
- Dersom h) og i) er påfallande låge i forhold til a), bør du sjå på
 - variablane b), d) og e): kor pressa er kurativ sektor?
 - variabel g): korleis er det med den legekapasiteten som er lettast styrbar?

12 Fysioterapiteneste

Talet på fysioterapiårsverk i kommunane har auka frå 2.482 i 1987 til 3.032 i 1995 og 4.205 i 2006, det er 69% auke på 19 år og 39% auke på 11 år.

Fysioterapeutdekkinga pr 1.000 innbyggjarar har i landsgjennomsnitt auka frå 0,78 i 1995 til 0,88 i 2006.

I 2006 var 33,3% av årsverka fastløna fysioterapeutar og turnuskandidatar.

Dei aktuelle variablane er å finne i KOSTRAområde E *Kommunehelse*, som viser status ved årsslutt.

Aktuelle variablar:

For samla fysioterapidekking:

- a) Fysioterapidekking pr 10.000 innbyggjarar i kommunehelsetenesta. Dette omfattar alle avtalte årsverk. For fysioterapeutar er eitt årsverk 36 t/ veke.
- b) Årsverk av kommunale fysioterapeuter pr 10.000 innbyggere for funksjonane 232, 233, 241 og 253. Dette omfattar alle aktuelle funksjonar og alle fastløna fysioterapeutar (medrekna turnuskandidatar). Du kan sjølv rekne ut dette i % av a).

For diagnose, behandling og re-/habilitering (funksjon 241):

- c) Årsverk av fysioterapeutar pr 10.000 innbyggjarar, for funksjon 241. Denne er 84% av fysioterapitenesta, og omfattar mellom anna all instituttpraksis.
- d) Andel timar av fysioterapeutar med fast løn og turnuskandidatar viser den %-delen av variabel c) som er på fastløn for funksjon 241. Jf variabel b) ovanfor.

For fysioterapi i helsestasjonar og skulehelseteneste:

- e) Årsverk av fysioterapeutar pr 10.000 innbyggjarar 0-5 år, funksjon 232.

For fysioterapi på institusjonar (funksjon 253):

- f) Fysioterapi pr veke pr bebuar i sjukeheim. Dette omfattar altså ikkje aldersheimar eller omsorgsboligar.
- g) Årsverk fysioterapeutar pr 1.000 plassar i institusjon. Institusjonar omfattar også aldersheimar. Grensesnittet mellom spesialist- og kommunetenester er i stadig endring, dette gir kommunane meir krevande oppgåver, og 94% av dei kommunale institusjonsplassane er i sjukeheimar. Derfor er det variabel f) som er viktig for oss.

Kortversjonen:

- Bruk variablane a), e) og f) for å få oversyn over stoda.
- Dersom e) og f) er påfallande låge i forhold til a), bør du sjå etter om variabel b) kan forklare noko av dette (for det er mykje lettare for kommunen å styre ein arbeidstakar med instruks enn å avtale styre ein privatpraktiserande kontraktør som har løpande drifts- og kapitalutgifter).

13 Førebyggjande helsearbeid

Dei aktuelle variablane finn du i KOSTRAområde E *Kommunehelse* og i *SYSVAK*. I tillegg gir tabell 16 i Hjulet mykje opplysningar både om tenester og vaksinasjonsdekkingar.

13.1 Helsestasjons- og skulehelseteneste

Helsesøstrene er kjernepersonell i helsestasjons- og skulehelsetenesta. Talet på helsesøster-årsverk har auka frå 1.120 i 1987 til 1.502 i 1995 og 2.055 i 2006 (tal frå Hjulet).

Aktuelle variablar:

For målgrupper:

- a) Levandefødde pr 1.000 innbyggjarar.
- b) Samla fruktbarhetstal (sjå variabel j) i kapittel 10 Behovsprofil)
- c) Andel innvandrarbefolkning 0-5 år og
- d) Andel innvandrarbefolkning 0-16 år.

Helsestasjons- og skulehelsetenestene må vere særleg tilgjengelege for barn og ungdom med minoritetsbakgrunn, fordi desse tenestene for mange av dei er einaste tilgjengelege arena for å ta opp helsespørsmål og sosiale spørsmål.

For ressursbruk:

- e) Netto driftsutgifter til førebygging, helsestasjons- og skulehelseteneste pr innbyggjar 0-5 år.

- f) Netto driftsutgifter til førebygging, helsestasjons- og skulehelseteneste pr innbyggjar 0-20 år. Når desse ressursane blir for knappe, er det ikkje uvanleg å kutte ut dei vidaregåande skulane først og skjerme småbarna så lenge som råd.

For personell:

- g) Årsverk av helsesøstre pr 10.000 innbyggjarar 0-5 år. Funksjon 232. Helsesøstrene står for 60% av alle årsverka i helsestasjons- og skulehelsetenesta.
- h) Årsverk av legar pr 10.000 innbyggjarar 0-5 år. Funksjon 232. Legane er i snitt bare 6,3% av årsverka i desse tenestene, men med store skilnader mellom kommunane.
- i) Årsverk av fysioterapeutar pr 10.000 innbyggjarar 0-5 år. Funksjon 232. Det er 6,6% av alle årsverka her.
- j) Årsverk av jordmødrer pr 10.000 fødte. Funksjon 232. Helsestasjonane har plikt til å kunne tilby gravide svangerskapskontroll i tilknytting til helsestasjon.

For tenester:

- k) Andel nyfødde med heimebesøk er eit kvalitetsmål i KOSTRA. I 2006 var landsgjennomsnittet 81%, men med store skilnader mellom kommunane.
- l) Andel barn som har fullført helseundersøking innan utgangen av 1. skuletrinn. Landsgjennomsnittet 2006 var 93%
- m) Vaksinasjonsdekking for 2-, 6- og 16-åringar, for alle aktuelle vaksinar. Dette finn du i *SYSVAK*, kommunevis for kvart år sidan 2000 og med grei fargekoding for dekkingsgrad. Dersom dekkingsgraden er påfallande låg, bør du sjå etter korleis den har vore i tilgrensande år. Er forklaringa registreringssvikt eller for få vaksinerter?

- n) Åpningstid ved helsestasjon for ungdom, timar pr veke. Dette er også eit kvalitetsmål i KOSTRA. Helsestasjon for ungdom skal vere eit supplement til, og ikkje ei erstatning for, den obligatoriske skulehelsetenesta. Meir opplysningar om denne deltenesta er å finne i tabell 17 i Hjulet 2006.

Kortversjonen:

- Bruk variablane d), f), g), h), k) og m) for å få oversyn over stoda.
- Så kan du supplere med andre variablar etter behov.

13.2 Samfunnsmedisin og miljøretta helsevern

Aktuelle variablar:

- a) Årsverk av legar pr 10.000 innbyggjarar. Funksjon 120 og 233. Dette kan maksimalt ha vore 0,2 i 1976.² Medrekna Oslo har det auka frå 0,3 i 2003 til 0,6 (= ca 280 årsverk) i 2006. Innsatsen varierer mykje mellom kommunane, og i ei så lita deltenesta vil personlege faktorar som fagkunnskap og kontinuitet i stillinga vere særleg viktige for funksjon og innhald i tenesta. Statistikken fortel ikkje noko om slikt, så her trengs det lokalkunnskap.
- b) Årsverk av teknisk-hygienisk personell pr 10.000 innbyggjarar. Funksjon 120 og 233. Dette talet var i 2006 0,3 årsverk, som tilsvargar ca 140 årsverk i alt. Dette er ein auke frå 81,2 årsverk i 1988 (St.meld. 36 (1989-90)). Her fins det mange interkommunale ordningar, og i årsstatistikken skal dei fordelast på deltakarkommunane. I praksis ser dette ut til å bli gjort på ulike måtar, så her bør ein spørje kommunen om korleis det eigentleg er.

Helsedirektoratet skal i 2008 leggje fram ein rapport om stoda for miljøretta helsevern i kommunane: organisering, ressursar og oppgåver.

14 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid blir gjort i mange delar av den kommunale organisasjonen, og kan vere innpassa i den på mange ulike måtar. Opplysningar om dette fagfeltet er i ei årrekke blitt innhenta med den særskilte årsrapporteringa gjennom Fylkesmannen. Denne skal vise at kommunen har brukt dei øyremerkte midlane frå Opptappingsplanen for psykisk helse i samsvar med føringane i denne, og fortel derfor ikkje kva som er finansiert av frie kommunale midlar.

Alle variablane viser status uavhengig av kor personell og tenester er plassert i den kommunale organisasjonen. Litt er å finne i KOSTRAområde E *Kommunehelse*, det aller meste står i tabellane 14 og 15.1-15.3 i Hjulet, og framtida vil vise kva kunnskap IPLOS kan gi oss om dette fagfeltet. Den utvida årsrapporteringa for 2007 skal vise all kommunal aktivitet innan psykisk helsearbeid, uavhengig av om den er finansiert av øyremerkte opptappingsmidler eller andre kommunale midler, slik at dette vil gi eit betre bilde av den kommunale aktiviteten på dette området.

Aktuelle variablar:

For målgruppe:

Den offentlege statistikken gir ingen opplysningar om dette, men målgruppa i kommunen skal framgå av den handlingsplanen for psykisk helsearbeid som kvar kommune har utarbeidd og vedteke, og som er vilkår for å få utbetalt pengar frå Opptappingsplanen. Fylkesmannen har desse planane.

For personell:

- a) Årsverk av psykiatriske sjukepleiarar pr 10.000 innbyggjarar (KOSTRA). Denne spesialutdanninga blei i 1998 avløyst av ny vidareutdanning i psykisk helsearbeid (som også er åpen for andre grupper med høgskuleutdanning), så denne variabelen opplyser bare om årsverk som blei utdanna før 1998.

2. I NOU 1979: 28 er opplyst (s. 35) at i 1976 gjorde 455 distriktslegar i kombinert stilling i snitt 3,7 t/veke offentleg helsearbeid (= "alt arbeid som er pålagt i forbindelse med vernet som offentlig lege" men ikkje helsestasjons- eller skulelegearbeid), og at det i tillegg var 41 offentlege legar i heildagsstilling. Dette kan då ha gitt inntil 85 årsverk offentleg helsearbeid, dvs. inntil 0,2 årsverk pr 10.000 innbyggjarar.

- b) Antal personar med vidareutdanning i psykisk helsearbeid pr 10.000 innbyggjarar (KOSTRA og Hjulet). Denne variabelen
- viser bare dei som er blitt utdanna etter 1998,
 - viser bare personar, slik at heiltids- og deltidsstillingar er rekna likt, men
 - viser alle desse personane uavhengig av finansieringsmåte.
- Denne variabelen kan derfor ikkje fortelje så mykje om tenestevolumet i den enkelte kommunen, men kan vere nyttig for den som vil sjå meir på yrkesaktiviteten i denne gruppa.
- c) Årsverk personell med vidareutdanning pr 10.000 innbyggjarar i alt (Hjulet 2006, kolonne 7 i tabell 15.1). Denne variabelen
- omfattar begge utdanningane, både den nye i psykisk helsearbeid og den gamle i psykiatrisk sjukepleie,
 - gjeld tiltak både for barn/ungdom og vaksne,
 - men omfattar bare årsverk som er finansiert gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse, fordi opplysningane er henta frå årsrapporteringa for den.
- I tillegg til dette kjem ein del slike årsverk som kommunane sjølve finansierer. I 1994 var det 357 slike, ingen veit kor mange det er no, men det kan bli klarlagt med dei særlege registreringane i 2008-09.
- d) Årsverk til bolig/aktivitetstilbod/ andre pr 10.000 innbyggjarar 18 år+ (Hjulet 2006: kolonnene 2-4 i tabell 15.1). Summen av desse tre kolonnene gir 11,09 årsverk pr 10.000 18 år+, som for heile landet tilsvarar om lag 3.980 årsverk finansiert gjennom Opptappingsplanen.
- e) Årsverk i tiltak for barn og ungdom under 18 år pr 10.000 innbyggjarar 0-17 år (Hjulet 2006: kolonnene 5-6 i tabell 15.1). Summen av desse to kolonnene gir 10,87 årsverk pr 10.000 0-17 år, som tilsvarar om lag 1.190 årsverk for heile landet – finansiert gjennom Opptappingsplanen. Dette er 23% av alle årsverka i variablane d) og e), og det høver med føresetnaden i Opptappingsplanen om at minst
- 20% av ressursane skulle gå til denne aldersgruppa.
- Variablane a), b) og c) omfattar bare personell med grunnutdanning på høgskule- eller universitetsnivå, mens variablane d) og e) omfattar alt personell.
- For samarbeid, brukarmedverknad og individuell plan:
- f) I tabell 15.2 i Hjulet 2007 er det seks variablar med ja/neisvar å velje mellom. Fleire rapportar (Rådet for psykisk helse, SINTEF) tyder på at på desse områda kan det mange stader vere eit forbettringspotensiale.
- For boligar:
- g) Kor stor prosentdel av dei kommunale boligane som blei tildelt i 2006, blei tildelt til personar med psykiske lidingar (Hjulet 2007: kolonne 2 i tabell 15.3).
- h) Kor stor prosentdel av dei som sto på venteliste til kommunal bolig ved årsslutt 2006, trong slik på grunn av psykiske lidingar (Hjulet 2007: kolonne 6 i tabell 15.3).
- Kor mange personar med psykiske lidingar budde i kommunal bolig eller sto på venteliste til slik? Det finn ein ingen opplysningar om, heller ikkje på KOSTRAnivå 3.
- Ein stor del av dei kommunale boligane er ikkje øyremerkte for personar med psykiske lidingar, men blir tildelte etter behov.

