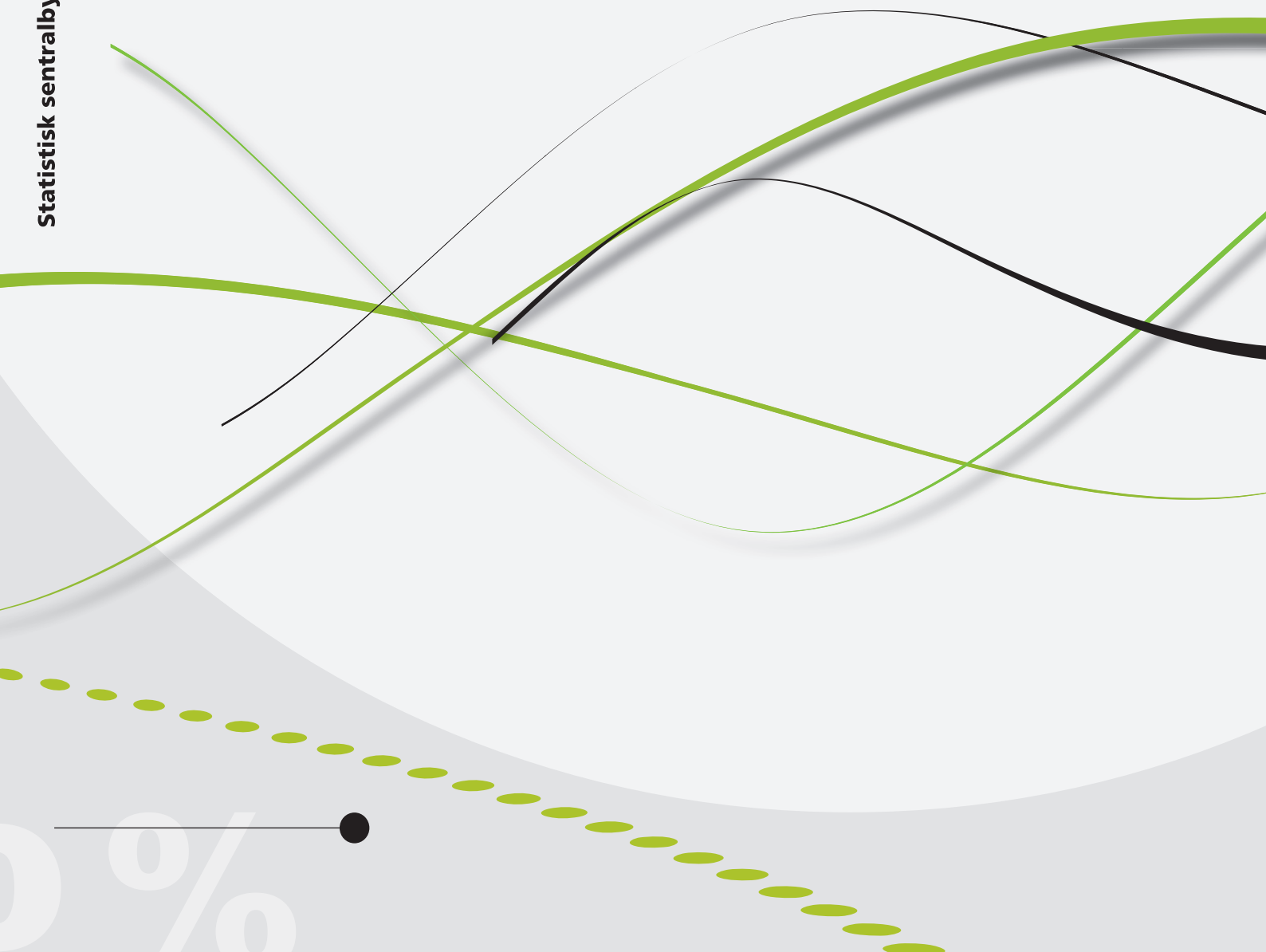


*Dag Abrahamsen, Linda Allertsen  
og Othilde Skjøstad*

## Hjemmetjenestens målgrupper og organisering





*Dag Abrahamsen, Linda Allertsen  
og Othilde Skjøstad*

## **Hjemmetjenestens målgrupper og organisering**

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå  
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 11. april 2016

ISBN 978-82-537-9324-5 (trykt)  
ISBN 978-82-537-9325-2 (elektronisk)  
ISSN 0806-2056

<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Desimaltegn	,

## Forord

Med 50 milliarder i utgifter i 2014, er hjemmetjenesten et stort område i det kommunale tjenestetilbudet. Mens institusjonstjenesten i stor grad gjelder eldre personer med stort bistandsbehov, er hjemmetjenesten langt mer mangfoldig. Det har i liten grad vært kunnskap om hvordan tjenestene er organisert og utgiftsført for ulike målgrupper.

Med utgangspunkt i Enhetsregistret, har Statistisk sentralbyrå gjennomgått rundt 3 000 - hovedsakelig kommunale - virksomheter innen hjemmetjenesten med dette for øyet. Innsamling av data har skjedd gjennom spørreskjema for hver virksomhet i en egen nettbasert undersøkelse.

Først er virksomhetene vurdert etter om de betjener boliger i nærområdet, er ambulerende tjenester, eller er en kombinasjon av disse eller andre typer tjenester, som sykehjem eller dagsenter. Deretter har vi undersøkt i hvilken grad virksomhetene er rettet mot bestemte målgrupper, og i så fall om det er en sammenheng mellom type virksomhet og målgruppene som betjenes.

Videre har vi undersøkt i hvilken grad kommunene har regnskapsført hjemmetjenesten mer detaljert enn det KOSTRA forutsetter, og om det er behov for en mer detaljert kontoplan som standard.

Deretter analyseres forskjeller i tjenesteorganisering og regnskapsføring etter kommunestørrelse.

Til slutt vurderes mulighetene for å fordele årsverk på KOSTRA-funksjon, og eventuelt bruke dette som grunnlag for å estimere utgifter fordelt på målgrupper, både på landsbasis og kommunalt nivå.

Arbeidet med rapporten er delvis finansiert av Helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå, 5. april 2016

Christine Meyer

## Sammendrag

Hjemmetjenesten er en del av omsorgstjenesten i norske kommuner, og omfatter blant annet praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet. Hjemmetjenester gis både til dem som bor i egen private bolig og i kommunalt disponerte boliger, og ytes fra virksomheter i kommunen som enten er ambulerende hjemmetjeneste eller boligbaser. Boligbaser er personalbaser fast tilknyttet beboere i kommunalt disponerte boliger og private boliger i nærområdet.

I 2014 var kommunenes utgifter til hjemmetjenesten på nesten 50 milliarder. Til tross for dette finnes det lite kunnskap om hvordan utgiftene fordeler seg mellom ulike virksomhetstyper og målgrupper. På grunn av antakelse om utbredt integrasjon mellom hjemmetjeneste og institusjonstjeneste er det heller ikke publisert egne tall for årsverk og utdanningsnivå for de ansatte.

Formålet med kartleggingen av hjemmetjenesten er femdelt:

- Å belyse hvilke målgrupper virksomhetene i hjemmetjenesten er rettet mot.
- Å undersøke hvordan hjemmetjenesten er organisert.
- Å vurdere i hvilken grad hjemmetjenesten er integrert med andre typer tjenester som institusjon eller dagaktivitetstilbud
- Å undersøke hvordan kommunene regnskapsfører utgiftene i hjemmetjenesten.
- Å vurdere estimering av utgifter med utgangspunkt i årsverk fordelt etter målgrupper

Kartleggingen hadde en svarprosent på 90, og påviste i alt 2 680 virksomheter i hjemmetjenesten. Av disse var:

- 52 prosent rene boligbaser
- 15 prosent ren ambulerende hjemmetjeneste
- 14 prosent en kombinasjon av boligbaser og ambulerende hjemmetjeneste
- 16 prosent hjemmetjenester kombinert med annen type virksomhet, som sykehjem eller dagsenter.

Kartleggingen har kun sett på forekomsten av ulike virksomheter. Omfang gitt ved antall ansatte eller antall brukere ved virksomhetene er ikke undersøkt i denne omgang.

Den målgruppen som flest virksomheter retter sine tjenester mot, er personer med utviklingshemming. Samlet sett var 45 prosent av virksomhetene i hjemmetjenesten rettet mot denne målgruppen, eventuelt i kombinasjon med andre målgrupper. En annen målgruppe som er tilknyttet mange virksomheter, er personer med psykiske lidelser. Denne målgruppen er ofte kombinert med målgruppene utviklingshemming eller rusproblemer. Det vanlige er at boligbasene betjener kun en målgruppe, mens den ambulerende tjenesten oftest betjener to eller ingen spesifikk målgruppe. Selv om eldre hjemmetjenestebrukere er mange, har virksomhetene i mindre grad disse som eneste målgruppe. «Rene» virksomheter som kun har en målgruppe kan for øvrig gi ny innsikt i hvordan tjenestene er utformet for bestemte målgrupper, både når det gjelder personelldata og brukerdata.

Når det gjelder regnskapsføring, viser resultatene at mange kommuner regnskapsfører mer detaljert enn det som pålegges. De fleste kommunene har likevel ikke virksomheter rettet mot kun én målgruppe. Flertallet av rapportørene ser heller ikke behovet for en mer detaljert regnskapsføring enn dagens standard. Analysen viser at kommunestørrelsen spiller en stor rolle for virksomhetenes organisering, målgrupper og regnskapsføring. Det er derfor naturlig å vurdere en mer detaljert regnskapsføring kun for store og andre frivillige kommuner i første omgang.

Beregning av ressursbruk gjennom årsverk og utdanning kan uansett være et enklere alternativ å utforske før en eventuelt innfører et mer detaljert regnskap, særlig siden omfanget av integrasjon mellom hjemmetjenester og sykehjem er mindre enn tidligere antatt. I første omgang kan en vurdere en utredning av muligheten for publisering av årsverkstall fordelt på KOSTRA-funksjoner på kommunenivå.

Kvalitetssikrede årsverkstall for hjemmetjenesten totalt er en forutsetning for å kunne fordele årsverkene videre på målgrupper, for eksempel hovedgruppen utviklingshemming.

## Abstract

The home care service is part of the care service in Norwegian municipalities, and includes, among other things, practical assistance (formerly called home help) and home nursing care. Home care services are offered to owner occupiers and local authority housing tenants, and are provided by establishments in the municipalities that either offer ambulant home care or have a fixed base in the immediate area of residents in local authority housing or private homes (residential base).

In 2014, the Norwegian municipalities' expenditure for the home care service was almost NOK 50 billion. Despite this, there is little information on how the costs are distributed between the different types of home care services and user categories. Due to assumed integration between service types, the extent and type of education of those working in the home care service has not been published so far.

The purpose of the survey of the home care service was:

- To examine how the home care service is organised.
- To highlight which user categories the activities of the home care service are aimed at.
- To examine how municipalities recognise home care service expenditure in their accounts.
- To examine whether the size of a municipality has a bearing on its organisation, user categories and accounting.

The results of the survey showed that in 2014 there were a total 2 680 establishments in the home care service. Of these:

- 52 per cent worked solely from a residential base in the vicinity of users
- 15 per cent offered only ambulant home care
- 14 per cent had a combination of a residential base and ambulant home care
- 16 per cent combined home care services with another type of establishment, such as nursing homes or day centres.

The survey has had the occurrence of different kind of establishments as scope. Size measured in number of employees or number of users connected to the establishments is not inspected here.

The group that most establishments aim their home care services at is people with disabilities. A total of 45 per cent of home care establishments were aimed at this group. Another group that many establishments provide home care services for is people with mental health problems. Home care services for this group are often combined with those for people with disabilities or substance abuse problems. Home care services often serve just one main user category, and ambulant home care mostly serves two categories or no specific category.

Despite older users are many, the establishments do normally not have them as the only category. The extent of integration between residential bases and ambulant services, and between the home care service and other types of services such as institutions or day centres, depends on the size of the municipality; the larger the population the lesser the degree of integration. In other words, integration is more common in the smaller municipalities than in the larger municipalities. The total integration between home care services and nursing homes is less than previously assumed.

With regard to accounting, the results show that many municipalities keep more detailed accounts than is required. However, the majority do not want more detailed accounts than the current standard.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1. Hjemmetjenesten – en del av omsorgstjenestene i kommunen .....	7
1.2. Formål med kartleggingen .....	8
1.3. Bakgrunn .....	9
1.4. Erfaringer fra SSBs boligkartlegging i 2011 .....	11
1.5. Sentrale begreper .....	11
1.6. Problemstillinger .....	12
<b>2. Gjennomføring: metode og populasjon</b> .....	<b>13</b>
2.1. Enhetsregisteret og virksomheter .....	13
2.2. Populasjon .....	15
2.3. Spørreskjema.....	15
2.4. Databehandling.....	16
2.5. Datakvalitet .....	17
<b>3. Hvordan er hjemmetjenesten organisert etter type virksomhet?</b> .....	<b>19</b>
3.1. Type virksomheter .....	19
3.2. Flere næringer i samme virksomhet – integrerte eller samlokalisering? .....	21
3.3. Bemanningsgrad i boligbaser .....	23
3.4. Regnskapsføring og årsverksfordeling for integrerte tjenestetyper .....	24
3.5. Oppsummering .....	25
<b>4. Hvilke målgrupper er hjemmetjenestevirksomhetene rettet mot?</b> .....	<b>26</b>
4.1. Hjemmetjenesten samlet .....	26
4.2. Målgrupper og tjenestetype .....	31
4.3. Hjemmetjeneste – kun boligbase for nærområdet .....	32
4.4. Hjemmetjeneste – kun ambulerende tjeneste .....	35
4.5. Hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper .....	37
4.6. Oppsummering .....	39
<b>5. Er det aktuelt å innføre en mer detaljert regnskapsføring i KOSTRA?</b> .....	<b>41</b>
<b>6. Hvilken rolle spiller kommunestørrelse for virksomhetenes organisering, målgrupper og regnskapsføring?</b> .....	<b>43</b>
6.1. Kommuneinndeling .....	43
6.2. Type virksomhet.....	44
6.3. Målgrupper .....	44
6.4. Regnskapsføring .....	47
6.5. Oppsummering .....	49
<b>7. Kan utgifter estimeres gjennom fordeling av årsverk?</b> .....	<b>51</b>
7.1. Estimerer for landstall basert på virksomhetene – forutsetninger og utfordringer .....	51
7.2. Fra virksomhet til utgiftstall via årsverk? .....	53
7.3. Oppsummering .....	55
<b>8. Avsluttende kommentarer</b> .....	<b>57</b>
8.1. Organisering av hjemmetjenesten .....	57
8.2. Målgrupper i hjemmetjenesten.....	57
8.3. Regnskapsføring av kommunale utgifter til hjemmetjenester, fordelt på målgruppe .....	58
8.4. Kommunestørrelsens betydning for organisering, målgrupper og regnskapsføring .....	58
8.5. Årsverksfordeling og estimat for utgifter.....	59
8.6. Prioritering av oppfølgingstiltak .....	60
<b>Referanser</b> .....	<b>62</b>
<b>Vedlegg A: Populasjon</b> .....	<b>65</b>
<b>Vedlegg B: Gjennomføringen av kartleggingen</b> .....	<b>70</b>
<b>Vedlegg C: Utdrag fra IPLOS-veileder</b> .....	<b>77</b>
<b>Vedlegg D: KOSTRA regnskapsveileder – omsorgstjenester</b> .....	<b>78</b>
<b>Vedlegg E: Næringskoder for helse- og sosialtjenester – SN2007</b> .....	<b>82</b>
<b>Vedlegg F: Sammenhengen mellom KOSTRA-funksjon, næring og IPLOS-tjeneste</b> ... ..	<b>90</b>
<b>Vedlegg G: Spørreskjema</b> .....	<b>92</b>
<b>Vedlegg H: Virksomhetstyper fordelt på kommune</b> .....	<b>95</b>
<b>Vedlegg I: Målgrupper fordelt på kommune</b> .....	<b>102</b>
<b>Figurregister</b> .....	<b>107</b>
<b>Tabellregister</b> .....	<b>108</b>



## 1. Innledning

Omfanget av kommunale hjemmetjenester er stort og økende. I 2014 beløp kommunens utgifter til hjemmetjenester seg til nærmere 50 milliarder kroner (Statistisk sentralbyrå, 2015). De siste årene har det vært et skifte fra institusjon til mer hjemmebaserte tjenester i norske kommuner (Borgan, 2012:16). Mens institusjonstilbudet i kommunene er temmelig ensartet og først og fremst rettet mot eldre eller personer med særlig stort bistandsbehov, er hjemmetjenesten langt mer mangfoldig og går til mange ulike målgrupper, med både yngre og eldre brukere (Mørk, 2015).

Til tross for at hjemmetjenesten er en stor og ressurskrevende samfunnsoppgave, vet vi relativt lite om dette området (Daatland, 2014:12). Gjennom KOSTRA<sup>1</sup> har vi oversikt over de samlede utgiftene i hjemmetjenesten, og IPLOS<sup>2</sup> har de siste årene gitt kunnskap om type og omfang av tjenester brukerne får. Det utføres òg jevnlig kartlegginger av tjenester for enkelte målgrupper, som personer med psykiske lidelser eller rusproblemer (Ose og Kaspersen, 2015b) og demens (Gjøra, Eek og Kirkevold, 2015). Likevel vet vi lite om hvordan hjemmetjenestene samlet er organisert og prioritert i forhold til ulike målgrupper. For å få mer kunnskap på dette området, har Statistisk sentralbyrå (SSB) derfor på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en kartlegging av hjemmetjenesten for alle virksomheter som inngår i kommunenes hjemmetjeneste, med utgangspunkt i Enhetsregisteret<sup>3</sup>.

### 1.1. Hjemmetjenesten – en del av omsorgstjenestene i kommunen

Hjemmetjenesten er en del av omsorgstjenestene i kommunen. Omsorgstjenestene omfatter:<sup>4</sup>

- hjemmetjenester
- institusjonsopphold
- aktivisering og servicetjenester
- tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

Hjemmetjenester gis til dem som bor i egen privat bolig eller kommunalt disponert bolig. Brukerne av hjemmetjenester anses å være hjemmeboende selv om de bor i en kommunalt disponert bolig til omsorgsformål. Beboerne i kommunalt disponert bolig betaler normalt husleie, i motsetning til beboerne i institusjon, som har inntektsavhengig brukerbetaling som skal dekke alle utgifter (Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011).

Hjemmetjenestene omfatter praktisk bistand (tidligere kalt «hjemmehjelp»), helse- og omsorgstjenester i hjemmet (i hovedsak det som tidligere ble kalt «hjemmesykepleie»), avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn og rehabilitering utenfor institusjon.

Praktisk bistand består av tre tjenestetyper. Disse er daglige gjøremål, opplæring i daglige gjøremål og brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Daglige gjøremål inkluderer egenomsorg og personlig stell, samt praktiske gjøremål som rengjøring, vask av klær og matlaging. Formålet med opplæring i daglige gjøremål er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, med bl.a. opplæring i husarbeid og matstell, måltider, personlig hygiene, påkledning og boveiledning. Ved bruker-

<sup>1</sup> KOSTRA står for KOrmmune-STat-Rapportering. Obligatorisk rapportering fra kommunene f.o.m. 2001.

<sup>2</sup> IPLOS står for Individbasert PLeie- og OmsorgsStatistikk. Obligatorisk rapportering f.o.m. 2007.

<sup>3</sup> Enhetsregisteret er nærmere beskrevet i avsnitt 2.1 og vedlegg A.

<sup>4</sup> Se Vedlegg D KOSTRA regnskapsveiledning for detaljer om omsorgstjenestene.

sturt personlig assistanse har bruker arbeidslederansvaret for en eller flere assistenter, og avgjør selv hvordan de tildelte timene skal brukes. Dette er en ordning som er særlig tilrettelagt for mennesker med omfattende funksjonsnedsettelse.

Helsetjenester i hjemmet er medisinsk basert pleie. Dette inkluderer blant annet medisiner, sårstell og hjelp til daglig personlig hygiene. I tillegg inngår helsetjenester til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer.

Hjemmetjenestene «avlastning utenfor institusjon» og «rehabilitering utenfor institusjon» kan organiseres på ulikt vis, og vil som regel inngå som en del av andre hjemmetjenestevirksomheter. Omsorgslønn er vedtak om betaling for tjenester som utføres av pårørende til bruker, og de er normalt ikke å anse som vanlige ansatte som skal tilknyttes virksomheter i Enhetsregisteret via kommunens personalsystem.

## 1.2. Formål med kartleggingen

En hovedmålsetning med denne kartleggingen er å gi kunnskap om hvordan hjemmetjenesten i Norge er organisert for de ulike målgruppene. Et annet hovedformål er å undersøke om kommunene utgiftsfører, eller har behov for og mulighet til å utgiftsføre, tjenestene på et mer detaljert nivå innen hovedområdet «hjemmetjenester». Dette vil gi grunnlag for å vurdere behovet og muligheten for oppsplitting av KOSTRAs regnskapsfunksjoner på målgrupper i alle kommuner.

Videre antas det å være en sterk sammenheng mellom årsverk og utgifter. Uavhengig av innføring av en eventuelt mer detaljert regnskapsføring for KOSTRA, vil denne rapporten gi et grunnlag for lettere å kunne vurdere om det er mulig å fordele årsverk og utdanning på målgrupper. Da vil en i så fall få kunnskap om hvordan tjenestene er dimensjonert for de ulike målgrupper, og dermed være i stand til å estimere utgiftstall etter årsverksfordelingen.

Dette innebærer at rapporten skal gi informasjon om:

- I hvilken grad hjemmetjenestens virksomheter er rettet mot én eller flere målgrupper.
- I hvilken grad hjemmetjenesten ytes fra en personalbase<sup>5</sup> for boliger i nærområdet, eller av den ambulerende hjemmetjenesten
- I hvilken grad hjemmetjenesten er integrert med andre typer tjenester som institusjon eller dagaktivitetstilbud
- I hvilken grad kommunene allerede har en mer detaljert regnskapsføring for hjemmetjenesten enn det KOSTRA legger opp til, eventuelt om rapportørene ser dette som et behov
- I hvilken grad det er mulig å estimere utgifter basert på fordeling av årsverk

Kartleggingen skal samle informasjon om målgrupper for virksomheter registrert som offentlig hjemmetjeneste i Enhetsregisteret. En «målgruppe» er den brukergruppen den enkelte virksomhet retter sine tjenester mot (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette kan bety at virksomheten har særskilte personal-

---

<sup>5</sup> For enklere omtale av «personalbase for nærområdets brukere» går vi over til å bruke begrepet «bolibase» i denne rapporten

ressurser og øvrig tilrettelegging tilpasset brukergruppen. Følgende målgrupper ble vurdert<sup>6</sup>:

- Personer med demens
- Personer i alderen 0 - 66 år med fysiske begrensninger grunnet funksjonshemming, skade, eller somatisk sykdom
- Personer 67 år eller over, med fysiske begrensninger grunnet alder, funksjonshemming, skade eller somatisk sykdom
- Personer med utviklingshemming
- Personer med psykiske lidelser
- Personer med rusproblemer
- Personer med dobbelt-/multidiagnose<sup>7</sup>
- Annen målgruppe

I tillegg et alternativ for

- Ingen målgruppe

Det var en forutsetning at rapporteringsjobben for kommunene skulle holdes på et minimum. Kartleggingen er derfor gjennomført ved hjelp av nettbasert spørreskjema, bygd på KOSTRAs rapporteringsplattform, som var godt kjent av kommunene fra før. Virksomhetene som skulle rapportere inn tall, ble valgt ut med utgangspunkt i organisasjonsnummeret til aktuelle virksomheter i Enhetsregisteret.

### 1.3. Bakgrunn

Bedre kunnskap om hjemmetjenestens organisering og prioritering er etterspurt fra flere hold. Kommunesektorens organisasjon KS og dens ASSS-nettverk<sup>8</sup> har lenge ytret ønske om et mer detaljert datagrunnlag innen hjemmetjenester. Mange store kommuner har behov for mer detaljerte regnskapstall, både internt og for å kunne ha et tallgrunnlag for å kunne sammenligne seg med andre kommuner. Det er dessuten stor interesse for å følge med på utviklingen av heldøgns botilbud innen helse- og omsorgstjenestene og effekter av Husbankens tilskudd til dette formålet (Husbanken, 2015 og 2016 og Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Fra mange hold er det ønskelig med årsverks- og utdanningsdata for omsorgstjenestene fra SSBs sysselsettingsregister, brutt ned på institusjon og hjemmetjeneste i hver enkelt kommune. Frem til nå har en antatt at disse to områdene har vært så integrert med hverandre at det i mange kommuner ikke ville være mulig å oppnå tall av tilfredsstillende kvalitet. SSB har derfor valgt ikke å publisere disse tallene.

Økt bruk av registerbaserte årsverksdata er også ønskelig fra kommunenes side. Det har vært håp om at registerbaserte personelldata innen psykisk helsearbeid kan erstatte skjemarapportering til Helsedirektoratet (Ose og Kaspersen, 2015a). I KOSTRA Samordningsråd ble det dessuten påpekt behov for mer kunnskap om omfanget av tjenester til personer med utviklingshemming. SSB ble derfor bedt om å se nærmere på mulighetene for å måle utgiftstall for tjenester til denne målgruppen, i tillegg til personer med psykiske lidelser og rusproblemer (Statistisk sentralbyrå, 2013). SSB foreslo da en kartlegging av hele hjemmetjenesten.

<sup>6</sup> Dette er i stor grad de samme målgruppene som Husbankens investeringstilskudd omhandler (Husbanken 2016).

<sup>7</sup> I målgruppen personer med dobbelt-/multidiagnose inngår blant annet personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP).

<sup>8</sup> ASSS står for Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner, og representerer de 10 største kommunene.

## KOSTRA, SSBs sysselsettingsregister og IPLOS

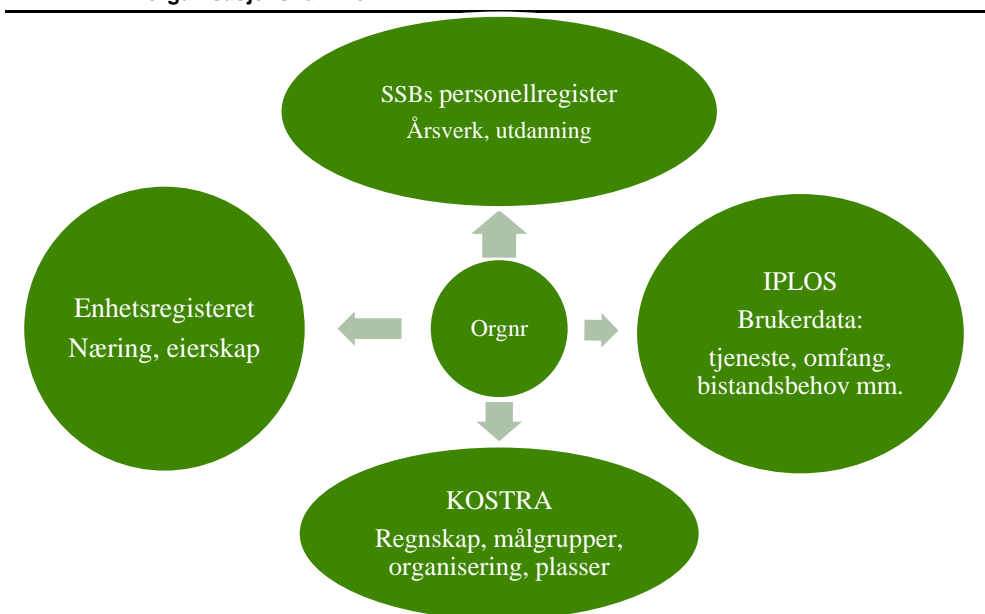
Opplysninger om målgruppe hentet fra kartleggingen kan overføres fra virksomhetene til ulike datakilder med virksomhetenes organisasjonsnummer som nøkkel. For SSB innebærer kartleggingen derfor nye muligheter for statistikkutvikling og løpende kvalitetssikring av data i Enhetsregisteret, SSBs sysselsettingsregister, IPLOS og KOSTRA.

KOSTRA er den obligatoriske rapporteringskanalen for kommunal og fylkeskommunal virksomhet. I tillegg til å rapportere ressursinnsats, prioritering og måloppnåelse til statlige myndigheter på kommunens ansvarsområder, gir KOSTRA muligheten for at kommunene kan sammenligne seg med andre kommuner, lands- og regionsgjennomsnitt og seg selv over tid. Et viktig element i KOSTRA er inndeling av områdene etter regnskapsfunksjoner<sup>9</sup>.

Personelldata blir også fordelt etter KOSTRAS funksjonsinndeling. Hver enkelt ansatt skal i kommunens personalsystem tilknyttes en virksomhet i Enhetsregisteret. Dette danner grunnlaget for data som legges inn i SSBs sysselsettingsregister (Aukrust et. al., 2010). Fram til 2014 har hovedkilden vært NAVs Aa-register. Fra og med 2015 er denne erstattet av a-ordningen (Brønnøysundregistrene, 2016).

IPLOS er et pseudonymt register over brukere av omsorgstjenester. IPLOS inneholder blant annet informasjon om person (bl.a. boligforhold og tilgang til bistand på ulike områder), tjeneste (type, omfang, varighet) og bistandsbehov. Mens kun organisasjonsnummer for institusjon og bemannede boliger har vært med tidligere, skal i tillegg organisasjonsnummer til virksomheter for de fleste andre tjenester registres fra og med 2015. Dette gjelder også ambulerende hjemmetjenester (Helsedirektoratet, 2015). Dermed kan en sammenstilling av IPLOS-data med data fra hjemmetjenestekartleggingen være av større interesse. Figur 1.1 viser hvordan datakildene omtalt her kan sammenstilles gjennom organisasjonsnummeret til tjenesteutførende virksomhet.

**Figur 1.1 Sammenhengen mellom Enhetsregisteret, SSBs sysselsettingsregister, IPLOS og KOSTRA<sup>1</sup>. Data kan knyttes sammen ved hjelp av virksomhetens organisasjonsnummer<sup>2</sup>**



<sup>1</sup> KOSTRA 6 Hjemmetjenestevirksomheter er skjema for denne kartleggingen, KOSTRA 5 skjema for helse- og omsorgsinstitusjoner samles inn årlig.

<sup>2</sup> Enhetsregisteret, næring og organisasjonsnummer er nærmere beskrevet i avsnitt 2.1.

<sup>9</sup> Se vedlegg D for beskrivelse av regnskapsfunksjoner i KOSTRA (Statistisk sentralbyrå, 2015).

## 1.4. Erfaringer fra SSBs boligkartlegging i 2011

Kartleggingen av hjemmetjenesten i denne rapporten har tatt utgangspunkt i SSBs boligkartlegging fra 2011 og erfaringene derfra. Da kartla SSB «boliger med bemanning» i hjemmetjenesten (Vold og Abrahamsen, 2013:40). Målet med kartleggingen den gang var særlig å kunne gi bedre anslag for årsverk i bemannede boliger for personer med psykiske lidelser/vansker og personer med rusproblemer. I 2011 var en hovedutfordring for rapportørene i kommunene å vurdere om den enkelte hjemmetjenestevirksomhet var bolig med bemanning som krevde innsending av skjema. Spesielt i de tilfeller kommunen ikke hadde registrert alle bemannede boliger, eller virksomheten var en kombinasjon av fast tilknyttet personell på stedet og ambulerende tjeneste, var dette et dilemma.

Både for å få et mer helhetlig bilde, og samtidig unngå vurderingen om virksomheten skulle rapporteres eller ikke, omfatter kartleggingen i denne rapporten alle virksomheter i hjemmetjenesten. Selv om kommunene dermed fikk flere skjemaer å rapportere, ble nok den totale arbeidsbyrden vesentlig lavere enn i 2011. Siden alle virksomheter for hele tjenesten skulle rapporteres, slapp kommunen å ta stilling til om en virksomhet skulle rapporteres eller ikke.

## 1.5. Sentrale begreper

*Bolig (til omsorgsformål):* har mange ulike betegnelser, både omsorgsbolig, bofellesskap, bokollektiv, bolig med bemanning og heldøgnsbemannet bolig. Det finnes ingen formell definisjon for noen av disse begrepene. *Omsorgsbolig* var opprinnelig et begrep som betegnet boliger finansiert av Husbanken i perioden 1995-2008, med krav til bygningen og om tilgang til hjelp fra hjemmetjenesten hele døgnet. Etter hvert har omsorgsbolig ofte blitt brukt om alle typer boliger til omsorgsformål, og uavhengig om det er bemanning eller ikke (Daatland, 2014:14ff).

*Boligbase (for nærområdet):* Personalbase som betjener brukere som bor i nærområdet (gangavstand), fortrinnsvis i kommunalt disponerte boliger, men også enkeltbrukere i egen privatbolig i gangavstand. I skjemaets spørsmål 11 ble følgende formulering brukt: «Hjemmetjeneste(enhet), der tilknyttet personell yter tjenester til beboere i omsorgsboliger/bofellesskap og andre brukere i nærområdet (gangavstand)». For en mer hensiktsmessig betegnelse for en slik virksomhet i tabeller, figurer og generell omtale i rapporten brukes begrepet «boligbase».

*Ambulerende hjemmetjeneste:* Virksomhet der tilknyttet personell yter hjemmetjenester til brukere i et større distrikt, både i privatboliger, enkeltvis eller i kommunalt disponerte boliger med behov for bistand fra ekstra personell utover eventuelt fast tilknyttet i boligbase.

*Målgruppe:* eventuell primær brukergruppe den enkelte virksomhet retter sine tjenester mot (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette kan bety at virksomheten har særskilte personalressurser og øvrig tilrettelegging tilpasset brukergruppen. Dersom en virksomhet har mer enn to målgrupper, har vi i denne kartleggingen ansett det som om virksomheten ikke har noen primær målgruppe (avkrysning endret til alternativet «ingen målgruppe»).

### Nærmere om boligbase - personalbase som betjener nærområdets brukere

Begrepet «boligbase» brukes i denne rapporten for å betegne en samling av flere boenheter som bofellesskap eller bokollektiv, med felles fast tilknyttet personalbase i boligens nærmiljø. I tillegg kan også boligbasen betjene beboere i egen private bolig i nærområdet, i gangavstand.