Kortversjonen:

- Me veit altfor lite om dette viktige fagfeltet i kommunane.
- Sjå etter i kommunen sin handlingsplan for psykisk helsearbeid.
- Bruk variabel c) som eit minimumsmål for personell med særleg kompetanse i psykisk helsearbeid,
- Bruk variablane d) og e) for å sjå på ressursfordelinga mellom barn/

ungdom og vaksne, for å samanlikne med andre kommunar, og som utgangspunkt for å spørje om tilboda er lett synlege og lett tilgjengelege for brukarane (organiseringa kan gjere dette så ymse).

- Bruk variablane under f) for å spørje meir om kva som i praksis ligg i desse.
- Bruk variabel h) som utgangspunkt for å spørje meir om boligar til denne målgruppa:
 - kor mange som står på venteliste for bolig,
 - kor lang ventetida er for å få bolig.

15 Pleie- og omsorgstenester

KOSTRAområde F *Pleie og omsorg* har 78 variablar, men ikkje alle er like nyttige for faglege vurderingar. Nesten alt av pleie- og omsorgstenestene er heimetenester og institusjonsplassar.

15.1 Brukarar

I 2006 var bruken av pleie- og omsorgstenester i ulike aldersgrupper fordelt slik tabellen nedanfor viser, i landsgjennomsnitt utanom Oslo (KOSTRAtal).

	under 67 år	67-79 år	80-89 år	90 år+	80 år+
Heimetenester	1,4 %	9,2 %	34,8 %	52,5 %	37,4 %
Institusjonsplass	0,05 %*	1,9 %	10,8 %	33,4 %	14,0 %
Sum	1,45 %	11,1 %	45,6 %	85,9 %	51,4 %

* utrekna etter 5% (KOSTRA) av 41.120 institusjonsplassar (Hjulet)

Ein "gjennomsnittskommune" med 5.000 innbyggjarar og med aldersfordeling og brukarspekter som 2006-landsgjennomsnittet utanom Oslo, ville etter dette ha i alt 229 brukarar av pleie- og omsorgstenester, dvs 4,6% av befolkninga.

- 28% av desse (63 personar) ville vere under 67 år,
- 20% (46 personar) ville vere 67-79 år,
- 52% (120 personar) ville vere 80 år og over, av desse
 - 40% (91 personar) 80-89 år og
 - 12% (29 personar) over 89 år.

Pleie- og omsorgstenester handlar ikkje bare om eldreomsorg, men om tenester for eit stort spekter av funksjonsnedsetjingar i alle aldersgrupper. Her er det store skilnader mellom kommunane.

I brukargruppa under 67 år er dei psykisk utviklingshemma den største enkeltgruppa. Bare 8% av alle psykisk utviklingshemma er 60 år eller eldre, mot 19,5% av heile befolkninga. I tillegg kjem mellom anna

fysisk funksjonshemma (trafikkskadar, nevrologiske sjukdommar m.v.), psykiatri og rus. Ei undersøking frå *Ressurscenter for omsorgstjenester* i april 2007 viste at i 2007 var 31% av dei som fekk heimetenester under 67 år, mens heile 62% av desse ressursane gjekk til denne gruppa.³

Aktuelle variablar (KOSTRA):

- Folketalsstatistikk er å finne i KOSTRAområde B *Behovsprofil*, eller tabell 1 i Hjulet dersom du har bruk for å sjå særskilt på 90 år+
- Andel innbyggjarar under 67 år/67-79 år/80-89 år/90 år og over/80 år og over som mottar heimetenester.
- Andel innbyggjarar 67-79 år/80-89 år/90 år og over/80 år og over på institusjon.

Legg merke til at variabel b) og c) handlar om kor stor prosentdel av heile aldersgruppa som får heimetenester, mens *Andel mottakarar av heimetenester over 80 år* handlar om aldersfordelinga i den gruppa som får

3. Referert i notat 22. oktober 2007 frå Kommunenes sentralforbund til Stortingets helse- og omsorgskomiteé.

heimetenester. Dette er to heilt ulike variablar som det kan vere lett å blande saman i farten.

Det kan vere greit å hugse på at auke i aldersgruppa 80 år+ i første omgang gir størst auke av 80-85-åringane, som jamnt over er sprekare enn dei som er 90 år og eldre.

15.2 Personell

I dette kapitlet er personellet i institusjonar og heimetenester sett under eitt.

Årsverk

Ein samletabell fremst i Hjulet viser at pleie- og omsorgstenestene har fått svær personellauke i dei 11 åra frå 1995 til 2006:

- Talet på årsverk auka frå 70.394 til 117.463 (= 67% fleire),
- sjukepleiarårsverk auka frå 12.918 til 20.533 (= 59% fleire),
- hjelpepleiarårsverk auka frå 24.956 til 34.576 (= 39% fleire),
- vernepleiarårsverk auka frå 1.661 til 4.902 (= 195% fleire).

Fagutdanning

Tala i den same tabellen viser at i 1995 hadde 56% av desse årsverka relevant fagutdanning. I 2003-04 var dette nede i 49% og i 2006 var det gått opp til 51%. Men framleis er nesten halvparten av alle årsverka i pleie- og omsorgstenestene utan fagutdanning.

Aktuelle variablar (KOSTRA):

- a) Andel årsverk i brukarretta tenester med fagutdanning frå vidaregåande skule,
- b) Andel årsverk i brukarretta tenester med fagutdanning frå høgskule/ universitet.
- c) Andel årsverk i brukarretta tenester med fagutdanning. Dette er summen av a) og b) ovanfor, og resten av årsverka er såleis utan fagutdanning.

- d) Andel legemeldt sjukefråvær av alle kommunale årsverk i brukarretta tenester. Dette er statistikk som kommunen får frå NAV og som gjeld alle sjukefråvær på meir enn ei veke. Høg sjukmeldingsprosent kan ha å gjere med eit stressande arbeidsmiljø, og kan vere symptom på tilsynsrelevante problem i tenesteytinga. Denne variabelen kan bli mykje høgare av at nokre få personar er langtidssjukmelde (>40 døgn), derfor bør du også spørje kommunen korleis korttidsfråværpresenten er.

Alle desse fire variablane er kvalitetsindikatorar i KOSTRA.

15.3 Heimetenester

Heimetenester omfattar både heime-sjukepleie og praktisk bistand i heimen, også i omsorgsbustader med heildøgns personelldekking.

Praktisk bistand omfattar både heimehjelp, husmorvikar, brukarstyrt personleg assistent og anna hjelp til heimebuande, og frå 2007 også omsorgsløn og avlasting utanom institusjon.

Samletabellen i Hjulet viser at heimetenestene har fått stadig meir å gjere på dei 11 åra frå 1995 til 2006. Då auka talet på brukarar frå 145.249 til 171.497 (= 18% fleire). I 2006 var det 4% fleire brukarar av heimetenester enn året før, men 9% fleire i aldersgruppa under 67 år.

Denne veksten var ujamnt fordelt på deltenestene:

- Dei som bare fekk heimesjukepleie auka frå 19.982 til 56.593 (=183% fleire),
- Dei som bare fekk praktisk bistand gjekk ned frå 68.784 til 48.322 (= 30% færre),
- Dei som fekk både heimesjukepleie og praktisk bistand auka frå 45.228 til 66.582 (= 47% fleire).

Når desse tala er stilt opp som i tabellen nedanfor, viser dei at samanlikna med 1995 var det i 2006 like mange som

fekk praktisk bistand, men nesten dobbelt så mange som fekk heimesjukepleie.

	1995	2006
Heimesjukepleie, med eller utan praktisk bistand i tillegg	65.200	123.200
Praktisk bistand, med eller utan heimesjukepleie i tillegg	114.000	114.900

I den same 11-årsperioden blei det (Hjulet-tal)

- 24% fleire i aldersgruppa 80 år og eldre,
- 17% fleire sjukeheimplassar, men
- 6% færre institusjonsplassar totalt (fordi $\frac{3}{4}$ av aldersheimplassane blei nedlagde).

Det ser såleis ut til at heimetenester evt. kombinert med omsorgsboligar i 2006 dekte opp ganske mykje av det omsorgsarbeidet som 12 år tidlegare ville blitt gitt i kommunale institusjonar. Denne omlegginga er svært tilsynsrelevant.

Aktuelle variablar (KOSTRA):

- a) Andel innbyggjarar under 67 år/67-79 år/80-89 år/90 år og over/80 år og over som mottar heimetenester. Desse variablane fortel kor stor prosentdel av innbyggjarane i kvar aldersgruppe som får heimetenester. Historiske opplysningar om dette er å finne i Hjulet-tabell 20 *Virksomheten i åpen omsorg* (i 2007-utgåva, men andre tabellnummer i eldre årgangar).
- b) Korrigerte brutto driftsutgifter pr heimetenestemottakar, i kr. Denne variabelen fortel noko om kor tynt eller tjukt heimetenestene i snitt er smurt utover arbeidsfeltet.
- c) Lønsutgifter pr heimetenestemottakar, i kr. Denne variabelen gir ikkje noko meir enn variabel b), fordi meir enn 90% av brutto driftsutgifter er lønsutgifter.

Ingen variabel fortel korleis hjelpebehova varierer med alder og diagnose, men det må ein tru at IPLOS snart kan

fortelje oss noko om, og det vil vere viktig for planlegging i kommunane.

- d) Andel heimebuande med høg timeinnsats (=meir enn 35,5 t/veke), i prosent av alle som får heimetenester, dvs. i alle aldersgrupper (står også i Hjulet, kolonne 11 i tabell 20). Dette varierer mykje mellom kommunane, men i snitt var dette 3,8% i 2006, det tilsvarar ca 6.500 personar. Ein del av desse står for brutto driftsutgifter på fleire millionar kr kvar og kan slik påvirke variablane a) og b) ganske mykje. I 1999 var det truleg i alt ca 3.700 personar i denne gruppa, den midterste halvparten av kommunane brukte då 1,3-4% av bruttoinntektene sine til tiltak for den (spennvidde 0-10%), og ca 80% i gruppa var psykisk utviklingshemma.⁴ Men sidan den tid har det blitt mange fleire i denne gruppa, som altså er noko anna enn den som blir dekt av den særlege refusjonsordninga for særleg ressurskrevande brukarar under 67 år.

- e) Antal psykisk utviklingshemma i kommunen. Denne variabelen er å finne i KRD sitt *Grønt hefte H-2202*, som viser store skilnader mellom kommunane. Psykisk utviklingshemma har som hovudregel ikkje institusjonsplass.

15.4 Institusjonar

Dette er sjukeheimar og aldersheimar. Deira rolle i pleie- og omsorgstjenestene har endra seg mykje etter at kommunane overtok sjukeheimane i 1988. Frå 1989-2006 er aldersheimane redusert frå 34% til 6,5% av alle døgnplassar, og i 2006 hadde bare 26% av kommunane slike plassar.

4. T. Robberstad: Kommunane og særleg ressurskrevande brukarar (Fylkeslegen i Rogaland 2002), som såg på 92 kommunar med 41% av folketalet i heile landet.

Plassar på:	1980	1989	1995	2001	2006
sjukeheim	26.709	30.061	32.806	36.958	38.418
aldersheim	14.042	17.872	11.122	5.783	2.702
Sum	40.751	47.933	43.928	42.741	41.120

1980-tal frå St.meld. 36 (1989-90), nyare tal frå samletabell i Hjulet.

Det er blitt stadig færre institusjonsplassar. Dei handlar stort sett om eldreomsorg: i 2006 blei bare 5% av plassane brukt av personar under 67 år.

Institusjonsdekkinga blir gjerne rekna i plassar pr 100 innbyggjarar 80 år og eldre, og har utvikla seg slik:

Dekking:	1980	1989	1995	2001	2006
sjukeheim	22,0	19,2	18,5	18,3	17,6
aldersheim	11,5	11,4	6,3	2,9	1,2
Sum	33,5	30,6	24,8	21,2	18,8

01.01.1988 blei ansvaret for dei somatiske sjukeheimane overført frå fylkeskommunane til kommunane. I 2006 var institusjonsdekkinga redusert til 60% av 1989-nivå, sjukeheimdekkinga var blitt 8% lågare, mens aldersheimdekkinga var redusert med 90%. No blir sjukeheimane brukte mykje meir aktivt enn før, og det stiller nye og større krav til faglegheit.