Bemanning tilknyttet boligen yter hovedsakelig praktisk bistand eller helsetjenester i hjemmet. Noen tjenester kan også ytes til beboerne fra eksternt personell, for eksempel ambulerende helsetjeneste. Det skal gis individuelt vedtak om både tildeling av bolig og eventuelle tjenester til beboerne. Omfanget av tjenester vil derfor variere, fra de som ikke har noen tjenester til de som må ha kontinuerlig til stedeaværelse av en eller flere ansatte. Dermed vil den totale bemanningen i et bofellesskap kunne variere over tid, men det forventes at det vil være tilgjengelig fast ansatte tilknyttet boligen hele eller deler av døgnet.

Boliger som utelukkende betjenes av ambulerende tjeneste eller nærliggende sykehjem regnes ikke som bemannede, siden det ikke er avsatt dedikerte ressurser til disse boligene.

Det normale er at beboerne betaler husleie etter kommunale satser, uavhengig av eventuelle andre tjenester. Unntak kan være beboere med utviklingshemming eller rusproblemer, der det eventuelt betales en egenandel etter egne kommunalt fastsatte regler. Dersom hele botilbudet bare gjelder en bestemt person, anser SSB dette som del av ambulerende hjemmetjeneste, og ikke boligbase.

Av private virksomheter er det kun de som driver etter avtale med kommunen som skal inngå i omsorgsstatistikken. I noen tilfeller kan det være personalbase i tilknytning til et privateid borettslag eller lignende. Selve personalbasen kan driftes kommunalt eller privat, og det er den som inngår i sysselsettingsstatistikken, ikke borettslaget.

### **Nærmere om ambulerende hjemmetjeneste**

Den rent ambulerende hjemmetjenesten står dermed i motsetning til boligbasene som betjener nærområdets brukere. Mottakerne av den ambulerende hjemmetjenesten bor gjerne spredt i et større område.

Det er ikke uvanlig at de to virksomhetstypene kan være kombinert i samme virksomhet.

## **1.6. Problemstillinger**

Til hvert av kartleggingens formål, er det knyttet en problemstilling. Det er disse problemstillingene rapporten søker å kaste lys over i de følgende kapitlene, etter at kartleggingsmetoden er beskrevet i neste kapittel:

- Hvordan er den kommunale hjemmetjenesten organisert etter type virksomhet, som boligbaser og ambulerende tjeneste?
- Hvilke målgrupper er hjemmetjenestevirksomhetene rettet mot?
- Er det aktuelt å innføre en mer detaljert regnskapsføring i KOSTRA?
- Hvilken rolle spiller kommunestørrelse for virksomhetenes organisering, målgrupper og regnskapsføring?
- Kan utgifter estimeres gjennom fordeling av årsverk?

## 2. Gjennomføring: metode og populasjon

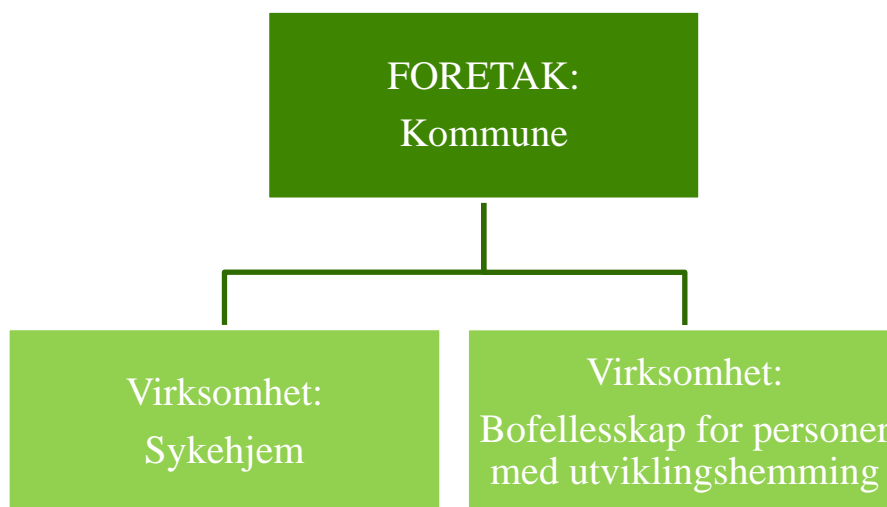
Formålet med dette kapittelet er å beskrive hvordan kartleggingen av hjemmetjenesten er gjennomført. I dette inngår en skissering av metoden og populasjonen som er benyttet. Deretter beskrives spørreskjemaet som er benyttet i gjennomføringen av kartleggingen. Tilslutt i kapittelet omtales behandling og kvalitet i datamaterialet som ligger til grunn for den videre analysen. For nærmere detaljer vises det til vedlegg A og B.

### 2.1. Enhetsregisteret og virksomheter

Utgangspunktet for populasjonen er aktive virksomheter med næringskoder innenfor hjemmetjenesten i Enhetsregisteret. Før populasjonen kan beskrives, må derfor Enhetsregisteret, virksomhet og næringskode forklares nærmere.

I dagligtale benyttes ofte begrepene foretak, virksomhet og bedrift om hverandre. Et foretak er den juridiske enheten som opprettes når en registrerer seg for å drive virksomhet i Norge. Siden alle kommuner driver virksomhet, skal alle kommuner være registrert som foretak i Enhetsregisteret (Enhetsregisterloven, 1994). Et foretak kan ha en eller flere underenheter som utfører selve aktiviteten (Statistisk sentralbyrå, 2014). Disse enhetene omtales som virksomheter, og har et eget organisasjonsnummer, i likhet med foretaket. Figur 2.1 illustrerer forholdet mellom foretak og virksomhet.

Figur 2.1 Forholdet mellom foretak og virksomhet



Alle virksomheter får tildelt en næringskode basert på virksomhetens aktivitet, fastsatt etter gjeldende standard for næringsgruppering SN2007 (Statistisk sentralbyrå, 2008). Næringskoden angir dermed virksomhetens bransje. Hver kommune skal videre dele virksomhetene sine inn etter følgende hovedprinsipper:

- a) beliggenhet, det vil si fysisk adresse. Det skal registreres én virksomhet for hver adresse der minst én person har sin faste arbeidsplass.
- b) hva slags type *virksomhet* som drives, klassifisert etter standard for næringsgruppering. Hvis det drives virksomhet i flere næringer på samme sted, skal hver næring som sysselsetter minst 5 personer, være registrert som egen virksomhet.
- c) Det skal ikke registreres flere virksomheter med samme næring på samme adresse.

En virksomhet er dermed en lokalt avgrenset underenhet som utfører oppgaver innenfor en bestemt næringsgruppe. Det skal registreres virksomheter med eget organisasjonsnummer for hver enkelt næring virksomheten opererer i. Et foretak kan dermed være delt i flere virksomheter med hvert sitt organisasjonsnummer ved at aktiviteten utøves på flere forskjellige geografiske steder og/eller i ulike næringer på samme adresse. Virksomheter i det kommunale tjenestetilbudet er organisert under kommunen eller et kommunalt organisasjonsledd, eller under et privat foretak som utfører tjenester etter avtale med kommunen. Det er virksomhetene som utgjør arbeidsplassene.

### Virksomhetstype og tjenestetype

Det er nær sammenheng mellom begrepene virksomhetstype, tjenestetype og næring. I denne rapporten er boligbase og ambulerende hjemmetjeneste eksempel på to ulike virksomhetstyper. Andre eksempler er sykehjem og dagsenter. Boligbaser er en del av tjenestetypen «hjemmetjeneste», mens sykehjem er en del av tjenestetypen «institusjon». Med tjenestetype menes derfor en gruppe virksomhetstyper som henger naturlig sammen, for eksempel boligbaser, ambulerende hjemmetjeneste, rehabilitering og avlastning i hjemmetjenesten, og sykehjem, aldershjem og barneboliger i institusjonstjenesten. Tjenestetype vil for omsorgstjenestene samsvare med funksjonsinndelingen i KOSTRA.

### Næringskoder i hjemmetjenesten<sup>10</sup>

Det finnes fem ulike næringskoder for virksomheter i hjemmetjenesten. Helse-tjenester i hjemmet har næringskode 86.901, og praktisk bistand har næringskode 88.101. Virksomheter som i hovedsak er boligbaser tilbyr både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til beboere. Boligbasene kan ha næringskodene 87.203 (boliger for personer med utviklingshemming), 87.302 eller 87.303 (boliger for eldre og personer med funksjonsnedsettelse). Virksomheter i den ambulerende hjemmetjenesten inkluderer typisk både 86.901, helsetjenester i hjemmet, og 88.101, praktisk bistand. Tabell 2.1 viser en oversikt over næringskodene i hjemmetjenesten.

**Tabell 2.1** Næringskoder i hjemmetjenesten<sup>1</sup>

Næring	Betegnelse
86.901	Helsetjenester i hjemmet
87.203	Bofellesskap for personer med utviklingshemming, med fast tilknyttet personell
87.302	Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell hele døgnet
87.303	Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell deler av døgnet
88.101	Praktisk bistand

<sup>1</sup> Denne næringsinndelingen er basert på internasjonal standard for næringsgruppering (NACE). Nasjonale forhold tilpasses på 5. siffernivå. Siden hvilke tjenester som er tilgjengelig i et land – særlig innen offentlig virksomhet – og deres betegnelser - endrer seg over tid, kan NACE-kodene oppdateres ved behov.

### Integrerte tjenester versus samlokaliserte tjenester

Statistisk sett er det en utfordring å lage statistikk for hver enkelt næring dersom en har integrerte virksomheter, det vil si at flere ansatte jobber fleksibelt etter behov innen flere næringer. Tall for den enkelte næring vil da måtte estimeres, med en usikkerhet som bl.a. avhenger av omfang av integrasjon og estimeringsmetode. . En utvei kan være å dele virksomheten i to organisasjonsnummer med hver sin næring, og flytte over ansatte på den næring de i hovedsak jobber. I noen virksomheter er tjenestene så integrerte at oppsplitting blir unaturlig. Et eksempel er hjemmetjenester, der mange ansatte ofte utfører tjenester som faller inn under både helsetjeneste i hjemmet og praktisk bistand, gjerne rettet mot samme bruker.

<sup>10</sup> Næringskoding for helse- og sosialnæringene finnes i vedlegg E.



Ved en samlokalisering av flere tjenester kan en virksomhet utføre tjenester i flere næringer, men hver ansatt vil kun jobbe innen én næring. Dersom en virksomhet utfører aktivitet som faller innenfor flere næringer, skal virksomheten registreres med eget organisasjonsnummer for hver næring. Ved rent samlokaliserte tjenester vil det være mulig å dele som oftest være uproblematisk virksomheten i to, en for hver næring som virksomheten utfører aktivitet i. Derfor er det i denne kartleggingen viktig å prøve å skille mellom samlokalisering og integrasjon, særlig når det dreier seg om virksomheter som inkluderer flere typer tjenester.

## 2.2. Populasjon

Utgangspunktet for populasjonen er aktive virksomheter i Enhetsregisteret per september 2014, med næringskode innen hjemmetjenesten. Det vil si at virksomheter med næringskodene 86.901, 87.203, 87.302, 87.303 og 88.101 inngår som utgangspunkt for populasjonen. For 86.901 helsetjenester i hjemmet og 88.101 praktisk bistand inngår i hovedsak kommunalt eide virksomheter, ettersom SSB foreløpig ikke har tilstrekkelig oversikt over hvilke privateide virksomheter som leverer tjenester på vegne av kommunene. Populasjonen utgjøres dermed av 3 303 aktive virksomheter med næringskode innen hjemmetjenesten. Fordelingen av virksomhetene mellom de ulike næringskodene i hjemmetjenesten vises i tabell 2.2.

**Tabell 2.2** Populasjonen av virksomheter, fordelt etter de ulike næringskodene i hjemmetjenesten

Næring	Antall virksomheter
86.901 Helsetjenester i hjemmet	478
87.203 Bofellesskap for personer med utviklingshemming, med fast tilknyttet personell	1 047
87.302 Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell hele døgnet	936
87.303 Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell deler av døgnet	191
88.101 Praktisk bistand	651
<b>Totalt</b>	<b>3 303</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Det må understrekes at antall virksomheter ikke er proporsjonal med ressursinnsats, ettersom antall ansatte, årsverk og utdanningsnivå tilknyttet den enkelte virksomhet og næring varierer sterkt. Videre er det heller ikke nødvendigvis en entil-en-sammenheng mellom kommunal organisering og hvordan virksomheter er registrert i Enhetsregisteret.

## 2.3. Spørreskjema

Kartleggingen av hjemmetjenesten er gjennomført ved hjelp av et nettbasert spørreskjema bygd på KOSTRAS rapporteringsplattform og infrastruktur, som var godt kjent i kommunene fra før. Det ble generert ett skjema for hver av de 3 303 virksomhetene i populasjonen. Skjemaet<sup>11</sup> har følgende hoveddeler:

- Opplysninger om enheten<sup>12</sup>: spørsmål 1-10
- Type virksomhet: spørsmål 11
- Integrering/samlokalisering: spørsmål 12
- Bemanningsgrad: spørsmål 13
- Målgruppe: spørsmål 14

<sup>11</sup> Spørreskjemaet er gjengitt i sin helhet i vedlegg G.

<sup>12</sup> I dette avsnittet omtales innholdet i spørreskjemaet. I skjemaet er begrepet «enhet» brukt istedenfor «virksomhet», så når vi referer til selve spørsmålsteksten i dette avsnittet, har vi valgt å bruke ordlyden slik den faktisk var.

- Regnskap: spørsmål 15-16

Dersom virksomheten var i drift, ble de øvrige spørsmålene 11-16 åpnet for utfylling.

For å kartlegge type virksomhet, ble følgende spørsmål stilt: «Hva slags type virksomhet er enheten?» Svaralternativene var:

- boligbase
- ambulerende hjemmetjeneste
- institusjon – sykehjem/aldershjem
- institusjon – avlastningsbolig/barnebolig
- institusjon – for personer med rusproblemer
- dagsenter
- annen type virksomhet

Flere kryss var mulig, slik at en kunne påvise eventuell kombinasjon av flere typer virksomheter. Særlig var det viktig å undersøke om virksomheter bare var boligbaser eller bare var ambulerende hjemmetjeneste, eventuelt om disse virksomhetstypene var kombinert med hverandre eller andre tjenestetyper.

Spørsmål 12 om integrering/samlokalisering ble kun stilt dersom det var kryssset av for flere svaralternativer i spørsmål 11.

Formålet med dette spørsmål 13 var å kartlegge om boligbaser er bemannet hele døgnet, eller kun når det er brukere til stede.

Formålet med spørsmålet 14 var å kartlegge om virksomhetene var rettet mot én primær målgruppe, eventuelt hvilke kombinasjoner av målgrupper som er vanlige. Svaralternativene var:

- Personer med demens
- Personer i alderen 0 - 66 år med fysiske begrensninger grunnet funksjonshemming, skade eller somatisk sykdom
- Personer 67 år eller over, med fysiske begrensninger grunnet alder, funksjonshemming, skade eller somatisk sykdom
- Personer med utviklingshemming
- Personer med psykiske lidelser
- Personer med rusproblemer
- Personer med dobbelt-/multidiagnose<sup>13</sup>
- Ingen avsatt målgruppe
- Annen målgruppe

Spørsmålene 15 og 16 om regnskap er de siste som utgjør hovedinnholdet i spørreskjemaet. Spørsmål 15 er først og fremst et kontrollspørsmål for å undersøke om det er samsvar mellom virksomhetstype og KOSTRA-funksjon. Dette kan være særlig nyttig for å undersøke om regnskapsføringen er konsistent dersom det er kryssset av for flere virksomhetstyper i spørsmål 11. Formålet med spørsmål 16 er å kartlegge i hvilken grad kommunene allerede har, har behov og mulighet til, en mer detaljert regnskapsføring på virksomhetene i hjemmetjenesten enn dagens KOSTRA-standard.

## 2.4. Databehandling

Av de 3 303 virksomhetene det skulle rapporteres på, ble det innlevert skjema for 2 985 virksomheter. Dette gir en svarprosent på 90,4 prosent. Den videre behand-

<sup>13</sup> I målgruppen personer med dobbelt-/multidiagnose kan blant annet personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP) inngå.

lingen av datamaterialet inkluderer fjerning av dubletter, eksklusjon av opphørte virksomheter, eksklusjon av virksomheter som viste seg ikke å være i hjemmetjenesten, samt noen omkodinger.

Det ble fjernet 200 dubletter fra 165 ulike virksomheter. Det siste innsendte skjemaet ble beholdt, mens eldre dubletter ble forkastet. 163 eller 5,5 prosent av de 2 985 virksomhetene det ble sendt inn skjema for, ble meldt som opphørt. De resterende 2 822 virksomheter som var i drift utgjør utgangspunktet for den videre analysen.

Basert på nærmere spesifiserte opplysninger i merknadsfeltet, viste 75 virksomheter seg likevel å gjelde hjemmetjeneste og målgruppen utviklingshemming, mens 22 virksomheter gjaldt hjemmetjeneste for personer psykiske lidelser. Disse ble derfor omkodet til hjemmetjeneste – bolig eller ambulerende tjeneste, avhengig av merknadsfelt. Oppfattelsen av at hjemmetjenesten bare gjelder eldreomsorg, sitter derfor fremdeles fast, selv i noen større kommuner. I tillegg ble ytterligere 24 virksomheter omkodet fra «annen»-kategorien til boligbase eller ambulerende hjemmetjeneste, basert på opplysninger i merknadsfeltet.

Av de 2 822 virksomhetene som var i drift, ble 142 virksomheter rapportert som ikke å være hjemmetjenester. Av disse var 27 institusjon og 7 dagsenter.

I tillegg ble mange virksomheter oppgitt å være bestillerkontor eller administrative virksomheter. Derfor ble «bestillerkontor» opprettet som en ny kategori for type virksomhet, og 69 virksomheter ble omkodet til denne kategorien. Strengt tatt behandler nok de fleste bestillerkontor og administrasjonsvirksomheter hjemmetjenestesaker, men i denne sammenheng er det de brukerretnede virksomhetene som skal kartlegges. Disse 142 ble ekskludert fra den videre databehandlingen, slik at en sto igjen med 2 680 virksomheter som var tilknyttet brukerretnede hjemmetjeneste.

En annen omkoding som ble gjort, er knyttet til virksomhetenes målgrupper. Det ble gitt en advarsel om en oppgave mer enn to primære målgrupper. Kun 14 virksomheter rapporterte likevel å ha mer enn to primære målgrupper. Disse ble omkodet til kategorien «ingen målgruppe».

## 2.5. Datakvalitet

Det overordnede inntrykket er at kvaliteten på det innsamlede datamaterialet er god, tatt i betraktning av at dette var første gang det ble gjort en slik undersøkelse av hjemmetjenestevirksomhetene. 163 eller 5,5 prosent av virksomhetene ble rapportert som opphørte, og kun 73 eller 2,6 prosent av virksomhetene som ble rapportert ikke å være hjemmetjeneste. Svarprosenten på 90 er tilfredsstillende. Dette utgjør et godt grunnlag for den videre analysen av datamaterialet. Likevel er det noen forhold ved kvaliteten på datamaterialet som leseren bør gjøres spesielt oppmerksom på.

### Graden av skjønnbaserte vurderinger

Det første forholdet gjelder graden av skjønn i utfyllingen av skjemaet, som er større i enkelte spørsmål. I hvilken grad en skal krysse av for én eller flere virksomhetstyper eller målgrupper vil lett bli preget av subjektive vurderinger i de tilfeller omfanget av integrasjon eller samlokalisering ikke er veldig stort. Derfor har vi lagt inn ekstra spørsmål som behandler omfanget.

Videre vil en rapportørs vurdering av «gangavstand» for å kunne plassere en virksomhet som boligbase eller ambulerende virksomhet, variere. Usikkerhet kan i dette tilfellet føre til at rapportør velger å sette kryss for både boligbase og ambulerende tjeneste framfor én av de to, slik at en kanskje får en utilsiktet

skjevhet mot integrering. Igjen vil her spørsmålet om omfang bidra til å redusere usikkerheten.

Det mest skjønnspregede spørsmålet er imidlertid spørsmål 16 om regnskap og ønske om en mer detaljert kontoplan, og dette bør ikke tillegges for stor vekt når en skal konkludere.

Siden det er viktig for myndighetene å opprettholde kommunal handlefrihet, er det begrenset med formelle definisjoner og føringer i lovverk og forskrifter for hvordan tjenestene skal være organisert. Vi må ta høyde for at enkelte rapportører kan ha forstått begreper annerledes enn tilsiktet, eller at spørsmålene ikke er tilpasset kommunens virkelighet. Erfaringsmessig vil nye spørsmål medføre en del henvendelser på grunn av uklarheter. I denne undersøkelsen var det svært få henvendelser vedrørende utfylling, noe som kan tyde på at spørsmålene framsto som tydelige å forstå.

### Representative resultater

Et annet forhold leseren bør gjøres oppmerksom på, er representativitet. På grunn av frafall kan det oppstå skjevhet i datamaterialet, for eksempel dersom en stor kommune, som dekker en stor andel av virksomhetene totalt sett og yter tjenester til mange brukere og målgrupper, ikke har sendt inn spørreskjemaet for mange av sine virksomheter.

Ettersom svarprosenten på enhetsnivå var på over 90 prosent, vil representativiteten i stor grad være oppfylt. For de kommuner som bare mangler én eller få virksomheter, vil nok årsaken i noen tilfeller være at virksomheten er nedlagt eller at virksomhet er privat og ikke har avtale med lokaliseringkommunen. Alle 428 kommuner var representert i utgangspopulasjonen på 3 303 virksomheter. Tabell 2.3 viser at 19 kommuner ikke har levert noe skjema i det hele tatt. Dette utgjør mindre enn 5 prosent av kommunene. Antall manglende virksomheter for disse varierer, fra de fire som har kun én virksomhet til den største med 19 virksomheter. I tillegg mangler Oslo skjema for 36 virksomheter, de fleste private. Noen av disse har nok ikke avtale med kommunen om å utføre tjenester. Virksomheten kan dermed være ukjent for kommunen, og skulle da heller ikke inngå i undersøkelsen. For private virksomheter som har avtale med kommunen, er det ofte uansett en ekstra terskel når rapporteringen må inngå i et ekstra ledd, med kommunen som viderefremidler skjema til privat virksomhet. Tabell 2.3 viser oversikt over manglende kommuner og virksomheter.

**Tabell 2.3 Innsendingsstatistikk, N=3 303<sup>1</sup>**

	Antall kommuner	Antall virksomheter	
		Manglende	Levert
Kommuner som mangler minst en	64	317	
Kommuner som mangler kun en	26	26	
Kommuner som mangler mer enn fem	20	231	
Kommuner som ikke har levert noe	19	129	
Kommuner som har levert minst en	409	0	2 986
Kommuner som har levert kun en	60	82	
Kommuner som har levert kun en, og ikke mangler noen	39	0	39
Kommuner som har levert kun en, og mangler mer enn to	10	68	
Kommuner som har levert alle	363	0	2 633

<sup>1</sup> Radene er ikke gjensidig utelukkende.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

### 3. Hvordan er hjemmetjenesten organisert etter type virksomhet?

Som beskrevet i kapittel 2, danner de 2 822 virksomhetene som var i drift i 2014, og særlig de 2 680 hjemmetjenestevirksomhetene, grunnlaget for de videre analysene i denne rapporten. I dette kapittelet beskrives resultatene knyttet til type virksomheter.

#### 3.1. Type virksomheter

Av de 2 822 virksomhetene i drift, var 2 241 eller nærmere 80 prosent, «rene» hjemmetjenestevirksomheter. Av disse var videre 1 411 virksomheter kun boligbaser, og 421 virksomheter var kun ambulerende hjemmetjeneste. I tillegg var 409 virksomheter en kombinasjon av både boligbase og ambulerende hjemmetjeneste, se tabell 3.1.

**Tabell 3.1 Hjemmetjenestevirksomheter i drift, fordelt etter type virksomhet, N=2 822**

Type virksomhet	Antall virksomheter	Andel av alle i drift
Kun hjemmetjeneste boligbase	1 411	50
Kun hjemmetjeneste ambulerende	421	14,9
Kun hjemmetjeneste både boligbase og ambulerende	409	14,5
<b>Totalt kun hjemmetjeneste</b>	<b>2 241</b>	<b>79,4</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

I tillegg til de 2 241 rene hjemmetjenestevirksomhetene, var det 439 virksomheter som yter hjemmetjeneste i kombinasjon med andre typer tjenester. Totalt blir dette 2 680 hjemmetjenestevirksomheter. Det betyr at hele 95 prosent av alle virksomheter rapportert i drift er hjemmetjenestevirksomheter, se tabell 3.2.

**Tabell 3.2 Hjemmetjenestevirksomheter i drift, fordelt etter type virksomhet, N=2822**

Type virksomhet	Antall virksomheter	Andel av alle i drift
Kun hjemmetjeneste	2 241	79,4
Hjemmetjeneste i kombinasjon. med annen type virksomhet <sup>1</sup>	439	15,6
<b>Hjemmetjeneste</b>	<b>2 680</b>	<b>95</b>

<sup>1</sup> Hjemmetjeneste i kombinasjon med én eller flere av følgende typer virksomheter: Sykehjem/aldershjem, barnebolig/avlåstningsbolig, rusomsorgsinstitusjon, dagsenter, bestillerkontor eller annet.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

I tillegg til de 2 680 hjemmetjenestevirksomhetene, var 69 virksomheter kun bestillerkontor og 73 virksomheter andre type virksomheter. Dermed er det kun 2,6 prosent av virksomhetene i drift som oppgis ikke å være hjemmetjeneste. Tabell 3.3 viser fordelingen av hjemmetjenestevirksomheter, bestillerkontor og andre type virksomheter. Sammenlagt gir dette oss 2822 enheter i drift.

**Tabell 3.3 Virksomheter i drift, fordelt etter type virksomhet, N=2822**

Type virksomhet	Antall virksomheter	Andel av alle i drift
Hjemmetjeneste	2 680	95
Kun bestillerkontor	69	2,4
Annet (ikke hjemmetjeneste eller bestillerkontor)	73	2,6
<b>Totalt i drift</b>	<b>2 822</b>	<b>100</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

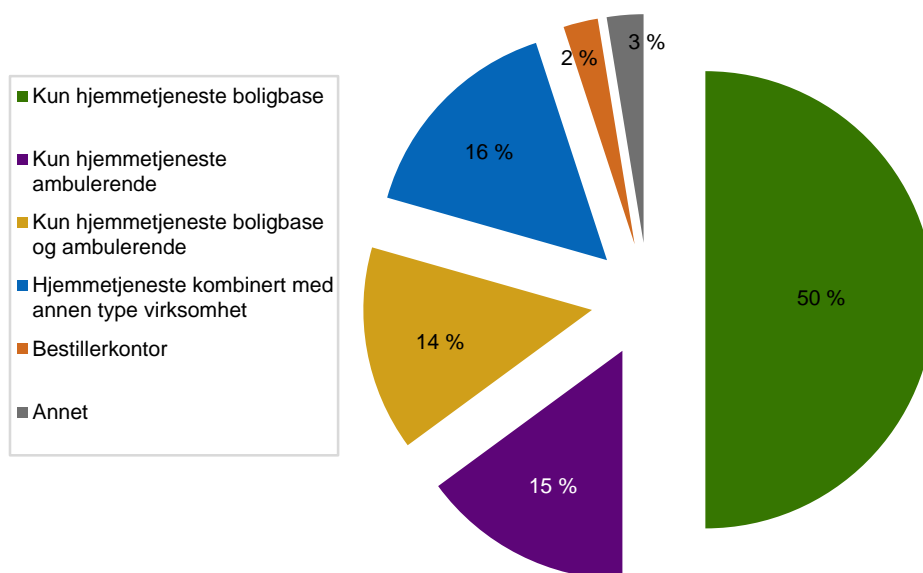
Tabell 3.4 sammenfatter hvordan disse 2 822 virksomhetene fordeler seg etter type virksomhet.

**Tabell 3.4 Virksomheter i drift, fordelt etter type virksomhet, N=2822**

Type virksomhet	Antall virksomheter	Andel av alle i drift
Kun hjemmetjeneste boligbase	1 411	50,0
Kun hjemmetjeneste ambulerende	421	14,9
Kun hjemmetjeneste base og ambulerende	409	14,5
Hjemmetjeneste, i kombinasjon med annen type virksomhet	439	15,6
Kun bestillerkontor	69	2,4
Annet (ikke hjemmetjeneste eller bestillerkontor)	73	2,6
<b>Totalt i drift</b>	<b>2 822</b>	<b>100,0</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

**Figur 3.1 Virksomheter i drift fordelt etter type virksomhet. N=2 822**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Som vist i tabell 3.2 og 3.4, er en del av virksomhetene i hjemmetjenesten kombinert med andre tjenestetyper. Tabell 3.5 viser fordelingen av slike kombinerte hjemmetjenestevirksomheter. Siden enkelte virksomheter inngår i flere kombinasjoner, vil summen av antall virksomheter i tabellen være større enn 439, antall kombinerte virksomheter fra tabell 3.2 og 3.4.

**Tabell 3.5 Hjemmetjenestevirksomheter i kombinasjon med annen tjeneste, fordelt etter type virksomhet, N=2 822**

Type virksomhet	Antall virksomheter <sup>1</sup>	Andel av alle i drift
Hjemmetjeneste + sykehjem/aldershjem	76	2,7
Hjemmetjeneste + barne- eller avlastningsbolig	89	3,2
Hjemmetjeneste + dagaktivitet	242	8,6
Hjemmetjeneste + rus + bestillerkontor + annet	212	7,5

<sup>1</sup> Virksomheter med mer enn én tjenestetype i tillegg til hjemmetjeneste, forekommer i flere rader, slik at sum av radene vil være større enn antall virksomheter.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

«Dagaktivitet» er den virksomhetstypen som oftest er kombinert med hjemmetjenestevirksomheter. Dette er tilfellet for 8,6 prosent av alle hjemmetjenester i drift, mens barne- eller avlastningsbolig i kombinasjon med hjemmetjeneste er gjeldende for i overkant av tre prosent.

Det må understrekes at tallene gjelder antall virksomheter i Enhetsregisteret, og er således ikke direkte proporsjonal med ressursinnsats, ettersom antall ansatte, årsverk og utdanningsnivå tilknyttet den enkelte virksomhet varierer sterkt. Videre er det heller ikke nødvendigvis en sammenheng mellom kommunal organisering og hvilke virksomheter som er registrert i Enhetsregisteret. En kommune kan ha én organisatorisk enhet (for eksempel organisasjonsledd) registrert med flere virksomheter på ulik adresse eller med ulik næring, mens en annen kommune bare har registret én ambulerende hjemmetjenestebase, mens denne organisatorisk kan være delt i soner eller ha skilt ut psykisk helsearbeid i egen enhet, uten at det er krav til at det skal komme fram i Enhetsregisteret<sup>14</sup>. Med nærmere 3 000 rapporterte virksomheter vil en likevel få en god indikasjon på statistikkmulighetene og omfanget av ulike næringer.

### 3.2. Flere næringer i samme virksomhet – integrerte eller samlokalisering?

Dersom den samme virksomheten yter tjenester innen flere næringer, skal virksomheten i utgangspunktet registreres med et eget organisasjonsnummer for hver næring, så sant det er mer enn 5 ansatte knyttet til hver næring. Dersom det dreier seg om kun *samlokalisering*, dvs. at hver ansatt bare jobber innen én næring, bør oppsplitting være uproblematisk. Om derimot en del av de ansatte jobber fleksibelt etter behov innen flere næringer, har en *integrerte tjenester*, og da kan en oppsplitting innebære store utfordringer.

439 virksomheter, eller drøyt 15 prosent av virksomhetene i drift, er oppgitt til å være hjemmetjenester kombinert med annen type virksomhet. For virksomheter som yter tjenester i flere næringer, har vi prøvd å kartlegge omfanget av integrasjon. Dersom dette gjelder ingen eller få personer, kan vi enten slutte at det kun dreier seg om samlokalisering, eller at omfanget av integrasjonen er så lavt at det i liten grad gir grunnlag for egne tiltak om en skal fordele årsverk, utgifter eller mottakere etter næring. Svaralternativene i spørsmål 12 som lød «Jobber samme ansatt på flere av de avkryssede virksomhetene over?» var:

- Nei
- Ja, 1-5 ansatte
- Ja, 6-9 ansatte
- Ja, flere enn 10 ansatte

Det er særlig de to siste alternativene som peker mot integrasjon av betydning. Er det ingen tilfeller av samme person som jobber på flere virksomhetstyper, har vi kun samlokalisering, mens med 1-5 personer er omfanget av integrasjon så lavt at det ikke utgjør noe stort problem ved eventuell fordeling av årsverk eller brukere.

---

<sup>14</sup> Se vedlegg A for flere detaljer.

**Tabell 3.6 Oversikt over virksomheter med flere typer næring. I hvor stor grad er virksomhetene integrert med hverandre, definert ved hvor mange ansatte som jobber fleksibelt etter behov på flere av virksomhetene. Prosent**

Type virksomhet	Antall virksomheter	Andel virksomheter der ansatte som jobber i flere næringer (prosentuert horisontalt)					Vet ikke eller ubesvart
		Ingen	1-5	6-10	10 eller flere		
Kun hjemmetjeneste base og ambulerende	409	9,0	11,5	14,2	63,6	1,7	
Hjemmetjeneste og sykehjem/aldershjem	76	5,3	18,4	10,5	64,5	1,3	
Hjemmetjeneste og barnebolig/avlastningsbolig	89	2,2	21,3	19,1	52,8	4,5	
Hjemmetjeneste og dagsenter	242	14,0	21,9	12,4	50,8	0,8	

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Det er særlig integrasjon mellom hjemmetjenesten og andre tjenestetyper som gir utfordringer. Tabell 3.6 viser at av de 76 virksomhetene som er hjemmetjeneste i kombinasjon med sykehjem, hadde omtrent tre fjerdedeler seks ansatte eller flere som jobbet på tvers av begge tjenestene. Det er likevel usikkert om dette gjelder hele døgnet, eller om det kun er nattevaktjeneste som betjener både brukere av hjemmetjeneste og institusjonsbeboere. Uansett er dette gjerne større virksomheter som kan gi skjevheter i årsverksstatistikken om en prøver å fordele mellom hjemmetjeneste og institusjonstjeneste. Spesielt på kommunenivå vil dette være en utfordring for de virksomheter det gjelder.