Aktuelle variablar (KOSTRA):

- Plassar i institusjon i prosent av innbyggjarar 80 år og over. Dette er den vanlege indikatoren for døgnplassdekking. Historiske opplysningar langt bakover og om korleis plassane fordeler seg på sjukeheim og aldersheim er å finne i Hjulet-tabell 23 *Plasser i og kjennetegn ved institusjoner for eldre og funksjonshemmede med heldøgns omsorg* (andre tabellnummer i eldre årgangar)
- Andel innbyggjarar 67-79 år/80-89 år/90 år og over/80 år og over som bur på institusjon. Desse variablane fortel kor stor prosentdel av innbyggjarane i kvar aldersgruppe som har institusjonsplass. Når du summerer desse med tilsvarande prosentlar for heimetenestene, finn du kor stor del av kvar aldersgruppe som får pleie- og omsorgstenester (meir om dette i kapittel 15.6).

- Legetimar pr veke pr bebuar i sjukeheim. I 2006 var dette 0,28, men no ser det mange stader ut til bli regulert kraftig opp.
- Fysioterapitimar pr veke pr bebuar i sjukeheim. Dette var 0,31 i 2006.
- Andel bebuarar på tidsavgrensa opphald i institusjon, som viser fordelinga på teljetidspunktet 31. desember. I 2006 var dette 16,5%, ein auke frå 11,3% i 1995.
- Andel plassar i einerom. I 2006 var dette 84,6%, ein auke frå 69% i 1995.
- Andel plassar i brukartilpassa einerom med eige bad/WC. I 2006 var dette 60%.
- Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr kommunal plass. Denne variabelen er ikkje så nyttig, fordi den dekkjer både sjukeheim- og aldersheimplassar, og desse har nokså ulike driftskostnader.

Kortversjonen:

- Variablane a) og b) fortel om kapasitet,
- variablane c), d) og e) fortel om fagleg aktivitet,

- variablane f) og g) fortel om standard og høve til privatliv.

KOSTRA brukar dei fem siste av desse variablane som kvalitetsindikatorar.

15.5 Omsorgsboligar

Omsorgsboligar blir definert som dei boligane som er tildelt personar som på grunn av sjukdom, funksjonshemming eller alder (pleie- og omsorgsbehov) har fått vedtak om slik bolig. Dette er mykje meir enn eldreomsorg. Nokre av dei er omsorgsboligar med heildøgns bemanning, dvs. *”at det er minst én ansatt til stede i bygningen/bofelleskapet hele døgnet”* (KOSTRA-definisjon).

Dei aktuelle variablane er å finne i KOSTRAområde F *Pleie og omsorg* og i tabell 22 i Hjulet.

Aktuelle variablar:

For alle omsorgsboligar (Hjulet):

- Antal omsorgsboligar i alt, og
- Antal omsorgsboligar pr 1.000 innbyggjarar.

Desse to variablane fortel kor mykje kommunen har satsa på slike.

- Antal bebuarar 0-49 år/50-66 år/67-79 år/80 år+ pr 1.000 innbyggjarar i aldersgruppa. Desse fire variablane fortel om dekkinga i vedkomande aldersgrupper, men ikkje korfor bebuaren har fått tildelt slik bolig.
- Andel bebuarar i bolig til pleie- og omsorgsformål 80 år og over (KostrA) viser kor stor prosentdel av variabel a) som blir brukt av denne eldste aldersgruppa (ca 45%).

For omsorgsboligar med heildøgns bemanning (KOSTRA):

- Andel bebuarar i bolig med heildøgns bemanning viser kor stor prosentdel av variabel a) ovanfor som har heildøgns bemanning (ca 35%).

f) Andel innbyggjarar 80 år og over i bolig med heildøgns bemanning viser kor stor del av denne aldersgruppa som bur slik (ca 4%). Denne variabelen kjem til nytte når ein skal vise kva slag tilbod aldersgruppa 80 år+ (dei mest pleie- og omsorgstrequande eldre) får i den enkelte kommunen, jf kapittel 15.6 nedanfor.

g) Andel plassar i institusjon og heildøgnsbemanna bolig i prosent av befolkninga 80 år+ (27%). Denne variabelen fortel kor langt riks-politiske målsetjingar om heildøgnsomsorg er oppfylt, men seier ikkje kor mange av desse plassane som er tildelt personar over 79 år.

15.6 Samlebilde av eldreomsorga

KOSTRAområde F *Pleie og omsorg* viser desse tala for landsgjennomsnittet:

- Netto driftsutgifter fordeler seg med 46% til heimetenester, 49% til institusjonar og 5% til aktivisering og støttetjenester.
- 95% av dei som har institusjonsplass er 67 år og over, og 77% er 80 år og over.
- 68% av dei som får heimetenester er 67 år og over, og 47% er 80 år og over.

Her ser det ut til at 32% av dei som får heimetenestene er under 67 år (jf kapittel 15.1), men dette vil IPLOS venteleg gi meir kunnskap om. KOSTRA fortel ikkje noko meir om korleis ressursane er fordelte på dei ulike aldersgruppene.

Aldersgruppa 80 år og over

Eldreomsorg er tenester til personar som er 67 år og eldre, og er eit vidt spekter av tenester. Størstedelen av desse går til aldersgruppa 80 år og over. Figuren nedanfor viser kor stor del av denne aldersgruppa som i landsgjennomsnitt fekk/ikkje fekk slike tenester i 2006:

	<i>Butilbod:</i>	<i>Tenester:</i>	
76%	6: Bur i sine private husvære 49%	5: Får ikkje pleie- og omsorgstenester 49%	49%
	27%		
6%	3: I omsorgsbolig utan heildøgnsbemanning	4: Får heimetenester	37%
4%	2: I omsorgsbolig med heildøgnsbemanning		
14%	1: Har institusjonsplass (sjukeheim eller aldersheim)		14%

Dei ulike variablane i figuren:

- 1) Har institusjonsplass: dette er variabel b) i kapittel 15.4.
- 2) I omsorgsbolig med heildøgnsbemanning: dette er variabel f) i kapittel 15.5
- 3) I omsorgsbolig utan heildøgnsbemanning er variabel c) minus variabel f) i kapittel 15.5.
- 4) Får heimetenester: dette er variabel a) i kapittel 15.3.
- 5) Utan tenestetilbod: dette er heile aldersgruppa minus variablane 1 og 4.
- 6) 6: Utan butilbod: dette er heile aldersgruppa minus variablane 1, 2 og 3.

Det kan vere nyttig å setje opp denne modellen – som figur eller tabell – for kommunen og samanlikne den med andre.

Variabel 5 kan vere særleg nyttig å sjå på, fordi det er rimeleg å tru at dess høgare lista ligg for å få noko som helst tenester, dess meir problematisk kan ressursituasjonen vere i po-tenestene, og dess meir aktuelt vil det då vere å

vurdere tenestenivåa der. 2004-tal for dei 14 største Rogalandkommunane viste at denne variabelen då

- var lite påverka av kor stor andel av folkemengda som var 80 år og eldre,
- var ein del påverka av kommunen sitt inntektsnivå, men
- var sterkt påverka av kor mykje aldersgruppa 80 år+ hadde auka dei siste 5 åra.

Dette kan tyde på at kommunal omstillingsevne då var den viktigaste enkeltutfordringa.

Formel:

$$\begin{aligned} & \text{(Har institusjonsplass)} \\ & + \text{(får heimetenester)} \\ & = \text{(får pleie- og omsorgstenester)}. \end{aligned}$$

Når du kjenner to av variablane i denne formelen, er det lett å rekne ut den tredje.

16 Barnevern

Helsestasjons- og skulehelseteneste har både kontaktflater og noko interessefelleskap med andre tiltak for barn og ungdom, og derfor vil det vere nyttig å

kjenne noko til stoda i barnevernet. Dei aktuelle variablane er stort sett å finne i KOSTRAområde H *Barnevern*, men litt står i tabellane 6.2 og 12 i Hjulet.

Hugs på at i ein ”gjennomsnittskommune” på 5.000 innbyggjarar er det 1.160 0-17-åringar, at 1% av denne gruppa er 12 personar og at 0,1% står for 1 person. Då må ein vere varsam i omgang med desimalar!

Aktuelle variablar (KOSTRA):

For målgruppe:

- a) Innbyggjarar 0-17 år. Dette er summen av 0-åringar, 1-5 år, 6-15 år og 16-18 år i KOSTRAområde B *Behovsprofil*, med frådrag av tredjeparten av gruppa 16-18 år.

For ressursbruk:

- b) Netto driftsutgifter pr innbyggjar 0-17 år, som viser ressursbruk i forhold til målgruppa (ikkje bruk netto driftsutgifter pr innbyggjar, for det fortel mest om aldersfordelinga i kommunen og mindre om tenestnivået der).
- c) Netto driftsutgifter pr barn i barnevernet: i snitt ca 80.000 kr.

Prosentfordeling av desse utgiftene er å finne i variablane d), e) og f):

- d) Andel til saksbehandling: i snitt ca 34%,
- e) Andel til tiltak for barn i opprinneleg familie: i snitt ca 16%. Kan låg prosent vere ein indikator for kor stressa barnevernet er?⁵
- f) Andel til tiltak for barn utanfor opprinneleg familie: i snitt ca 50%. Slike tiltak er i snitt meir enn sju gonger så dyre som tiltak i opprinneleg familie.

For personell:

- g) Stillingar med fagutdanning pr 1.000 barn 0-17 år: i snitt ca 2,4. Dette er årsverk av sosionomar, barnevernpedagogar og anna høgs-kule/universitetsutdanna personell.⁶

- h) Barn med undersøking eller tiltak pr årsverk. Kor travelt har saksbehandlarane det, og kor tunge er barnevernsakene?

For tenester:

- i) Barn med undersøking i % av alle barn 0-17 år: i snitt ca 70% av variabel k). Er dette uttrykk for kor mange barn som har problem, for kor høg terskelen er for å melde til barnevernet og/eller for kapasiteten i barnevernet?
- j) Andel undersøkingar som fører til tiltak: i snitt ca 50%. Er dette uttrykk for kor vanskeleg barna har det eller for kapasiteten i barnevernet?
- k) Barn med barneverntiltak i % av alle barn 0-17 år: i snitt ca 3,8%. Dess større denne variabelen er i forhold til variabel i), dess lengre tid har barna i gjennomsnitt hatt barneverntiltak.
- l) Andel undersøkingar med behandlingstid over 3 månader, i % av alle slike saker som er avslutta i løpet av året (i snitt ca 27%). Barnevernlova fastset (§6-9) at ei undersøking etter § 4-3 skal gjennomførast snarast og seinest innan tre månader, i særlege tilfelle kan fristen vere seks månader.⁷

KOSTRA har ingen opplysningar om aldersfordelinga av barnevernklientane. Dette kunne ha vore ein kvalitetsindikator, for det er viktig for barnevernet å kome tidleg nok inn. Kan låg andel småbarn og høg andel tenåringar tyde på at barnevernet arbeider tungt?

Kortversjonen:

Sjå først på variablane b), g), k) og l). Variablane g) og l) er også kvalitetsindikatorar.

17 Grunnskule

Kommunale tenester for barn og ungdom har mange felles kontaktflater og interessefelleskap, og derfor vil det vere nyttig for områdeovervaking å

5. 2005-tal for Rogaland viste at dess større dekking det var av personell med fagutdanning, dess større del av målgruppa fekk hjelpetiltak i heimen. Undersøkingssaker har 3 månaders frist og omsorgstiltaka er svært arbeidskrevande (fylkesnemnd m.v.), så då kan hjelpetiltak i heimen lett bli ein salderingspost.

6. Kontinuitet i stillingar kan vere ein viktig variabel som virkar i same lei som dekking med fagstillingar, men KOSTRA har ikkje tal for slikt.

7. 2005-tal for Rogaland viste at denne prosenten var lågare i kommunar med meir fagpersonell og med fleire undersøkingssaker alt i alt: handlar dette om faglegheit og rutiner?

kjenne noko til grunnskuletilbodet.

KOSTRAområde D *Grunnskoleopplæring* har 73 variablar å velje mellom, og nedanfor er lista opp dei som kan ha størst interesse for områdeovervaking.

Aktuelle variablar:

For skulestruktur:

- a) Elevar pr kommunal skule: kor stor er gjennomsnittsskulen?
- b) Andel elevar i grunnskulen som får skuleskyss: kor stor prosentdel av elevane får skuleskyss fordi skulevegen er lang og/eller trafikkfarleg?

For økonomi:

- c) Korrigerte brutto driftsutgifter til grunnskuleundervisning, pr elev. Dette er *Korrigerte brutto driftsutgifter til grunnskule* minus *Korrigerte brutto driftsutgifter til skulelokaler og skyss*. Det aller meste av dette er lønsutgifter.
- d) Driftsutgifter til inventar og utstyr, pr elev.

For skulelokala:

- e) Korrigerte brutto driftsutgifter til skulelokaler, som ein kan rekne ut som *Korrigerte brutto driftsutgifter til skulelokaler og skyss* minus *Utgifter til skuleskyss*. Denne variabelen er mellom anna interessant for vurdering av inneklimate.

For vaksenkontakt:

- f) Elevar pr undervisningsrelatert årsverk: i snitt er dette 12.
- g) Gjennomsnittleg gruppestørleik 1. til 7. årstrinn: i snitt er dette 13,4 elevar
- h) Gjennomsnittleg gruppestørleik 8.-10. årstrinn: i snitt er dette 15 elevar.

Variablane g) og h) er kvalitetsindikatorar.

For grupper med særlege behov:

- i) Andel elevar i grunnskulen som får særskilt norskopplæring, og
- j) Andel elevar i grunnskulen som får morsmålsopplæring.

Begge desse variablane handlar om at kommunen skal gi elevar i grunnskulen med anna morsmål enn norsk og samisk nødvendig morsmålsopplæring, tospråkleg fagopplæring og særskilt norskopplæring til dei har nok norskkunnskapar til å følgje den vanlege opplæringa.

- k) Andel elevar i grunnskulen som får spesialundervisning. Dei som har mangelfullt utbytte av den ordinære opplæringa, har rett til spesialundervisning. Denne variabelen gjeld bare det desse får av slikt i den vanlege grunnskulen.

Kortversjonen:

Sjå først på variablane b), e), f), g) og i).

Del VI: Eksempelsamling

18 Barnevernutgifter i Rogalandkommunane

Notatet nedanfor blei utarbeidd i september 2006, som del av underlag for vurdering av stoda i det kommunale barnevernet i Rogaland.

Stavanger	3.923		Østfold	4.922 +
KOSTRAGruppe 14 (3 k.)	4.570		Akershus	3.473
Sandnes	2.905	Øst	Oslo	6.157
Karmøy	3.067		Hedmark	3.198
Haugesund	4.961		Oppland	3.214
KOSTRAGruppe 13 (36 k.)	3.463		Buskerud	4.184 +
Tysvær	2.094		Vestfold	3.873
Eigersund	3.998	Sør	Telemark	4.180 +
Gjesdal	1.729		Aust-Agder	3.735
Hå	2.550		Vest-Agder	3.904 +
KOSTRAGruppe 11 (43 k.)	3.539		Rogaland	3.758
Time	3.352	Vest	Hordaland	4.172 +
KOSTRAGruppe 7 (13 k.)	3.083		Sogn og Fjordane	3.054
Klepp	3.017		Møre og Romsdal	3.168
Sola	3.869	Midt	Sør-Trøndelag	4.733 +
Randaberg	2.997		Nord-Trøndelag	2.809
Strand	2.952		Nordland	3.815
KOSTRAGruppe 8 (49 k.)	3.683	Nord	Troms	4.192 +
Hjelmeland	3.476		Finnmark	5.145 +
Suldal	2.121		Alle kommunar	4.094
Sauda	3.090		Alle kommunar u/Oslo	3.868
KOSTRAGruppe 3 (32 k.)	4.277			
Sokndal	4.095			
Vindafjord	1.674			
Ølen	6.808			
KOSTRAGruppe 2 (68 k.)	3.244			
Lund	1.512			
Bjerkreim	2.015			
Finnøy	3.285			
Rennesøy	1.686			
KOSTRAGruppe 1 (28 k.)	3.326			

Ein pluss bak fylkesnamnet i rubrikkane ovanfor betyr at kommunegjennomsnittet ligg høgare enn "Alle kommunar u/Oslo".

Notatet viser kommunane sine netto driftsutgifter til barnevern, pr innbyggjar 0-17 år, i 1.000 kr (endelege KOSTRAtal for rapporteringsåret 2005).

Rogalandskommunane: 17 av dei 23 kommunane ovanfor har lågare barnevernutgifter enn gjennomsnittet for sine respektive KOSTRAGupper. Bare 6 kommunar ligg høgare enn desse, og det er Haugesund, Eigersund, Time, Sola, Sokndal og Ølen.

Fylkesgjennomsnitt: I Helse Øst ligg 1 av 4 fylke over landsgjennomsnittet (Oslo ikkje medrekna). I Helse Sør gjeld det 3 av 5 fylke, i Helse Vest 1 av 3 fylke – og likeins i Helse Midt, og i Helse Nord 2 av 3 fylke.

19 Allmennlegedekking

Notatet nedanfor blei utarbeidd 9. mars 2007, som vedlegg til Fylkesmannen si vurdering av søknad frå Karmøy kommune om fleire allmennlegeheimlar. Tala viser samanlikningar med andre kommunar, utviklinga over tid, og nokre variablar som påverkar behova for allmennlegetenester. Teksten til slutt er viktig for å vise konklusjonen på ein tydeleg måte, og den kan kontrollreknast med å gå inn i tabellen.

Karmøy kommune: allmennlegedekking 2003-2005

Dette notatet ordnar opplysningar henta frå SSB: KOSTRA og Statistikkbanken. Nyaste tilgjengelege SSB-tal er for rapporteringsåret 2005, førebels KOSTRA-tal for 2006 blir ikkje lagt ut før 15.03.07. KOSTRA-gruppe 13 er dei 39 største kommunane utanom dei fire største byane, i Rogaland er Haugesund, Sandnes og Karmøy i den gruppa.

	<i>Karmøy</i>	<i>Haugesund</i>	<i>KOSTRA-gr. 13</i>	<i>Sandnes</i>	<i>Rogaland</i>	<i>Heile landet</i>
Legeårsverk pr 10.000 innbyggjarar:						
2005	5,2	8,6	8,2	6,8	7,8	8,9
2004	5,4	8,-	8,1	6,5	7,5	8,8
2003	5,8	7,6		6,7	7,-	9,-
2002	5,8	7,3		6,6	7,1	9,1
Befolkninga pr 01.01.2006:						
% 0-18 år:	28,4	24,5	25,1	28,3	27,6	24,8
% 80 år og eldre	3,6	5,4	4,4	3,2	3,9	4,7
% 67 år og eldre	11,3	13,7	12,9	9,6	11,-	13,1
Folketal 01.01.2006	37.928	31.738		58.947		
Folkeauke 01.01.96-01.01.06	+ 6,0%	+ 8,6%		+ 19,7%	+ 10,4%	+6,2%

Ved årsslutt 2005 var legedekkinga i Karmøy 35% lågare enn KOSTRA-gruppe 13 og 40% lågare enn grannekommunen Haugesund. Med unntak av Utsira (209 innbyggjarar) har ingen Rogalandskommune lågare dekking enn dette.

Karmøy sin eldreandel (80 år og eldre) er

- 8% lågare enn Rogalandsgjennomsnittet
- 18% lågare enn gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 13,
- 23% lågare enn landsgjennomsnittet.

Karmøy sin andel av 0-18-åringar er:

- 3% høgare enn Rogalandsgjennomsnittet

- 13% høgare enn gjennomsnittet for KOSTRAGruppe 13,
- 15% høgare enn landsgjennomsnittet.

Dette betyr: Dersom Karmøy ved årsslutt 2005 hadde hatt same legedekking som gjennomsnittet av KOSTRAGruppe 13, så hadde Karmøy hatt **11 fleire** legeårsverk.

Dersom Karmøy ved årsslutt 2005 hadde hatt same legedekking som grannekommunen Haugesund, så hadde Karmøy hatt **13 fleire** årsverk.

Karmøy har ei ung befolkning – mykje yngre enn Haugesund.

Folketalet i Karmøy veks om lag som landsgjennomsnittet, men mindre enn Haugesund og mykje mindre enn Rogalandsgjennomsnittet.

20 Pleie- og omsorgstenester m.v. (Gjesdal)

Notatet nedanfor blei utarbeidd i oktober 2006, som del av underlaget for Helsetilsynet i Rogaland sitt tilsyn med pleie- og omsorgstenestene i Gjesdal kommune.

Gjesdal kommune: PO-tenester

Dette notatet systematiserer eindeleg KOSTRA-data for rapporteringsåret 2005 (endelege data pr 14.06.06).

For 2005 er Gjesdal i KOSTRAgruppe 10, som er 20 mellomstore kommunar med middels bundne kostnader pr innbyggjar og låge frie disponible inntekter. Av desse er bare Gjesdal i Rogaland (grannekommunen Klepp er i KOSTRAgruppe 7, med låge bundne kostnader pr innbyggjar men elles som KOSTRAgruppe 10).

Variablane 13.d og 14.d er rekna ut på grunnlag av variablane 13.b og c og 14.b og c.

Rad nr.	Variabel	Gjesdal	Klepp	KOSTRA-gruppe 10	Rogaland	Landet u/Oslo
Befolkningsdata						
1	Antal innbyggjarar pr 01.01.2006	9.426	14.832		397.594	
2	Prosentdel 0-18 år	32,6	31,2	26,5	27,6	25,4
3	Prosentdel 19-66 år	60,2	60,1	60,6	61,4	61,4
4	Prosentdel 67-79 år	4,5	6,1	8,3	7,1	8,6
5	Prosentdel 80 år og eldre	2,8	2,6	4,7	3,9	4,7
Kommuneøkonomi						
6	Brutto driftsinntekter i kr pr innbyggjar	39.305	37.869	41.196	42.452	44.469
7	Netto driftsresultat i kr pr innbyggjar	2.199	2.384	910	2.376	1.571
8	Netto lånegjeld i kr pr innbyggjar	64.448	42.865	67.232	46.107	64.727
9	Langsiktig gjeld i % av brutto driftsinntekter	179,2	159,9	179,2	147,4	165,1
Pleie og omsorg: generelt						
10	Netto PO-driftsutgifter pr innbyggj. 80 år+	221.447	242.554	198.183	219.867	208.319
11	Netto PO-driftsutg. pr innbyggjar 67 år +	85.867	72.635	71.305	77.990	73.159
12	Lønsutgifter pr kommunalt PO-årsverk	450.491	455.618	392.250	398.540	391.190
13	Aldersgruppa 67-79 år:					
13.a	antal personar i aldersgruppa				28.250	
13.b	%-del som får heimetenester	8,6	9,1	9,5	8,5	9,2
13.c	%-del som har institusjonsplass	1,2	1,9	1,7	1,6	1,9
13.d	%-del utan kommunale tenester	90,2	89,-	88,8	89,9	88,9
14	Aldersgruppa 80 år og eldre:					
14.a	antal personar i aldersgruppa				15.529	
14.b	%-del som får heimetenester	32,7	35,8	39,2	34,6	36,4
14.c	%-del som har institusjonsplass	9,4	13,2	12,9	14,5	14,2
14.d	%-del utan kommunale tenester	57,9	51,-	47,9	50,9	49,4

Rad nr.	Variabel	Gjesdal	Klepp	KOSTRA-gruppe 10	Rogaland	Landet u/Oslo
Pleie og omsorg: spesielt om heimetenester						
15	Korrigerte brutto driftsutgifter pr brukar	177.327	145.846	133.451	151.742	137.249
16	Netto driftsutg. i % av netto driftsutg. for alle PO-tenester	59,6	47,4	51,6	45,7	46,8
17	%-del av brukarane med meir enn 35,5 timar/veke heimetenester	2,2	7,1	4,1	4,3	4,2
Pleie og omsorg: spesielt om institusjonar						
18	Plassar i institusjon i % av aldersgruppa 80 år+	11,3	18,4	16,4	18,1	18,7
19	Plassar i institusjon i % av alle som får PO-tenester	13,2	16,3	21,2	22,7	21,-
20	Netto driftsutgifter pr plass	631.529	567.247	378.236	534.212	538.841

Generelt

Analyse av statistiske data for tenester kan sjeldan gi endelege svar. Det kan ofte gi gode indikasjonar og gode utgangspunkt for spørsmål, men må bli supplert med lokalkunnskap.

Tal i parentes nedanfor viser til radnummer i tabellen ovanfor.

Befolkning

Folketalet i Gjesdal har auka med 14,4% dei siste 10 åra, og utgjer no 2,4% av Rogaland (1).

Samanlikna med Rogalandsgjennomsnittet har Gjesdal no

- 18% fleire 0-18-åringar (2),
- bare 2/3 så mange 67-79 åringar (4) og 28% færre 80 år og eldre (5),
- 2% færre i yrkesaktiv alder: 19-66 år (3).

Samanlikna med KOSTRAgruppe 10 er desse skilnadane endå større.

Kommuneøkonomi

Brutto driftsinntekter ligg 5% under gruppegjennomsnittet og 7,4% under Rogalands-gjennomsnittet (6). Men driftsresultatet er ikkje langt frå Rogalandsgjennomsnittet (7).

Netto lånegjeld er 40% over Rogalandsgjennomsnittet men 4% under gruppegjennomsnittet (8), og langsiktig gjeld er 21-0% over desse (9).

Så samla sett kan ein få inntrykk av at kommuneøkonomien i Gjesdal er trongare enn i mange andre kommunar, men at kommunen har stoda under kontroll.

Pleie og omsorg: generelt

Rekna både pr innbyggjar 67 år+ og 80 år+ er Gjesdal sin ressursbruk til PO-tenester ikkje så ulik Rogalands-gjennomsnittet men ein del høgare enn gruppegjennomsnittet (10, 11).