Omfanget av integrasjon for ulike kombinasjonene av tjenestetype varierer. Hjemmetjeneste kombinert med dagsenter skiller seg ut med minst grad av integrasjon. Av 242 virksomheter hadde 26 prosent fem eller færre ansatte som jobbet i flere næringer. For halvparten av virksomhetene i denne kombinasjonen var det 10 ansatte eller flere som jobbet i flere næringer. I mindre kommuner kan dagsentertilbudet imidlertid begrense seg til kun 2-3 årsverk, og det er såpass lite at SSB ikke ønsker å oppfordre til utskilling fra hjemmetjenesten.

Virksomheter som er hjemmetjeneste kombinert med barnebolig/avlastningsbolig, har omtrent samme omfang av integrasjon som sykehjem og aldershjem. Av de 89 virksomhetene som er hjemmetjeneste i kombinasjon med barnebolig, hadde omtrent 72 prosent mer enn fem ansatte som jobbet på tvers av begge tjenestene, de fleste med 6 ansatte eller flere. Om det er en tjeneste som gjelder kun ett barn, har SSB av personvern hensyn oppfordret kommunen til ikke å opprette eget organisasjonsnummer. Dette vil i seg selv kunne føre til slike tilfeller av tjenesteintegrasjon.

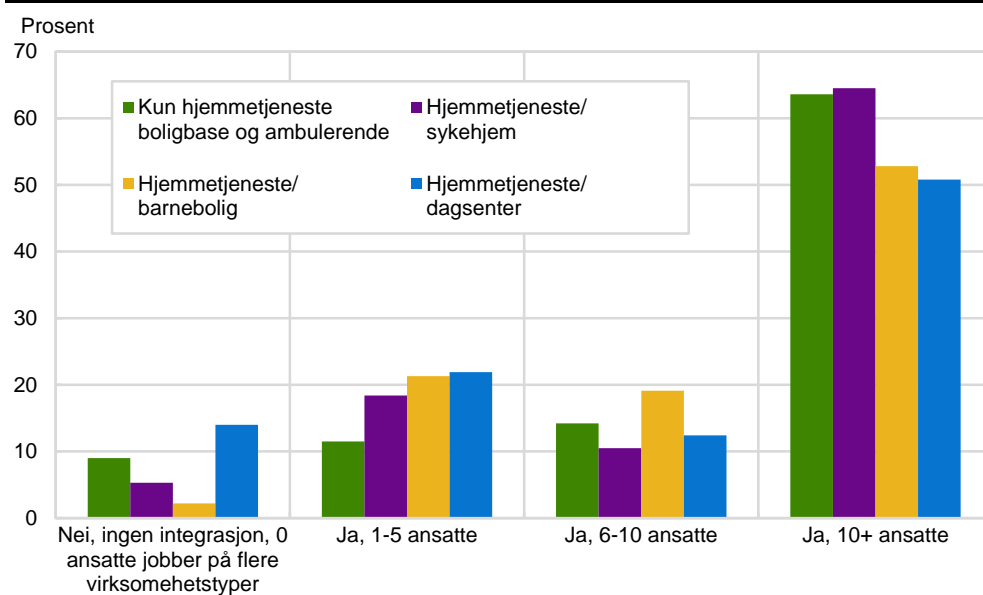
Virksomheter som kun er hjemmetjeneste – boligbase og ambulerende tjeneste – samt virksomheter som er en kombinasjon av hjemmetjeneste og institusjon, hadde omtrent lik andel av ansatte som på tvers av tjenestene.

Av de 409 virksomhetene i drift som både var boligbase og ambulerende hjemmetjeneste, var 78 prosent virksomheter der mange ansatte jobbet på tvers. Tre fjerdedeler av disse virksomhetene hadde høy grad av integrerte tjenester, med mer enn 5 ansatte som jobber fleksibelt etter behov på begge virksomhetstyper. Det er altså svært vanlig at samme hjemmetjenestevirksomhet betjener både brukere i nærområdet og ellers brukere i private boliger i distriktet. En må imidlertid ta høyde for at noen rapportører krysser av for både boligbase nærområdet og ambulerende tjeneste for sikkerhets skyld, dersom en er i tvil om det er gangavstand eller ikke mellom personalet og brukerne.

Figur 3.2 illustrerer omfanget av integrasjon for de ulike kombinasjonene av type virksomhet.



**Figur 3.2 Grad av integrering i ulike kombinasjoner av hjemmetjeneste og institusjon, etter hvor mange ansatte som jobber fleksibelt etter behov i flere virksomhetstyper. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

### 3.3. Bemanningsgrad i boligbaser

Dersom virksomheten var oppgitt å være boligbase, ble det spurt om det var bemanning hele døgnet. For tre fjerdedeler av boligbasene ble det svart at de var heldøgnsbemannede (Tabell 3.7)

**Tabell 3.7 Virksomheter etter bemanningsgrad i boligbaser, N= 2 205**

Bemanningsgrad	Andel
Heldøgns	76,5
Ikke heldøgns	18,1
Vet ikke	0,7
Ubesvart	4,7
Totalt	100,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Rettighetsutvalget for personer med utviklingshemming har påpekt overfor SSB at det var viktig å undersøke om brukerne var utenfor boligen på dagtid (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2014<sup>15</sup>). Dersom en svarte at virksomheten ikke var bemannet hele døgnet, ble det derfor spurt om den likevel alltid var bemannet når det var brukere til stede. I virksomheter uten heldøgns bemanning ble det rapportert at 43 prosent hadde bemanning når det var brukere i boligen, mens 57 prosent av boligbasene kunne være ubemannede også med brukere til stede. Tabell 3.8 viser bemanningsgraden i boligbaser som ikke har heldøgns bemanning.

<sup>15</sup> For bemanningsgrad etter målgruppe, se avsnitt 4.3.

**Tabell 3.8 Virksomheter etter bemanningsgrad i boligbaser uten heldøgns bemanning, N=399**

Bemanningsgrad	Andel
Bemanning når det er brukere til stede	41,6
Ikke alltid bemanning når det er brukere til stede	56,9
Vet ikke	1,5
Totalt	100,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Her må en nok ta forbehold om at en del kan ha krysset av for at boligbasen hadde bemanning, selv om dette strengt tatt gjaldt kun når det var brukere til stede. Omvendt kan en kanskje i større grad anta at de 57 prosent boligbaser som *ikke* har personale til stede selv med brukere mer er å oppfatte som bemannet deler av døgnet framfor hele døgnet. Det er en forventning om at bemanning deler av døgnet involverer lavere personellinnsats per bruker enn om det er bemanning hele døgnet. I tillegg til kontroll av næringskodene mellom 87.302 «bofellesskap med bemanning hele døgnet» og 87.303 «bofellesskap med bemanning deler av døgnet», bør en derfor vurdere konsistens mot antall brukere hentet fra IPLOS<sup>16</sup>, og antall årsverk hentet fra SSBs personellstatistikk for avgjørelse.

Både når det gjelder måloppnåelse ved Husbankens investeringstilskudd (Husbanken, 2015) og ikke minst ved en eventuell rettighetsfesting av heldøgns omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), vil et klart definert og best mulig kvalitetssikret skille mellom virksomheter som er bemannet hele døgnet og de som kun er bemannet deler av døgnet eller ubemannet, være av betydning. I dag finnes ikke en slik definisjon.

### 3.4. Regnskapsføring og årsverksfordeling for integrerte tjenestetyper

Det skal være en nær sammenheng mellom tjeneste- og virksomhetstypene – som bygger på næring – og KOSTRAs regnskapsfunksjoner<sup>17</sup>. For de 2 680 virksomhetene som var rapportert som hjemmetjeneste, viser tabell 3.9 at 98 prosent er regnskapsført som funksjon 254 «Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende». For de 49 hjemmetjenestevirksomhetene uten funksjon 254, ser en at flest havner i funksjon 243 «Tilbud til personer med rusproblemer». Kommentarer i merknadsfeltene viser det seg at dette i de fleste tilfeller dreier seg om botilbud, gjerne for personer med rusproblemer kombinert med psykiske lidelser. Dermed skulle nok i alle fall deler av virksomheten også vært utgiftsført som hjemmetjeneste<sup>18</sup>. I hvilken grad dette er faktisk regnskapsføring, eller bare noe rapportør antar, er uvisst.

<sup>16</sup> Både avkrysning for «bolig heldøgns/deldøgns bemanning» og tildelt gjennomsnittlig tjenestetid per bruker kan være av særlig interesse å sjekke mot IPLOS

<sup>17</sup> Se vedlegg F for nærmere omtale av disse sammenhengene.

<sup>18</sup> Jf. utdrag fra KOSTRA-veileder i vedlegg D.

**Tabell 3.9 Andel virksomheter regnskapsført innen hver KOSTRA-funksjon, etter type virksomhet<sup>1</sup>, N=2 680**

Type virksomhet	Antall virksomheter	Funksjon 233	Funksjon 234	Funksjon 243	Funksjon 253	Funksjon 254	Annen funksjon
Uavhengig av virksomhetstype	2 680	0,7	10,2	1,9	4,5	98,2	3,2
Boligbase	2 205	0,7	10,8	1,2	4,9	98,2	3,5
Kun boligbase	1 411	0,1	4,3	0,5	1,0	98,3	2,7
Ambulerende	1 083	1,3	14,5	2,7	5,9	98,4	3,6
Kun ambulerende	421	0,2	4,0	1,7	0,7	98,3	1,7
Hjemmetjeneste kombinert med dagaktivitet	242	2,5	54,5	5,0	16,5	97,1	7,9
Hjemmetjeneste kombinert med sykehjem/aldershjem	76	2,6	28,9	0,0	60,5	100,0	3,9
Hjemmetjeneste kombinert med barnebolig	89	3,4	25,8	3,4	42,7	94,4	3,4
Ikke funksjon 254	49	6,1	20,4	34,7	30,6	0,0	61,2

<sup>1</sup> Samme virksomhet kan ha avkrysning for flere KOSTRA-funksjoner.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Den største utfordringen ved regnskapsføring og ikke minst årsverksfordeling for hjemmetjenesten er nok integrasjon med sykehjem og aldershjem. Både hjemmetjenesten og institusjonstjenesten omfatter mange ansatte. Dersom årsverk og regnskap ikke splittes, blir det store skjevheter i statistikken for berørte kommuner. Vi ser at dette heldigvis ikke gjelder mer enn 76 av 2 680 virksomheter, og at 60 prosent av disse er regnskapsført på funksjon 253 «Helse- og omsorgstjenester i institusjon». De resterende 40 prosent av virksomhetene er kanskje bare samlokaliserte med sykehjem. Hvorvidt det er mulig å dele slike kombinasjoner av tjenestetyper i hvert sitt organisasjonsnummer, bør uansett undersøkes i hvert konkret tilfelle, for eksempel prioritert etter antall ansatte ved virksomhetene.

### 3.5. Oppsummering

I 2014 var 80 prosent av virksomhetene i omsorgstjenesten rene hjemmetjenestevirksomheter. Det betyr at årsverkene tilknyttet disse virksomhetene også gjelder hjemmetjeneste. En fordeling av årsverk i omsorgstjenesten etter funksjon med utgangspunkt i næringskode, kan dermed være innen nær rekkevidde, og bør behandles av KOSTRA arbeidsgruppe med tanke på eventuell publisering på kommunenivå

Kun 76 eller 3 prosent gjaldt hjemmetjeneste integrert med sykehjem eller aldershjem, som er den kombinasjonen som antas å berøre flest årsverk. Hovedutfordringen blir fordeling av årsverk for de virksomheter som har mer enn 5 ansatte som jobber på tvers av hjemmetjeneste og institusjon etter behov. Tabell 3.6 viser at det er 57 virksomheter i denne kombinasjonen som har flere enn 5 ansatte som jobber fleksibelt. Målt opp mot de nærmere 1 000 syke- og aldershjem totalt, samt 2 241 «rene» hjemmetjenestevirksomheter som her er påvist, må dette likevel sies å være et beskjedent omfang, som gir liten innflytelse på det store bildet. På kommunenivå i en mindre kommune vil imidlertid slik integrasjon lett medføre for mange årsverk på hjemmetjeneste, og for få på institusjon.

De resterende 19 hjemmetjenestevirksomhetene kombinert med sykehjem var uten eller med liten grad av integrasjon, så her dreier seg sannsynligvis mer om samlokalisering, slik at de enkelt kan splittes opp i to med hver sin tjenestetype. I disse tilfellene bør det følges opp mot kommunene for å se om det er grunnlag for å skille ut hjemmetjenesten fra syke- eller aldershjemmet i Enhetsregisteret. Virksomheter som kommunen mener er så integrerte at det ikke er mulig å splitte, bør registreres med sekundærnrering for å indikere integrasjon. Eventuelt kan virksomhetens organisasjonsnummer sjekkes mot tjenestetype i IPLUS-vedtak, slik at en kan vurdere omfanget av integrasjon.

## 4. Hvilke målgrupper er hjemmetjenestevirkksomhetene rettet mot?

I dette kapitlet ser vi først på målgrupper uavhengig av hva slags type virksomhet som yter tjenesten, utover at den er tilknyttet hjemmetjenesten, eventuelt i kombinasjon med annen type tjeneste. Deretter analyserer vi om det er forskjeller på målgrupper når vi tar type virksomhet som yter tjenestene i betraktning. Forutsatt at personellregistreringen for kommunene er tilfredsstillende, kan en for virksomheter med kun én målgruppe enkelt fordele årsverk etter målgruppe.

For virksomheter med to målgrupper vil det være interessant å se om visse kombinasjoner går igjen, og som det kanskje uansett er naturlig å se på som samlet, som en måte å organisere tjenesten på. Eventuelle analyser av brukerne som blir betjent av virksomheter med kun en målgruppe kan gi innsikt i hvordan for eksempel alder, tjenestetyper og bistandsbehov fordeler seg på ulike brukergrupper.

De aktuelle alternativene tilgjengelig for avkrysning for virksomhetenes målgrupper var følgende:

- Personer med demens
- Personer i alderen 0 - 66 år med fysiske begrensninger grunnet funksjonshemming, skade, eller somatisk sykdom
- Personer 67 år eller over, med fysiske begrensninger grunnet alder, funksjonshemming, skade eller somatisk sykdom
- Personer med utviklingshemming
- Personer med psykiske lidelser
- Personer med rusproblemer
- Personer med dobbelt-/multidiagnose
- Annen målgruppe
- Ingen målgruppe<sup>19</sup>

### 4.1. Hjemmetjenesten samlet

Det er hensiktsmessig å starte gjennomgangen av målgrupper med hjemmetjenestevirkksomhetene samlet. For «primær målgruppe» kunne en sette maksimalt to kryss i skjema. Av de 2 680 aktive hjemmetjenestevirkksomhetene har 52 prosent angitt én målgruppe, og 38 prosent har angitt to målgrupper<sup>20</sup>. 7 prosent har angitt «ingen» målgruppe. Tabell 4.1 viser fordelingen av målgrupper, og kombinasjoner av målgrupper, for alle virksomhetene i hjemmetjenesten. Tabellen er en matrise med de ulike målgruppene både i rad og kolonner. Dermed finner vi virksomhetene som bare har én målgruppe på diagonalen nedover fra venstre til høyre, der målgruppene er like. De øvrige tallene er speilet rundt diagonalen, slik at hver kombinasjon forekommer to ganger, og en trenger derfor kun å forholde seg til diagonalen og den ene halvdel.

<sup>19</sup> «Ingen målgruppe» betyr uspesifisert målgruppe eller ble omkodet der det var satt mer enn to målgrupper.

<sup>20</sup> Siden samme målgruppe kan inngå i flere kombinasjoner, er virksomheter med hhv. én og to målgrupper ikke gjensidig utelukkende, og vi kan derfor ikke summere disse.

**Tabell 4.1 Hjemmetjenestevirksomheter, fordelt etter målgrupper. Diagonal nedover fra venstre til høyre gir antall virksomheter med kun én målgruppe. N=2 680**

Målgruppe	Demens	Fysiske begrensninger 0-66 år	Fysiske begrensninger 67+ år	Utviklingshemming	Psykiske lidelser	Rusmiddelproblemer	Dobbelt-diagnose	Ingen målgruppe	Annen målgruppe	Sum
Demens	52	5	251	11	2	0	2	4	2	329
Fysiske begrensninger 0-66 år	5	34	319	111	6	0	4	2	1	482
Fysiske begrensninger 67+ år	251	319	217	19	33	2	10	19	9	879
Utviklingshemming	11	111	19	875	97	2	56	6	15	1 192
Psykiske lidelser	2	6	33	97	172	75	21	0	1	407
Rusproblemer	0	0	2	2	75	7	6	1	0	93
Dobbelt-diagnose	2	4	10	56	21	6	9	0	0	108
Ingen målgruppe	4	2	19	6	0	1	0	195	2	229
Annen målgruppe	2	1	9	15	1	0	0	2	25	55

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 4.2 gir et gir et sammendrag av foregående tabell, med diagonalen fra Tabell 4.1 i første kolonne.

**Tabell 4.2 Hjemmetjenestevirksomheter, fordelt etter målgruppe. N=2 680**

	Antall virksomheter med kun én målgruppe	Antall virksomheter med denne målgruppen	Andel virksomheter med kun én målgruppe	Andel virksomheter med denne målgruppe
Demens	52	329	1,9	12,3
Fysisk begrensning 0-66	34	482	1,3	18,0
Fysisk begrensning 67+	217	879	8,1	32,8
Utviklingshemming	875	1 192	32,6	44,5
Psykiske lidelser	172	407	6,4	15,2
Rusproblemer	7	93	0,3	3,5
Dobbelt-diagnose	9	108	0,3	4,0
Ingen målgruppe	195	229	7,3	8,5
Annen målgruppe	25	55	0,9	2,1
Sum	1586	1	59,2	

<sup>1</sup> Sum vises ikke da den relaterer til totalt antall kryss, ikke antall virksomheter, ettersom samme virksomhet kan ha oppgitt inntil to målgrupper.

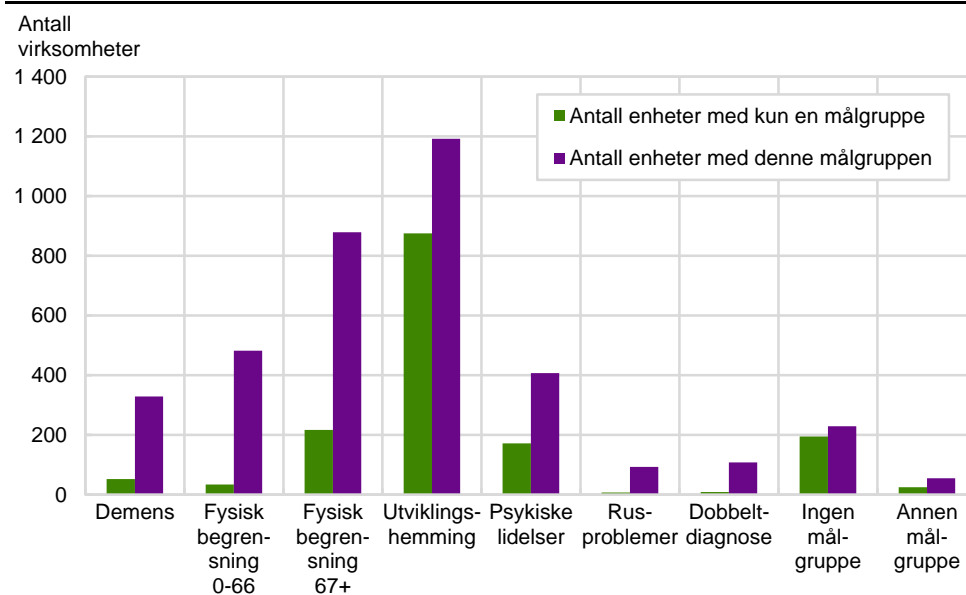
Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 4.1 og 4.2 viser at personer med utviklingshemming er den målgruppen med flest virksomheter i hjemmetjenesten. 44,5 prosent av virksomhetene har denne målgruppa, de fleste uten å være i kombinasjon med andre målgrupper. Videre er enkeltmålgruppen med nest flest virksomheter personer over 67 år med fysiske begrensninger. Det er 32,8 prosent av virksomhetene som har denne målgruppa, men her er langt de fleste i kombinasjon med andre målgrupper.

Tabell 4.2 er gjengitt som figur 4.1. Desto likere i høyde søylen for virksomheter med kun én målgruppe er sammenlignet med søylen for alle virksomheter der målgruppen inngår, jo større andel av virksomhetene gjelder bare denne målgruppen. Figuren viser at målgruppen «utviklingshemming» og «ingen

målgruppe» i mindre grad er kombinert med andre målgrupper, mens de andre målgruppene som oftest inngår i ulike kombinasjoner.

**Figur 4.1 Fordeling av målgrupper. Alle hjemmetjenestevirksomheter. N=2 680**

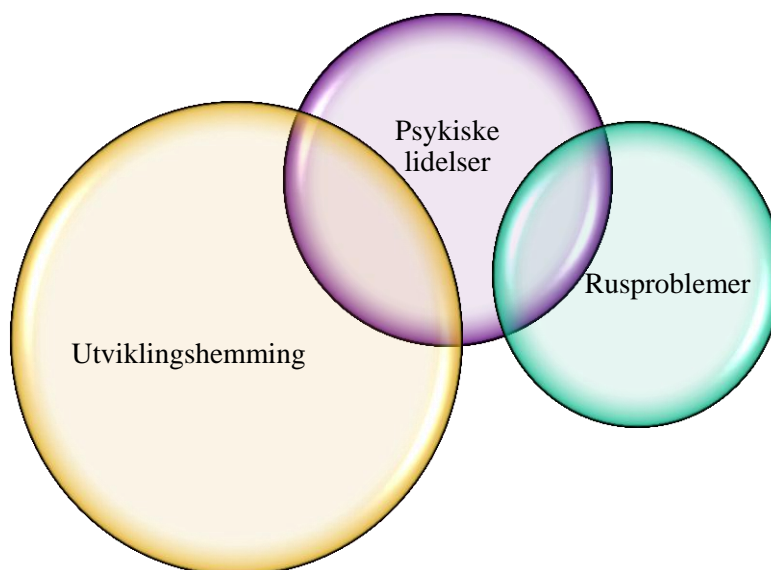


Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Årsverkene i virksomheter som i hovedsak er rettet mot kun én målgruppe, vil utelukkende være tilknyttet denne målgruppen. Dermed vil det være enkelt å fordele årsverk etter målgruppe. Eventuelle analyser av IPLOS-data basert på organisasjonsnummer for virksomheter med kun én målgruppe, kan i tillegg gi innsikt i hvordan for eksempel alder, tjenestetyper og bistandsbehov fordeler seg på ulike brukergrupper.

Hovedutfordringen er hvordan en skal fordele årsverkene dersom en målgruppe ofte er kombinert med andre målgrupper. I figur 4.2 gis et eksempel på hvordan virksomheter rettet mot utviklingshemming, psykiske lidelser eller rusproblemer integrert. Hver sirkel angir antall virksomheter med aktuell målgruppe. Overlapp indikerer virksomheter med integrerte målgrupper. Dersom en som eksempel ønsker tall for målgruppen «personer med psykiske lidelser», må en vurdere hvordan overlappingene, dvs. integrasjon, mot andre målgrupper skal håndteres. Om en velger å inkludere virksomheter som også har utviklingshemming og rusproblemer som målgruppe, må en ta stilling til om alle årsverk for disse kombinasjonene skal tas med, eller om en sjablongmessig bare skal ta med en del av årsverkene. En enkel tilnærming er å ta med halvparten av årsverkene i virksomheter med kombinerte målgrupper.

**Figur 4.2 Eksempel på virksomheter med integrerte målgrupper**



Tabell 4.3 viser de vanligste kombinasjonene av målgrupper, og gir eksempler og frekvens på ulike kombinasjoner av målgrupper. Desto større overlapp med andre målgrupper, jo større usikkerhet blir det om en kun ønsker årsverkstall for bare én målgruppe. Tabellen viser at målgruppen «eldre med fysiske begrensninger» ofte er kombinert med målgruppene demens eller yngre med fysiske begrensninger. Utviklingshemming er særlig kombinert med dobbeltdiagnose eller psykiske lidelser, mens psykiske lidelser i tillegg ofte er kombinert med målgruppe rusproblemer.

**Tabell 4.3 De vanligste kombinasjoner av målgrupper for. N=2 680**

<b>Virksomheter med flere målgrupper</b>	<b>Antall</b>	<b>Andel</b>
Fysiske begrensninger 67+ år og demens	251	9,4
Fysiske begrensninger 0-66 år og fysiske begrensninger 67+ år	319	11,9
Fysiske begrensninger 0-66 år og utviklingshemming	111	4,1
Utviklingshemming og dobbeltdiagnose	56	2,1
Utviklingshemming og psykiske lidelser	97	3,6
Psykiske lidelser og rusproblemer	75	2,8
Psykiske lidelser og dobbeltdiagnose	21	0,8
<b>Vanlige kombinasjoner av målgrupper</b>	<b>Antall</b>	<b>Andel</b>
Fysiske begrensninger 67+ år, demens, fysiske begrensninger 67+ år og demens	520	19,4
Fysiske begrensninger 0-66 år, fysiske begrensninger 67+ år, fysiske begrensninger 0-66 år og fysiske begrensninger 67+ år	570	21,3
Psykiske lidelser, rusproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer	254	9,5
Utviklingshemming, utviklingshemming og psykiske lidelser, utviklingshemming og dobbeltdiagnose	1 028	38,4
Psykiske lidelser, psykiske lidelser og rusproblemer, psykiske lidelser og dobbeltdiagnose	268	10,0
Psykiske lidelser, psykiske lidelser og rusproblemer, psykiske lidelser og dobbeltdiagnose, utviklingshemming og psykiske lidelser	365	13,6

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Utviklingshemming er en svært vanlig målgruppe. Om vi samler alle virksomheter med kun utviklingshemming og utviklingshemming kombinert med psykiske lidelser eller dobbeltdiagnose, får vi hele 1 028 enheter. Dette tilsvarer godt over en tredjedel av alle hjemmetjenestevirksomhetene. Det kan diskuteres om kombina-

sjonen utviklingshemming og psykiske lidelser skal inngå her eller ikke, men det er som vi ser av tabellen en vanlig kombinasjon. For tilsvarende summering for psykiske lidelser har vi utelatt de 97 virksomhetene med kombinasjonen psykiske lidelser og utviklingshemming, og lander dermed på at ti prosent av hjemmetjenestevirksomhetene er rettet mot psykiske lidelser, eventuelt i kombinasjon med rusproblematikk eller dobbeltdiagnose.

En annen hyppig kombinasjon er målgruppene fysiske begrensninger 67+ år og demens med 520 virksomheter, eller i underkant av 20 prosent av hjemmetjenestevirksomhetene. Denne kombinasjonen må kunne kalles målgruppe «eldre». Samtidig er imidlertid også målgruppen for eldre med fysiske begrensninger svært ofte kombinert med målgruppen yngre med fysiske begrensninger. Dermed vil en optelling av kun eldre-kombinasjonen lett bli misvisende ved at mange virksomheter for eldre med fysiske begrensninger også er kombinert med målgruppen yngre med fysiske begrensninger, og derfor ikke kommer med. I avsnitt 6.3 vil vi derfor kun analysere kombinasjoner basert på de to hovedgruppene rettet mot henholdsvis utviklingshemming og psykiske lidelser.

### Kategorien «annen målgruppe»

Bare 97 virksomheter har avkrysning for «annen» målgruppe. En tredjedel av disse gjaldt imidlertid kun bestillerkontor, og 17 gjaldt kun annen type tjeneste enn hjemmetjeneste, og ingen av disse er inkludert i de 2 680 hjemmetjenestevirksomhetene som omtales her. For de øvrige 55 hjemmetjenestevirksomhetene dreier det seg i mange tilfeller om mer generelle tjenester (dvs. «ingen målgruppe»), mens andre gjelder virksomheter med mer generelle målgrupper, som ikke var alternativer i skjema (tabell 4.4).

**Tabell 4.4** Spesifikasjon av "annen målgruppe" i hjemmetjenestevirksomhetene

Målgruppe	Antall virksomheter
Ingen	22
Barn	6
Yngre 18-66	4
Eldre	2
Diagnoserelatert	9
Organisering/tjeneste	4
Ubesvart	8
Totalt	55

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Av de virksomheter som har spesifisert «annen målgruppe», har 22 spesifisert at tjenesten i praksis gjelder alle, og framkommer i tabellen som «ingen målgruppe». Ni virksomheter gjelder ulike former eller kombinasjoner for utviklingshemming, utviklingsforstyrrelser eller psykiske lidelser. Av disse har tre spesifisert autisme. Fire er relatert til organisering eller tjenestetype framfor målgruppe.

Siden de ni diagnoserettede målgruppene er få og til dels ulike, er det ingen grunn til å opprette nye kategorier for disse. Det kunne kanskje ha vært en egen kategori for barn. Selv om avlastning og heldøgntilbud for barn i henhold til forskrift skal hjemles og utgiftsføres som institusjon<sup>21</sup> vil tjenestene i mange tilfeller i praksis ytes fra hjemmetjenestevirksomhet. En får dermed ikke uten videre skilt ut årsverksdata som kun gjelder hjemmetjeneste. Av de 55 virksomhetene med annen målgruppe, var det hele 30 som hadde spesifisert én av de eksisterende målgruppene i tillegg. Da blir det uansett mindre interessant å vurdere nye kategorier når virksomheter rettet mot egne målgrupper er det vi særlig ser etter.

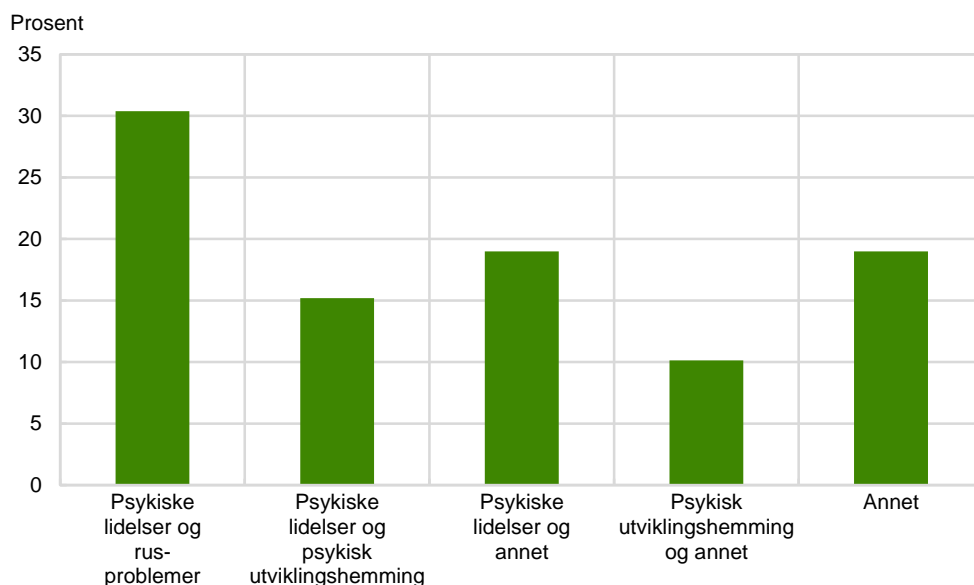
<sup>21</sup> Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon 2011, og Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester 2011.



### Kategorien dobbelt-/multidiagnose

117 virksomheter har krysset av for dobbelt-/multidiagnose. 76 eller nærmere to tredjedeler av disse har spesifisert hva slags typer diagnoser det dreier seg om. En fordeling av disse vises i figur 4.2. De aller fleste beskrivelsene gjelder kombinasjoner av diagnoser som inngår enkeltvis som hovedmålgrupper. Vanligst er dobbeltdiagnosen rusproblemer og psykiske lidelser (ROP). Siden antallet virksomheter med dobbelt-/multidiagnose er få i forhold til totalt antall virksomheter, kan en ved en eventuell senere kartlegging vurdere å droppe dette alternativet, så lenge en beholder «annet»-kategorien med obligatorisk spesifisering av målgruppe. Da vil nok imidlertid også enda flere heller velge å krysse av for to av de eksisterende målgruppene, selv om det må understrekes at det er forskjell på å yte tjenester til brukere som kan ha ulik men hver kun én diagnose, i motsetning til brukere som hver har omtrent samme kombinasjon av flere diagnoser.

**Figur 4.2** Virksomheter med målgruppe dobbeltdiagnose, fordelt etter type målgruppe spesifisert i merknadsfelt. N=79



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

## 4.2. Målgrupper og tjenestetype

Foran så vi hvordan målgruppene fordelte seg med utgangspunkt i alle 2 680 virksomheter rapportert med hjemmetjenestenæring, uavhengig om den enkelte virksomhet var boligbase, ambulerende hjemmetjeneste, kombinasjon boligbase-ambulerende tjeneste eller kombinert med annen type tjeneste, som sykehjem eller dagaktivitetstilbud. Mulighetene for å kunne fordele årsverk på målgruppe, er særlig avhengig av tre faktorer:

1. Hjemmetjenestevirksomhetene må i minst mulig grad være integrert med annen type tjeneste. Da vil en kunne bruke regnskapstall og årsverkstall for hjemmetjenesten som utgangspunkt for fordeling. I avsnitt 3.2 har vi vist at innslaget utenfor hjemmetjenesten – spesielt mot de store virksomhetstypene sykehjem og aldershjem - var heller beskjedent, og således er dette punktet oppfylt.
2. Lav integrasjon, dvs. «rene» hjemmetjenester, som enten kun boligbase eller kun ambulerende hjemmetjeneste, vil kunne øke detaljeringsnivået i en analyse ytterligere, ved at vi kan fordele årsverk og eventuelt time-tildeling fra IPLOS på disse to virksomhetstypene innenfor hjemmetjenesten. Vi har sett at særlig mange boligbase ikke var kombinert med andre tjenestetyper. Integrasjon mellom boligbase og ambulerende tjeneste berører likevel utelukkende hjemmetjenesten, og da er det uproblematisk å

fordele årsverk på målgruppe, selv om vi her går glipp av noen av nyansene som «rene» virksomhetstyper gir.

3. Viktigst: For å kunne få et inntrykk av innsatsen mot en bestemt målgruppe, er det en forutsetning at tjenester til den enkelte målgruppe i liten grad er kombinert med andre målgrupper. Det er hva vi skal undersøke i dette kapitlet.

Vi skal derfor se nærmere på følgende spørsmål: Finnes det en sammenheng mellom virksomhetstype og målgrupper, ved at enkelte kombinasjoner av virksomhetstype og målgruppe er særlig vanlige? Vil vi få andre kombinasjoner av målgrupper når vi går fra alle virksomheter med hjemmetjenester til mer spesifiserte virksomhetstyper?