Lønsutgifter pr PO-årsverk i Gjesdal er 13% høgare enn Rogalandsgjennomsnittet og 15% høgare enn gruppegjennomsnittet (12).

Har dette å gjere med meir vektleggjing av faglært arbeidskraft, og/eller lengre ansiennitet, og/eller at meir lågtløna heimhjelparbeid blir gjort av familien i staden for av kommunalt personell?

I aldersgruppa 67-79 år er det i Gjesdal 25% færre med institusjonsplass enn Rogalandsgjennomsnittet og gruppegjennomsnittet (13.c). Dekkinga med heimetenester er som Rogalandsgjennomsnittet men 9% lågare enn gruppegjennomsnittet (13.b). Samla dekking er litt lågare enn Rogalandsgjennomsnittet og gruppegjennomsnittet (13.d).

I aldersgruppa 80 år og eldre er det i Gjesdal 35% færre med institusjonsplass enn Rogalandsgjennomsnittet og 27% færre enn gruppegjennomsnittet (14.b). Dekkinga med heimetenester er litt lågare enn Rogalandsgjennomsnittet og 17% lågare enn gruppegjennomsnittet (14.a). Samla dekking er 19% lågare enn gruppegjennomsnittet og 14% lågare enn Rogalandsgjennomsnittet (14.d).

Pleie og omsorg: heimetenester

Brutto driftsutgifter pr brukar av heimetenester i Gjesdal er 33% over gruppegjennomsnittet og 17% over Rogalandsgjennomsnittet (15). Og ca 60% av PO-utgiftene går til heimetenester, mot ca 52% i gruppegjennomsnittet og ca 46% i Rogalandsgjennomsnittet (16).

Gjesdal har bare halvparten så mange særleg ressurskrevande brukarar som gruppegjennomsnittet og Rogalandsgjennomsnittet (17), og talet på psykisk utviklingshemma ligg likt med Rogalandsgjennomsnittet.

Pleie og omsorg: institusjonar

Institusjonsplassar omfattar både sjukeheim og aldersheim. Gjesdal har ikkje aldersheim.

Institusjonsdekkinga i Gjesdal er 31% under gruppegjennomsnittet og 38% under Rogalandsgjennomsnittet (18). Andelen av dei som får PO-tenester som institusjonsplass er bare ca 60% av gruppegjennomsnittet og Rogalandsgjennomsnittet (19).

Ved årsslutt 2005 var det av Rogalandskommunane bare Sauda, Strand, Eigersund og Randaberg som hadde lågare sjukeheimdekking enn Gjesdal (Shdir IS-1262 Sammenligningstall 2005, tabell 23).

Kvar institusjonsplass i Gjesdal har 18% høgare driftsutgifter enn Rogalandsgjennomsnittet (der 9% er aldersheimplassar), og 11% høgare enn grannekommunen Klepp (som heller ikkje har aldersheimplassar men som har 70% høgare sjukeheimdekking) (20).

I Gjesdal får 13% av brukarane PO-tenestene sine som institusjonsplass (19), alle på sjukeheim. Tilsvarende for Rogalandsgjennomsnittet er 22,7% (19), – 2,7% på aldersheim og 19,7% på sjukeheim (2004-fordeling). Og 16,3% i Klepp (alt på sjukeheim).

Forbruk av sjukehustenester

I 2005 hadde aldersgruppa 80 år og eldre i ein del kommunar følgjande forbruk av liggjedøgn i somatiske sjukehus, rekna pr 100 personar i aldersgruppa (etter grunnlagsdata henta frå tabell 26 i Hjulet: SHdir IS-1262):

Strand	399
Sandnes	392
Rogalandsgjennomsnitt	385
Stavanger	378
Time	343
Hå	330
Klepp	294
Gjesdal	280

Gjesdal har nokså lågt forbruk av sjukehusopphald for aldersgruppa 80 år og eldre (færre opphald men gjennomsnittleg liggjetid pr opphald).

Samandrag

Kommuneøkonomien er noko trong, men likevel ligg ressursane til PO-tenester ikkje under gjennomsnittet.

Gjesdal har lagt hovudtyngda av PO-tenestene sine i heimetenestene, og har låg sjukeheimdekking. Men særleg i aldersgruppa 80 år og eldre er det påfallande kor mange færre det er i Gjesdal som får PO-tenester. Betyr dette at uformalisert omsorg frå familie og grannar i Gjesdal dekkjer opp mykje av det som kommunale tenester gjer i andre kommunar, eller at det er mindre behov i Gjesdal, eller at behovsdekkinga der er lågare?

Gjesdal har lågt forbruk av sjukehusopphald for aldersgruppa 80 år og eldre.

21 Pleie- og omsorgstenester m.v. (Sandnes)

Notatet nedanfor blei utarbeidd i september 2007. Det er bare ein tabell utan tekstlege vurderingar, fordi det er eitt av fleire som blei laga som underlag for Fylkesmannen sitt arbeid med det statlege satsingsområdet Omsorgsplan 2015. Notatet viser KOSTRAopplysningar som det er enkelt å framskaffe om ein kommune i løpet av 2-3 timar.

1102 Sandnes: pleie- og omsorgstenester m.v. Torleiv Robberstad 25.09.2007

1. Befolkning

		01.01. 2007	01.01. 2015	01.01. 2020	%-auke .07-.15	%-auke .07-.20
11	Samla folketal	60.507	66.465	70.750	+ 9,8%	+ 16,9%
12	67-79 år	3.795 (6,3%)	5.240	6.467	+ 38,2%	+ 70,6%
13	80 år+	1.914 (3,2%)	2.050	2.179	+ 7,1%	+ 13,8%
14	0-17 år	16.186 (26,8%)	16.923	17.565	+ 4,6%	+ 8,5%

2. Ressursar og prioriteringar		kommunen	Rogalandsgjns.
21	Kommunal bruttoinntekt pr innbyggjar	40.521	45.863
22	Netto po-utgifter rekna pr innbyggjar 80 år+	235.816	242.150
23	%-fordeling av dette: til institusjonar	34%	49%
24	til kjernetenester i heimetenester	56%	46%
25	til aktivisering/støttetenester (f.234)	10%	5%
26	Brukarretta årsverk pr mottakar	0,56	0,52
27	Brutto driftsutgifter pr. mottakar av po-tenester	282.013	272.519
28	Brutto driftsutgifter pr mottakar av eimetenester	188.541	163.324

3. Pleie- og omsorgspersonell totalt		Kommunen	Rogalandsgjns.
31	Po-årsverk totalt pr 01.01.07	1.167,41	
32	Årsverk utan fagutdanning	28%	27%
33	” med fagutdanning vidaregåande skule	40%	40%
34	” med fagutd. høgskule/universitet	32%	33%
35	% legemeldt sjukefråvær	7,0%	7,1%

4. Institusjonsplassar		kommunen	Rogalandsgjnsn.
41	Antal plassar	221	
42	Av desse: i aldersheim	0	1,7%
43	Institusjonsplassar i % av befolkn. 80 år+	11,7%	18,4%
44	%-del av plassane som er i einerom	88,6%	91,8%
45	% (antal) plassar i skjerma einhet	23,7% (52)	26,3%
46	% bebuarar på tidsavgrensa opphald	14,5%	14,1%
47	Legetimar pr veke pr bebuar i sjukeheim (årsverk totalt)	0,24 (1,41 åv.)	0,29
48	Fysioterapit. pr veke pr bebuar i sjukeheim (årsverk totalt)	0	0,26
49	Plassar i instit. og bolig m/heildøgns bemanning i % av 80 år+	26%	28%

5. Aldersgruppa under 67 år		kommunen	Rogalandsgjnsn.
51	Antal med institusjonsplass	12	
52	Antal med heimetenester	556	
53	%-del (antal) av desse som får timeinnsats minst 35,5 timar/veke	7,9% (44)	14%
54	Antal som bur i bolig med heildøgns bemanning	155	
55	%-del under 67 år av alle som har institusjonsplass	5,5%	5,3%
56	%-del under 67 år av alle som får heimetenester	35,7%	35,5%
57	Psykisk utviklingshemma i promille av befolkninga (bare 7% av p.u. i Rogaland er over 60 år, landsgjnsn. er 8%)	4,0 o/oo	4,4 o/oo

6. Aldersgruppene over 67 år		Institusjonspl.	Heimetenester	M/tenester	U/tenester
61	67-79 år: kommunen	0,8%	7,8%	8,6%	91,4%
62	Rogalandsgjennomsnitt	1,7%	8,4%	10,1%	89,9%
63	80 år+: kommunen	9,4%	36,8%	46,2%	53,8%
64	av desse i bolig m/heildøgns bemann.		5%		
65	Rogalandsgjennomsnitt	14%	34,8%	48,8%	51,2%
66	av desse i bolig m/heildøgns bemann.		5%		
67	%-del (antal) 67 år+ i bolig med heildøgns bemanning		2% (117)		

22 Eldreomsorg og utskrivingspraksis frå sjukehus

Teksten nedanfor er eit utdrag frå Fylkesmannen i Rogaland si årsmelding 2006 for helse- og sosialavdelinga/Helsetilsynet i Rogaland. Hovudpunkta er:

- a. *drøfting av korleis aldersgruppa 80 år og eldre har utvikla seg så langt og vil endre seg dei komande åra,*
- b. *påminning om at utviklinga blir svært ulik i dei enkelte kommunane, så dette må kvar kommune vurdere sjølv,*
- c. *at dei eldste aldersgruppene sidan 2002 har fått mange færre liggjedøgn på sjukehus fordi opphalda er blitt kortare,*
- d. *at kommunane må ta høgde for denne utviklinga fordi den gir meir arbeid for helse- og omsorgstenestene,*
- e. *at det er mange grunnar til at framtida vil stille større krav til pleie- og omsorgstenestene, som derfor får store utfordringar både til organisering, tenestevolum og kompetanse.*

Det aller meste av desse vurderingane byggjer på data frå Kostra og Hjulet. Det er viktig å talfeste utviklinga så godt som mulig i ein så ressurskrevande sektor, særleg med tanke på den store veksten i den eldste aldersgruppa etter 2015. Det blir ikkje godt nok bare med kasuistikkar og "korleis det kjennest ut"-opplevingar.

Eldreomsorga

Auke i aldersgruppa 80 år og eldre

Pleie- og omsorgstenester er ikkje bare eldreomsorg, det er også tenester til psykisk utviklingshemma, til yngre fysisk funksjonshemma og til menneske med psykiske lidningar. Men det er aldersgruppa 80 år og eldre som brukar størstedelen av desse ressursane. Rogaland er eit "ungt" fylke: bare 3,9% er 80 år eller eldre, og det er 16% færre enn landsgjennomsnittet.

I Rogaland auka denne eldste aldersgruppa med 14% i femårsperioden 2000-2005. Fram til 2015 vil den halde seg nokså konstant, men så byrjar den å auke stadig meir. I femårsperioden 2020-2025 blir den 20% større, og i 2025 blir her 25% (ca 4.000 menneske) fleire i denne aldersgruppa enn i 2006, fordi dei store årskulla frå 1940-talet blir så gamle då. Men likevel får Rogaland 10% færre i denne aldersgruppa i 2025 enn det er i landsgjennomsnitt i dag.

Denne utviklinga blir svært ulik i dei enkelte kommunane. I 15-årsperioden 2005-2020 vil denne gruppa auke mest i Randaberg (68%) og Sola (52%). Men stor vekst blir det også i Klepp (42%), Karmøy og Time (23%) og Sandnes (19%). Stavanger vil derimot få 2,6% færre og Haugesund 10% færre, og nedgang blir det også i nesten alle kommunane med under 10.000 innbyggjarar. Så dette må kvar kommune vurdere for seg, og bør sjå det saman med ventande endringar i barneårskulla og med kommunen sitt inntektsnivå.

Pleie- og omsorgstenester dei komande åra

I Rogaland hadde 24% av aldersgruppa 80 år og eldre kommunalt tak over hovudet, enten som institusjonsplass (91% som sjukeheimplass) eller som omsorgsbustad, og dette var om lag som landsgjennomsnittet. Men fordelinga mellom desse to buformene varierte mykje mellom kommunane, frå 21% med institusjonsplass i Hjelmeland og 17,5% i Stavanger til 9% i Sandnes og 3% i Sauda.

Endringar i utskrivingspraksis frå sjukehus

I 2005 brukte aldersgruppa 67-79 år i Rogaland 210 liggjedøgn på sjukehus pr 100 personar. Dette var 23% mindre enn landsgjennomsnittet og 19% mindre enn Hordaland. Stavanger låg på Rogalandsgjennomsnittet, mens Sandnes, Karmøy og

Haugesund låg noko høgare. Dette var 29% nedgang frå 2002, fordi opphalda blei så mykje kortare. Me veit ikkje kor mykje av denne nedgangen som er kompensert med auka poliklinisk verksemd.