Vi har valgt å analysere virksomhetens målgrupper etter følgende virksomhetstyper og kombinasjon:

- Hjemmetjeneste – kun boligbase for nærområdet
- Hjemmetjeneste – kun ambulerende
- Hjemmetjeneste og annen type tjeneste

Kombinasjoner av boligbaser og ambulerende hjemmetjenester anser vi for å være en mellomting mellom ytterpunktene «kun boligbase og kun ambulerende hjemmetjeneste, så den utelates i denne gjennomgangen.

### 4.3. Hjemmetjeneste – kun boligbase for nærområdet

Den videre analysen fortsetter med den virksomhetstypen som har flest forekomster, boligbase. Tabell 4.5 viser fordelingen av målgrupper, og kombinasjoner av målgrupper, for de 1 411 virksomhetene som er boligbase .

**Tabell 4.5 Virksomheter som er kun boligbase, fordelt etter målgrupper. Diagonal nedover fra venstre til høyre gir antall virksomheter med kun én målgruppe. N=1 411**

Målgruppe	Demens	Fysiske begrensninger 0-66 år	Fysiske begrensninger 67+ år	Utviklingshemming	Psykiske lidelser	Rusmiddelproblemer	Dobbeltdiagnose	Ingen målgruppe	Annen målgruppe	Sum
Demens	<b>41</b>	2	47	9	1	0	1	0	1	102
Fysiske begrensninger 0-66 år	2	<b>20</b>	42	67	3	0	3	1	0	138
Fysiske begrensninger 67+ år	47	42	<b>102</b>	0	11	0	1	3	4	210
Utviklingshemming	9	67	0	<b>734</b>	55	1	39	3	7	915
Psykiske lidelser	1	3	11	55	<b>131</b>	31	8	0	0	240
Rusproblemer	0	0	0	1	31	<b>5</b>	4	0	0	41
Dobbeltdiagnose	1	3	1	39	8	4	<b>6</b>	0	0	62
Ingen målgruppe	0	1	3	3	0	0	0	<b>22</b>	1	30
Annen målgruppe	1	0	4	7	0	0	0	1	<b>5</b>	18

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 4.6 gir et sammendrag av tabell 4.5, og av den nederste raden ser vi at så mye som tre fjerdedeler av boligbasene hadde kun én målgruppe. Tabell 4.6 viser at boligbaser særlig har personer med utviklingshemming som målgruppe. 734 virksomheter eller 52 prosent av alle boligbasene betjener kun denne målgruppen. I tillegg er det ytterligere 181 boligbaser som har utviklingshemming som målgruppe, men da i kombinasjon med en annen målgruppe. Brevik og Høyland (2007) gir en grundig gjennomgang av bo- og tjenestetilbudet til denne målgruppen for et større utvalg kommuner.

**Tabell 4.6 Virksomheter som er kun boligbaser, fordelt etter målgrupper og antall virksomheter med én eller flere målgrupper. N=1 411**

Målgruppe i ren boligbase	Antall virksomheter med kun en målgruppe	Antall virksomheter med denne målgruppa	Andel virksomheter med kun én målgruppe	Andel virksomheter med denne målgruppen
Demens	41	102	2,9	7,2
Fysisk begrensning 0-66	20	138	1,4	9,8
Fysisk begrensning 67+	102	210	7,2	14,9
Utviklingshemming	734	915	52,0	64,8
Psykiske lidelser	131	240	9,3	17,0
Rusproblemer	5	41	0,4	2,9
Dobbeltdiagnose	6	62	0,4	4,4
Ingen målgruppe	22	30	1,6	2,1
Annen målgruppe	5	18	0,4	1,3
Sum	1 066	1 411	75,5	-

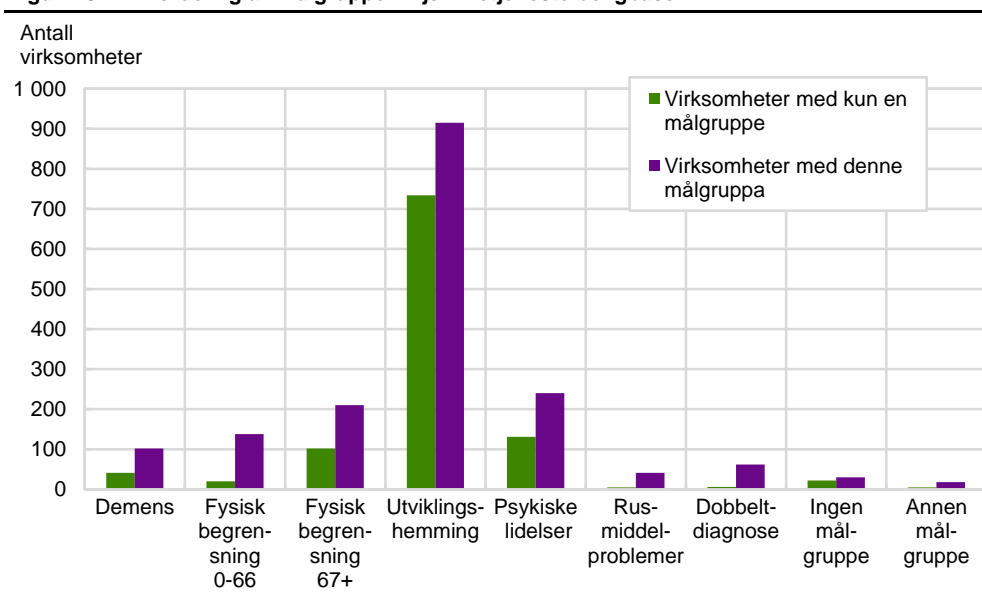
<sup>1</sup> Sum vises ikke da den relaterer til totalt antall kryss, ikke antall virksomheter, ettersom samme virksomhet kan ha oppgitt inntil to målgrupper.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Av øvrige boligbaser med kun én målgruppe ser vi at virksomheter rettet mot eldre personer med fysiske begrensninger og personer med psykiske lidelser er omtrent like store, på henholdsvis 7 og 9 prosent. Dersom vi i stedet teller antall virksomheter totalt som har tilbud til hver målgruppe, får vi omtrent en fordobling for disse to gruppene. For de resterende målgruppene gir en slik totaltelling langt flere treff, hvilket tilsier at disse som oftest blir betjent fra virksomheter som er rettet mot flere målgrupper.

Tabell 4.6 er illustrert i figur 4.3. Jo likere lengde på de to søylene for samme målgruppe, desto flere virksomheter gjelder bare denne målgruppen. Stor relativ forskjell på de to søylene indikerer at målgruppen i større grad betjenes av virksomheter med flere målgrupper. For virksomheter som hadde bare én primær målgruppe vil alle årsverk eller brukere tilknyttet virksomheten kunne tilskrives boligbase og samme målgruppe.

**Figur 4.3 Fordeling av målgrupper. Hjemmetjeneste boligbase. N=1411**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Ofte kan det være hensiktsmessig og naturlig at samme virksomhet gir tjenester til flere målgrupper med noenlunde samme behov. For å finne hvilke kombinasjoner av målgrupper som særlig går igjen, kan en trekke ut de største tallene utenfor diagonalen i tabell 4.5. Tabell 4.7 viser at de vanligste kombinasjoner av målgrupper for boligbasevirksomhetene ligger på rundt tre prosent av alle virksomhetene. Virksomhetene med kun én målgruppe i tabell 4.6 utgjorde 75,5 prosent av de «rene» boligbasene, mens kombinasjonene i Tabell 4.7 utgjør ytterligere 15,2 prosent. Øvrige kombinasjoner utgjør dermed mindre enn ti prosent. Som vi ser av tabell 4.7, er utviklingshemming og psykiske lidelser den mest vanlige kombinasjonen for boligbasene.

**Tabell 4.7 De vanligste kombinasjoner av målgrupper for virksomheter som er kun boligbase. N=1411**

Antall virksomheter med flere målgrupper	Antall	Andel
Fysiske begrensninger 0-66 år og fysiske begrensninger 67 år og over	42	3,0
Demens og fysiske begrensninger 67 år og over	47	3,3
Utviklingshemming og psykiske lidelser	55	3,9
Psykiske lidelser og rusproblemer	31	2,2
Utviklingshemming og dobbeltdiagnose	39	2,8

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

### Bemanningsgrad og målgrupper

Siden målgruppene har svært ulike behov for mengde og type tjeneste, kan en forvente forskjeller om en ser på bemanningsgraden. Dersom samme virksomhet betjener flere målgrupper, kan en på den annen side anta at bildet blir mindre nyansert og en mellomting mellom de kombinerte målgruppene. Enda mer unyansert vil situasjonen sannsynligvis bli om virksomheten også er en kombinasjon av flere virksomhetstyper. Vi ønsker derfor i dette avsnittet å se på de 1 066 virksomhetene som er kun boligbase og med kun én målgruppe.

Vi ser på spørsmålet om heldøgns bemanning først. Fordelingen etter målgruppe i tabell 4.8 viser at av virksomhetene med spesifisert målgruppe ligger de fleste rundt 80 prosent som heldøgnsbemannede. Det er målgruppene «personer med psykiske lidelser» og «eldre med fysiske begrensninger» som trekker gjennomsnittet ned. Også de fire nederste kategoriene ligger lavere, men disse utgjør totalt kun 38 virksomheter, mot 734 virksomheter rettet mot utviklingshemming, som vist i tabell 4.6. Totalt, uavhengig av målgruppe, ser vi av nederste rad i Tabell 4.8 at tre fjerdedeler av virksomhetene som er kun boligbaser og med kun én målgruppe, har bemanning hele døgnet.

**Tabell 4.8 Bemanningsgrad i boligbaser, etter målgruppe<sup>1</sup>**

Målgruppe	Andel av boligbaser med bemanning hele døgnet og i aktuell målgruppe, N= 1 066	Andel av boligbase uten heldøgns bemanning, men alltid bemannet når beboere til stede, N=168
Demens	80,5	<sup>2</sup>
Fysisk begrensning 0-66	80,0	33,3
Fysisk begrensning 67+	67,6	17,9
Utviklingshemming	78,1	79,8
Psykiske lidelser	74,0	34,6
Rusproblemer	80,0	0
Dobbeltdiagnose	66,7	
Ingen målgruppe	68,2	0
Annen målgruppe	66,7	
Uavhengig av målgruppe	76,4	58,3

<sup>1</sup> Virksomheter som er kun boligbaser og med kun én målgruppe.

<sup>2</sup> Tomme celler betyr at det ikke var virksomheter uten heldøgns bemanning i målgruppen, mens 0 indikerer at ingen i målgruppen alltid hadde bemanning når det var brukere til stede.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

I høyre kolonne i tabell 4.8 ser vi kun på de 168 enhetene som hadde avkrysning for at de ikke var heldøgns bemannet. Her skiller utviklingshemming seg klart ut ved 80 prosent av boligbasene er bemannet når det er brukere til stede. Dette er helt i tråd med Brevik og Høyland (2007:251), som oppgir at i 2006 hadde 80 prosent praktisk bistand fra personalbase på dagtid, og 86 prosent om natten. Men som nevnt i avsnitt 3.3 kan det nok være noen som i 2014 har rapportert tilsvarende enheter som heldøgnsbemannede.

### Kartlegging av boliger i 2011 og hjemmetjeneste i 2014

Selv om kartleggingen i 2014 bygger på en kartlegging av bemannende boliger fra 2011 (Vold og Abrahamsen, 2013), er det gjort noen vesentlige endringer, både i innretning og spørsmål. For det første omfatter 2014-tallene hele hjemmetjenesten, ikke bare boligvirksomheter. I 2014 er spørsmålene mer innrettet mot personalet og deres målgrupper, mens det i 2011 i større grad var rettet mot selve boligen og beboerne. Begge kartlegginger tok utgangspunkt i aktuelle næringskoder i Enhetsregisteret, men mens utgangspopulasjonen i 2014 ikke ble endret i innsamlingsperioden, hadde kommunene mulighet til å legge til både eksisterende virksomheter med annen næringskoder enn hjemmetjeneste og opprette helt nye underveis. Det førte nok til at endelig populasjon ble mer treffsikker i 2011, og noe som 2014-kartleggingen kunne høste fruktene av. Under innsamlingen i 2014 påpekte kommunene i svært liten grad manglende oppføringer i Enhetsregistret. Samtidig innebar fleksibiliteten ved å kunne registrere virksomheter underveis i 2011 mer arbeid for kommunene og ikke minst databehandler SSB. I tabell 4.9 er tabell 17 fra 2011-kartleggingen slått sammen med tabell 4.6, for de virksomhetene som kun var boligbase og kun hadde én målgruppe.

**Tabell 4.9 Kun boligbase og kun én målgruppe, 2011 vs 2014**

Målgruppe	Andel virksomheter med kun en målgruppe	
	2011, N=1 615	2014, N=1 411 <sup>1</sup>
Demens	3	3
Fysisk begrensning 0-66		1
Fysisk begrensning 67+	11 <sup>2</sup>	7
Utviklingshemming	51	52
Psykiske lidelser	10	9
Rusproblemer	2	0
Dobbeltdiagnose	0	0
Ingen målgruppe	0	2
Annen målgruppe	1	0
Sum	79	76

<sup>1</sup> Et lavere antall boligbasen med én målgruppe i 2014 enn i 2011 kan skyldes nyanser i spørsmålet og innretning, ikke nødvendigvis at det har blitt færre slike virksomheter.

<sup>2</sup> I 2011 ble det ikke skilt mellom yngre og eldre med fysiske begrensninger, så alle eldre inngår i 11 prosent.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Til tross for noe ulik tilnærming for de to kartleggingene, er likheten i resultater for målgrupper knyttet til boligbasene stor, ikke minst tatt i betraktning av at det er 3 år mellom innsamlingene. I stor grad bekrefter 2014-kartleggingen 2011-tallene.

### 4.4. Hjemmetjeneste – kun ambulerende tjeneste

Den andre hovedkomponenten i hjemmetjenesten foruten boligbase for nærområdet, er ambulerende tjeneste. Det er 421 virksomheter som er ambulerende hjemmetjeneste. I tillegg til at det er langt færre virksomheter som er «rene» ambulerende hjemmetjenestevirksomheter, er også fordelingen av målgrupper helt annerledes enn for boligbasene. Tabell 4.10 viser fordelingen av målgrupper, og kombinasjoner av målgrupper, for de ambulerende hjemmetjenestevirksomhetene.

**Tabell 4.10. Virksomheter som er kun ambulering hjemmetjeneste, fordelt etter målgrupper. Diagonal nedover fra venstre til høyre gir antall virksomheter med kun én målgruppe. N=421**

Målgruppe	Demens	Fysiske begrensninger 0-66 år	Fysiske begrensninger 67+ år	Utviklingshemming	Psykiske lidelser	Rus-middelproblemer	Dobbeltdiagnose	Ingen målgruppe	Annen målgruppe	Sum
Demens	1	0	37	0	0	0	0	0	0	38
Fysiske begrensninger 0-66 år	0	10	136	3	0	0	0	0	1	150
Fysiske begrensninger 67+ år	37	136	51	2	4	2	0	0	1	233
Utviklingshemming	0	3	2	29	4	0	1	0	1	40
Psykiske lidelser	0	0	4	4	23	14	1	0	0	46
Rusproblemer	0	0	2	0	14	2	0	0	0	18
Dobbeltdiagnose	0	0	0	1	1	0	2	0	0	4
Ingen målgruppe	,	,	,	,	,	,	,	87	,	87
Annen målgruppe	0	1	1	1	0	0	0	0	9	12

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 4.11 er en sammenfatning av tabell 4.10, og viser at det er eldre med fysiske begrensninger som er den målgruppen som ambulering tjenester særlig retter seg mot. Over halvparten av de ambulering virksomhetene har eldre som målgruppe. Virksomheter for denne målgruppen følges av virksomheter for yngre brukere med fysiske begrensninger.

**Tabell 4.11 Virksomheter som er kun ambulering hjemmetjeneste, fordelt etter målgrupper og antall virksomheter med én eller flere målgrupper. N=421**

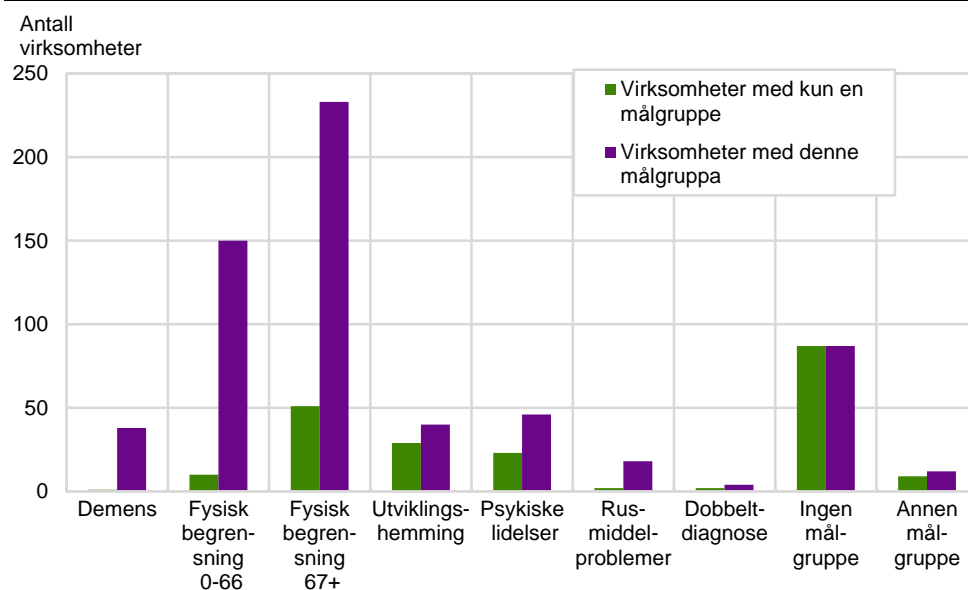
Kun hjemmetjeneste boligbase	Antall virksomheter med kun én målgruppe	Antall virksomheter med denne målgruppa	Andel virksomheter med kun én målgruppe	Andel virksomheter med denne målgruppen
Demens	1	38	0,2	9,0
Fysisk begrensning 0-66	10	150	2,4	35,6
Fysisk begrensning 67+	51	233	12,1	55,3
Utviklingshemming	29	40	6,9	9,5
Psykiske lidelser	23	46	5,5	10,9
Rusproblemer	2	18	0,5	4,3
Dobbeltdiagnose	2	4	0,5	1,0
Ingen målgruppe	87	87	20,7	20,7
Annen målgruppe	9	12	2,1	2,9
Sum	214	- <sup>1</sup>	50,7	

<sup>1</sup> Sum vises ikke da den relaterer til totalt antall kryss, ikke antall virksomheter, ettersom samme virksomhet kan ha oppgitt inntil to målgrupper.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 4.11 viser imidlertid at «ingen målgruppe» er den største kategorien som ikke er kombinert med andre målgrupper. Dette sammenfaller nettopp med at de ambulering hjemmetjenestene ofte betjener mange målgrupper. Om vi trekker ut kategorien «ingen målgruppe», er det bare 30 prosent av virksomhetene som bare har én målgruppe. Mens utviklingshemming var den målgruppen desidert flest boligbaser var rettet mot, er det blant de ambulering tjenestene knapt ti prosent som har utviklingshemming som målgruppe. Tabell 4.11 er illustrert i figur 4.4.

**Figur 4.4 Fordeling av målgrupper. Hjemmetjeneste ambulerende. N=421**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Desto større forskjell på søylehøydene for én målgruppe, jo færre virksomheter har kun denne målgruppen. Tabell 4.12 viser de vanligste kombinasjoner av målgrupper for den ambulerende hjemmetjenesten. Når det gjelder virksomheter som betjener flere målgrupper, finner vi også et helt annet omfang av kombinasjoner enn hva gjaldt for boligbasene. For de ambulerende tjenestene er det særlig kombinasjonen eldre og yngre personer med fysiske begrensninger som går igjen, den gjelder så mye som en tredjedel av alle virksomhetene i denne gruppen. De eldre er også representert i den nest største kombinasjonen, med demens.

**Tabell 4.12. De vanligste kombinasjoner av målgrupper for virksomheter som er kun ambulerende hjemmetjeneste. N=421**

Antall virksomheter med flere målgrupper (maks 2)	Antall	Andel
Fysiske begrensninger 0-66 år og fysiske begrensninger 67 år og over	136	32,3
Demens og fysiske begrensninger 67 år og over	37	8,8
Utviklingshemming og psykiske lidelser	4	1,0
Psykiske lidelser og rusproblemer	14	3,3
Utviklingshemming og dobbeltdiagnose	1	0,2

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

#### 4.5. Hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper

Det var 439 virksomheter som var hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper. For denne gruppen er det i enda større grad enn for ambulerende hjemmetjenester tendens til at virksomhetene betjener flere målgrupper. Tabell 4.13 viser fordelingen av målgrupper, og kombinasjoner av målgrupper, for de kombinerte hjemmetjenestevirksomhetene.

**Tabell 4.13. Virksomheter som er hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper, fordelt etter målgrupper. Diagonal nedover fra venstre til høyre gir antall virksomheter med kun én målgruppe. N=439**

Målgruppe	Demens	Fysiske begrensninger 0-66 år	Fysiske begrensninger 67+ år	Utviklingshemming	Psykiske lidelser	Rusmiddelproblemer	Dobbeltdiagnose	Ingen målgruppe	Annen målgruppe	Sum
Demens	10	2	88	1	1	0	1	2	1	106
Fysiske begrensninger 0-66 år	2	1	42	30	3	0	1	0	0	79
Fysiske begrensninger 67+ år	88	42	19	11	7	0	7	5	2	181
Utviklingshemming	1	30	11	80	28	1	10	0	6	167
Psykiske lidelser	1	3	7	28	10	20	7	0	0	76
Rusproblemer	0	0	0	1	20	,	1	1	0	23
Dobbeltdiagnose	1	1	7	10	7	1	1	0	0	28
Ingen målgruppe	2	0	5	0	0	1	0	34	1	43
Annen målgruppe	1	0	2	6	0	0	0	1	5	15

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 4.14 viser en sammenfatning av tabell 4.13. Som for de ambulerende tjenestene har omtrent en tredjedel av disse virksomhetene bare én målgruppe, jf. nederste rad. Blant virksomhetene som kun har en målgruppe, er utviklingshemming den vanligste. Det at utviklingshemming skårer temmelig høyt også for hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper, kan skyldes at det er boligbase og ikke ambulerende tjeneste som er hjemmetjenestekomponenten.

**Tabell 4.14 Virksomheter som er hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper, fordelt etter målgrupper og antall virksomheter med én eller flere målgrupper. N=439**

Hjemmetjeneste kombinert med andre typer tjenester	Antall virksomheter med kun en målgruppe	Antall virksomheter med denne målgruppa	Andel virksomheter med kun en målgruppe	Andel virksomheter med denne målgruppen
Demens	10	106	2,3	24,1
Fysisk begrensning 0-66	1	79	0,2	18,0
Fysisk begrensning 67+	19	181	4,3	41,2
Utviklingshemming	80	167	18,2	38,0
Psykiske lidelser	10	76	2,3	17,3
Rusproblemer	.	23		5,2
Dobbeltdiagnose	1	28	0,2	6,4
Ingen målgruppe	34	43	7,7	9,8
Annen målgruppe	5	15	1,1	3,4
Sum	160	<sup>1</sup>	36,4	

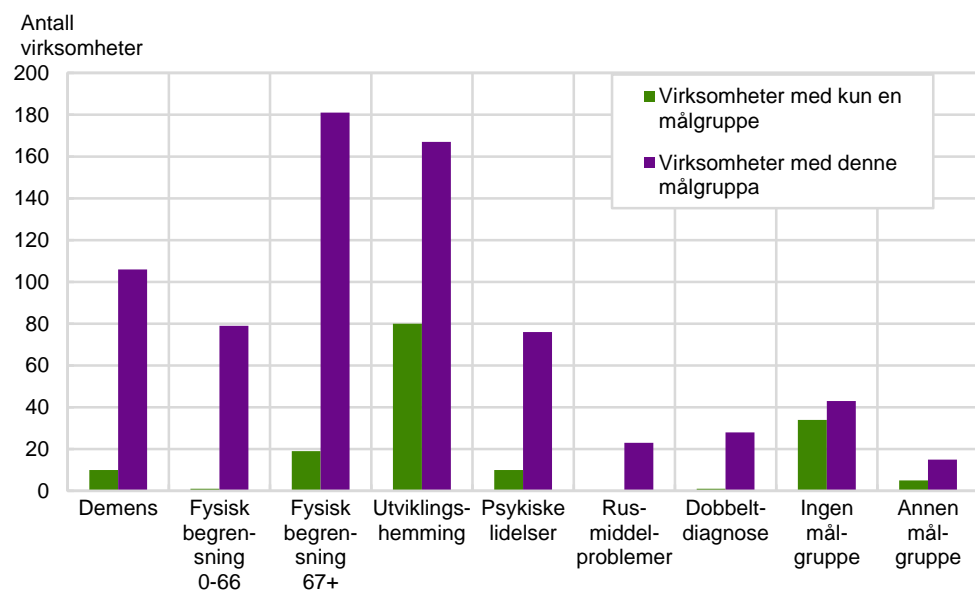
<sup>1</sup> Sum vises ikke da den relaterer til totalt antall kryss, ikke antall virksomheter, ettersom samme virksomhet kan ha oppgitt inntil to målgrupper.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Om en ikke bare ser på virksomheter med én målgruppe, er det eldre med fysiske begrensninger som er den vanligste målgruppen. Hovedinntrykket at hver virksomhet vanligvis betjener flere målgrupper. Det betyr at det i denne kategorien ikke bare er virksomhetstypene som er kombinerte, men også målgruppene. Tabell 4.14 er illustrert i figur 4.5.



**Figur 4.5 Fordeling av målgrupper. Hjemmetjeneste kombinert med annen type virksomhet. N=439**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 4.15 viser de vanligste kombinasjonene av målgrupper for hjemmetjenestevirksomheter kombinert med annen tjenestetype. Målgruppen «eldre med fysiske begrensninger» er særlig inkludert i de to mest vanlige kombinasjonene, med «demens» og «yngre med fysiske begrensninger, altså noe av det samme som vi fant for de ambulerende hjemmetjenestene.

**Tabell 4.15. De vanligste kombinasjoner av målgrupper for virksomheter som er hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper. N=439**

Virksomheter med flere målgrupper	Antall	Andel
Fysiske begrensninger 0-66 år og fysiske begrensninger 67 år og over	42	9,6
Demens og fysiske begrensninger 67 år og over	88	20,0
Utviklingshemming og psykiske lidelser	28	6,4
Psykiske lidelser og rusproblemer	20	4,6
Utviklingshemming og dobbeltdiagnose	10	2,3

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

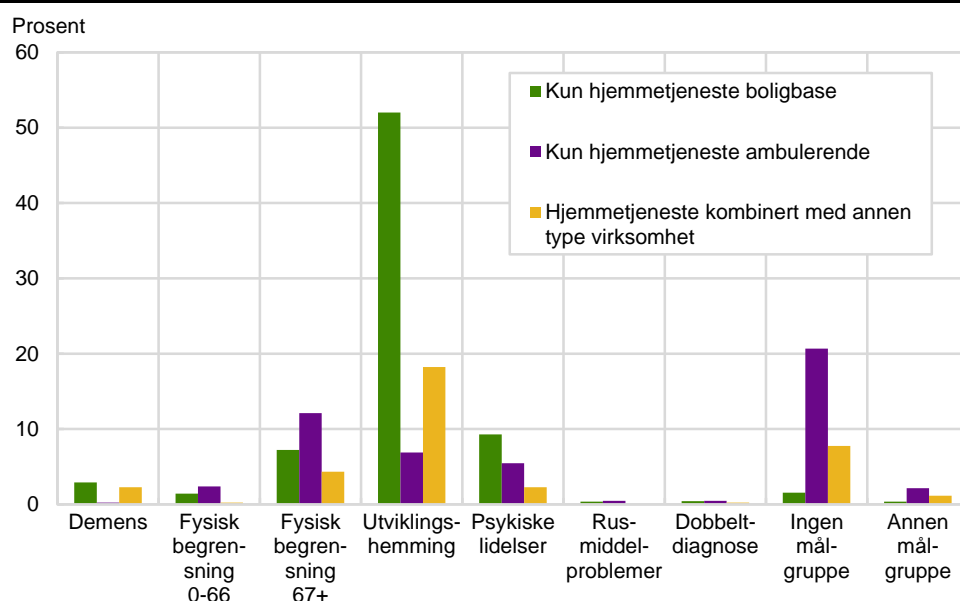
## 4.6. Oppsummering

Analysen av målgrupper i hjemmetjenesten i dette kapittelet har vist:

- at ulike virksomhetstyper i stor grad betjener ulike målgrupper, og har ulik grad av spesialisering mot enkeltmålgrupper.
- at boligbasene i stor grad betjener målgruppen utviklingshemming, men også eldre med fysiske begrensninger og personer med psykiske lidelser får til en viss grad tjenester fra egne boligbaser.
- at det for ambulerende hjemmetjeneste er vanlig at virksomhetene ikke betjener bare én, men flere målgrupper.
- at dersom hjemmetjenestevirksomheten er kombinert med annen type tjeneste, er disse i liten grad er rettet mot én målgruppe. I den grad en finner egne målgrupper blant disse kombinerte tjenestene, er det utviklingshemming som peker seg ut.

Disse resultatene er oppsummert i figur 4.6.

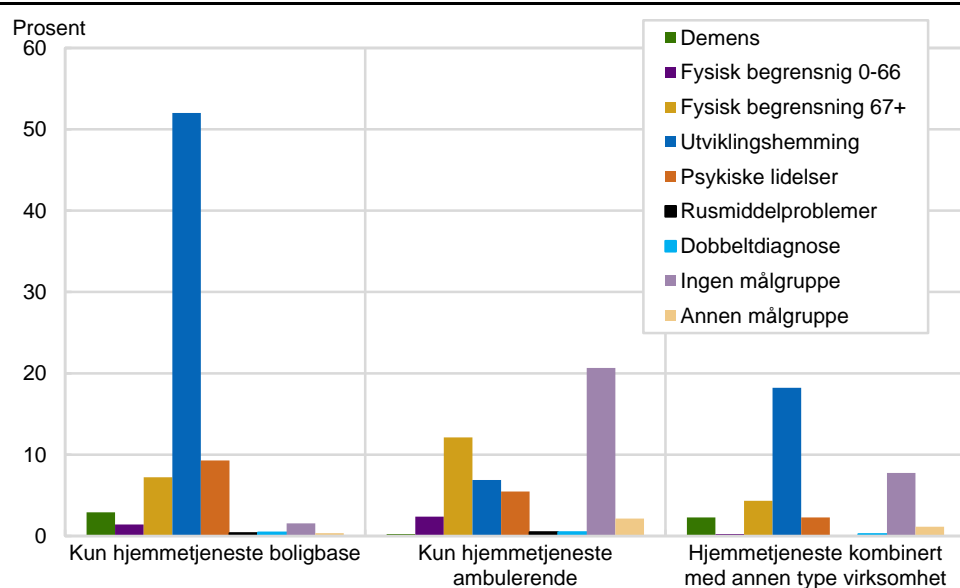
**Figur 4.6 Virksomheter med kun en målgruppe, fordelt etter målgruppe. Hjemmetjeneste boligbase, hjemmetjeneste ambulerende og hjemmetjeneste kombinert med annen type virksomhet. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

For å illustrere nærmere at boligbase for nærområdet i stor grad betjener egne målgrupper, mens tendensen for ambulerende hjemmetjeneste og den kombinerte hjemmetjenesten er fraværet av målgruppededikerte virksomheter, er figur 4.6 rotert i figur 4.7. Figur 4.7 viser at hver enkelt boligbase i størst grad betjener egne målgrupper, mens den ambulerende og kombinerte hjemmetjenesten i langt mindre grad har egne målgrupper. For ambulerende og kombinert hjemmetjeneste er virksomheter uten målgruppe en framtrædende kategori. Et unntak er «eldre med fysiske begrensninger» i ambulerende tjeneste, som faktisk har flere dedikerte virksomheter innen ambulerende tjeneste enn boligbasene har. At utviklingshemming er den målgruppe hjemmetjeneste kombinert med annen virksomhet er særlig rettet mot, skyldes nok som omtalt tidligere at boligbase inngår som en av virksomhetstypene.

**Figur 4.7 Virksomheter med kun en målgruppe, fordelt etter type virksomhet. Hjemmetjeneste boligbase, hjemmetjeneste ambulerende og hjemmetjeneste kombinert med annen type virksomhet. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

## 5. Er det aktuelt å innføre en mer detaljert regnskapsføring i KOSTRA?

Siden hjemmetjenesten er et så stort område, melder mange kommuner om behov for å kunne splitte regnskapsfunksjonen på målgrupper. Spesielt for større kommuner er det viktig med mer treffsikker kunnskap om ressursbruk på ulike målgrupper, slik at en ved sammenligning mellom kommunene kan finne beste praksis i forhold til ulike målgrupper, både når det gjelder kvalitet og effektiv bruk av tilgjengelige ressurser. Intuitivt forutsetter dette at det etableres en standard for utgiftsføring fordelt på målgrupper og eventuelt tjenestetype. I dette kapitlet undersøker vi om bruken av en mer detaljert kontoplan internt allerede er vanlig - og om rapportørene mener det er behovet for å standardisere et mer detaljert regnskap.

Videre vil noen målgrupper kunne forekomme i mange KOSTRA-funksjoner i større eller mindre grad, ikke bare innen tjenester til hjemmeboende. En mulig løsning kan her være å opprette underkontoer tilknyttet de ulike hovedfunksjonene innen alle omsorgstjenestene. Dermed kan en opprettholde tidsserier på hovedkontoplan, og samtidig få totaloversikt over utgifter innen målgruppene, uavhengig av hovedfunksjon.

En tilnærming med underkontoer kan fungere selv om ikke alle kommuner registrerer på dette detaljeringsnivået, ettersom en hele tiden uansett vil kunne sammenligne på hovedkontonivå. Dersom de fleste kommunene kan gi tilfredsstillende regnskapstall fordelt på målgrupper, kan en ved hjelp av KOSTRA-systemet om ønskelig estimere en målgruppedeling nasjonalt. Fra KOSTRA Samordningsråd understrekes det likevel at en eventuelt mer detaljert kontoplan bør gjelde alle kommunene, ikke bare de store. De ekstra inngrepene og arbeid dette innebærer, må kunne forsvares med særlig store fordeler.