Aldersgruppa 80 år og eldre brukar mykje eldreomsorg. I 2005 brukte desse rogalendingane 385 liggjedøgn på sjukehus pr 100 personar, slik tabell 4.2 viser. Dette var 7% mindre enn landsgjennomsnittet og 24% mindre enn Hordaland. Stavanger, Sandnes og Karmøy låg nokså nær Rogalandsgjennomsnittet, mens Haugesund låg 15% over det. Det var 16% nedgang frå 2002, fordi gjennomsnittleg liggjetid blei avkorta frå ni til sju dagar. Det seier seg sjølv at denne utviklinga har gitt auka arbeidsmengde for helse- og omsorgstenestene – særleg i Stavanger og Sandnes – og kommunane må ta høgde for dette i vidare planlegging.

Tabell 4.2: Liggjedøgnforbruk på sjukehus pr 100 personar i aldersgruppa 80 år og eldre 1995-2005.

	<i>snitt 1995-2002</i>	<i>2002</i>	<i>2005</i>	<i>%-endring 2002-.05</i>
Stavanger	517	530	378	- 29%
Sandnes	506	583	392	- 33%
Karmøy	351	343	366	+ 7%
Haugesund	425	399	441	+ 11%
Rogaland	434	459	385	- 16%
Hordaland	454	480	504	+ 5%
Heile landet	425	440	413	- 6%

Heimetenester

Kor mange av dei som får heimetenester, får høg timeinnsats, dvs. minst 36 timar heimetenester pr veke? Her er det store skilnader mellom kommunane.

I dei større kommunane varierer det frå 7% i Eigersund og Klepp til 2,2% i Gjesdal og 3,3% i Strand. Rogaland ligg litt høgare enn landsgjennomsnittet.

Framtidskrav

Fram til 2015 blir det ikkje så mange fleire eldre, men det blir likevel større krav til pleie- og omsorgstenester, både på grunn av endra grensesnitt til spesialisttenestene og på utbygging av tenester til rusvern og til menneske med psykiske lidningar. Etter 2015 blir det mange fleire eldre, som på landsbasis mellom anna vil gi 30% fleire nye krefttilfelle men i Rogaland truleg ein del meir. Me ser at oppgåver er flytta frå spesialisttenesta til kommunane, og den utviklinga vil nok vedvare. Alt dette gjer at kommunane må leggje stor vekt på fleksible og brukarvenlege pleie- og omsorgstenester, og på å kunne gi god nok hjelp både til grupper med særlege behov og til menneske i sluttfasen av livet. Dette handlar både om organisering, tenestevolum og meir spesialisert kompetanse.

23 Tenester til barn og ungdom (Haugesund)

Notatet nedanfor blei utarbeidd i september 2002, som underlag for det landsomfattande tilsynet med barne- og ungdomspsykiatrien og samarbeid med tilgrensande funksjonar i fire kommunar i kvart fylke. Haugesund var ein av desse fire i Rogaland. Opplysningar om fagstillingar i PP-tenesta fekk me frå Utdanningsdirektøren i Rogaland. – Det er tydeleg å sjå at notatet prøvar ut kva for variablar som kan vere nyttige.

KOSTRA-kommunegruppe 13 er definert som store kommunar utanom dei fire største byane. Det er 36 slike kommunar i Noreg, og Rogaland har tre av dei: Sandnes, Haugesund og Karmøy (Stavanger er i gruppe 14 i lag med Bergen og Trondheim).

Nr		Haugesund	Karmøy	Sandnes	Gruppe 13
Kommuneøkonomi					
1	Frie inntekter i kroner pr innbyggjar	21.992	20.729	19.107	21.278
2	Langsiktig gjeld i prosent av driftsinntektene	78,7	61,3	47,9	60,7
3	Netto lånegjeld i kr pr innbyggjar	- 2.641	8.724	- 1.018	13.360
Kommunehelsetenester					
4	Netto driftsutgifter til førebyggjande arbeid (funksjon 232) pr innbyggjar 0-6 år	1.749	2.171	1.937	2.383
5	Netto driftsutgifter til førebyggjande arbeid (funksjon 232) pr innbyggjar 0-16 år	746	877	826	984
6	Andel fullførte helseundersøkjingar av spebarn innan utgangen av 8. leveveke	90,5%	97,5%	95,-%	98,2%
7	Andel barn med fullført helseus. ved 2-3 års alder	46,7%	45,4%	48,2%	47,8%
8	Andel barn med fullført helseus. ved skulestart	90,9%	51,8%	91,7%	81,6%
9	Årsverk av helsesøstrer pr 10.000 innb. 0-6 år	37,9	30,1	33,9	39,-
Barnevern					
10	Netto driftsutgifter pr innb. 0-17 år	3.923	3.255	2.446	3.170
11	Netto driftsutg. pr barn i barnevernet	76.005	71.619	61.079	76.565
12	Barn med undersøkjing, i % av innb. 0-17 år	1,7%	1,8%	1,9%	2,-%
13	Barn med barneverntiltak i løpet av året, i % av barn 0-17 år	4,1%	3,3%	2,7%	3,-%
14	Andel av undersøkjingar som fører til tiltak	40,2%	65,4%	45,6%	49,2%
15	Brutto driftsutg. pr. barn i opprinnelig familie	17.267	19.009	37.548	28.271
16	Brutto driftsutg. pr barn utanfor opprinnelig familie	185.830	181.967	186.054	174.735
Grunnskuleopplæring					
17	Netto driftsutgifter pr innb. 6-9 år, til SFO	2.580	- 323	1.275	1.198
18	Prosentdel av 6-9-åringar som er i kommunal eller privat SFO	63,2%	37,4%	32,6%	56,7%
19	Klasser pr kommunal skule	16	11	14	12
20	Elevar pr klasse	22,2	19,3	21,6	21,6
21	Minstetimetall pr klasse	939	935	938	944
22	Årstimar utover minstetimetallet pr elev	25	23	26	26

23	Delingstimar og timar spesialundervisning ift. samla minstetimetotal, i prosent	46,1%	37,8%	43,8%	45,8%
24	Prosentdel elevar i grunnskulen som får spesialundervisning	6,4%	5,5%	5,2%	5,-%
25	Lønsutgifter pr elev	39,928	43.579	42.097	40.885
26	Elevar pr årsverk	11,7	11,3	11,6	11,5
Bruk av øyremerkte psykiatritilskot					
27	%-del av psykiatritilskot brukt til barn/unge	9,1%	17,3%	13,6%	

Kommentarar til tabellen

Tal i parentes viser til radnummer i tabellen.

1. Befolkningsutvikling

I 5-årsperioden 1997-2002 har

- folketallet auka med 4,6% (frå 29.385 til 30.742)
- aldersgruppa 0-17 år auka med 6,7% (frå 6.732 til 7.194).

01.01.02 var aldersgruppa 0-17 år 23,4% av befolkninga (i Rogaland: 26,7%).

2. Kommuneøkonomi

Dei frie inntektene ligg i overkant av gruppegjennomsnittet, og klart høgare enn Karmøy og Sandnes (1). Men langsiktig lånegjeld er påfallande høg (2), og det avgrensar økonomisk handlefridom.

3. Kommunehelsetenester

Nettoutgiftene til førebyggjande helsearbeid til barn og unge (4, 5) ligg ca 25% under gruppegjennomsnittet. Helsesøsterdekkinga er nesten som gruppegjennomsnittet (9).

25% av 16-åringane ser ikkje ut til å ha fått difteri- eller tetanusvaksinasjon, og dette er dobbelt så stor andel som gruppegjennomsnittet, men elles er det ingen merknader til vaksinasjonsdekkingane.

9,5% av spebarna har ikkje fått helseundersøking innan utgangen av 8. leveveke, mot bare 1,8% i gruppegjennomsnitt (6).

Haugesund kjem gjennomsnitt ut for helsekontrollar ved 2-3-årsalder (7), og 11% høgare enn gruppegjennomsnittet når det gjeld fullført helseus. ved skulestart (8).

Det kan sjå ut som om desse førebyggjande tenestene arbeider noko tungt.

4. Barnevern

Målgruppa for dette er stort sett aldersgruppa 0-17 år. Samanlikna med gruppegjennomsnitt ser me at:

- I forhold til målgruppa brukar Haugesund 25% meir til barnevern (10), dette er litt meir enn Stavanger og 60% meir enn Sandnes.
- + Netto årlege driftsutgifter pr barn som har kome inn i barnevernet er like høge (11)
- + Det er 15% færre nye barn i undersøking i Haugesund (12)

- + Det er 18% færre av undersøkingane som fører til tiltak (14)
- + Men Haugesund har 37% fleire barn i barneverntiltak (13)
- = Alt dette gir grunn til å spørje om Haugesund har spesielt mange langtidsbrukarar av barneverntenester, og at oppfølginga av desse gjer at terskelen for å få undersøking eller tiltak derfor blir høgare for andre.

Dette kan i så fall høve med at brutto driftsutgifter pr barn utanfor opprinneleg familie er 6% høgare enn i gruppegjennomsnittet.

5. Grunnskuleopplæring

SFO ser ut til å vere godt utbygd (18), men kostar kommunen ganske mykje (17).

Haugesund har større skular (19) og litt fleire i kvar klasse (20) enn gruppegjennomsnittet.

Kommunen ligg på gjennomsnittet med minstetimetall pr klasse (21), med årstimar utover minstetimetallet pr elev (22), og med delingstimar og spesialundervisning (23).

Og det er 28% fleire elevar i grunnskulen som får spesialundervisning (24).

Haugesund har 2,3% lågare lønsutgifter pr elev (25), men mesteparten av dette kan forklarast med 1,7% fleire elevar pr årsverk (26) og 2,8% fleire elevar pr klasse (20).

6. PP-teneste

I 1999 hadde PP-tenesta for Haugesund/Utsira/Sveio 1,03 fagstillingar pr 1.000 barn 0-16 år, mens Karmøy hadde 1,60 og Tysvær/Bokn 1,74. Stavanger hadde 1,20 og Sandnes/Forsand 0,59.

Under tilsynsbesøket blei det mellom anna klarlagt:

- *Til del 3 kommunehelsetenester: den låge DT-vaksinasjonsdekkinga var feil.*
- *Til del 4 barnevern: samanlikna med andre hadde Haugesund få undersøkjings-tiltak og mange barneverntiltak, dvs. at barneverntiltaka i gjennomsnitt varte lenge. Forklaringa på dette viste seg å vere*
 - *at barnevernet nokre år tidlegare hadde sett at det altfor ofte fekk kontakt med klientane så seint som i 12-14-årsalderen,*
 - *at det hadde spurt seg sjølv kor desse hadde vore før,*
 - *at det derfor hadde byrja å sjå etter i yngre årsklasser,*
 - *at det derfor var kome inn mange yngre i barnevernet, og*
 - *at desse gjorde at barneverntiltaka varte lengre enn for dei eldste klientane.*
- *Det var ei ulempe at barnevernstatistikk ikkje viser aldersfordelinga av klientane.*

24 Barne- og ungdomspsykiatri

Sosial og helsedirektoratet sin rapport IS-1448 Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge (BUP) 2006 om stoda ved årsslutt 2006 kom i november 2007. Notatet nedanfor viser utdrag frå denne rapporten, for å få fram dei opplysningane som er mest relevante for tilsyn med Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF. Det blei utarbeidd til internt bruk for Helsetilsynet i Rogaland i januar 2008.

Helse Vest omfattar Helse Stavanger (=sør-Rogaland), Helse Fonna (=nord-Rogaland og Sunnhordland), Helse Bergen (=resten av Hordaland) og Helse Førde (=Sogn og Fjordane). Helsetilsynet i Rogaland fører tilsyn med Helse Stavanger, og Helsetilsynet i Hordaland med Helse Fonna og Helse Bergen.

Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i Helse Vest og Helse Stavanger 2006.

Dette notatet ordnar ein del opplysningar henta frå Shdir sin rapport IS-1448 (utgitt 05/2007).

1 Målgruppa

Målgruppa er 0-17 år. Helse Stavanger HF skal dekkje dei 18 Rogalandskommunane frå Lund til Hjelmeland, som har i alt ca 80.300 i denne aldersgruppa. Helse Vest har ca 241.660 og heile landet har ca 1.092.000.

Dette betyr at *Helse Vest RHF skal dekkje 22,1% av alle nordmenn i denne aldersgruppa, og Helse Stavanger HF tredjeparten av dette: 7,4%.*

2 Historikk

Som kjent har Rogaland i mange år (iallefall frå 1992) stort sett hatt lågast BUP-kapasitet av alle fylka. I 1996 ga Rogaland BUP-tenester til 0,81% av aldersgruppa 0-17 år (landsgjennomsnitt 2%). Landsmålsetjinga frå 1988 var 2% av målgruppa, men i 1997 blei den auka til 5%.

Etter at staten overtok spesialisthelsetenestene i 2001, er opplysningane om spesialisttenestene for det meste blitt ordna på HF-nivå, ikkje på sjukehusnivå.

3 Helse Vest samanlikna med landsgjennomsnittet i 2006

3.1. Dekkingsprosent

I 2006 hadde Helse Vest lågast dekkingsprosent: bare 3,5% av målgruppa (landsgjennomsnitt: 4,3%).

Helse Nord låg høgast med 6%, og var det einaste HF som var over målsetjinga.

Men Helse Vest hadde størst auke frå året før: + 9,8% (+ 8,4% i landsgjennomsnitt).

3.2 Alders- og kjønnsfordeling av pasientane

	<i>Under 7 år</i>	<i>7-12 år</i>	<i>13-17 år</i>	<i>Sum</i>
Helse Vest	8,5%	39,7%	51,8%	100%
Landsgjennomsnitt	8,9%	37,1%	54,1%	100%

Helse Vest hadde litt større andel i barnepsykiatrien og litt mindre andel i ungdomspsykiatrien, samanlikna med landsgjennomsnittet.

I Helse Vest var 58,5% av pasientane guttar, nokså likt med landsgjennomsnittet (som var 56,4%). Det er først i aldersgruppa 16-17 år at jentene blir i fleirtal – og slik er det over heile landet.

3.3 Behandlingstiltak i 2006

Helse Vest hadde i alt 115.458 behandlingstiltak. Av desse var

- 12% undersøkjing/observasjon (landsgjnsn. 8,7%)
- 65% terapi/samtale (landsgjnsn. 64,7%)
- 23% samarbeid med andre kring pas. (landsgjnsn.26,6%)

Helse Vest ligg altså på noko meir observasjon og noko mindre samarbeid enn landsgjennomsnittet.

Av pasientane i Helse Vest var

- 94% polikliniske (landsgjnsn.93,3%)
- 0,8% til dagbehandling (landsgjnsn. 1,3%)
- 5,1% døgnopphald (landsgjnsn. 5,4%)

Helse Vest ligg altså på noko meir dagbehandling og noko mindre døgnopphald enn landsgjennomsn. Men det aller meste er polikliniske konsultasjonar, og her ligg Helse Vest likt med landsgjennomsnittet.

3.4 Behandlingstiltak – 2006 samanlikna med 2005

Helse Vest hadde 11,3% fleire pasientar i 2006 enn i 2005, og 10,8% fleire polikliniske tiltak (tilsvarande tal for landsgjennomsnittet er 10,4% og 13,3%).

Frå 2005 til 2006 fekk Helse Vest altså færre tiltak pr pasient mens landsgjennomsnittet fekk fleire.

I Helse Vest var det samarbeidstiltak som auka minst og terapi/samtale som auka mest.

3.5 Samarbeidstiltak 2006

Denne tabellen viser kor mange samarbeidstiltak pr pasient der var med pasientens omgiversar.

	<i>Poli- klinisk</i>	<i>døgn- opphald</i>
Helse Vest	3,2	3,2
Landsgjennomsnitt	3,7	5,5

Her ser me at Helse Vest har mange færre samarbeidstiltak pr pasient enn resten av landet.

Dette er uventa: Helse Vest hadde 19% lågare dekking enn landsgjennomsnittet (jf avsnitt 3.1 ovanfor), derfor kunne ein ha venta at pasientane i Helse Vest var noko tyngre enn landsgjennomsnittet og derfor hadde større behov for samarbeid med andre instansar.

3.6 Ventelister 2006

<i>Personar på venteliste pr 1.000 innbyggjarar under 18 år</i>	2005	2006
Helse Vest RHF	3,7	3,6
Landsgjennomsnitt	3,3	3,7

Dette betyr: Helse Vest hadde omlag like stor andel av målgruppa på venteliste som landsgjennomsnittet.

Nyhenviste, dei som fekk behandling, og ventetid:	Helse Vest	Landsgj.sn.
Kor mange nyhenviste i 2006:	3.280	17.983
Kor stor %-del er dei av heile målgruppa	1,36%	1,65%
Kor mange av desse fekk igangsett behandling	3.049 (=93%)	16.781 (=93,3%)
Kor stor %-del er dei av heile målgruppa	1,26%	1,54%
Samla ventetid for dei som fekk igangsett behandling	111 døgn	87 døgn

Dette betyr at

- *Helse Vest fekk henvist 18% færre av målgruppa enn landsgjennomsnittet.* Er dette fordi barn og ungdom på Vestlandet har mindre bruk for psykiatrisk hjelp, eller er det fordi terskelen for å sende søknad om slik hjelp er høgare her?
- Andelen av dei henviste som fekk igangsett behandling var *omlag likeins* for Helse Vest som for landsgjennomsnittet.
- Men ventetida før behandlingsstart var 111 døgn i Helse Vest, og det var 24 døgn (=28%) lengre enn landsgjennomsnittet (til samanlikning var ventetida 86 døgn i Helse Nord, 99 døgn i Helse Midt, 72 døgn i Helse Sør og 76 døgn for Helse Øst).

4 Helse Stavanger samanlikna med dei andre tre helseforetaka i Helse Vest RHF i 2006

<i>Rad nr</i>		<i>Helse Stavanger</i>	<i>Helse Fonna</i>	<i>Helse Bergen</i>	<i>Helse Førde</i>
1a	Prosent auke av pasientar totalt 2005-2006	7,01%	8,19%	15,94%	8,48%
1b	Antal pasientar i 2006	2.472	1.440	2.916	1.215
Polikliniske konsultasjonar					
2a	Auke i polikliniske pasientar 2005-2006	7,16%	8,47%	19,63%	11,18%
2b	Antal polikliniske pasientar i 2006	2.439	1.435	2.822	1.213
	Endring i polikliniske tiltak frå 2005 til 2006:				
3a	– undersøkjing/observasjon	0,21%	- 0,52%	27,57%	12,8%
3b	– terapi/samtale	19,57%	- 6,92%	19,13%	2,27%
3c	– samarbeid m/pas. omgiv.	10,56%	15,36%	13,13%	- 4,97%
	Tiltak pr poliklinisk pasient i 2006				
4a	– undersøkjing/observasjon	2	2	2	1
4b	– terapi/samtale	9,6	6,9	9,4	8,2
4c	– samarbeid m/pas. omgiv.	4,2	1,7	3,1	2,9
Heildøgnsopphald					
5a	Auke i innlagte pasientar 2005-2006	21,01%	33,9%	- 1,8%	- 2,44%
5b	Antal pasientar i 2006	167	79	164	40
	Tiltak pr pasient i 2006				
6a	– undersøkjing/observasjon	2,6	2,8	4,7	1,8
6b	– terapi/samtale	11,3	9,7	17,6	20,3
6c	– samarbeid m/pas. omgiv.	2,6	0,9	4,9	3,7

He samanliknar me dei fire foretaksområda i Helse Vest. Tal i parentes viser til radnummer i tabellen.

Helse Vest hadde 11,3% fleire pasientar i 2006 enn i 2005 (jf avsnitt 3.4), og Helse Stavanger auka minst (1a). Helse Stavanger hadde 33,5% av målgruppa (avsnitt 1) men bare 30,7% av pasientane (1b).

Polikliniske konsultasjonar dekkjer 94% av pasientane (avsnitt 3.3), så tala i (2a) er svært like dei i (1a).

Helse Stavanger hadde bare 30,8% av dei polikliniske konsultasjonane (2b) men 33,5% av målgruppa. Helse Stavanger var det foretaket som auka mest i poliklinisk terapi/samtale frå 2005-2006 (3b). I 2006 låg det høgast av dei fire foretaka på terapi/samtale pr poliklinisk pasient (4b) og mykje høgare enn dei andre på samarbeid med andre (4c).

Helse Fonna er i ei særstilling med at den reduserte både undersøkjing/observasjonstiltak (3a) og terapi/samtaler frå 2005-2006(3b), men derimot auka samarbeid med andre med 15,4% (3c). I 2006 låg Fonna likevel lågast av dei fire både på terapi/samtale pr pasient (4b) og i særklasse lågast i samarbeid med andre pr pasient (4c). Dette kan ha innverknad på korleis yngre pasientar i nord-Rogaland har det, men det er Helsetilsynet i Hordaland som fører tilsyn med Helse Fonna.

Heildøgnspatientar blei det fleire av i Helse Stavanger og Helse Fonna, men færre i dei to andre foretaka (5a).

Helse Stavanger hadde 37,1% av dei innlagde pasientane (5b) men bare 33,5% av målgruppa.

Helse Stavanger låg langt under gjennomsnittet i tiltak pr heildøgnspatient, både når det gjeld terapi/samtale (6b) og samarbeid med andre (6c).

Helse Fonna låg

- aller lågast på terapi/samtale pr pasient: bare på vel halvparten av Helse Bergen (6b),
- i særklasse lågast på samarbeidstiltak med andre: bare tredjeparten så mange slike som Helse Stavanger og mindre enn femteparten av Helse Bergen sitt samarbeidsnivå (6c).

I Helse Stavanger er det noko meir innlagde pasientar og færre polikliniske pasientar enn gjennomsnittet for Helse Vest. Poliklinikken samarbeider mykje med andre og døgnavd. påfallande lite.

Helse Fonna ligg i særklasse lågast når det gjeld samarbeid med andre, både poliklinisk og særleg om heildøgnspatientar. Dette vil nok mykje handle om samspel med kommunale tenester, som Helsetilsynet i Rogaland fører tilsyn med.

25 Ressursar til helsestasjons- og skulehelseteneste (funksjon 232)

Notatet nedanfor blei utarbeidd i oktober 2006, som underlag for å vurdere ressursstoda for helsestasjons- og skulehelsetenestene i Rogaland. Kvar kommune blir samanlikna med andre i same KOSTRAGruppe og med gjennomsnittet av gruppa. Påfallande låge tal er markerte.

Dette notatet viser dei endelege KOSTRAtala 2005 for førebygging for barn og ungdom, sett under eitt for helsestasjons- og for skulehelsetenesta. Påfallande låge tal er markerte. Dette kan vere nyttig for å velje ut kva kommunar det kan vere aktuelt å sjå nærare på i tilsynssamanheng (så som Klepp, Sola, Sokndal Finnøy og nye Vindafjord). KOSTRA har ingen gode resultatmål for skulehelsetenesta, utanom for vaksinasjonsdekking.

Netto driftsutgifter i kr pr. innbyggjar 0-16 år					
Årsverk av helsesøstrer pr 10.000 0-5-åringar					
Årsverk av fysioterapeutar pr 10.000 0-5-åringar					
Årsverk av legar pr 10.000 0-5-åringar					
Stavanger	8,5	7,6	43,4	1.174	
KOSTRAGruppe 14 (3 kommunar)	6,2	5,2	45,5	1.205	
Sandnes	3,7	-	45,-	1.135	
Karmøy	3,7	6,9	51,9	882	
Haugesund	4,5	14,4	47,3	1.187	
KOSTRAGruppe 13 (36 kommunar)	5,2	6,-	50,7	1.167	
Tysvær	6,4	2,9	32,6	1.029	
Eigersund	3,7	0,8	59,2	1.062	
Gjesdal	3,7	2,6	58,9	964	
Hå	3,9	3,5	43,6	502	
KOSTRAGruppe 11 (43 kommunar)	6,5	7,7	61,9	1.218	
Time	4,5	6,6	45,5	795	
KOSTRAGruppe 7 (13 kommunar)	5,7	6,6	46,3	1.046	
Klepp	3,7	0,4	43,1	726	
Sola	3,3	-	43,4	895	
Randaberg	3,-	5,9	57,7	955	
Strand	6,8	9,9	36,6	1.156	
KOSTRAGruppe 8 (49 kommunar)	5,8	5,6	59,-	1.233	
Hjelmeland	16,9	7,8	46,9	1.353	
Suldal	12,6	23,8	60,1	2.199	
Sauda	7,6	-	68,2	1.352	
KOSTRAGruppe 3 (32 kommunar)	9,4	10,6	70,6	1.679	
Sokndal	2,3	2,4	43,9	1.502	
Vindafjord	ein kommune	6,9	-	26,5	1.030
Ølen	frå 01.01.2006	3,7	-	27,6	712

KOSTRAGruppe 2 (68 kommunar)	8,4	7,4	68,7	1.382
Lund	6,9	11,9	64,4	1.352
Bjerkreim	7,6	5,9	47,4	735
Finnøy	5,2	2,7	49,-	621
Rennesøy	5,5	9,9	47,3	787
KOSTRAGruppe 1 (28 kommunar)	7,-	8,7	60,2	1.286
Forsand	5,6	-	105,3	2.014
Kvitøy	20,5	5,3	82,9	1.431
Bokn	9,4	4,9	105,3	1.734
KOSTRAGruppe 6 (59 kommunar)	15,9	10,3	94,8	1.729
Utsira	3,-	7,7	139,-	1.981
KOSTRAGruppe 16 (10 k. med høgast frie inntekter)	13,6	15,-	116,6	2.301

26 Framskriving av inntekter og ressurskrevande grupper

Dette kapitlet byggjer på eit foredrag på Fylkesmannen i Rogaland sitt årlege KOSTRAseminar for Rogalandskommunane 5. april 2005, som her er ajourført med førebelstal for 2007.