Siden lønnsutgifter er hovedkomponent i utgifter innen hjemmetjenesten, vil en mellomløsning til å etablere en mer detaljert kontoplan, være å ta utgangspunkt i avtalte årsverk i virksomhetene som yter tjenestene. Detaljeringsgraden og kvaliteten på slike estimat er avhengig av at en er i stand til å knytte årsverkene til bestemte målgrupper, eventuelt virksomhetstyper, gjennom virksomhetenes organisasjonsnummer.

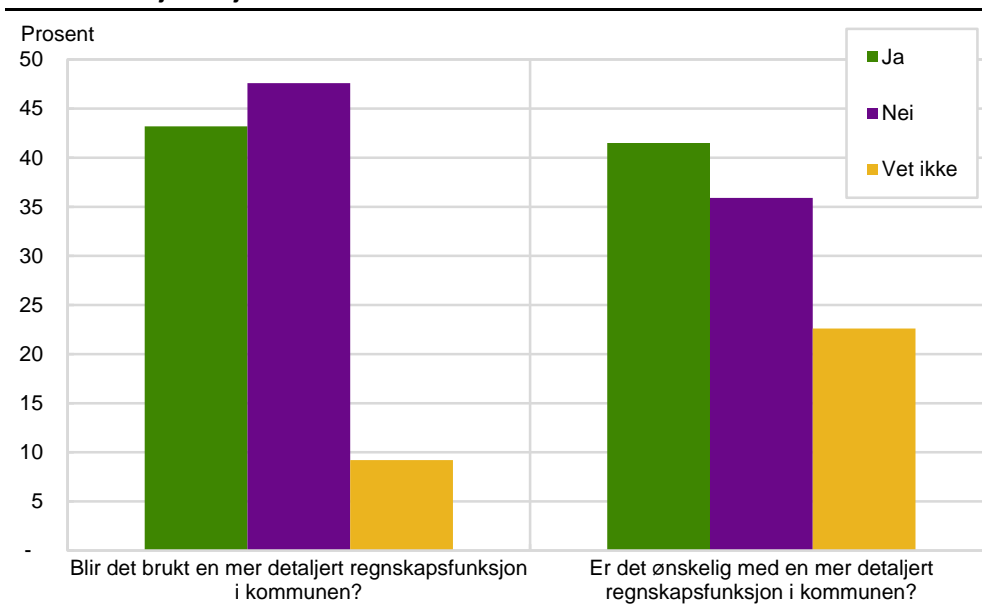
Regnskap, tjenestedata og årsverk fordelt på målgrupper vil muliggjøre en betydelig bedre og gjensidig kvalitetskontroll enn hva som har vært tilfellet så langt. Tilbakemelding til kommunene på inkonsistens kan øke forståelsen betraktelig av hvor viktig det er med gode registreringsrutiner og gjensidig forståelse på tvers av kommunens regnskaps-, personal- og fagavdeling. I denne omgang har SSB kartlagt i hvilken grad kommunene allerede opererer med en mer detaljert kontoplan internt enn KOSTRA-rapporteringen krever, og om en mer detaljert standard er ønskelig og praktisk mulig. Regnskapsspørsmålene i denne undersøkelsen kan ses på som oppfølging av henstillingen fra KOSTRA's Samordningsråd i 2013 om å undersøke mulighetene for en mer detaljert regnskapsføring for hjemmetjenesten (Statistisk sentralbyrå, 2013).

Rent praktisk og teknisk ser det ikke ut til å være noen stor utfordring for kommunene med en mer detaljert kontoplan. Kun 11 prosent mener dette er vanskelig. Over halvparten av kommunene, 56 prosent, mener at dette er uproblematisk, men andelen kommuner som svarer at de ikke vet er høy, på 33 prosent.

Figur 5.1 viser at i overkant av 40 prosent av hjemmetjenestevirksomhetene har en mer detaljert regnskapsføring internt enn dagens KOSTRA-standard. Litt flere har ikke en detaljert kontoplan i dag, mens nærmere 10 prosent ikke vet. Det er noen

flere ser behovet for en mer detaljert regnskapsføring enn de som ikke gjør det, men her er det også en stor vet-ikke-andel.

**Figur 5.1 Bruken og ønskeligheten av mer detaljert regnskap enn KOSTRA-standard. Alle hjemmetjenestevirksomheter. Prosent. N=2 680**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Det kan være flere grunner til at en ikke ønsker en mer detaljert kontoplan enn dagens plan. Noen, spesielt i mindre kommuner, har nok god oversikt fra før. Videre kan kommuner som allerede har innført en detaljert kontoplan internt som de er tilfreds med, frykte at en ny standard innebærer større endringer og merarbeid. I skjemaet ble kommuner med detaljert kontoplan bedt om å spesifisere underfunksjonene. Det kommer fram at det er mange fellestrekk, men ingen ser ut til å ha identisk inndeling. I tillegg til selve navn på underfunksjonene, er det særlig viktig at en har regler for hvordan en skal utgiftsføre når virksomheten retter seg mot flere målgrupper eller består av flere typer, for eksempel både boligbase og ambulerende tjeneste.

Tabell 5.1 viser at av de kommuner som allerede i dag har en detaljert kontoplan, er det bare 61 prosent som ønsker dette standardisert i KOSTRA. Hele 23 prosent av de som har innført en detaljert kontoplan ønsker ikke dette standardisert for alle kommunene. Blant kommuner som ikke har en detaljert kontoplan, er det knapt flertall for heller ikke å ønske dette.

**Tabell 5.1 Sammenheng mellom allerede etablert detaljert kontoplan internt i kommunen, og ønske om standardisert detaljert kontoplan. Prosentuert horisontalt**

		Ønsker mer detaljert kontoplan standardisert			Totalsum
		Ja	Nei	Vet ikke	
Har allerede innført detaljert kontoplan internt	Ja	61	23	16	100 %
	Nei	27	52	21	100 %
	Vet ikke	26	10	64	100 %
	Totalsum	41	36	23	100 %

Selv om en alltid må behandle slike subjektive svar forsiktig, og vet-ikke-prosenten er høy, gir de likevel et visst inntrykk av stemningen. På for-siden uttrykker mange i merknadsfeltene ønske om kategorier for utviklingshemming og til dels psykiske lidelser, og en del nevner også kategori for boligbaser. På nei-siden er mange fornøyd med løsningen de har i dag, og noen rapportører oppgir at de frykter mer detaljert standard kan gi mindre fleksibilitet, en fleksibilitet de nettopp kan finne i et internt økonomisystem.

## 6. Hvilken rolle spiller kommunestørrelse for virksomhetenes organisering, målgrupper og regnskapsføring?

En naturlig antakelse kan være at kommunens størrelse målt i innbyggertall påvirker organisering av tjenestene, målgrupper og regnskapsføring i kommunen. Dette kapitlet undersøker derfor om kommunestørrelse påvirker disse faktorene. Kommunene er fordelt etter innbyggertall. Virksomhetstyper, målgrupper i de ulike virksomhetstypene og kommunenes regnskapsføring gjennomgås her på nytt med denne inndelingen.

### 6.1. Kommuneinndeling

Tabell 6.1 viser hvordan kommunene er inndelt i grupper i gjennomgangen i dette kapitlet.

**Tabell 6.1. Kommuneinndeling etter innbyggertall per 1.1.2015**

Inndeling	Antall kommuner	Andel kommuner	Innbyggertall	Andel innbyggere
Ti største kommuner (ASSS)	10	2,3	1 739 461	33,7
Over 20 000 innbyggere	45	10,5	1 441 653	27,9
10 000-20 000 innbyggere	59	13,8	834 363	16,2
5 000-10 000 innbyggere	89	20,8	611 941	11,8
Mindre enn 5 000 innbyggere	225	52,6	538 384	10,4
<b>Alle kommuner</b>	<b>428</b>	<b>100,0</b>	<b>5 165 802</b>	<b>100,0</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, befolkningsstatistikk.

Tabell 6.1 viser at de 10 største kommunene utgjør en tredjedel av innbyggertallet i landet. Om en legger til de 45 neste kommunene, med over 20 000 innbyggere, passerer vi 60 prosent av landstallet. Samtidig befinner mer enn halvparten av kommunene seg blant de minste med under 5 000 innbyggere. Disse utgjør likevel kun 10 prosent av landstallet. Med så store forskjeller i kommunestørrelse, vil kommunene ha svært ulike behov og muligheter for sammenlignbar statistikk.

På flere kommunale tjenestoområder har disse kommunene gjennom KS opprettet samarbeidsnettverk under navnet ASSS (KS, 2015). Hvilke kommuner som inngår i dette samarbeidet, vises i tabell 6.2.

**Tabell 6.2. Innbyggertall i ASSS-kommunene 1.1.2015**

Kommune	Innbyggere
Oslo kommune	647 676
Bergen	275 112
Trondheim	184 960
Stavanger	132 102
Bærum	120 685
Kristiansand	87 446
Fredrikstad	78 159
Sandnes	73 624
Tromsø	72 681
Drammen	67 016
<b>Totalt ASSS</b>	<b>1 739 461</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, befolkningsstatistikk.

## 6.2. Type virksomhet

Kommunestørrelse har stor betydning for organisering og spesialisering av tjenestetilbudet. Tabell 6.3 viser at rundt to tredjedeler av hjemmetjenestevirksomhetene i de store kommunene er boligbaser med bemanning, og bare et fåtall er hjemmetjeneste kombinert med annen tjenestetype, som institusjon eller dagaktivitet. I småkommunene er kombinasjon av flere typer tjenester i samme virksomhet derimot langt mer vanlig.

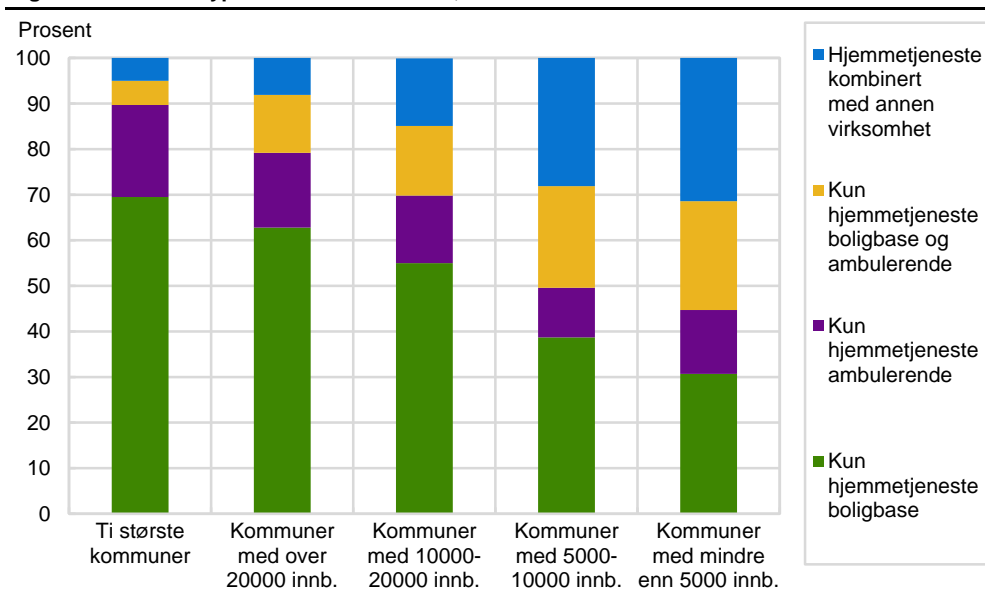
**Tabell 6.3. Type virksomhet etter kommunestørrelse**

	Antall hjemmetjenestevirksomheter	Type virksomhet, andel av hjemmetjenestevirksomheter			
		Kun boligbase	Kun ambulerende	Kun base og ambulerende	Hjemmetjenestemm
Ti største kommuner (ASSS)	603	69,5	20,2	5,3	5,0
Over 20 000 innbyggere	677	62,8	16,4	12,7	8,1
10 000-20 000 innbyggere	438	55,0	14,8	15,3	14,8
5 000-10 000 innbyggere	385	38,7	10,9	22,3	28,1
Mindre enn 5 000 innbyggere	577	30,7	14,0	23,9	31,4
<b>Alle kommuner</b>	<b>2 680</b>	<b>52,6</b>	<b>15,7</b>	<b>15,3</b>	<b>16,4</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Dette mønsteret kommer tydelig fram grafisk i figur 6.1.

**Figur 6.1 Ulike typer virksomheter i drift, fordelt etter kommunestørrelse. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

## 6.3. Målgrupper

Kommunestørrelse har også stor betydning for målgruppene i de ulike virksomhetstypene i hjemmetjenesten. Som vi så i kapittel 4, var det samlet sett tre fjerdedeler av de 1 411 «rene» boligbasene som betjente kun én målgruppe. Fordelt etter kommunestørrelse, er mønsteret at det er en større andel virksomheter med én målgruppe jo større kommunen er. Tabell 6.4 viser andel boligbaser med kun en målgruppe og for hver av de mest vanlige målgruppene, etter kommunestørrelse.

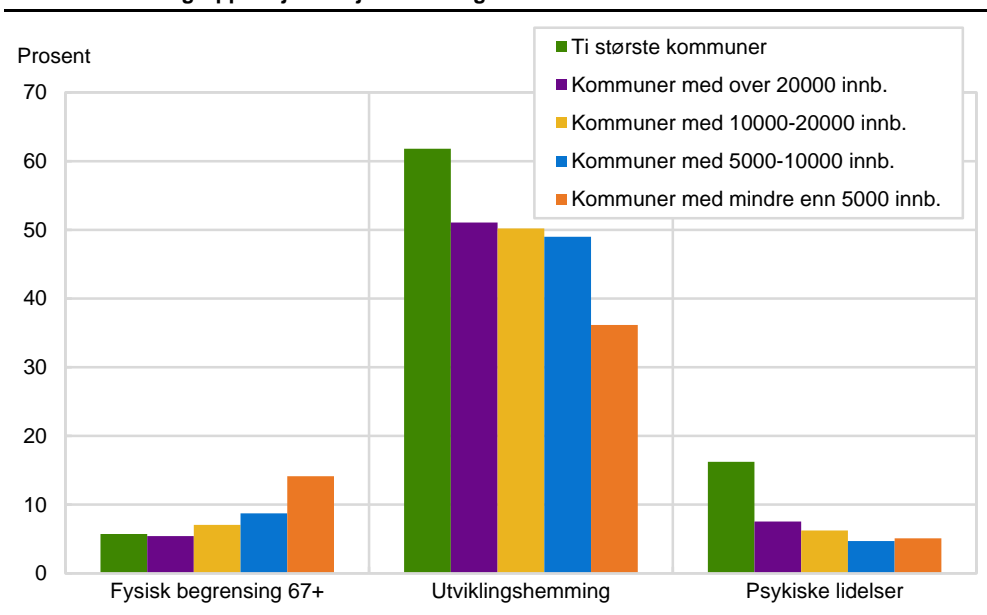
**Tabell 6.4. Andel boligbaser med kun én målgruppe etter kommunestørrelse**

	Antall virksomheter som er kun boligbase	Andel boligbaser i gruppen med kun...			
		én målgruppe	fysisk begrensning 67+	utviklingshemming	psykiske lidelser
Ti største kommuner (ASSS)	419	88,3	5,7	61,8	16,2
Over 20 000 innbyggere	425	72,9	5,4	51,1	7,5
10 000-20 000 innbyggere	241	71,8	7,1	50,2	6,2
5 000-10 000 innbyggere	149	67,8	8,7	49,0	4,7
Mindre enn 5 000 innbyggere	177	63,3	14,1	36,2	5,1
<b>Alle kommuner</b>	<b>1 411</b>	<b>75,5</b>	<b>7,2</b>	<b>52,0</b>	<b>9,3</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabellen viser at også for de minste kommunene har godt over halvparten av boligbasene kun én målgruppe. Det er imidlertid en langt mindre andel av disse boligbasene som er rettet mot kun utviklingshemming eller kun psykiske lidelser, enn i de største kommunene. De minste kommunene har på sin side størst andel av virksomheter rettet mot målgruppen «eldre med fysiske funksjonsnedsettelse». Dette kan skyldes at det for mindre kommuner er mer aktuelt å gi tjeneste fra mindre boligvirksomheter enn fra et større sykehjem (Otnes og Haugstveit, 2015:29). Figur 6.2 oppsummerer tabell 6.4.

**Figur 6.2 Fordeling av målgrupper etter kommunestørrelse. Virksomheter med kun en målgruppe. Hjemmetjeneste boligbase. N=1411. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 6.5 viser målgrupper for de «rene» boligbaser, uavhengig av om de har én eller to målgrupper. Inkludering av boligbaser med to målgrupper endrer ikke det store bildet, bortsett fra at alle målgrupper da får en økning i sin andel. Det mest bemerkelsesverdige er kanskje at alle kommunegruppene, med et par unntak for de minste, er temmelig like i fordeling av boligbaser etter målgruppe. I tillegg har de ti største kommunene særlig få boligbaser for demens. I de største kommunene er lav dekning av boliger med bemanning for eldre, kombinert med sykehjemsdekning over gjennomsnittet, noe som også er observert i IPLOS-data (ibid).

**Tabell 6.5. Boligbaser etter målgruppe og kommunestørrelse. N = 1 411**

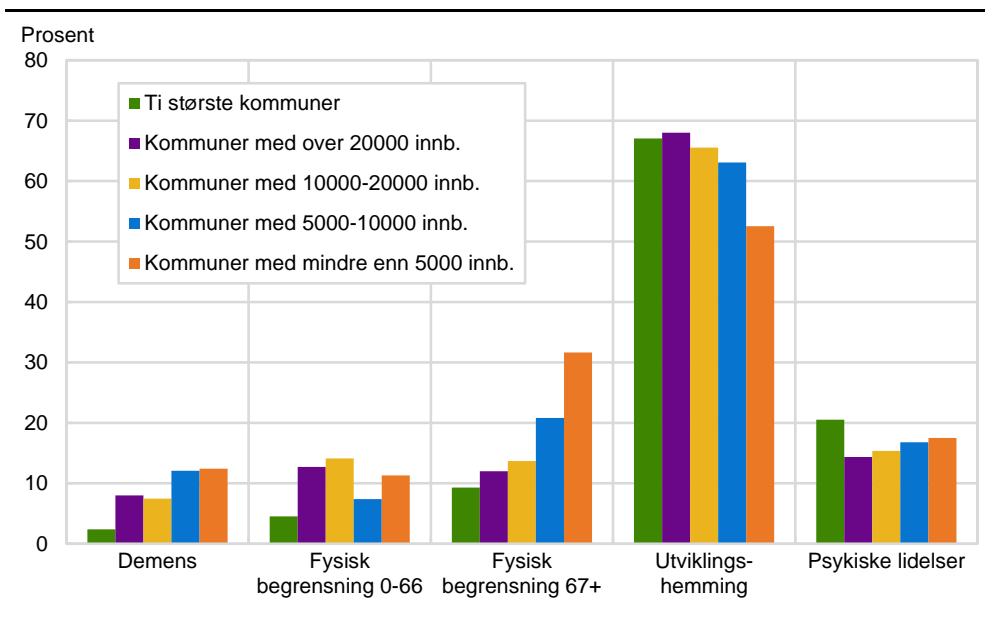
	Antall virksomheter som er kun base	Andel basevirksomheter med avkrysning for <sup>1</sup>				
		Demens	Fysisk begrensning 0-66	Fysisk begrensning 67+	Utviklingshemming	Psykiske lidelser
Ti største kommuner (ASSS)	419	2,4	4,5	9,3	67,1	20,5
Over 20 000 innbyggere	425	8,0	12,7	12,0	68,0	14,4
10 000-20 000 innbyggere	241	7,5	14,1	13,7	65,6	15,4
5 000-10 000 innbyggere	149	12,1	7,4	20,8	63,1	16,8
Mindre enn 5 000 innbyggere	177	12,4	11,3	31,6	52,5	17,5
<b>Alle kommuner</b>	<b>1 411</b>	<b>7,2</b>	<b>9,8</b>	<b>14,9</b>	<b>64,8</b>	<b>17,0</b>

<sup>1</sup> Her vil prosentsummen overstige 100, ettersom samme enhet kan ha inntil to avkryssinger for primær målgruppe. I tillegg kommer øvrige målgrupper som ikke er inkludert i tabellen.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 6.5 viser at andelen med målgruppe utviklingshemming er over 50 prosent selv for de minste kommunene. Slike virksomheter kan det derfor være aktuelt å skille ut fra øvrige virksomheter og sammenstille med for eksempel årsverk eller brukerdata. Her vil en kunne få treff for de fleste kommuner om en godtar at målgruppene utviklingshemming og psykiske lidelser kombineres.

De øvrige målgruppekategoriene (rusproblemer, dobbeltdiagnose, ingen målgruppe og annen målgruppe) utgjør kun 10-12 prosent i alle kommunegrupper. Inntrykket er at jo større kommunen er, desto færre virksomheter har to eller ingen målgrupper. Som for virksomhetstyper ser vi derfor at de store kommunene er mer spesialiserte, slik at de har egne boligbaser rettet mot kun én målgruppe. Dette illustreres i figur 6.3.

**Figur 6.3 Fordeling av målgrupper etter kommunestørrelse. Hjemmetjeneste boligbase. N=1411. Prosent**

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

For virksomheter i den ambulerende hjemmetjenesten har vi tidligere vist at om lag halvparten av virksomhetene bare hadde en målgruppe. Det ser her ikke ut til å være sammenheng med kommunestørrelsen, som vist i tabell 6.6.



**Tabell 6.6. Ambulerende virksomheter med kun én målgruppe, etter kommunestørrelse**

	Ant virksomheter kun ambulerende	Andel med kun en målgruppe
Ti største kommuner (ASSS)	122	44,3
Over 20 000 innbyggere	111	54,1
10 000-20 000 innbyggere	65	50,8
5 000-10 000 innbyggere	42	45,2
Mindre enn 5 000 innbyggere	81	59,3
<b>Alle kommuner</b>	<b>421</b>	<b>50,8</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Analysen av målgrupper i hjemmetjenesten fordelt etter kommunestørrelse har dermed vist at estimat for årsverksdata og eventuelt brukere er mest aktuelt å studere for målgruppen «kun utviklingshemming», alternativt bare fra virksomhetstypen boligbase fordelt på kommunestørrelse. Grunnen til det er at antallet her utgjør en vesentlig andel av totalt antall virksomheter i alle kommunegrupper, og rundt tre fjerdedeler av kommunene er representert. Dersom en tar med kombinasjoner mellom målgruppene utviklingshemming – psykiske lidelser- dobbeltdiagnose, og eventuelt psykiske lidelser og rusproblemer, vil ytterligere flere kommuner være aktuelle for målgruppeestimat for årsverksdata.

## 6.4. Regnskapsføring

En mer detaljert regnskapsføring enn det KOSTRA krever har vært ønsket fra de ti mest folkerike kommunene i lengre tid. I gjennomgangen foran så vi at de fleste kommunene i liten grad hadde egne virksomheter for de ulike målgruppene, med unntak av utviklingshemming og kanskje psykiske lidelser. Det er derfor viktig å undersøke om tendensen er den samme på svar om eksisterende regnskapspraksis og behov for en mer detaljert standard, fordelt etter kommunestørrelse. Tabell 6.7 viser i hvilken grad kommunene har en mer detaljert regnskapsføring enn KOSTRA-standard, etter kommunestørrelse.

**Tabell 6.7. I hvilken grad har kommunene en mer detaljert regnskapsføring enn KOSTRA-standard, etter kommunestørrelse. Prosent**

Kommunestørrelse	Antall virksomheter	Bruker mer detaljert kontoplan <sup>1</sup>	Bruker ikke mer detaljert kontoplan	Vet ikke <sup>2</sup>
Ti største kommuner (ASSS)	603	72,0	24,0	4,0
Over 20 000 innbyggere	677	38,1	54,2	7,7
10 000-20 000 innbyggere	438	42,0	50,0	8,0
5 000-10 000 innbyggere	385	32,2	55,3	12,5
Mindre enn 5 000 innbyggere	577	27,2	57,5	15,3
<b>Alle kommuner</b>	<b>2 680</b>	<b>43,2</b>	<b>47,6</b>	<b>9,2</b>

<sup>1</sup> En har her telt opp enhet for enhet. Dersom det er ulike personer som har svart innen samme kommune, kan disse ha ulik forståelse. Kommuner med andelsmessig mange virksomheter i sin kommunegruppe, vil kunne påvirke gruppegjennomsnittet, særlig dersom svarene er fra samme person eller samordnet.

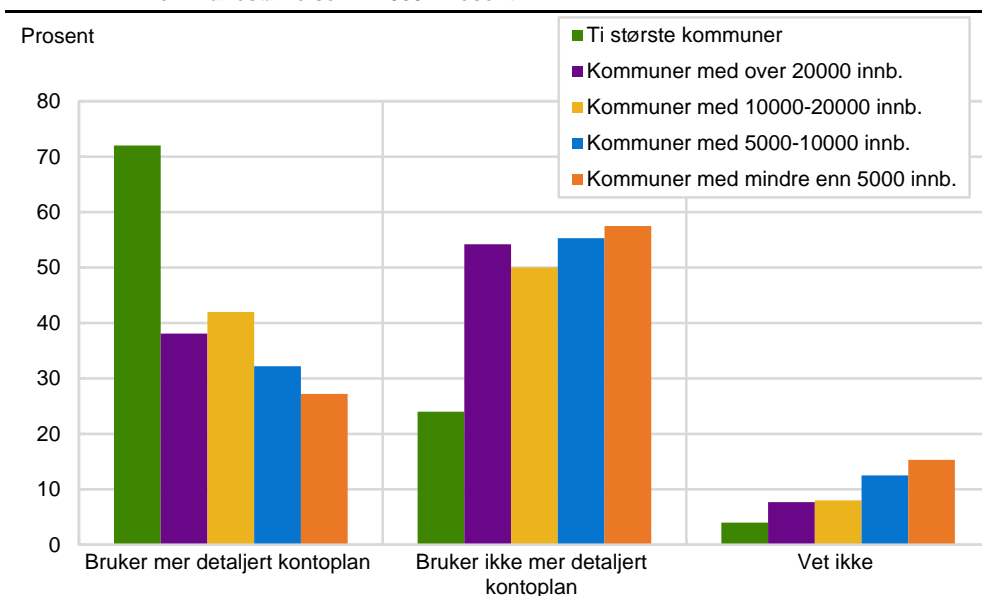
<sup>2</sup> I hvilken grad rapportørene har svart ut fra eget hode eller diskutert dette med andre, for eksempel regnskapsavdelingen, varierer. Enkelte rapportører opplyste at en hadde hatt møte for å komme fram til en omforent forståelse i kommunen.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

I de større kommunene er det ofte flere ulike rapportører, slik at deres synspunkter ikke nødvendigvis er sammenfallende. Det er likevel ikke overraskende at tabell 6.7 viser at rapportørene i de ti største kommunene skiller seg klart fra de øvrige når det gjelder eksisterende regnskapsføring. Disse kommunene bruker ofte en mer detaljert kontoplan enn det KOSTRA-standard krever. For de øvrige kommunene har rundt halvparten oppgitt at de ikke bruker en mer detaljert kontoplan. En skulle

kanskje ha tenkt seg at rapportørene i små kommuner hadde bedre oversikt og lettere tilgang til regnskapsrutinene, men så synes ikke å være. Andelen som har svart «vet ikke» er faktisk omvendt proporsjonal med kommunistørrelse. Dermed blir det færre i de minste kommunene som svarer at de har en mer detaljert kontoplan, selv om de er på linje med de fleste andre kommuner om ikke å ha en detaljert kontoplan. Figur 6.4 illustrerer dette.

**Figur 6.4 Dagens regnskapsføring for hjemmetjenestevirksomhetene i kommunen, etter kommunistørrelse. N=2680. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 6.8 viser i hvilken grad rapportørene ønsker en mer detaljert kontoplan i KOSTRA. Her gjentar mønsteret seg. Det betyr at svar for virksomheter i de ti største kommunene skiller seg ut ved et stort ønske om mer detaljert kontoplan. Det er også et lite flertall for mer detaljert kontoplan i den neste største gruppen med over 20 000 innbyggere, og med lav vet-ikke-andel. Rapportører i de minste kommunene er svært usikre her, men av de som tar standpunkt er det langt flere som svarer nei enn som svarer ja.

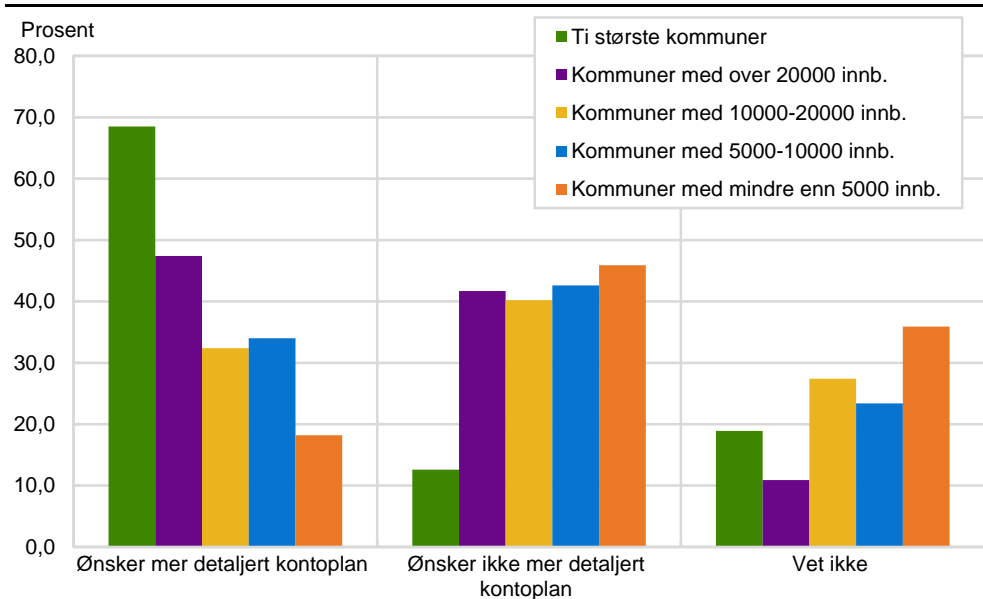
**Tabell 6.8. I hvilken grad ønsker kommunene en mer detaljert regnskapsføring enn KOSTRA-standard, etter kommunistørrelse. Prosent**

Kommunistørrelse	Antall virksomheter	Ønsker mer detaljert funksjon	Ønsker ikke mer detaljert funksjon	Vet ikke
Ti største kommuner (ASSS)	603	68,5	12,6	18,9
Over 20 000 innbyggere	677	47,4	41,7	10,9
10 000-20 000 innbyggere	438	32,4	40,2	27,4
5 000-10 000 innbyggere	385	34,0	42,6	23,4
Mindre enn 5 000 innbyggere	577	18,2	45,9	35,9
<b>Alle kommuner</b>	<b>2 680</b>	<b>41,5</b>	<b>35,9</b>	<b>22,6</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Figur 6.5 illustrerer tabell 6.8.

**Figur 6.5 Ønsket regnskapsføring for hjemmetjenestevirksomhetene i kommunen, etter kommunestørrelse. N=2680. Prosent**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Tabell 6.8 og figur 6.5 viser dermed at motstanden mot en mer detaljert kontoplan er stor i alle kommuner unntatt de ti største. Som vi så i kapittel 5 har 43 prosent av rapportørene på landsbasis oppgitt at kommunen har en mer detaljert kontoplan internt, og omtrent like mange - men ikke nødvendigvis de samme - ønsker dette som KOSTRA-standard. I noen av kommunegruppene synes det faktisk å være færre som ønsker enn mer detaljert kontoplan enn de som har oppgitt at de faktisk har det. En årsak til dette utover den rent skjønnsmessige usikkerheten, kan være at mange er redde for overstyring fra sentralt hold av et internt tilpasset system som dekker kommunens behov.

Selv om slike subjektive spørsmål alltid må behandles kritisk, synes altså motstanden å være stor i mange kommuner. Innføring av en mer detaljert kontoplan enn det dagens organisering og registrering av virksomheter tilsier, vil medføre betydelig merarbeid for kommunene, og antakelig mange skjønnsmessige vurderinger. Gjennomgangen av målgrupper i hjemmetjenesten fordelt etter kommunestørrelse kan derfor tyde på at det er mindre aktuelt å foreslå en mer detaljert KOSTRA-kontoplan for målgrupper, siden de fleste kommunene ikke har egne virksomheter rettet kun mot én målgruppe, med unntak av utviklingshemming

Samtidig viser undersøkelsen at mange kommuner har stort behov for å kunne sammenligne seg med andre, så et forenklet og frivillig system, kanskje utenfor KOSTRA, bør diskuteres som alternativ til en ordning som skal gjelde alle kommuner. Dessuten er det aktuelt å utrede om enkelte målgruppekombinasjoner kunne inngå i KOSTRA med årsverkstall, for eksempel hovedgruppene utviklingshemming, og eventuelt i kombinasjon med psykiske lidelser og dobbeltdiagnoser, samt psykiske lidelser eventuelt i kombinasjon med rusproblemer og dobbeltdiagnoser. Her er det naturlig at KOSTRA-arbeidsgrupper, helsemyndigheter og ASSS-nettverket samarbeider om oppfølging.

### 6.5. Oppsummering

Det er stor forskjell på kommunestørrelsene målt etter antall innbyggere, fra de ti største, som utgjør 34 prosent av landets befolkning, til de 225 minste kommunene med under 5 000 innbyggere, som kun utgjør ti prosent av landstallet. Innbygger-tallet i kommunen ser ikke overraskende ut til å ha en sterk innvirkning på virksomhetens organisering, målgrupper og regnskapsføring.

Når det gjelder type virksomhet, har de største kommunene et stort innslag av virksomheter som er kun boligbase, og svært få virksomheter som er kombinerte. De minste kommunene har en langt mindre andel rene boligbaser, og stor forekomst av virksomheter som yter hjemmetjeneste kombinert med andre typer tjenester.

I de største kommunene er så mye som 88 prosent av boligbasene rettet mot kun én målgruppe. Også i de minste kommunene er andelen boligbaser med én målgruppe høy - 63 prosent. Selv om utviklingshemming er den målgruppe som flest boligbaser er rettet mot i alle kommunegrupper, er andelen langt større i de største enn i de minste kommunene. De minste kommunene har på sin side størst andel boligbaser for eldre med fysiske begrensninger, kanskje som erstatning for større sykehjem.

Generelt kan en si at jo større kommunen er, desto større andel av hjemmetjenestevirksomhetene er kun boligbaser, rettet mot kun én målgruppe.

Internt er regnskapsføringen langt mer detaljert i de store kommunene enn i de små. Det er bare i de ti største kommunene flertallet av rapportørene ønsker en mer detaljert regnskapsføring som standard.

## 7. Kan utgifter estimeres gjennom fordeling av årsverk?

Kartleggingen så langt i denne rapporten kan tyde på at innføring av mer detaljert kontoplan som skal gjelde for alle kommuner inn under KOSTRA, er mindre aktuelt ettersom de fleste kommuner i mindre grad har egne virksomheter for de ulike målgruppene. Endringer i kontoplan vil kunne medføre endringer i den kommunale tjenesteorganiseringen, siden det er langt enklere å regnskapsføre hele virksomheter/tjenestesteder under ett, framfor å splitte opp på personer eller deltjenester. Risiko for denne uønskede effekten må avveies mot behovet for mer detaljert kunnskap. Viktigst er imidlertid faktisk mulighet for å oppnå slik kunnskap av rimelig god kvalitet, med dagens kommunestruktur og registrering i Enhetsregisteret lagt til grunn.

Et alternativ til direkte tilgang til målgruppefordelte utgifter basert på en mer detaljert kontoplan, er å estimere utgifter gjennom en fordeling av årsverk på virksomheter rettet mot egne målgrupper. Dette kan være en enklere tilnærming som ikke vil belaste kommunene i like stor grad, siden vi da tar utgangspunkt i registreringer kommunen uansett er forpliktet til som arbeidsgiver. Dette kapitlet utforsker denne muligheten nærmere.

### 7.1. Estimerer for landstall basert på virksomhetene – forutsetninger og utfordringer

For å kunne fordele årsverk på virksomhet eller målgruppe på en måte som gir tall av god kvalitet, må en konsentrere seg om de virksomhetstyper eller målgrupper, eventuelt målgruppekombinasjoner, som i særlig stor grad har virksomheter i de fleste kommuner i landet. Dette avsnittet tar for seg disse forutsetningene, og utfordringene knyttet til dem.

#### Type virksomhet

Tabell 7.1 viser summen av antall virksomheter av ulike typer i kommunene<sup>22</sup>. Tabellen viser at 398 kommuner har boligbase skilt ut som virksomhet, enten alene eller i kombinasjon med ambulerende hjemmetjeneste eller annen tjenestetype. Tilsvarende har 390 kommuner ambulerende hjemmetjeneste, enten som egen virksomhet eller i kombinasjon med boligbaser eller annen tjenestetype.

**Tabell 7.1 Antall virksomheter og kommuner innen ulike typer virksomhet. N=2 680**

Type virksomhet	Antall virksomheter	Antall kommuner
Kun boligbaser	1 411	254
Boligbaser	2 205	398
Kun ambulerende	421	150
Ambulerende	1 083	390

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

For de virksomhetene som er rene boligbaser eller rene ambulerende hjemmetjeneste, vil en lett kunne fordele årsverk på ulike virksomhetstyper. Selv om en ikke vil finne virksomheter for en målgruppe i alle kommuner, kan personelldata for slike «rene» virksomheter isolert sett og generelt gi interessant informasjon om utforming av tjenester til målgruppen, for eksempel gjennomsnittlig utdanningsnivå eller ressursinnsats, eventuelt målt opp mot brukere eller innbyggere. Tilsvarende vil en sammenstilling mot IPLOS kunne vise hvordan brukerdatabaser som

<sup>22</sup> Se vedlegg H for en fullstendig oversikt over virksomhetstyper i hver kommune.

tjenestetype, tildelt tid, bistandsbehov og alder varierer med virksomhetstyper rettet mot bestemte målgrupper.

Å fordele årsverk på ulike virksomhetstyper er imidlertid mer komplisert når ulike virksomhetstyper er integrerte med hverandre. Å summere årsverk for alle virksomheter som er boligbase, vil for eksempel innebære for høyt tall som følge av de nærmere 800 boligbasene som er integrert med annen type virksomhet. Det er kun 254 kommuner som har virksomhet som utelukkende er boligbaser. Selv om mange større kommuner allerede har splittet regnskap og organisering mellom boligbaser og ambulerende tjeneste, har krav om dette til nå ikke vært aktuell politikk for myndighetene. Begge virksomhetstyper hører uansett inn under hjemmetjenesten, og kommunene må selv kunne velge hvordan tjenestene skal organiseres.

Av de 15 prosent av hjemmetjenestevirksomhetene som var kombinert med andre tjenestetyper, viste spørsmål 12 t at de fleste hadde integrering i større omfang. Dermed blir fordeling av årsverk en utfordring for disse. En beregning av brukere eller plasser er likevel uproblematisk selv om flere virksomheter er integrerte med andre virksomhetstyper<sup>23</sup>.

### Målgrupper

For å kunne fordele årsverk på målgruppe på en god måte, er det viktig med så «rene» målgrupper som mulig. Tabell 7.2 viser summen av antall virksomheter og antall kommuner for de vanligste målgrupper og målgruppekombinasjoner. Selv om det er hele 875 virksomheter som utelukkende har målgruppe utviklingshemming, viser tabellen at disse virksomhetene er fordelt på bare 227 kommuner<sup>24</sup>. Dersom vi legger til kombinasjonene dobbeltdiagnoser og psykiske lidelser, kommer vi opp i 1 028 virksomheter og 326 kommuner (Tabell 7.3). Kombinasjonen utviklingshemming og psykiske lidelser er rapportert i 22 prosent av disse 326 kommunene, men kun i underkant av 10 prosent av de 1 028 virksomhetene. Dette skyldes at små kommuner har få virksomheter som gjerne integrerer flere målgrupper, mens de store ofte har flere spesialiserte virksomheter på ulike adresser.

**Tabell 7.2 Antall virksomheter og kommuner med målgruppe utviklingshemming og psykiske lidelser, gjensidig utelukkende kategorier**

Målgruppe	Antall virksomheter	Antall kommuner
Kun utviklingshemming	875	227
Utviklingshemming og dobbeltdiagnose	56	27
Utviklingshemming og psykiske lidelser	97	72
Kun psykiske lidelser	172	82
Psykiske lidelser og rusproblemer	75	61
Psykiske lidelser og dobbeltdiagnose	21	18

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Med unntak av utviklingshemming og til dels psykiske lidelser, er mange av målgruppene i stor grad kombinert med hverandre. Kombinasjonen av målgruppene utviklingshemming og dobbeltdiagnose vil nok kunne gi tilfredsstillende årsverkstall, men integreringen med målgruppen psykiske lidelser gir utfordringer når en skal fordele årsverk. Enda større vil utfordringen bli om en ønsker tall for målgruppen psykiske lidelser alene, ettersom kombinasjonen med utviklingshemming

<sup>23</sup> Plasstall på virksomhetsnivå er ikke tilgjengelig, det må eventuelt innhentes gjennom egen innsamling, og krever gjennomgang av «plass»-definisjonen

<sup>24</sup> Se vedlegg I for en fullstendig oversikt over antall virksomheter per målgruppe i hver kommune.

tilsvarer mer enn halvparten av de 172 virksomhetene rettet mot kun psykiske lidelser. En mulighet kan være å behandle kombinasjonen utviklingshemming og psykiske lidelser særskilt, for eksempel ved at halvparten av årsverkene ved hver virksomhet inngår i hver av målgruppene utviklingshemming og psykiske lidelser. Foreløpig er det heller ikke aktuelt å bruke diagnose fra IPLOS som fordelingsnøkkel, ettersom mange brukere ikke har registrert slike opplysninger.

**Tabell 7.3 Antall virksomheter og kommuner innen summerte målgrupper utviklingshemming og psykiske lidelser, ikke gjensidig utelukkende**

Målgruppe	Antall virksomheter	Antall kommuner
Utviklingshemming (ev. i kombinasjon med dobbeltdiagnose og psykiske lidelser)	1 028	326
Psykiske lidelser (ev. i kombinasjon med rusproblematikk, dobbeltdiagnose og utviklingshemming)	365	233

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Dersom en forutsetter at rapportørene har oppgitt en ekstra målgruppe kun når denne har et visst omfang, er det likevel ikke sikkert at utfordringen med integrerte målgrupper er like stort som for integrerte virksomhetstyper og spesielt integrerte tjenestetyper, ikke minst siden mange kombinasjoner uansett hører naturlig sammen.

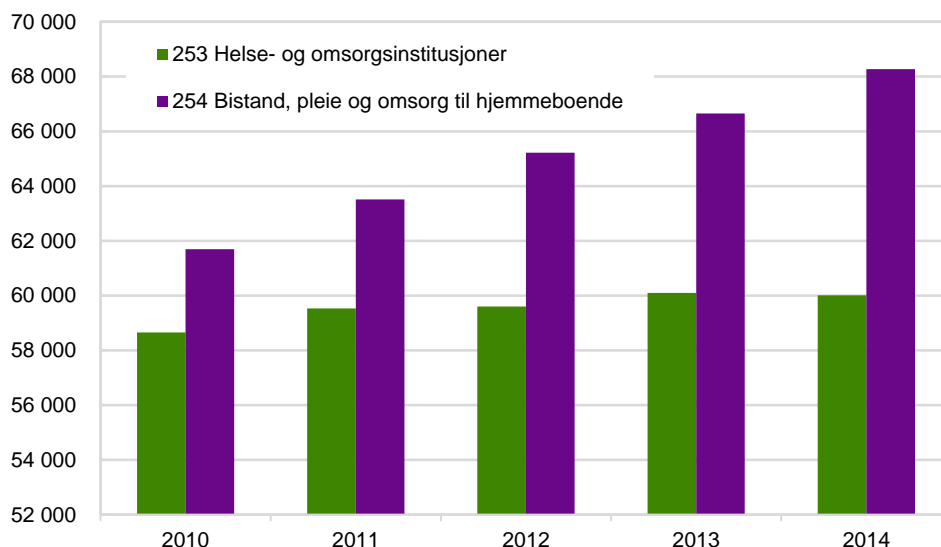
En større utfordring er nok heller at mange kommuner ikke har egne virksomheter for spesifikke målgrupper. Tabell 6.4 viste at dette gjaldt nærmere 40 prosent av boligbasene i de minste kommunene. I avsnitt 6.2 viste vi videre at en fjerdedel av kommunene ikke hadde egne virksomheter rettet mot den vanligste målgruppen, utviklingshemming. Det betyr ikke at disse kommunene ikke hadde tilbud til målgruppene, men det kan ikke hentes ut tall som knytter målgruppe til virksomhetene gjennom deres organisasjonsnummer. Og uansett om det finnes virksomheter i kommunene rettet mot egne målgrupper, vil det alltid kunne være andre virksomheter som også yter tjenester til den samme gruppen.

## 7.2. Fra virksomhet til utgiftstall via årsverk?

Gjennom organisasjonsnummeret til virksomheten vil vi kunne hente tilhørende årsverk gjennom SSBs sysselsettingsregister. En antakelse om at integrerte tjenester er utbredt innen omsorgstjenestene, er grunnen til at årsverk fordelt på hjemmetjenester og institusjonstjenester ikke har vært publisert i SSBs offisielle statistikk. En oppsplitting ville i så fall gi usikre tall, spesielt på kommunenivå. Det har de siste årene imidlertid hersket usikkerhet om omfanget av denne integrasjonen. Kartleggingen har vist at omfanget av integrasjon er svært lavt målt opp mot det store antall virksomheter.

En første forutsetning for å kunne fordele årsverk på målgrupper er at totaltallet for årsverk i hjemmetjenesten er av best mulig kvalitet. Integrasjonsjobn mellom tjenestetyper anses først og fremst å forekomme for de kommunalt drevne hjemmetjenestene. Dersom årsverkstallet her er tilfredsstillende, vil vi ved å sammenstille dette med totale lønnsutgifter for hjemmetjenesten, være i stand til å estimere lønnsutgifter for ulike kategorier målgrupper, basert på årsverk tilknyttet virksomhetene rettet mot samme målgruppe.

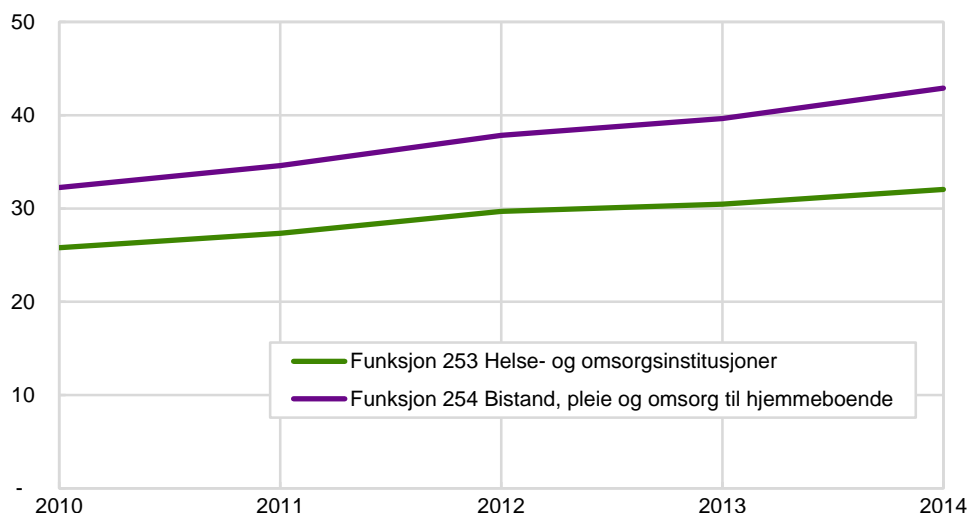
Figur 7.1 og 7.2 viser utviklingen i lønnsutgifter og kommunalt utførte årsverk for hjemmetjenesten og institusjoner mellom 2010 og 2014. Økningen i utgifter til hjemmetjenester har vært langt større enn for institusjonstjenestene. Institusjonene har bare hatt en beskjeden økning i antall årsverk, og inflasjonen står dermed for en større del av utgiftsøkningen.

**Figur 7.1** Utviklingen i kommunale årsverk for funksjon 253 og 254. 2010-2014

Kilde: SSBs sysselsettingsregister.

**Figur 7.2** Utviklingen i lønnsutgifter for funksjon 253 og 254. 2010-2014<sup>1</sup>

Milliarder kroner



<sup>1</sup> Konsernregnskap, foreløpige tall for 2014.

Kilde: KOSTRA. [www.ssb.no/tabell/05065](http://www.ssb.no/tabell/05065).

I første omgang vil årsverkstall fordelt på funksjon kunne vurderes publisert på kommunenivå, som en del av KOSTRA, for eksempel som indikatorer for lønnsutgifter per kommunalt årsverk eller årsverk (inkl. private) per bruker. Uansett bør kommuner med mistenkelige tall som enten skyldes feil i regnskapsføring eller personellregistrering på forhånd underrettes for om mulig kunne korrigere. Tall av god kvalitet på funksjonsnivå i kommunene vil være en forutsetning for ytterligere detaljeringsgrad.

Om en sammenligner andelen utgifter på de ulike KOSTRA-funksjonene med tilsvarende tall for årsverk, ser vi at andelen hjemmetjenesteårsverk i omsorgstjenesten utgjorde 53 prosent i 2014, mens andel utgifter til hjemmetjeneste utgjorde 54 prosent, altså svært likt, se tabell 7.4. For institusjonstjenester er avviket mellom årsverksandel og utgiftsandel noe større, 43 mot 40 prosent. Her er årsverksandelen 3 prosentpoeng høyere enn andelen lønnsutgifter. På den måten er andelen for hjemmetjenester og institusjon nærmere hverandre når det gjelder



årsverk enn når det gjelder lønnsutgifter. Dette kan skyldes integrerte tjenester, men også bare samlokalisering. Siden oppsplitting i Enhetsregisteret av samlokaliserte virksomheter er uproblematisk og vil bedre årsverksfordelingen, bør en undersøke de virksomheter som hjemmetjenestekartleggingen har pekt på. Enkeltkommuner med inkonsistens mellom årsverk og utgifter kan også avdekkes gjennom å kjøre tabell 7.4 på kommunenivå.

Omfanget av avvik mellom fordeling av årsverk og utgifter på kommunenivå – grunnet integrasjon eller andre årsaker – er viktig å ta i betraktning før en eventuelt tar en endelig beslutning om rutinemessig publisering av årsverk fordelt på alle fire<sup>25</sup> KOSTRA-funksjoner innen omsorg, enten for landet som helhet, regionalt nivå eller kommunenivå.

**Tabell 7.4 Fordeling av lønnsutgifter og kommunale årsverk i omsorgstjenester, 2014**

KOSTRA-funksjon	Lønnsutgifter		Kommunale årsverk	
	i milliarder kroner	Andel	Antall	Andel
234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse	3,54	4,5	3 984	3,2
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	32,1	40,3	53 984	43,4
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	42,9	53,9	65 299	52,5
261 Institusjonslokaler	1,1	1,3	1 111	0,9
<b>Totalt</b>	<b>79,6</b>	<b>100,0</b>	<b>124 378</b>	<b>100,0</b>

Kilde: SSBs sysselsettingsregister og KOSTRA [www.ssb.no/tabell/05065](http://www.ssb.no/tabell/05065).

Foran har vi sett at hjemmetjenestene er lite integrert med institusjonstjenester, mens integrering med dagaktivitetsvirksomheter er langt vanligere. Dagaktivitetsvirksomhetene har imidlertid ofte få ansatte sammenlignet med hjemmetjenestevirksomheten, slik at dette får mindre utslag på årsverkstallet for hjemmetjenesten enn om det er en institusjon som er integrert. Tabell 7.4 viser at utslaget for dagaktivitet på sin side blir andelsmessig større, det er et forholdsvis stort avvik mellom andel lønnsutgifter og andel årsverk for denne tjenestetypen.

Mens vi har god oversikt over private *institusjoner*, kan manglende private hjemmetjenestevirksomheter som inngår i det offentlige helsetilbudet medføre at årsverkstallene for hjemmetjenesten totalt blir for lave. Det er flere innfallsporter som kan brukes for å avdekke private virksomheter som skal inngå i statistikken. Kommuner som peker seg ut med større andel utgifter til kjøp av private hjemmetjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon, kan hentes fra KOSTRA-tabellen [www.ssb.no/tabell/05065](http://www.ssb.no/tabell/05065). Gjennom IPLOS kan videre private virksomheter identifiseres gjennom organisasjonsnummeret som fra 2015 skal inngå i registrering av de fleste hjemmetjenestevirksomhetene<sup>26</sup>.

### 7.3. Oppsummering

Det er ikke problematisk å innhente årsverkstall fra virksomheter med én målgruppe, selv om de skulle være en kombinasjon av boligbaser og ambulerende tjeneste. Utgiftstall og årsverkstall hører uansett inn under hjemmetjenesten. Utfordringen dukker opp først når en har integrasjon mellom tjenestetypene og

<sup>25</sup> KOSTRA-funksjon 234, 253, 254 og 261. Funksjon 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) i kommunene er i stor grad inkludert i ordinære sykehjem med én eller få plasser, og det vil sjelden være mulig å hente ut årsverk knyttet til bare denne funksjonen. I 2014 ble det rapportert kun 10 egne enheter for ØHD.

<sup>26</sup> Det vil typisk gjelde boligbaser og ambulerende tjeneste. Tjenester som omsorgslønn og avlastning vil være mindre relevante i denne sammenheng, uten samme krav til registrering av organisasjonsnummer.

mellom målgrupper. Da vil både årsverk og utgifter fordelt på funksjon i stor grad måtte anslås skjønsmessig eller kreve særlig stort registreringsarbeid.

På landsnivå, regionalt og i de største kommunene kan imidlertid et mer detaljert og presist estimat være realistisk. Tjenestetypeintegrasjon dreier seg dessuten om kun 16 prosent av virksomhetene. Eksempelvis var kun 76 eller 2,7 prosent av 2 822 virksomheter i drift hjemmetjeneste kombinert med sykehjem. Denne kombinasjonen antas å involvere flest årsverk. Uansett bør det være en målsetning å undersøke spesielt disse virksomhetene nærmere, både med tanke på en bekreftelse av rapportering og vurdering om det kun dreier seg om samlokalisering, slik at en enkelt kan splitte opp etter virksomhetstype og helt unngå problemet. Integrasjon mot barnebolig/avlastningsbolig eller dagaktivitetstilbud involverer sannsynligvis så få årsverk at det neppe er problematisk.

I første omgang vil det være helt sentralt å utrede mulighetene for å fordele årsverk etter KOSTRA-funksjon. Kvalitetssikrede tall her vil være en forutsetning for å kunne gå videre med eventuell mer detaljerte tall, for eksempel etter målgruppe. Oppnår en årsverksestimater av tilfredsstillende kvalitet her, har en muligheter til å estimere utgiftene. En slik gjennomgang kan også avdekke behov for nærmere presiseringer i relevante veiledninger, blant annet når det gjelder håndtering av integrerte virksomheter.

Ettersom usikkerheten med bakgrunn i integrering i særlig grad gjelder de små kommunene - som representerer en liten del av totalvolumet - vil landsestimat i mindre grad bli påvirket. Ikke minst vil det være av interesse å følge utviklingen over tid dersom kommunereformen medfører flere større og færre mindre kommuner. Vil vi da se en økning i spesialiserte enheter rettet mot egne målgrupper, og vil det bli endringer i ressursbruken på virksomhetene, både hva gjelder årsverk per bruker og utdanningsnivå?

## 8. Avsluttende kommentarer

Hjemmetjenesten representerte i 2014 nesten 50 milliarder i utgifter. Til tross for omfanget er det begrenset kunnskap om hvordan disse utgiftene fordeler seg på ulike målgrupper, noe som har vært etterspurt blant annet av de større kommunene og statlige myndigheter. Dessuten har omfang og utdanningsnivå for personalet som utfører tjenestene ikke vært publisert siden en har antatt at det er omfattende integrasjon mellom hjemmetjeneste og institusjon.

Kartleggingen har særlig tatt sikte på å undersøke omfanget av målgrupper knyttet til virksomhetene, og fordelingen mellom virksomhetstypene ambulerende tjeneste og boligbase (personalbase tilknyttet beboere i kommunalt disponerte boliger og øvrige privateide boliger i nærområdet).

### 8.1. Organisering av hjemmetjenesten

Av de 2 680 virksomhetene som ble rapportert tilknyttet til hjemmetjenesten, var halvparten kun boligbaser, 15 prosent kun ambulerende hjemmetjeneste og 14 prosent kombinasjon av disse to. Videre var 16 prosent av hjemmetjenestevirksomhetene kombinert med annen type tjeneste, som sykehjem eller dagsenter. 2,4 prosent av virksomhetene var bestillerkontor, som betjener både hjemmetjeneste og andre tjenestetyper. Kun 2,6 prosent av virksomhetene var ikke hjemmetjenester. Stort sett var næringskodene som var registrert i Enhetsregisteret i samsvar med hva som ble rapportert. Kvaliteten på registrering av næring i Enhetsregisteret må derfor anses som god, til tross for at dette var første gang en slik helhetlig undersøkelse ble foretatt.

På bakgrunn av denne undersøkelsen vil det i større grad være mulig å analysere og forstå ressursinnsatsen for hjemmetjenester på kommunenivå – gitt ved for eksempel bemanningsgrad og utdanningsnivå, og hvordan omfanget av heldøgnsstilbud i hjemmetjenesten påvirker sykehjemsdekning og ambulerende tjeneste.

### 8.2. Målgrupper i hjemmetjenesten

Om en ser på de 2 680 hjemmetjenestevirksomhetene samlet, er 52 prosent rettet mot kun én målgruppe. 38 prosent har to primære målgrupper, som ofte hører naturlig sammen, for eksempel psykiske lidelser og rusproblemer. Kun 9 prosent av virksomhetene hadde ikke egne målgrupper.

Det er viktig å understreke at hjemmetjenesten er mer enn eldreomsorg. Fordelt etter målgruppe, finner vi desidert flest virksomheter rettet mot personer med utviklingshemming, hele 45 prosent. En tredjedel av alle hjemmetjenestevirksomhetene har kun utviklingshemming som målgruppe. 15 prosent av virksomhetene har personer med psykiske lidelser som målgruppe, ofte i kombinasjon med målgruppen utviklingshemming eller rusproblemer. Rundt 8 prosent av virksomhetene er rettet mot kun eldre med fysiske begrensninger. I tillegg er målgruppen eldre kombinert med målgruppen demens for 9 prosent av virksomhetene, eller kombinert med målgruppen yngre personer med fysiske begrensninger for 12 prosent av virksomhetene.

Det er klar sammenheng mellom type virksomhet og målgruppe. Det viser seg at hele tre av fire «rene» boligbaser har kun én målgruppe. Halvparten av disse 1 411 boligbasene gjelder kun utviklingshemming, 9 prosent kun psykiske lidelser, 7 prosent eldre med fysiske begrensninger og 3 prosent demens. Bare 22 virksomheter eller 1,6 prosent, har ikke spesifisert målgruppe.

For den andre hovedtype virksomhet, ambulerende tjeneste, er det kun en tredjedel av 421 som er rettet mot kun én målgruppe. Det er flest rettet mot eldre med fysiske begrensninger, med en andel på 12 prosent. Målgruppen eldre med fysiske begrensninger kombinert enten med demens eller yngre med fysiske begrensninger er i tillegg vanlig for de ambulerende tjenestene som har oppgitt to målgrupper. 20 prosent av de ambulerende virksomhetene har ingen målgruppe.

Det er viktig å understreke at undersøkelsen kun har kartlagt forekomsten av virksomhetstyper og eventuelle målgrupper knyttet til disse. Som neste skritt kan en trekke ut årsverk fra virksomhetene, og dermed danne seg et bilde av omfanget av ulike virksomhetstyper og målgrupper.

### **8.3. Regnskapsføring av kommunale utgifter til hjemmetjenester, fordelt på målgruppe**

Gjennomgangen av målgrupper i hjemmetjenesten fordelt etter kommunestørrelse har vist at de fleste kommunene ikke har egne virksomheter rettet kun mot én målgruppe, med unntak av målgruppen personer med utviklingshemming.

Samordningsrådet i KOSTRA har en klar holdning om at en eventuelt mer detaljert kontoplan må gjelde alle kommuner. Samtidig viser undersøkelsen at mange kommuner har stort behov for å kunne sammenligne seg med andre og seg selv over tid, på et nivå under den store hjemmetjenesteposten. Selv om noen er skeptiske og ikke ser nytten i en mer detaljert kontoplan, er det mange – også mindre kommuner – som allerede internt regnskapsfører mer detaljert enn det som pålegges. En hovedutfordring er at ingen gjør det likt. Dermed kan en ikke sammenligne seg med andre kommuner, regioner eller landsgjennomsnitt. Det er derfor viktig å komme disse kommunene i møte, eventuelt med andre alternativer enn gjennom KOSTRA.

Undersøkelsen har vist at det i mange kommuner er mulig å plukke ut virksomheter rettet mot målgrupper eller målgruppekombinasjoner som naturlig faller sammen. Beregning av landsestimater for ressursbruk gjennom årsverk og utdanning, eventuelt brukerdatabaser gjennom IPLOS, kan her kanskje være det mest naturlige førstevalg framfor en eventuell ny kontoplan, ikke minst fordi dette i liten grad medfører ekstraarbeid for kommunene.

### **8.4. Kommunestørrelsens betydning for organisering, målgrupper og regnskapsføring**

Kartleggingen bekrefter at det er en klar tendens til spesialisering i de større kommunene. For det første er virksomhetene i større grad enten boligbaser eller ambulerende tjeneste og i mindre grad kombinert med hverandre, og for det andre har boligbasene i større kommuner som oftest kun én målgruppe. De mindre kommunene har i større grad integrerte tjenester, både som kombinasjon av tjenestetyper, og i form av flere eller ingen dedikerte målgrupper knyttet til virksomhetene.

For flertallet av kommuner er det verken praktisk mulig å få detaljerte årsverkstall av tilfredsstillende kvalitet, eller stor entusiasme for en mer detaljert regnskapsføring, til tross for at de fleste mener dette er mulig rent teknisk. Selv om disse kommunene utgjør mange i antall, representerer de få innbyggere. Mer enn halvparten av kommunene har mindre enn 5 000 innbyggere, og disse utgjør kun 10 prosent av landets innbyggere.

I motsatt ende viser kartleggingen at et mer detaljert regnskap enn dagens KOSTRA-standard er ønsket av mange av de 55 største kommunene med mer enn

20 000 innbyggere. Totalt representerer disse kommunene drøyt 60 prosent av landet innbyggere.

### **8.5. Årsverksfordeling og estimat for utgifter**

Uavhengig av om en konkluderer med å innføre en mer detaljert kontoplan, er årsverksfordeling en tilnærming som kan vurderes for å få et inntrykk av omfang. Det er viktig å understreke at kartleggingen kun har tatt for seg det overordnede nivå med virksomhetsinndeling. Det er stor forskjell på hvor mange ansatte, og dermed omfanget av utgifter og årsverk, som er knyttet til den enkelte virksomhet. For å kunne estimere ressursinnsatsen innen enkelte hjemmetjenestenæringer eller målgrupper, må derfor først årsverk hentes fra virksomhetene gjennom SSBs sysselsettingsregister.

#### **Fordeling av årsverk på KOSTRA-funksjon**

En forutsetning for å kunne fordele årsverk detaljert innen hjemmetjenestene, er at årsverkstall totalt for de ulike tjenestetypene eller KOSTRA-funksjonene er av god kvalitet.

Kartleggingen har avdekket relativt få tilfeller av integrasjon mellom hjemme-tjeneste og sykehjem, men disse bør uansett undersøkes nærmere for omfang og påvirkning av årsverksfordeling. Sammenstilling av regnskapstall og årsverkstall for henholdsvis hjemmetjenesten og institusjoner kan tyde på en viss grad av inkonsistens. Virksomheter med integrasjon utgjør så lite innslag at de neppe kan forklare hele forskjellen i fordeling. Også manglende private virksomheter kan gi for lave årsverkstall. Om det viser seg at de fleste kommuner har tilforlataelig fordeling av årsverk og regnskapstall, kan det vurderes rutinemessig publisering av årsverk fordelt på de fire KOSTRA-funksjonene, for landet som helhet, på regionalt nivå og eventuelt kommunenivå. Dette vil i så fall kunne gi langt bedre innsikt i ressursbruk for ulike måter å organisere omsorgstjenestene på.

Tilbakemelding på inkonsistens mellom årsverk og utgifter kan dessuten øke forståelsen i kommunene betraktelig av hvor viktig det er med gode registreringsrutiner. Gjensidig forståelse på tvers av kommunens regnskaps-, personal- og fagavdeling vil også kunne forbedres ved slik aktivitet. Publisering av personell-data fordelt på funksjon kan i seg selv også bidra til større oppmerksomhet rundt registreringsrutiner. Eventuell innføring av et mer detaljert regnskap og årsverksfordeling på målgrupper vil stille ytterligere krav til gode rutiner.

#### **Fordeling av årsverk på målgruppe**

Selv om de fleste kommuner har egne botilbud med personalbase for brukere med utviklingshemming, er disse – spesielt i mindre kommuner – integrert med andre målgrupper. Disse andre målgruppene er imidlertid ofte naturlig kombinert med målgruppen «utviklingshemming», som «dobbeltdiagnose» eller «psykiske lidelser». Psykiske lidelser er på sin side ofte kombinert med målgruppen «rusproblemer». Rapporten skisserer ulike tilnærminger for å identifisere årsverk med rimelig god kvalitet i de fleste kommuner for slike typer målgrupper. På landsnivå eller regionalt nivå bør en kunne oppnå temmelig gode estimater for totalomfang og utvikling over tid for disse målgruppene isolert og med vanlige kombinasjoner.

På KOSTRA-nivå - som skal være relevant for de aller fleste kommuner - kan det være aktuelt å utrede om enkelte målgruppekombinasjoner kunne inngå med årsverkstall, for eksempel hovedgruppene utviklingshemming, – eventuelt i kombinasjon med psykiske lidelser og dobbeltdiagnoser – samt psykiske lidelser eventuelt i kombinasjon med rusproblemer og dobbeltdiagnoser.

Også i de minste kommunene har godt over halvparten av boligbasene kun én målgruppe. I de største kommunene er imidlertid en langt større andel av boligbasene rettet mot kun utviklingshemming eller kun psykiske lidelser. De minste kommunene har på sin side større andel av boligbaser rettet mot kun eldre med fysiske funksjonsnedsettelse.

Når det gjelder detaljerte tall fordelt på øvrige målgrupper og mellom boligbaser og ambulerende tjenester, kan det vurderes om en på landsbasis for enkelte kombinasjoner av næringer og målgrupper kan komme fram til estimater med rimelig god sikkerhet. Uansett vil årsverk for de «rene» virksomhetene med kun én målgruppe, i seg selv kunne gi interessante opplysninger på landsnivå, for eksempel når det gjelder utdanningsbakgrunn til personalet, og omfang av årsverk per bruker. Summen av årsverk fra virksomheter med kun én målgruppe representerer minimumsomfanget for ressursinnsatsen knyttet til den enkelte målgruppe. I tillegg kommer da estimat basert på virksomheter med flere eller ingen målgrupper.

### **Fordeling av årsverk på virksomhetstype**

Å publisere årsverkstall for virksomheter som har boligbase er mindre aktuelt, ettersom nærmere 800 boligbaser er integrert med annen virksomhetstype. I KOSTRA-sammenheng bør aktuelle tall være mest mulig representative for de fleste kommuner, og det er kun 254 kommuner som har virksomhet som utelukkende er boligbaser. Årsverkstall for de boligbasene som er kombinert med større virksomheter som ambulerende tjenester, vil da bli misvisende.

Selv om en del kommuner allerede fordeler utgifter mellom boligbaser og ambulerende tjeneste, har en slik oppsplitting ikke vært ønskelig standardisert fra statlig hold, ettersom dette lett vil kunne gi føringer på organiseringen av tilbudet og rokke ved den kommunale handlefriheten.