Netto driftsutgifter for kommunane fordelar seg i landsgjennomsnitt med 35% til pleie- og omsorgstenester, 32% til grunnskule og 33% til alle andre kommunale aktivitetar. Dei komande åra vil derfor kommuneøkonomien bli sterkt påverka av endringar i aldersgruppene 0-15 år og 80 år+, men desse vil variere svært mykje frå kommune til kommune. Det er viktig å sjå langt nok framover i tid når det gjeld så ressurskrevande sektorar som desse.

Tabellen på s. 59 viser dei 13 største Rogalandskommunane, som har 91% av folketallet i fylket.

- Kolonne 2 viser kommunal bruttoinntekt pr innbyggjar i 2007, med markering av dei fem kommunane med lågast inntekt.
- Kolonne 3 viser kor stor prosentdel av aldersgruppa 80 år og over som fekk pleie- og omsorgstenester i 2007, med markering av dei fem kommunane som ga det til lågast andel av denne gruppa. Meir om denne modellen er å finne i kapittel 15.6 ovanfor.
- Kolonne 4 viser kor aldersgruppene 0-15 år (=BBB) og 80 år+ (EEE) vil bli mindre i 19-årsperioden 2007-2020 (henta frå SSB sine framskrivingar).
- Kolonne 5 viser kor desse to aldersgruppene vil bli større.

Kor stor prosentdel av aldersgruppa 80 år+ får po-tenester?

For dei 13 største Rogalandskommunane – både i 2004 og 2007 – varierte dette mest med kor mange prosent denne aldersgruppa hadde auka dei siste fem åra: større auke ga lågare dekking (jf kapittel 15.6 ovanfor). Dette kan tyde på at omstilling er eit større problem enn økonomi, og dess viktigare er det å sjå på folketalsprognosane for dei komande åra.

Korleis kan ein vente utviklinga fram til 2020?

Dei 13 kommunane i tabellen kan ein dele inn i fire grupper

I den eine gruppa blir den eine aldersgruppa større og den andre mindre, så her vil omstilling og omprioritering av ressursar vere svært aktuelle tiltak. Dette gjeld

- Fire kommunar som får fleire eldre men færre barn/unge. Dette er Karmøy, Sola, Klepp og Randaberg. For desse fire kan største utfordringa bli å flytte ressursar frå barn/ungdom til eldreomsorg. I 2007 var kommuneøkonomien trong både i Karmøy og Klepp, og Karmøy har også låg dekking av po-tenester. – Både Sola, Randaberg og Klepp er no mellom dei ”yngste” kommunane i landet.
- To kommunar som får litt fleire eldre men færre barn/unge. Dette er Eigersund og Strand. Eigersund har bra økonomi og po-dekking, mens Strand ser ut til å slite med begge delar. Felles for dei to er at flytting av ressursar frå barn/unge til eldre også kan bli aktuelt dei komande åra.
- To kommunar som får færre eldre men fleire barn/unge: Dette er Stavanger og Haugesund, som begge har bra økonomi og bra dekking av po-tenester. Her kan største utfordringa bli å prioritere grunnskule høgare enn eldreomsorg – eventuelt med flytting av ressursar.

Dei 13 største Rogalandskommunane: bruttoinntekt og PO-dekking 2007, framskriving av aldersgruppene 0-15 år (B) og 80 år+ (E)

	folketal 01.01.07	bruttoinntekt pr innb. 2007	%-del 80 år+ med PO-tenester	Framskriving 2007-2020: reduksjon av aldersgrupper	Framskriving 2007-2020: %-vis auke i aldersgrupper
Karmøy	38.349	42.254	44,7%	-8% BBBBBBBB	EEEEEEEEEEEEEEEE +19%
Sola	20.666	44.899	38,8%	-14% BBBBBBBBBBBBBB	EEEEEEEEEEEEEEEE=>+39%
Klepp	15.271	42.369	48,1%	-18% BBBBBBBBBBBBBB	EEEEEEEEEEEEEEEE=>+36%
Randaberg	9.501	51.071	?	-17% BBBBBBBBBBBBBB	EEEEEEEEEEEEEEEE=>+60%
Eigersund	13.594	51.145	52,8%	-13% BBBBBBBBBBBBBB	EEEE
Strand	10.654	45.248	45,-%	-5% BBBBB	EEE
Stavanger	117.315	50.219	47,9%	-4% EEEE	BBBBBB
Haugesund	32.303	47.295	47,4%	-8% EEEEEEE	BBBBBBBBBBBBBB
Gjesdal	9.621	45.027	44,1%	-9% -7% BBBBBBBBBB EEEEEE	
Hå	15.072	47.901	54,1%		BBBBB E
Time	15.084	44.287	44,7%	-2% BB	EEEEEEEEEEEEEEEE +21%
Tysvær	9.513	59.170	50,8%		B EEEEEEEEEEEE +1% +12%
Sandnes	60.507	42.782	42,8%		BBBBBBB(BBBBBB) EEEEEEEEEEEE +8% (+14%) +14%
Rogaland	404.566	48.452	47,2%	-0,4% b	EEE
Heile landet	50.895	50.895	48,2%	-2,8% -2,8% BBB EEE	+3,3%

I den andre gruppa blir det færre både av eldre og av barn/unge. Her er Gjesdal den einaste kommunen. No har den låg po-dekking og noko trong økonomi, men kan få tid til å rette det opp dei komande åra.

I den tredje gruppa blir den eine aldersgruppa større utan at den andre blir mindre, så her ligg det ikkje til rette for å dekke veksten med omprioriteringar.

- Ein kommune får fleire barn/unge men (nesten) ikkje fleire eldre, det er Hå. Med middels økonomi og god po-dekking no ser ikkje dette problematisk ut.
- To kommunar får fleire eldre men ikkje fleire barn/unge, det er Time og Tysvær. Time har trong økonomi og låg po-dekking no og får mange fleire eldre, så den kan vente vekstproblem i eldreomsorga si. Tysvær har god økonomi og god po-dekking, og bør liggje godt an til å få utbygd po-tenestene sine i takt med utviklinga.

Den fjerde gruppa får vekst både av barn/unge og eldre. Her er Sandnes den einaste kommunen. Den har trong økonomi og låg po-dekking no, og får solid vekst i begge aldersgruppene. Dette legg til rette for problem med tenesteyting dei komande åra, og det ser ut som eit tilsynsrelevant høgrisikoscenario.

Ut frå desse vurderingane kan det vere særleg aktuelt å følgje utviklinga i Sandnes, Time og Karmøy i dei komande åra.



Torleiv Robberstad: Dearvvašvuođa- ja fuolahusstatistihkka – reaidu bearráigeahččat sosiála- ja dearvvašvuođadilálašvuođaid fylkkain

Čoahkkáigeassu Dearvvašvuođageahču Raportta 2/2009 čoahkkáigeassu

Fylkka Dearvvašvuođageahču ja Fylkkamánni doaimmaide gullá didoštít sosiála- ja dearvvašvuođadilálašvuođaid fylkkas ja iešgudet áššiid mat daidda váikkuhit. Dán bargosuorggi gohčodit mii dás suorgeberráigeahččun.

Suorgeberráigeahčču galgá háhkat dieđuid maid sáhtá atnit

- govvidit dilálašvuođa
- gávnnahtit surggiid gos lea váilevašvuohta dahje váilevašvuođa riska
- vuodđun árvoštallat dárbbasuvvo go bearráigeahčču
- čujuhit gokko dárbbut eai leat devdovuvvon dahje dilálašvuođaid mat eai čuovo dearvvašvuođalágaid ja riikka ulbmiliid, vuoruhemiid ja eará mearrádusaid

Fylkka dearvvašvuođageahčču ja Fylkkamánni leat riikkadási mihtuid, suohkaniid iešmearrideami ja oktagaslaš vuoigatvuođaid russenčuoggá alde. Lágat ja njuolggadusat mearridit ollu dán golmma beali birra, ja stáhtalaš hálddašupmi fylkkadásis lea guovddáš ásahus geavada ja čadaheami vihkkedallamis ja hábmemis.

Systemáhtalaš suorgeberráigeahčču addá buoret vuođu čalmmustahttit hearkkes dilálašvuođa bealuštahtti bálvalusaid ja eará láhkamearrádusaid ektui. Dat lea reaidun mii adno gozihit ahte riikka dearvvašvuođapolitihkalaš ulbmilat čuvvojuvvojit ja dárkkistit movt suohkanat ja dearvvašvuođadoaimmahagat devdet

daid. Dát bargu ferte vuodduvuvvot doallelaš dieđuid ala.

Statistalaš dieđut mat dássedit ja áigges áigái čohkkejuvvojit ja rahpasit almmuhuvvojit leat oassin dán diehtovuođu, mii sáhtá mitalit juoidá sihke bálvalusaid viidodaga, kvalitehta ja boahttevaš jagiid vurdojuvvon rievdadusaid birra.

Dát raporta sisttisoallá diekkár statistihka geavaheami suorgeberráigeahčus. Dat lea vuosttažettiin suohkanlaš bálvalusaid hárrái, ja nu sáhtá eanas oassi raporta dieđuin leat ávkkálaš suohkaniidda sin barggus suohkandearvvašvuođ abálvalusalága § 1-4 olis.

Torleiv Robberstad: Statistics on health and care – a tool for area surveillance

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 2/2009

One of the tasks of the Norwegian Board of Health Supervision in the Counties and the Offices of the County Governors is to keep themselves informed about health and social conditions in the county and the factors that influence these conditions. This area of work is called area surveillance.

Area surveillance involves obtaining information that can be used:

- to describe the situation
- to identify areas where there are deficiencies, or a danger of deficiencies occurring, in provision of services
- as the basis for assessing the need for supervision of services
- to identify unmet need or variation in provision of services that are not in accordance with health legislation or national goals, priorities or other instructions.

The Norwegian Board of Health Supervision in the Counties and the Offices of the County Governors are at the crossroad between national goals, municipal self-government and individual rights. Laws and regulations and public administration in the county are important for directing and developing practice.

Systematic area surveillance will provide an important basis for identifying vulnerable areas in relation to adequate services and other legislative requirements. It is a tool for monitoring health policy goals and the

way in which the municipalities and the health trusts fulfil these goals. This work must be based on adequate information.

Data that is routinely collected and published provides information about the amount of services provided, the quality of services and expected changes in needs for services in the future.

This report deals with how these data are used in area surveillance. It deals mainly with municipal services, so much of the material is useful for the municipalities in relation to their work in accordance with Section 1-4 of the Municipal Health Services Act.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgjevingar 2008

1/2008 Meldesentralen – årsrapport 2006

2/2008 ”Mens vi venter ...” – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste

3/2008 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser

4/2008 Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven

5/2008 Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001–2007

6/2008 Oppsummeringsrapport etter tilsyn med smitteisolering ved 10 helseforetak i 2006. Statens helsetilsyn og Arbeidstilsynet

7/2008 Nødvendig tvang? Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming for perioden 2000–2007

Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på Helsetilsynets nettstad www.helsetilsynet.no. Enkelte utgjevingar finst i tillegg i trykt utgåve som kan tingast frå Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Utgjevingar 2009

1/2009 Hans Petter Schjønby: Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge

2/2009 Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

3/2009 Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

4/2009 DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsykiatriske sentre

5/2009 Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn

6/2009 ”Sikker som banken...” – sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften.

Tilsynsmeldingar

Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Helsetilsynet. Den blir nytta til å orientere omverda om saker som er sentrale for sosial- og helsetenestene og for offentleg debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no. Dei nyaste kan og tingast i trykt utgåve.

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetenestene.

Serien vert utgjeven av Statens helsetilsyn. Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 2/2009

Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

Eit av arbeidsfeltene for Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen er å halde seg orientert om sosial- og helseforholda i fylket og dei faktorane som verkar inn på desse. Dette feltet blir gjerne kalla områdeovervaking.

Områdeovervaking skal framskaffe kunnskapen som kan brukast

- til å beskrive tilstanden,
- til å finne fram til område med svikt eller risiko for svikt,
- som grunnlag for å vurdere om det trengs tilsyn,
- for å peike på udekte behov eller variasjonar som ikkje er i samsvar med helselovgjevinga og nasjonale mål, prioriteringar og andre føringar.

Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen står i skjæringspunktet mellom nasjonale mål, kommunalt sjølvstyre og individuelle rettar. Lover og forskriftsverk seier mykje om alle desse tre vektorane, og statleg forvaltning i fylket er viktig i avveging og utforming av praksis.

Systematisk områdeovervaking vil gi betre grunnlag for å synleggjere sårbare område i forhold til forsvarlege tenester og andre lovkrav. Det er eit verktøy for å vakte nasjonale helsepolitiske mål og følgje med på korleis kommunar og helseføretak oppfyller desse. Dette arbeidet må vere tufta på godt nok kunnskapstilfang.

Statistiske opplysningar som er rutinemessig innsamla og offentleg publisert er ein del av faktagrunnlaget som kan fortelje både om tenestevolum, kvalitet og ventande endringar i behov dei komande åra.

Denne rapporten handlar om bruk av slik statistikk i områdeovervaking. Den handlar mest om kommunale tenester, så mykje av stoffet kan nok også vere nyttig for kommunane i deira arbeid etter § 1-4 i kommunehelsetenestelova.