### **Estimat for utgifter fordelt på målgruppe**

Risikoen for å påvirke kommunal organisering må også tas i betraktning i diskusjonen om en mer detaljert kontoplan på målgruppenivå. Estimert av utgifter på bakgrunn av kommunenes inndeling av virksomheter i Enhetsregisteret vil i mindre grad tenkes å kunne ha slike føringer på tjenesteorganiseringen. En skal likevel ikke se bort i fra at en eventuell publisering på kommunenivå av registerbaserte årsverk knyttet til målgrupper - eller eventuelt estimerte utgifter på bakgrunn av disse - kan føre til at kommuner som kommer dårlig ut vil opprette egne virksomheter for aktuelle målgrupper. Ved å begrense publisering til regionalt nivå eller til bare å gjelde kommuner av en viss størrelse, vil en i større grad kunne unngå slike utilsiktede effekter.

Ettersom usikkerheten med bakgrunn i integrering i særlig grad gjelder de små kommunene, som representerer en liten del av totalvolumet, vil landsestimat i mindre grad bli påvirket av disse. Over tid vil det være av interesse å følge utviklingen dersom den bebudede kommunereformen medfører flere større og færre mindre kommuner. Vil vi da se en økning i spesialiserte virksomheter rettet mot egne målgrupper, og vil det bli endringer i ressursinnsats, både hva gjelder årsverk per bruker og utdanningsnivå?

## **8.6. Prioritering av oppfølgingstiltak**

Denne rapporten har gitt oversikt over hvordan virksomhetene er organisert etter type og målgruppe. De ti største kommunene i ASSS-nettverket spiller en nøkkelrolle i arbeidet med å oppnå mer detaljert innsikt i ressursinnsats mot ulike typer tjenester og målgrupper, både når det gjelder å kvalitetssikre årsverkstall fordelt på målgrupper, og standardisering av en detaljert kontoplan. Kvalitetssikrede tall i de største kommunene er en forutsetning for å kunne oppnå tilfredsstillende årsverksestimater på landsnivå. Nedenfor følger en oversikt over

tiltak SSB mener bør prioriteres, og hva som bør vektlegges når det gjelder kvalitetssikring.

### **1. Gjennomgang av definisjoner i eksisterende kontoplan, skjemaspørsmål og veiledninger**

En del av utfordringene både med å funksjonsfordele regnskap og ikke minst årsverk kan fjernes ved oppdaterte og mer presise definisjoner. Foruten KOSTRA funksjonskontoplan, gjelder dette veiledninger i tilknytning til registreringer i KOSTRA-skjemaer for helse- og omsorgstjenestene, Enhetsregisteret og personalsystem. Dessuten bør en søke å oppnå optimal konsistens mellom KOSTRA og Husbanken når det gjelder heldøgnsbegrepet. Ikke minst blir dette viktig dersom heldøgnstilbud blir rettighetsfestet. Det er naturlig at ansvar her tillegges helsemyndighetene og KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester.

### **2. Årsverk fordelt etter KOSTRA-funksjon på kommunenivå**

For å oppnå årsverksfordeling på funksjon må følgende gjennomføres:

- Konsistenssjekk på kommunenivå av årsverk mot utgifter og brukere
- Gjennomgang av virksomheter med flere tjenestetyper: Konsistenssjekk på årsverk og antall brukere (IPLoS-data) med ulike tjenestetyper
- Konsistenssjekk av årsverk i private virksomheter mot regnskap («kjøp fra private»).

### **3. Årsverk og brukerdata i virksomheter med kun én målgruppe**

Sammenstilling av opplysninger om målgruppe fra denne undersøkelsen kan gi grunnlag for flere nye sammenstillinger, for eksempel indikatorer for utdanningsnivå og årsverk per bruker etter målgruppe.

### **4. Årsverk fordelt etter målgruppe for landet for målgruppene utviklingshemming og eventuelt psykiske lidelser**

Data om målgruppene utviklingshemming og psykiske lidelser er særlig etterspurt, ettersom de utgjør en betydelig andel av hjemmetjenestens brukere.

### **5. Standardisert kontoplan**

Diskusjon om standardisering av et mer detaljert regnskap kan foregå parallelt med arbeidet med personelldata. Først når ASSS-kommunene har kommet fram til en omforent og velfungerende kontoplan, kan det være aktuelt å vurdere tilsvarende for mindre kommuner.

Forhåpentligvis kan rapporten gi tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for videre tilnærminger mot mer detaljert publisering samt strategi for å oppnå ytterligere kunnskap om hjemmetjenestens organisering og ressurser rettet mot ulike målgrupper.

## Referanser

- Aukrust, I., Aurdal, P. S., Bråthen, M. og Køber, T. (2010). *Registerbasert sysselsettingsstatistikk. Dokumentasjon*. Notater 2010/8, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/registerbasert-sysselsettingsstatistikk>)
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). *Rettighetsutvalget. Utvalg om grunnleggende rettigheter til mennesker med utviklingshemming*. Hentet 12.02.2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/bld/org/styrer-rad-og-utvalg/eksisterende/utvalg-om-grunnleggende-rettigheter-til-mennesker-med-utviklingshemming-rettighetsutvalget/id2359548/>
- Beyrer, S. (2015). *Kvalitet i IPLOS-registeret. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering 2014*. Notater 2015/40, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/244489?ts=150eb16fde0>)
- Borgan, J-K. (2012). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962–2010*. Rapporter 2012/10, Statistisk sentralbyrå ([http://www.ssb.no/emner/03/02/nos\\_pleie/rapp\\_201210/rapp\\_201210.pdf](http://www.ssb.no/emner/03/02/nos_pleie/rapp_201210/rapp_201210.pdf)).
- Brevik, I. og Høyland, K. (2007). *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen*. <http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/2946/utviklingshemmedes.pdf>
- Brønnøysundregistrene (2016). *a-ordningen*. <https://www.altinn.no/no/a-ordningen/Veiledning/>
- Daatland, S. O. (Red.). (2014). *Boliggjøring av eldreomsorgen? (Rapport 24)*. Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Enhetsregisterloven. (1994). Lov om enhetsregisteret. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-06-03-15?q=enhetsregisteret>
- Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. (2011). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>
- Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. (2011). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1254>
- Gjøra, L., Eek, A. og Kirkevold, Ø. (2015). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. <http://aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7603>
- Helsedirektoratet. (2015). *IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester (10/2015)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/IPLOS%20Veiledner%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20-%20Bokmål.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Høring - Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester - kriterier og ventelister*. Hentet 11.02.2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rett-til-opphold-i-sykehjem-eller-tilsvarende-bolig-sarskilt-tilrettelagt-for-heldogns-tjenester---kriterier-og-ventelister/id2438834/>



Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Husbanken. (2015a). *Veileder for investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger*. Hentet 22.1.2016, fra <http://nedlasting.husbanken.no/Filer/8c8.pdf>

Husbanken. (2015b). *Målet om 12 000 omsorgsplasser er nådd*. Hentet 11.02.2016, fra <http://www.husbanken.no/tilskudd/kommune/maalet-om-12000-omsorgsplasser/>

Husbanken. (2016). *Investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem*. Hentet 11.02.2016, fra <http://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Regnskapsrapporteringen i KOSTRA. Veiledning. Regnskapsåret 2016*. Hentet 11.02.2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen/id551573/>

Mørk, E. (2015). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014 Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Rapport 2015/42, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/242516?ts=150606744c0>).

Ose, S. og Kaspersen, S. (2015a). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*, Rapport 2013/24, Sintef (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2013>)

Ose, S. og Kaspersen, S. (2015b). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*, Sintef (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2015-arsverk-kompetanse-og-innhold-i-tjenestene>)

Otnes, B. og Haugstveit, F. V. (2015). *Kommunal variasjon i omsorgstjenester*. Rapport 2015/44, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/243181?ts=1506fa1fef8>)

Rambøll. (2014). *Helsedirektoratet. Rapportering på kommunalt rusarbeid i 2013*, Rapport 2014/8, Rambøll <http://www.ramboll.no/news/publikasjoner/2015/kommunalt-rusarbeid-13>

Statistisk sentralbyrå. (2008). *Standard for næringsgruppering. Korrigert utgave*. Norges offisielle statistikk 383, Statistisk sentralbyrå ([http://www.ssb.no/emner/10/01/nos\\_sn/nos\\_d383/nos\\_d383.pdf](http://www.ssb.no/emner/10/01/nos_sn/nos_d383/nos_d383.pdf))

Statistisk sentralbyrå. (2013). *Syssetting i KOSTRA*. Hentet 16.02.2016, fra <http://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/attachment/148176?ts=142b33cce80>

Statistisk sentralbyrå. (2013). *Referat fra møte i Samordningsrådet for KOSTRA 05.09.2013*. Hentet fra <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/attachment/255343?ts=152c2039628>

Statistisk sentralbyrå. (2014). *Fra bedrift til virksomhet*. Hentet 29.02.2016, fra <http://www.ssb.no/virksomheter-foretak-og-regnskap/artikler-og-publikasjoner/fra-bedrift-til-virksomhet>

Statistisk sentralbyrå. (2015). «Omsorgstenester for 100 milliardar». Hentet 11.02.2016, fra <http://www.ssb.no/pleie>

Statistisk sentralbyrå. (2015). *Kommune-Stat-Rapportering. KOSTRA*. Hentet 16.02.2016, fra <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra>

Vold, B. og Abrahamsen, D. (2013). *Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. Utredning av muligheter for utvikling av ny statistikk i KOSTRA. Statusrapport 2012*. Notater 2013/5, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/100193?ts=13d25c1b688>)

### **Annen relevant litteratur**

Forskrift om registrering av juridiske personer m.m. i Enhetsregisteret. (1995). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-02-09-114>

Furseth, J. (2015). *Enhetsregisteret og organisasjonsnummeret. 20-års jubilent med suksess*. Notater 2015/34, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/virksomheter-foretak-og-regnskap/artikler-og-publikasjoner/attachment/239368?ts=14fad0dc930>)

Haglund, A., Hedum, A., Schjerven, T. og Sørensen, K. Ø. (2005). *Offentlig sektor og BoF*. Notater 2005/42, Statistisk sentralbyrå ([http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat\\_200542/notat\\_200542.pdf](http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_200542/notat_200542.pdf))

Håland, M. E., Lie, T., Nesvåg, S. og Stevenson, B. (2014). *Rusmiddelbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2013*. Helse Stavanger, Stavanger universitetssykehus (<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Brukerplan/2014/BrukerPlan-statistikk2013.pdf>)

KS. (2015). *Datainnsamling til PAI-registeret 2014*. Hentet 19.01.2016, fra <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/analyse-og-statistikk/innsamling-av-data/datainnsamling-til-pai-registeret-2014/>

Skogvoll, I. (2008). *Næringsstandard og næringskoder*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <http://www.ssb.no/virksomheter-foretak-og-regnskap/naeringsstandard-og-naeringskoder>

Statistisk sentralbyrå. (2011). *KOSTRA Arbeidsgrupperapporter 2011*. Notater 2011/24, Statistisk sentralbyrå ([http://www.ssb.no/emner/00/00/20/notat\\_201124/notat\\_201124.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/00/20/notat_201124/notat_201124.pdf))

Statistisk sentralbyrå. (2014). *Kommune-Stat-Rapportering. Mandat for arbeidsgruppene for 2015*. Hentet fra <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/mandat-for-arbeidsgruppene>

Sørvoll, J., Martens, C. og Daatland, S. O. (2014). *Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene*. (Rapport 17). Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

## Vedlegg A: Populasjon

Formålet med dette kapitlet er å beskrive populasjonen og de avgrensingene som er gjort for å kunne gjennomføre kartleggingen av virksomhetene i hjemmetjenesten. Utgangspunktet for populasjonen er aktive virksomheter med næringskode i hjemmetjenesten i Enhetsregisteret. I det følgende tar vi for oss sentrale begreper knyttet til Enhetsregisteret, som virksomheter, foretak og næringskoder, med hjemmetjenesten som eksempel.

### Enhetsregisteret og virksomheter i Enhetsregisteret

Alle kommuner og dens virksomheter skal være registrert i Enhetsregisteret (Enhetsregisterloven, 1994). Ved første gangs registrering får registreringsenheten tildelt et eget organisasjonsnummer. De sentrale registreringsenhetene i enhetsregisteret er foretak, organisasjonsledd og virksomhet. Et foretak er en juridisk enhet, og i dette tilfellet er kommunen eller private foretak juridisk enhet. Videre kan kommunen ha en flat eller en flerleddet organisasjonsstruktur. I en flerleddet organisasjonsstruktur er organisasjonsleddet en underenhet av foretaket, og virksomhetene underenheter av organisasjonsleddet. I en flat organisasjonsstruktur er virksomhetene direkte underenheter av foretaket. Figur A.1 viser forholdet mellom foretak, organisasjonsledd og virksomhet.

Uavhengig av organisasjonsstruktur, skal hver kommune i tillegg dele virksomhetene sine inn etter følgende hovedprinsipper:

- a) beliggenhet, det vil si fysisk adresse. Det skal registreres én virksomhet for hver adresse der minst én person har sin faste arbeidsplass.
- b) hva slags type *virksomhet* som drives, klassifisert etter standard for næringsgruppering. Hvis det drives virksomhet i flere næringer på samme sted skal hver næring som sysselsetter minst 5 personer, være registrert som egen virksomhet.
- c) Det skal ikke registreres flere virksomheter med samme næring på samme adresse.

En virksomhet er dermed en lokalt avgrenset underenhet som utfører oppgaver innenfor en bestemt næringsgruppe. Det skal registreres virksomheter med eget organisasjonsnummer for hver enkel atskilt næring virksomheten opererer i. Et foretak kan dermed være delt i flere virksomheter med hvert sitt organisasjonsnummer ved at aktiviteten utøves på flere forskjellige geografiske steder og/eller i ulike næringer på samme adresse. Virksomheter i det kommunale tjenestetilbudet er organisert under kommunen eller et kommunalt organisasjonsledd, eller under et privat foretak som utfører tjenester etter avtale med kommunen. Det er virksomhetene som utgjør arbeidsplassene.

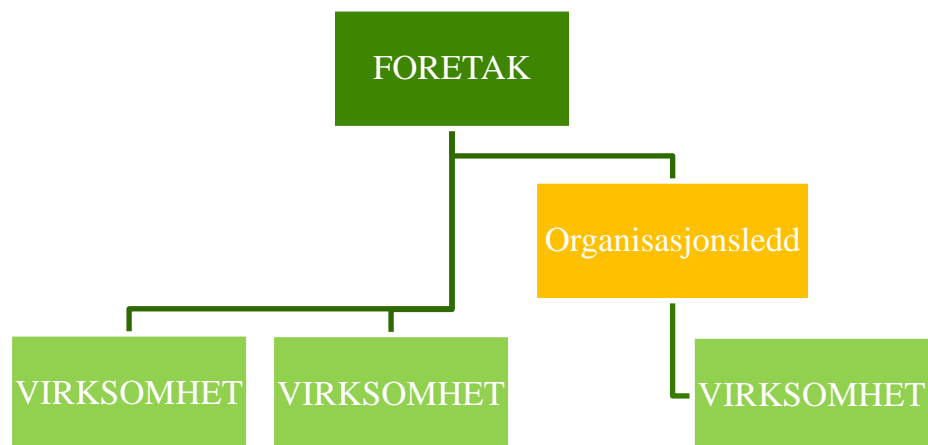
### Virksomhetstype

I denne rapporten omtales ulike typer virksomheter som virksomhetstype. «Bolibase» og «ambulerende hjemmetjeneste» to eksempler på virksomhetstyper. Eksempler på andre virksomhetstyper er sykehjem og dagsenter. Det er nær sammenheng mellom begrepene virksomhetstype, tjenestetype og næring.

### Tjenestetype

Bolibase er en del av tjenestetypen «hjemmetjeneste», mens sykehjem er en del av institusjonstjenesten. Med tjenestetype menes derfor en gruppe virksomhetstyper som henger naturlig sammen, f.eks. boligbaser og ambulerende tjeneste, omsorgslønn og avlastning i hjemmetjenesten og sykehjem og aldershjem i institusjonstjenesten.

Figur A1 Forholdet mellom foretak, virksomhet og organisasjonsledd



## Næringskoder i hjemmetjenesten

Alle virksomheter får tildelt en næringskode basert på virksomhetens aktivitet. Næringskoden angir dermed virksomhetens bransje. Næringskoden fastsettes etter gjeldende standard for næringsgruppering SN2007 (Statistisk sentralbyrå, 2008). Helsetjenester i hjemmet har næringskode 86.901, og praktisk bistand har næringskode 88.101. Virksomheter som i hovedsak er boligbaser, har næring under hovednæringsområde 87. Disse virksomhetene tilbyr både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til beboere. Tabell A.1 viser en oversikt over næringskodene i hjemmetjenesten.

Tabell A1 Næringskoder i hjemmetjenesten<sup>1</sup>

Næring	Betegnelse
86.901	Helsetjenester i hjemmet
87.203	Bofellesskap for personer med utviklingshemming, med fast tilknyttet personell
87.302	Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell hele døgnet
87.303	Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell deler av døgnet
88.101	Praktisk bistand

<sup>1</sup> Denne næringsinndelingen er basert på internasjonal standard for næringsgruppering (NACE). Nasjonale forhold tilpasses på 5. siffernivå. Siden hvilke tjenester som er tilgjengelig i et land – særlig innen offentlig virksomhet – og deres betegnelser - endrer seg over tid, kan NACE-kodene oppdateres ved behov.

I virksomhetstypen «boligbase» vil typisk næringene 87.203 boliger for personer med utviklingshemming og 87.302/87.303 boliger for personer med funksjonsnedsettelse inngå, mens virksomhetstypen «ambulerende tjeneste» typisk inkluderer 86.901 helsetjenester i hjemmet og 88.101 praktisk bistand.

## Samlokalisering

Dersom en virksomhet utfører aktivitet som faller innenfor flere næringer, skal virksomheten registreres med eget organisasjonsnummer for hver næring, så sant det er mer enn 5 ansatte knyttet til hver næring. Dersom det dreier seg om kun *samløkalisering*, det vil si at hver ansatt bare jobber innen én næring, skal dette være uproblematisk.

### **Integrerte tjenester**

Om derimot en del av de ansatte jobber fleksibelt etter behov innen flere næringer, har en *integrerte tjenester*, og da blir det noen utfordringer om en ønsker statistikk for hver næring. En utvei kan være å dele virksomheten i to organisasjonsnummer med hver sin næring, og flytte over ansatte på den næring de i hovedsak jobber. I noen virksomheter er tjenestene så integrert at oppsplitting blir unaturlig. Et eksempel er hjemmetjenester, der mange ansatte ofte utfører tjenester som faller inn under både helsetjeneste i hjemmet (næringskode 86.901) og praktisk bistand (88.101), gjerne rettet mot de samme brukerne. I slike tilfeller kan det være mest hensiktsmessig at virksomheten får en ekstra *sekundær* næringskode<sup>27</sup>, som signaliserer at mange av virksomhetens ansatte jobber fleksibelt etter behov innen flere næringer.

### **Hjelpenæring**

Noen virksomheter er sterkt knyttet til hovedområdet, men må i større grad ses på som støttefunksjon framfor å bedrive hovedaktiviteten. Et eksempel kan være bestillerkontor i omsorgstjenesten, som kan gis hjelpenæringen 84.120 «Offentlig administrasjon tilknyttet helsestell, sosial virksomhet, undervisning, kirke, kultur og miljøvern». I dette tilfellet kan hovednæring være praktisk bistand, kanskje med både helsetjeneste i hjemmet og sykehjem som sekundær næringer. I en del tilfeller, for eksempel ved gruppering av ansatte etter utdanning eller yrke, kan det være ønskelig å knytte data for slike hjelpevirksomheter til en egen kategori framfor hovedaktiviteten. I vår undersøkelse er bestillerkontorene holdt utenfor behandling av målgruppene, ettersom de fleste slike virksomheter ikke er rettet mot spesielle målgrupper. Dessuten administrerer og koordinerer bestillerkontorene ofte alle tjenester til brukere innen hele helse- og sosialområdet, ikke bare hjemmetjenesten.

### **KOSTRA-funksjoner i hjemmetjenesten**

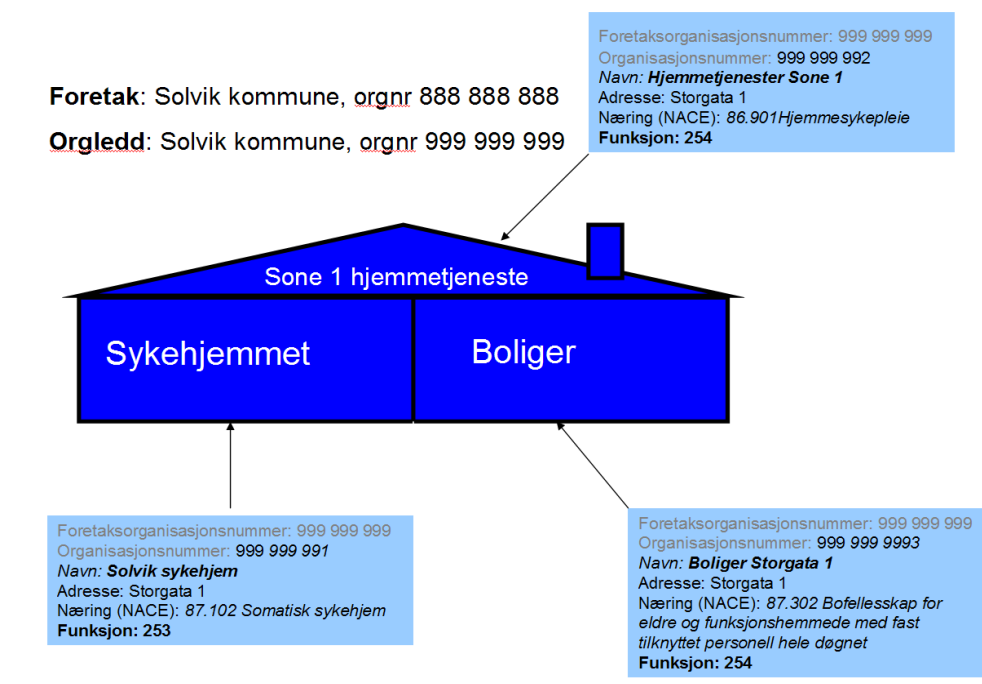
På samme måte som hver virksomhet har en næringskode basert på virksomhetens aktivitet, tilordnes virksomhetene og deres årsverk også en funksjon i KOSTRA. Funksjonene beskriver hvilke typer behov kommunale og fylkeskommunale tjenester skal dekke. KOSTRA-funksjonene benyttes av kommuner og fylkeskommuner for å rapportere regnskapsinformasjon og informasjon om tjenester til staten via SSB. Begrepet «funksjon» har sitt utspring i kontoplanen for regnskapsføringen, og KOSTRAs funksjonskontoplan beskriver hvordan inntekter og utgifter skal fordeles på funksjon. Lønnsutgifter til de ansatte skal føres på den funksjonen som gjelder for virksomheten. Kommunale hjemmetjenester skal føres på KOSTRA-funksjon 254 ”Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende” (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016).

### **Sammenhengen mellom tjeneste, næring og KOSTRA-funksjon**

Inndelingen av virksomheter etter næring i Enhetsregisteret, er tilpasset funksjonskontoplanen i KOSTRA. Funksjonsbegrepet er likevel uavhengig av hvordan tjenestene er organisert. Figur A.2 illustrerer sammenhengen mellom tjeneste, næring og KOSTRA-funksjon i en tenkt kommune, Solvik kommune.

<sup>27</sup> En virksomhet kan ha inntil to ekstra næringskoder

Figur A2 Del av omsorgstjenestene i en tenkt kommune



I Solvik kommune er et sykehjem, en boligbase og den ambulerende hjemmetjenesten lokalisert på samme adresse. Solvik kommune driver altså virksomhet i tre ulike næringer på samme adresse. To av disse virksomhetene hører til hjemmetjenesten, og skal føre sine inntekter og utgifter på samme KOSTRA-funksjon, 254.

Uansett om tjenestene fremstilt i figur A.2 er integrerte, adskilte eller delvis integrerte, stilles det samme krav til inndeling i virksomheter, bruk av disse virksomhetene ved innrapportering av ansatte og fordeling av inntekter og utgifter på funksjon.

Det er også sammenheng mellom næring og tjenesten spesifisert i IPLOS. Tjenesten er ofte mer spesialisert og snever enn næring, og ikke alle tjenester har nødvendigvis en direkte kobling mot næring, eller det kan være flere alternative næringer for den virksomhet som utfører tjenesten. Det innebærer at for slike tjenester kan det være vanskelig å trekke ut personelldata. Et eksempel kan være tjenesten «rehabilitering utenfor institusjon», hvor utførende virksomhet har mange alternativer for næring, både i og utenfor hjemmetjenesten. Nærmere detaljer om sammenheng mellom KOSTRA-funksjon, næring og tjeneste er vist i vedlegg F.

## Populasjonen

Utgangspunktet for populasjonen i denne kartleggingen er aktive virksomheter i Enhetsregisteret per september 2014, registrert med næringskode innen hjemmetjeneste. Det vil si virksomheter med næring «helsetjenester i hjemmet», virksomheter med bolignæring, og virksomheter med næring «praktisk bistand». Av alle aktive virksomheter i Enhetsregisteret med næringskode innen hjemmetjeneste, utgjør andelen private virksomheter 8 prosent på landsbasis. Tabell A.2 viser andelen private virksomheter med hjemmetjenestenæring.

**Tabell A2 Andel private virksomheter med hjemmetjenestenæring i Enhetsregisteret, N=3 642**

Næring	Andel private virksomheter
86.901 Helsetjenester i hjemmet	5,1
87.203 Bofellesskap for personer med utviklingshemming, med fast tilknyttet personell	1,6
87.302 Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell hele døgnet	3,9
87.303 Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell deler av døgnet	2,0
88.101 Praktisk bistand	24,0
<b>Totalt</b>	<b>8,0</b>

Kilde: Uttak fra SSBs Virksomhets- og foretaksregister (VoF) 16.4.2015.

Hvor mange av de private virksomhetene som inngår i det offentlige hjemmetjenestetilbudet samlet sett er usikkert. For virksomheter innen praktisk bistand er det derfor kun tatt med virksomheter som gjennom arbeid med SSBs sysselsettingsregister var kjent som leverandører av tjenester på vegne av det offentlige. Dette gjelder noen få private virksomheter som leverer tjenester hovedsakelig på vegne Oslo kommune og andre større kommuner. I tillegg er alle private virksomheter med bolignæring tatt med.

Populasjonen i denne kartleggingen utgjøres av 3 303 aktive virksomheter med næringskoder innen hjemmetjenesten, trukket i september 2014. Dette inkluderer 10 privateide virksomheter innen hjemmehjelp i Oslo og rundt 50 private boligbaser. Fordelingen av virksomhetene mellom de ulike næringskodene i hjemmetjenesten vises i tabell 2.3.

**Tabell A3 Populasjonen av virksomheter, fordelt etter de ulike næringskodene i hjemmetjenesten**

Næring	Antall virksomheter
86.901 Helsetjenester i hjemmet	478
87.203 Bofellesskap for personer med utviklingshemming, med fast tilknyttet personell	1 047
87.302 Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell hele døgnet	936
87.303 Bofellesskap for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, med fast tilknyttet personell deler av døgnet	191
88.101 Praktisk bistand	651
<b>Totalt</b>	<b>3 303</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Det må understrekes at antall virksomheter ikke er proporsjonalt med ressursinnsats, ettersom antall ansatte, årsverk og utdanningsnivå tilknyttet den enkelte virksomhet og næring varierer sterkt. Videre er det heller ikke nødvendigvis en sammenheng mellom kommunal organisering og hvordan virksomheter er registrert i Enhetsregisteret.

## Vedlegg B: Gjennomføringen av kartleggingen

Gjennomføringen av hjemmetjenestekartleggingen beskrives nærmere i dette kapittelet, og inkluderer spørreskjemaforming, utsendelse av skjema til kommunene, datainngang og databehandling. Til slutt beskrives og vurderes datakvaliteten i datamaterialet som ligger til grunn for den videre analysen.

### Spørreskjemaforming

Kartleggingen av hjemmetjenesten er gjennomført ved hjelp av et nettbasert spørreskjema. Det ble sendt ut e-post til alle landets kommuner med lenke til spørreskjemaene, ett skjema for hver av de 3 303 virksomhetene i populasjonen. Statistisk sentralbyrå var ansvarlig for å utforme spørreskjemaet, men mottok mange nyttige innspill fra kommuner og medlemmer i KOSTRAs arbeidsgrupper for helse og omsorg, arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid samt arbeidsgruppe for kommunale boliger. Spørreskjemaet er gjengitt i sin helhet i vedlegg G. I dette avsnittet omtales innholdet i spørreskjemaet. I skjemaet er begrepet «enhet» brukt istedenfor «virksomhet», så når vi referer til selve spørsmålsteksten i dette avsnittet, har vi valgt å bruke ordlyden slik den faktisk var.

Skjemaet har følgende hoveddeler:

- Opplysninger om enheten: spørsmål 1-10
- Type virksomhet: spørsmål 11
- Integrering/samløkalisering: spørsmål 12
- Bemanningsgrad: spørsmål 13
- Målgruppe: spørsmål 14
- Regnskap: spørsmål 15-16
- Kommentarer: spørsmål 17
- Kontaktinfo: spørsmål 18-20

### Opplysninger om enheten

Opplysninger om enheten inkluderer navn, organisasjonsnummer og adresse for virksomheten, navn og nummer på kommune/bydel, og spørsmål om virksomheten er i drift. Dersom virksomheten var i drift, ble de øvrige spørsmålene 11-16 åpnet for utfylling. For virksomheter som ikke var i drift, kunne en eventuelt legge inn kommentarer i spørsmål 17, ellers kun kontaktinformasjon til kommunen.

### Type virksomhet

Spørsmålet som ble stilt var: Hva slags type virksomhet er enheten? Det var mulig å angi flere typer virksomheter. Svaralternativene var:

- boligbase
- ambulerende hjemmetjeneste
- institusjon – sykehjem/aldershjem
- institusjon – avlastningsbolig/barnebolig
- institusjon – for personer med rusproblemer
- dagsenter
- annen type virksomhet

Formålet med dette spørsmålet var å fastsette type virksomhet, eventuelt om virksomheten var en kombinasjon av flere typer virksomheter. Blant annet var det viktig å undersøke om virksomheter bare var boligbaser eller bare var ambulerende hjemmetjeneste, eventuelt om disse virksomhetstypene var kombinert med hverandre. I tillegg var det viktig å fange opp hjemmetjenestevirksomheter som var integrerte eller samlokaliserte med andre tjenestetyper.



Formuleringene som ble brukt i de to første svaralternativene i skjemaet var:

- Hjemmetjeneste (enhet), der tilknyttet personell yter tjenester til beboere i omsorgsboliger/bofellesskap og andre brukere i nærområdet (gangavstand)
- Hjemmetjeneste (enhet), der tilknyttet personell yter tjenester til brukere i et større distrikt (ambulerende, utenfor gangavstand)

For mest hensiktsmessig omtale er det i denne rapporten benyttet begrepene «boligbase» og «ambulerende hjemmetjeneste» for disse to alternativene.

### **Integrering/samlokalisering**

Spørsmål 12 ble kun stilt dersom det var krysset av for flere svaralternativer i spørsmål 11. Spørsmål 12 var: «*Jobber samme ansatt på flere av de avkryssede virksomhetene over?*» Formålet med dette spørsmålet var å kartlegge omfanget av integrerte virksomheter, eller om flere virksomheter var samlokaliserte.

Svaralternativene var:

- Nei
- Ja, 1-5 ansatte
- Ja, 6-9 ansatte
- Ja, flere enn 10 ansatte

Disse svaralternativene unngår dilemmaet som lett kan oppstå ved kun ja- og nei-alternativer og én eller få ansatte som jobbet i flere typer virksomheter. Det er omfanget av *mange* ansatte i *flere* næringer<sup>28</sup> i samme virksomhet som er en utfordring statistisk sett. Da vil det ikke være naturlig å splitte opp virksomheten. Ved derimot ingen eller få ansatte som jobber fleksibelt på flere virksomhetstyper, er det vanligvis uproblematisk å dele virksomheten i aktuelle virksomhetstyper/næringer med hvert sitt organisasjonsnummer i Enhetsregisteret, og aktuelle ansatte flyttes til den nyopprettede virksomheten i kommunens personalsystem.

### **Bemanningsgrad**

Spørsmålet som ble stilt var: Er enheten bemannet hele døgnet, alle dager i uken? Formålet med dette spørsmålet var å kartlegge i hvilken grad boligbaser er bemannet hele døgnet, eller kun når det er brukere til stede. I boligundersøkelsen fra 2011 kom det fram at spesielt boliger for personer med utviklingshemming ofte var ubemannede på dagtid, siden beboerne da ikke var til stede. Rettighetsutvalget har i kontakt med SSB påpekt at det er av stor interesse å vite om denne målgruppen er i aktivitet utenfor boligen på dagtid (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet, 2014). Spørsmålet er dessuten nyttig for å kvalitetssikre skillet mellom de to næringene 87.302 og 87.303, hhv. bolig/bofellesskap bemannet hele døgnet eller deler av døgnet.

### **Målgruppe**

Spørsmål 14 lyder: Hva er enhetens primære målgruppe? Formålet med spørsmålet var å kartlegge om virksomhetene var rettet mot en primær målgruppe, eventuelt vanlige kombinasjoner av målgrupper. Det var mulig å sette inntil to kryss for målgruppe. Ved flere kryss enn to, ble det gitt en advarsel, men en fikk likevel lov å sende inn. Svaralternativene var:

- Personer med demens
- Personer i alderen 0-66 år med fysiske begrensninger grunnet funksjonshemming, skade eller somatisk sykdom
- Personer 67 år eller over, med fysiske begrensninger grunnet alder, funksjonshemming, skade eller somatisk sykdom

<sup>28</sup> Siden sterkt integrasjon mellom næringene 86.901 «helsetjeneste i hjemmet» og 88.101 «praktisk bistand» er utbredt i ambulerende hjemmetjeneste, så er det integrasjon mellom virksomhetstyper vi først og fremst er opptatt av her.

- Personer med utviklingshemming
- Personer med psykiske lidelser
- Personer med rusproblemer
- Personer med dobbelt-/multidiagnose<sup>29</sup>
- Ingen avsatt målgruppe
- Annen målgruppe

Virksomheter som hadde personer med dobbelt-/multidiagnose som målgruppe, ble bedt om å spesifisere nærmere hvilke personer denne virksomheten rettet sine tjenester mot. Virksomheter som krysset av for annen målgruppe, ble også bedt om å spesifisere nærmere hvilke personer denne virksomheten rettet sine tjenester mot.

### Regnskap

Spørsmålene 15 og 16 er de siste som utgjør hovedinnholdet i spørreskjemaet. Spørsmål 15 er først og fremst en kontroll for å se om det er samsvar mellom virksomhetstype og KOSTRA-funksjon. Dette vil særlig kunne gi kunnskap om hvordan virksomheter med flere virksomhetstyper er blitt regnskapsført i KOSTRA.

Spørsmål 16 består av flere delspørsmål, og formålet var å kartlegge i hvilken grad kommunene allerede har, ønsker og har mulighet til, en mer detaljert regnskapsføring på virksomhetene i hjemmetjenesten enn dagens KOSTRA-standard innebærer.

### Uttesting av skjema

Selv om en bygde på erfaringer fra boligundersøkelsen i 2011, var det mye nytt, og en annen innretting for dette skjemaet, hvilket forutsatte grundig uttesting på forhånd. Mange kommuner, bl.a. med representanter i KOSTRAs arbeidsgrupper og ASSS, var behjelpelige med å teste ut skjemaet i to omganger. Med unntak av en liten justering på ett av spørsmålene helt i starten, var det ikke behov for endringer underveis i innsamlingen.

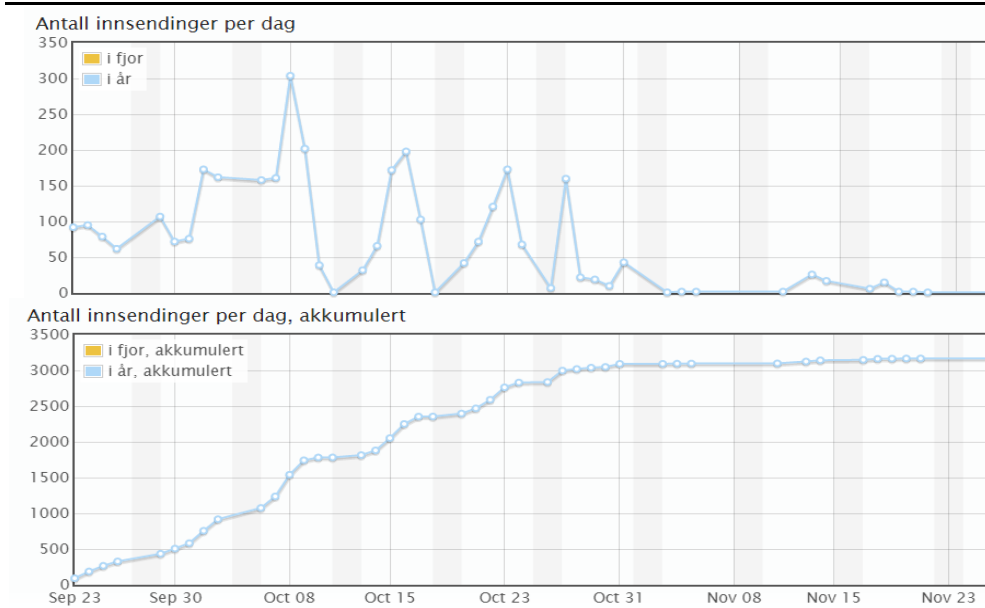
## Datainnsamling

### Datainngang

Spørreskjemaene til kommunene ble sendt ut siste uke i september 2014, og datainnsamlingen foregikk ut november 2014. 14 dager etter at rapporteringsfristen var gått ut, ble det gjennomført to purringer per e-post. Toppene i figur B.1 indikerer henholdsvis innsendingsfrist og de to purringene, den siste avbrutt av helg<sup>30</sup>. Deretter ble kommuner med mange manglende virksomheter kontaktet per telefon.

<sup>29</sup> I målgruppen personer med dobbelt-/multidiagnose kan blant annet personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP) inngå.

<sup>30</sup> Erfaringsmessig kommer det mest inn dagen før frist. Særlig har torsdag vist seg å være en hensiktsmessig dag for frist, da har etternølerne en dag ekstra på å få god helgesamvittighet.

**Figur B1 Innsendingsstatistikk**

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

Av de 3 303 virksomhetene det skulle rapporteres på, ble det innlevert rapport for 2 985 virksomheter. Dette gir en svarprosent på 90,4. En har ved beregning av svarprosenten ikke tatt hensyn til at enkelte virksomheter viste seg å være feilaktig registrert med hjemmetjenestenæring, og strengt tatt da ikke skulle ha vært med i utgangspopulasjonen. Hadde disse blitt fjernet fra utgangspopulasjonen, ville svarprosenten blitt enda høyere.

Store deler av KOSTRAs interne produksjons- og innsamlingsrutiner ble brukt i forbindelse med undersøkelsen, blant annet et egenutviklet verktøy for spørreskjemaformering og tilgjengelig funksjonalitet i *System for utvalgsadministrasjon* (SFU). SSB har utviklet SFU for å holde oversikt over populasjonen for særskilte undersøkelser og i ulike næringer. Dette innebærer blant annet muligheter for smidig sammenstilling og vedlikehold av populasjonsdata mot Enhetsregisteret, samt lett tilgjengelig oversikt over innsendte og manglende virksomheter i KOSTRAs mottakssystem.

### Rapporteringsbyrde

For datainnsamling benyttet en seg av KOSTRAs rapporteringsplattform, som er godt kjent i kommunene. SSB har inntrykk av at skjemaet var raskt å fylle ut. I kommuner som har sendt inn mange skjema, kan vi se av mottakstidspunkt at det gjerne har gått få minutter mellom hver innsending. Vi vet imidlertid ikke hvor mye arbeid som ligger i forkant av innsendingen. Blant annet opplyste noen kommuner at de hadde hatt internt møte for å samordne besvarelsen på regnskaps-spørsmålene. Det var svært få henvendelser om utfylling, og i motsetning til bolig-kartleggingen i 2011 unngikk en dilemmaet om skjema skulle sendes inn eller ikke.

### Behandlingen av datamaterialet

Behandlingen av datamaterialet inkluderer fjerning av dubletter og eksklusjon av opphørte virksomheter.

Drøyt 200 skjemaer fra 165 ulike virksomheter ble sendt inn to eller flere ganger, de aller fleste med mindre korrigeringer på ett eller et par spørsmål. Sist innsendte skjema ble brukt i datasettet, eldre dubletter forkastet. Figur B.2 viser en oversikt over antall dubletter som kom inn.

**Figur B2** Antall dubletter, fordelt etter antall endringer per skjema

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

I skjemaets spørsmål 10 ble rapportørene bedt om å fylle ut om virksomheten var i drift eller ikke. 163 virksomheter ble her meldt som opphørt i rapporteringen. De resterende 2 822 virksomheter var meldt i drift. Disse virksomhetene utgjør utgangspunktet for den videre analysen.

Av de 2 822 virksomhetene som var i drift, ble 142 virksomheter rapportert ikke å være hjemmetjenester. Av disse 142 var 27 institusjon og 7 dagsenter. Resten ble rapportert å være annen tjeneste enn hjemmetjeneste, institusjon eller dagsenter. Basert på nærmere spesifisering i merknadsfeltet, viste disse virksomhetene seg særlig å være bestillerkontor, saksbehandling eller administrasjon. Derfor ble «Bestillerkontor» opprettet som en ny kategori for type virksomhet. Som følge av dette ble 69 virksomheter flyttet til denne kategorien fra «annen»-kategorien. Basert på nærmere spesifisering i merknadsfeltet ble i tillegg 24 virksomheter flyttet fra «annen»-kategorien til kategoriene boligbase eller ambulerende hjemmetjeneste.

I spørsmålet som skulle kartlegge virksomhetenes primære målgruppe, var det maksimalt tillatt å sette inntil to kryss. 14 virksomheter ble rapportert å ha mer enn to primære målgrupper. Disse ble omkodet til ikke å ha noen primær målgruppe, det vil si satt i kategorien «ingen målgruppe».

I datanalysen starter vi med å omtale alle virksomheter i drift. Hoveddelen av analysen vil bare omfatte de virksomhetene som hadde merket av for hjemmetjeneste, eventuelt i kombinasjon med annen type tjeneste.

## Datakvalitet

Det overordnede inntrykket er at kvaliteten på det innsamlede datamaterialet er god, tatt i betraktning av at dette var første gang det ble gjort en slik undersøkelse av hjemmetjenestevirksomhetene. 163 eller 5,5 prosent av virksomhetene ble rapportert som opphørte, og kun 73 eller 2,6 prosent av virksomhetene som ble rapportert ikke å være hjemmetjeneste. Svarprosenten på 90 er tilfredsstillende. Dette utgjør et godt grunnlag for den videre analysen av datamaterialet. Likevel er det noen forhold ved kvaliteten på datamaterialet som leseren bør gjøres spesielt oppmerksom på.

### Graden av skjønnsbaserte vurderinger

Selv om vi etter erfaringene med boligundersøkelsen i 2011 i denne kartleggingen inkluderer alle virksomhetene i hjemmetjenesten, og kommunene dermed ikke trengte å ta stilling til om en skulle fylle ut skjemaet for en virksomhet eller ikke, er det viktig å understreke at noen av svarene innebærer en viss grad av skjønn. Dette gjelder blant annet i hvilken grad en skal krysse av for én eller flere virksomhetstyper eller målgrupper. Skjønnsbaserte vurderinger vil også gjelde i grensdragningen mellom boligbase som betjener brukere i gangavstand: Her vil vurderingen av «gangavstand» kunne variere hos den enkelte rapportør, og således være førende for hvor en velger å plassere virksomhetstypen. Usikkerhet kan føre til at en velger å sette kryss for både boligbase og ambulerende tjeneste, og således indikerer integrering. I begge tilfeller vil spørsmål 12 om omfang bidra til å redusere usikkerheten.

Det mest skjønnspregede spørsmålet er imidlertid spørsmål 16 om regnskap og ønske om en mer detaljert kontoplan, og dette bør ikke tillegges for stor vekt når en skal konkludere.

Siden det alltid har vært et viktig mål for myndighetene å opprettholde kommunal handlefrihet, er det begrenset med formelle definisjoner og føringer en finner i lovverk og forskrifter når det gjelder organisering av tjenestene. En må ta høyde for at enkelte rapportører kan ha misforstått enkelte steder, eller at spørsmålene ikke er tilpasset kommunens virkelighet. Erfaringsmessig vil nye spørsmål medføre en del henvendelser på grunn av uklarheter. Når det gjelder denne undersøkelsen, var det svært få henvendelser vedrørende utfylling, noe som kan tyde på at spørsmålene framsto som tydelige å forstå.

### Representative resultater

Et annet forhold leseren bør gjøres oppmerksom på, er representativitet. På grunn av frafall kan det oppstå skjevhet i datamaterialet, for eksempel dersom en stor kommune, som dekker en stor andel av virksomhetene totalt sett og yter tjenester til mange brukere og målgrupper, ikke har sendt inn spørreskjemaet for mange av sine virksomheter.

Ettersom svarprosenten på enhetsnivå var på over 90 prosent, vil representativiteten i stor grad være oppfylt. For de kommuner som bare mangler én eller få virksomheter, vil nok årsaken i noen tilfeller være at virksomheten er nedlagt eller at virksomhet er privat og ikke har avtale med lokaliseringskommunen.

Alle 428 kommuner var representert i utgangspopulasjonen på 3 303 virksomheter. Av tabell B.1 ser vi at 19 kommuner ikke har levert for noe skjema i det hele tatt. Størrelsen for disse varierer, fra de fire som har kun én virksomhet til den største med 19 virksomheter. I tillegg mangler Oslo skjema for 36 virksomheter. Fra institusjonsrapporteringen i KOSTRA skjema 5 er det velkjent at bydelsovergrepene kan være ukjente for bydelene, samtidig som en mangler kontaktinformasjon på kommunenivå. Spesielt kan det være en utfordring å få rapportering på privat virksomhet. De fleste av de 36 virksomhetene som mangler for Oslo, er nettopp private. Noen av disse har nok ikke avtale med kommunen om å utføre tjenester, og det er årsaken til at virksomheten ikke er kjent for kommunen. Og for de som *har* avtale med kommunen, er det ofte en ekstra terskel når rapporteringen må inngå et ekstra ledd, med kommunen som videreformidler skjema til privat virksomhet. Vi må uansett ta høyde for at en del private virksomheter kan mangle i datamaterialet, og det blir her viktig på sikt å undersøke i IPLOS hvorvidt disse leverer tjenester på vegne av kommunen.

Videre kunne en frykte at rapporteringen på «hjemmetjenesten» kan medføre at rapportøren tenker at det bare er én tjeneste, og dermed bare ett skjema som skal

leveres. Det er ti kommuner som bare har levert skjema for én virksomhet, men mangler flere enn to, tilsammen 68 virksomheter.

**Tabell B1 Innsendingsstatistikk, N=3 303<sup>1</sup>**

	Antall kommuner	Antall virksomheter	
		manglende	levert
Kommuner som mangler minst en	64	317	
Kommuner som mangler kun en	26	26	
Kommuner som mangler mer enn fem	20	231	
Kommuner som ikke har levert noe	19	129	
Kommuner som har levert minst en	409	0	2 986
Kommuner som har levert kun en	60	82	
Kommuner som har levert kun en, og ikke mangler noen	39	0	39
Kommuner som har levert kun en, og mangler mer enn to	10	68	
Kommuner som har levert alle	363	0	2 633

<sup>1</sup> Radene er ikke gjensidig utelukkende.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, hjemmetjenestekartlegging 2014.

## Vedlegg C: Utdrag fra IPLOS-veileder

### Lovgrunnlaget for tjenestene

Lovgrunnlaget for tjenestene finnes primært i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasienters og brukeres rettigheter til nødvendige helse- og omsorgstjenester, og helse- og omsorgstjenesteloven som regulerer kommunens plikter og overordnede ansvar. Vedtakene skal hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven. Det skal foretas en individuell vurdering av den enkeltes bistandsbehov.

Kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester er nærmere regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. De konkrete næringene nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 er heller ikke uttømmende med hensyn til hvilke tjenester kommunen er forpliktet til å yte, jf. formuleringen ”blant annet” i § 3-2 første ledd.

Kommunens ansvar etter kapittel 3, og tjenestene nevnt i §§ 3-2 flg., gjelder alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Tjenestene som skal rapporteres til IPLOS-registeret er de som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 pkt. 4, 5 og 6 bokstav a – d, § 3-6 og § 3-8 (uavhengig av om det skal fattes vedtak). I tillegg omfattes:

- Opplysninger om omsorgsbolig og annen bolig
- Melding om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner og vedtak om bruk av tvang og makt (jf. helse - og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav a – c), samt helsehjelp med tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A
- Opplysninger om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 a (her avgrenset til GPS)
- Kommunal øyeblikkelig hjelp – døgnopphold, jf. lov om helse- og omsorgstjenester § 3-2 nr. 6 bokstav c, jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav e
- Døgnopphold i institusjon under spesialisthelsetjenesten
- Opplysninger om individuell plan og koordinator

Av tjenester som skal rapporteres til IPLOS-registeret inngår både lovpålagte og ikke-lovpålagte tjenester. Kommunene står fritt til å organisere tjenestene. Dersom tjenestene som er omfattet av opplistingen nedenfor forventes å vare mer enn i to uker skal det fattes enkeltvedtak (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7). Forvaltningslovens kap. IV og V gjelder da for tildelingsvedtaket.

§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a) til d) (dvs. bokstav a) helsetjenester i hjemmet, bokstav b) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, bokstav c) plass i institusjon, herunder sykehjem og bokstav d) avlastningstiltak), § 3-6 (omsorgslønn) og § 3-8 (brukerstyrt personlig assistanse).

## Vedlegg D: KOSTRA regnskapsveileder – omsorgstjenester<sup>31</sup>

### 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse

Tjenester til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, utviklingshemming mv.:

- Eldresentre og dagsentre for hjemmeboende,
- aktivitetssentre for personer med utviklingshemming m.m,
- aktivisering av barn med funksjonsnedsettelse utover aktivisering i forbindelse med grunnskoleundervisning,
- andre dagaktivitetstilbud
- transporttjenester,
- støttekontakt,
- matombringing,
- velferdsteknologiske innretninger som trygghetsalarm (kjøp, installering, vedlikehold og drift av teknologien, men ikke utgifter som er knyttet til utrykninger, som føres på funksjon 254),
- vaktmester,
- vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak,
- ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og personer med funksjonsnedsettelse,
- frivillighetssentraler,
- frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Obs: Eldresentre/dagsentre er aktivitetstilbud der brukerbetaling ikke er hjemlet i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Utgifter til dagopphold på institusjon, dvs. tjenester innvilget ved enkeltvedtak, med betaling/egenandel hjemlet i denne forskriften kapittel 1 om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon mv. skal føres på funksjon 253.

Delte stillinger som arbeider med oppgaver relatert til flere funksjoner skal fordeles, eksempelvis delte stillinger på sosialkontor- og barneverntjenesten fordeles mellom funksjonene 242 og 244.

Sosialkontorets evt. stillinger knyttet til framskaffelse, forvaltning, drift og vedlikehold av boliger skal føres på funksjon 265.

Koordinering av bosetting og integrering av flyktninger: Bare selve koordineringsfunksjonen (for eksempel flyktningkonsulent) føres på funksjon 242. De enkelte tiltakene som brukes i integreringsarbeidet føres under de respektive funksjonene der tiltaket hører hjemme.

Ansatte som arbeider med direkte klientrettet virksomhet i utekontakten (uavhengig av hvilke etat i kommunen som har ansvar for tjenestene) skal føres på 243 Tilbud til personer med rusproblemer.

Tiltak hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven føres på en av de andre relevante funksjonene i KOSTRA.

Pleie- og omsorgstjenester som ytes beboerne føres på funksjon 254.

---

<sup>31</sup> KOSTRA regnskapsveileder 2016 <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen/id551573/>



Alle lønnsutgifter tilknyttet introduksjonsordningen for innvandrere og kvalifiseringsordningen skal føres på henholdsvis funksjon 275 og 276.

### **243 Tilbud til personer med rusproblemer**

Utgifter til tiltak for rusmiddelmisbrukere, bl.a.

- Institusjonsopphold,
- behandlingstiltak for rusmisbrukere,
- ettervern

Inkludert stillinger i sosialtjenesten med ansvar for oppfølging av rusmisbrukere, samt tilsvarende stillinger ved NAV-kontoret dersom disse er lønnet av kommunen.

Direkte klientrettet virksomhet i utekontakten. Administrative årsverk i utekontakten føres derimot på funksjon 242.

Årsverk (lønnsutgifter) og utgifter til hjemmetjenester skal føres på funksjon 254. For rusmisbrukere som bor i egen eller kommunalt tildelt bolig («hjemmeboende»), skal tiltak som faller inn under hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning registreres under funksjon 254. Det minnes om registrering i IPLOS av brukere som får hjemmetjeneste i egen bolig. Utgifter til støttekontakt skal føres på funksjon 234.

### **253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon**

Direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd nr. 6 bokstav c) og forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstavene a, c og d (institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsbolig, aldershjem og sykehjem).

Inntekter fra egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 1.

I tillegg til døgnopphold inkluderer dette også dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner, for eksempel re-/habilitering og avlastning. Omfatter også servicefunksjoner som:

- husøkonom,
- kjøkken,
- kantine/kiosk,
- vaskeri,
- aktivitør.

Dersom institusjonens servicefunksjoner (for eksempel kjøkken og vaskeri) yter tjenester overfor hjemmeboende, skal disse utgiftene fordeles mellom funksjon 253 og funksjon 234. Renhold, drift og vedlikehold av institusjonslokaler føres på funksjon 261.

Funksjonen omfatter videre:

- medisinske forbruksvarer,
- tekniske hjelpemidler,
- inventar og utstyr,
- administrasjon/ledelse av institusjonen (forutsetningen er at eventuelle ledere ved avdelinger/poster ikke har fullstendig lederansvar),
- inntekter av oppholdsbetaling,
- utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger,
- betalinger utskrivningsklare sykehuspasienter.

Kommunale institusjoner knyttet til rusomsorg føres på funksjon 243.

For bokstavene b og e i forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon gjelder følgende:

- Bokstav b: Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige føres på funksjon 243.
- Bokstav e: Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp føres på funksjon 256

#### **254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende**

- Praktisk bistand og opplæring
- Brukerstyrt personlig assistent
- Avlastning utenfor institusjon
- Omsorgslønn
- Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste

Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2. Avlastningsopphold i avlastningsbolig eller på institusjon registreres under funksjon 253.

#### **255 Medfinansiering somatiske tjenester FUNKSJON 255 UTGÅR FOM 2016**

Utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Medfinansieringen gjelder kun i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven §11-3. Utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten skal føres under art 400. Utgifter til utskrivningsklare pasienter (§ 11-4) skal ikke føres på denne funksjonen, men på funksjon 253.

#### **256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene**

Utgifter til tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene iht. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Den lovpålagte plikten til å gi et slikt tilbud vil tre i kraft fra 1.1.2016. I perioden 2012-2015 gis det statlige overføringer til dekning av etablering og drift etter hvert som tilbudene starter opp i kommunene. Statlige overføringer knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, både tilskuddet fra Helsedirektoratet og overføring av midler direkte fra helseforetakene, skal føres som inntekt på denne funksjonen. Utgifter til drift og vedlikehold av lokaler for akutt døgnopphold føres på funksjon 261.

#### **261 Institusjonslokaler**

1. Utgifter til drift og vedlikehold av institusjoner (hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. funksjon 253 og forskrift om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner) med tilhørende tekniske anlegg og utendørsanlegg. Driftsutgifter for boliger vedrørende tjenester regulert etter ovennevnte lov skal føres under funksjon 261 uavhengig av valgt løsning på boform.

Dette omfatter lønn mv. til eget drifts-/vedlikeholdspersonell, innkjøp av materiell og utstyr til drift og vedlikehold, og kjøp av drifts-/vedlikeholdstjenester (eksempelvis vaktmestertjenester, snøryddingsavtaler, renholdsavtaler, serviceavtaler på tekniske anlegg, avtaler om vakt hold og tilsyn mv.) som er knyttet til institusjonslokaler. Dessuten avskrivninger av egne bygg

Som driftsaktiviteter regnes løpende drift, renhold, vakt hold, sikring, energi og vann, avløp og renovasjon (jf. tabell avsnitt 5.1.1). Renhold av institusjonslokaler (dette føres ikke lenger på funksjon 253). Skillet mellom vedlikeholdsutgifter og utgifter til påkostning/investering er beskrevet i Kommunal regnskapsstandard (F)

nr. 4 Avgrensningen mellom driftsregnskapet og investeringsregnskapet, se [www.gkrs.no](http://www.gkrs.no)

2. Forvaltningsutgifter knyttet til institusjonslokaler (administrasjon, forsikringer av bygg og pålagte skatter og avgifter knyttet til institusjonslokaler) føres på funksjon 121.

3. Investeringer i og påkostning av institusjonslokaler.

4. Husleieutgifter ved leie av institusjonslokaler.

- Ved leie fra AS eller andre private (herunder IKS hvor kommunen ikke er deltaker) føres husleien i på art 190.
- Ved leie fra kommunalt foretak føres husleien på art 380 i kommunens regnskap, og inntektsføres på art 780 i foretakets regnskap.
- Ved leie fra interkommunalt selskap (hvor kommunen er deltaker) føres husleien på art 375 i kommunens regnskap, og inntektsføres på art 775 i selskapets regnskap.
- Dersom kommunen har en internhusleieordning (leie mellom enheter som inngår i kommunens regnskap), skal faktiske utgifter til drift og vedlikehold komme fram på riktig art/funksjon, jf. avsnitt 5.1.1 og art 190.

5. Inntekter knyttet til utleie av lokalene til eksterne (andre enn kommunen selv eller kommunalt foretak).

6. Inventar og utstyr (innbo/løsøre) knyttet til pleie- og omsorgstilbudet inngår ikke her, men føres på funksjon 253.

## Vedlegg E: Næringskoder for helse- og sosialtjenester – SN2007

### NÆRINGSHOVEDOMRÅDE Q HELSE- OG SOSIALTJENESTER

Omfatter helse- og sosialtjenester: en lang rekke aktiviteter fra helsetjenester utøvet av utdannede leger på sykehus og andre institusjoner med opphold som innebærer et visst omfang av pleie til sosialinstitusjoner uten pleie.

#### 86 Helsetjenester

Omfatter korttids- og langtidsbehandling ved somatiske og 139 psykiatriske sykehus, behandling av rusmiddelmissbrukere, sanatorier, institusjoner innen forebyggende helse, klinikker, rehabiliterings-institusjoner og andre institusjoner innenfor helsevesenet med kapasitet for innleggelser, som stiller diagnoser og gir legebehandling til innlagte pasienter som har ett eller en rekke helseproblemer. Omfatter også konsultasjon og behandling innen allmennmedisin og på spesialfelt utført av allmenn-praktiserende leger og spesialister samt kirurger. Den omfatter tannlege-virksomhet, både alminnelig og spesialisert behandling og tannregulering. Dessuten omfatter denne næringen all virksomhet innenfor helsevesenet som ikke utøves på sykehus eller av praktiserende leger, men av annet medisinsk personell som har autorisasjon til å behandle pasienter. Videre omfattes institusjoner for eldre og funksjonshemmede med særlig pleiebehov, som sykehjem, samt hjemmesykepleie.

#### 86.1 Sykehus tjenester 86.10 Sykehus tjenester

Omfatter korttids- eller langtidssykehus-tjenester, dvs. legebehandling, diagnose og behandling, på alminnelige sykehus (for eksempel universitetssykehus, lokale og regionale sykehus, sykehus som drives av veldedige organisasjoner, militær-sykehus, og fengselssykehus) og spesialiserte sykehus (for eksempel psykiatriske sykehus og sykehus for rusmiddelmissbrukere, infeksjonssykehus, fødehjem og spesialiserte sanatorier). Aktivitetene er basert på sykehuspasienter og utøves under tilsyn av leger og omfatter: tjenester ytet av medisinsk og annet autorisert personell, laboratorietjenester og tekniske tjenester, herunder radiologi og anestesi, skadestuer, kirurgitjenester, farmasøytiske tjenester, bespising og andre sykehus tjenester. Aktiviteter utøvet av familieplanleggingssentre som tilbyr legebehandling som for eksempel sterilisering og abortinngrep med innleggelse. *Laboratorieprøver og undersøkelse av materialer og produkter av enhver art, unntatt medisinske, grupperes under 71.20 Teknisk prøving og analyse Veterinærer grupperes under 75.00 Veterinærtjenester Forsvarets sanitetstjeneste grupperes under 84.22 Forsvar Tannlegevirksomhet som utøves som alminnelig eller spesialisert behandling, for eksempel, tannbehandling, endodontisk og pediatrik tannbehandling, oral patologi og tannregulering grupperes under 86.23 Tannhelsetjenester Private legetjenester overfor sykehuspasienter grupperes under 86.2 Lege- og tannlegetjenester Medisinske laboratorietjenester grupperes under 86.906 Medisinske laboratorietjenester Ambulansetransport grupperes under 86.907 Ambulansetjenester*

**86.101 Alminnelige somatiske sykehus** *Voksenpsykiatriske avdelinger i somatiske sykehus grupperes under 86.104 Institusjoner i psykisk helsevern for voksne Avdelinger for barne- og ungdomspsykiatri grupperes under 86.105 Institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge*

**86.102 Somatiske spesialsykehus** Omfatter behandling av pasienter med spesielle somatiske sykdommer som kreft, lungesykdommer, revmatisme mv.

**86.103 Andre somatiske spesial-institusjoner** Omfatter somatiske spesialinstitusjoner som ikke er nevnt ellers, inklusive føde- og sykehus tjenester

**86.104 Institusjoner i psykisk helsevern for voksne** Omfatter alle døgn-institusjoner/-avdelinger for voksenalder psykiatrisk behandling (primært pasienter over 18 år) Omfatter også institusjoner der døgnbehandling og poliklinikk er samlokalisert (primært pasienter over 18 år) *Institusjoner som kun driver dagbehandling grupperes under 86.223 Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne* 140

**86.105 Institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge** Omfatter alle døgn-institusjoner/-avdelinger som driver psykisk helsevern for barn og unge (primært pasienter 0-17 år) Omfatter også institusjoner der døgnbehandling og poliklinikk er samlokalisert (primært pasienter 0-17 år) *Institusjoner som kun driver dagbehandling grupperes under 86.224 Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*

**86.106 Rusmiddelinstitusjoner** Omfatter institusjoner som gir behandling på nivå II (avgiftning, avrusning og abstinensbehandling), nivå III (korttids døgnbehandling inntil 6 måneder) og nivå IV (langtids døgnbehandling av rusmiddelmissbrukere) *Institusjoner som hovedsakelig tilbyr behandling på nivå I (polikliniske funksjoner inklusiv dagbehandling) grupperes under 86.225 Rusmiddelpoliklinikker*

**86.107 Rehabilitering- og opptreningsinstitusjoner** Omfatter medisinske rehabiliterings-institusjoner som driver planmessig arbeid for at en som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet Omfatter også opptreningsinstitusjoner som driver funksjonsrettede behandlingstiltak for å gjenvinne funksjon etter sykdom etter et operativt inngrep

**86.2 Lege- og tannlegetjenester** Omfatter konsultasjon og behandling utført av allmennpraktiserende leger og spesialister, herunder kirurger, tannleger mv. Aktivitetene kan utøves i privatpraksis, legesentre og på ambulatorier og klinikker som er tilknyttet virksomheter, skoler, aldershjem, faglige organisasjoner, broderforbund og i pasientenes hjem. Omfatter også private legetjenester til sykehuspasienter.

**86.21 Legetjeneste** Omfatter konsultasjon og behandling innen allmenntilleggsmedisin utført av allmennpraktiserende leger *Sykehustjenester til pasienter på sykehus grupperes under 86.10 Sykehustjenester Aktiviteter som utøves av annet medisinsk personell som for eksempel jordmødre, sykepleiere og fysioterapeuter grupperes under 86.90 Andre helsetjenester*

**86.211 Allmenn legetjeneste** Omfatter allmennpraksiser inkl. kommuneleger som driver allmennpraksis, samt kommunal legevakt *Leger i rene kommunale administrative stillinger (overordnet ledelse av flere virksomheter) grupperes under 84.12 Offentlig administrasjon tilknyttet helsestell, sosial virksomhet, undervisning, kirke, kultur og miljøvern*

**86.212 Somatiske poliklinikker** Omfatter også plastisk kirurgi.

**86.22 Spesialisert legetjeneste** Omfatter konsultasjon og behandling på spesiallegeområde utført av spesialister og kirurger og aktiviteter utført av familieplanleggingssentre som tilbyr legebehandling som for eksempel sterilisering og aborter, uten pasientinnleggelse *Sykehustjenester til sykehuspasienter grupperes under 86.10 Sykehustjenester Aktiviteter som utøves av jordmødre, fysioterapeuter og annet medisinsk personell grupperes under 86.90 Andre helsetjenester*

**86.221 Spesialisert legetjeneste, unntatt psykiatrisk legetjeneste** Omfatter legepraksiser som drives av spesialister utenom allmenntilleggsmedisinske praksiser *Psykiatrisk legetjeneste grupperes under 86.222 Legetjenester innen psykisk helsevern.*

**86.222 Legetjenester innen psykisk helsevern** *Psykiatere i rene administrative stillinger grupperes under 84.12 Offentlig administrasjon tilknyttet helsestell, sosial 141 virksomhet, undervisning, kirke, kultur og miljøvern.*

**86.223 Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne** Omfatter poliklinikker i psykisk helsevern for voksne (primært pasienter over 18 år).

**86.224 Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge** Omfatter poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (primært pasienter 0-17 år).

**86.225 Rusmiddelpoliklinikker** Omfatter institusjoner som hovedsakelig tilbyr behandling på nivå I (polikliniske funksjoner inklusiv dagbehandling): sosialmedisinske poliklinikker, ruspoliklinikker og institusjoner som har ansvar for legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

**86.23 Tannhelsetjenester** Omfatter tannlegevirksomhet som utøves som alminnelig eller spesialisert behandling for eksempel tannbehandling, endodontisk og pediatrik tannbehandling, oral patologi og tannregulering Omfatter også tannlegevirksomhet på operasjonsstuer *Produksjon av kunstige tenner og tannproteser som utføres av tann teknikere grupperes under 32.50 Produksjon av medisinske og tann tek-niske instrumenter og utstyr Sykehustjenester til pasienter på sykehus grupperes under 86.10 Sykehustjenester Tannpleiere grupperes under 86.90 Andre helsetjenester.*

### **86.9 Andre helsetjenester**

**86.90 Andre helsetjenester** Omfatter virksomhet innenfor helsevesenet som ikke utøves på sykehus eller av praktiserende leger eller tannleger: virksomhet utøvet av sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter og annet medisinsk personell innenfor optometri, hydroterapi, massasje, ergoterapi, logopedi, fotpleie, homøopati, kiropraktikk, akupunktur mv. Disse aktivitetene kan utøves av klinikker tilknyttet virksomheter, skoler, aldershjem, veldedige organisasjoner og broderforbund, på behandlingssentre bortsett fra sykehus så vel som i egne lokaler, pasientenes hjem eller annet sted. Dette gjelder bl.a. virksomhet innen kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenester, som konsultasjoner, diagnose, behandling, re-/habilitering. Aktiviteten kan foregå på eget kontor, institutt, legevakt, hjemme hos den enkelte mv. Omfatter også virksomhet som utøves av hjelpepersonale for tannleger som for eksempel tannpleiere, sykepleiere tilknyttet skoletannhelsen og tannpleiere som kan arbeide selvstendig, men under regelmessig tilsyn av tannlegen, medisinske laboratoriers virksomhet som for eksempel røntgenlaboratorier og andre diagnosesentra, blodanalyzelaboratorier, blodbanker, spermbanker, organbanker, ambulansetransport av pasienter uansett transportmåte, herunder også luftfartøyer *Produksjon av kunstige tenner og tannproteser grupperes under 32.50 Produksjon av medisinske og tann tekniske instrumenter og utstyr Pasienttransport uten gjenopplivningsutstyr eller helsepersonell grupperes under hhv. 49 Landtransport, 50 Sjøfart og 51 Luftfart Ikke-medisinske laboratorieprøver grupperes under 71.20 Teknisk prøving og analyse Testing og undersøkelser i forbindelse med næringsmiddelhygiene grupperes under 71.20 Teknisk prøving og analyse Sykehus grupperes under 86.10 Sykehustjenester Praktiserende leger og tannleger grupperes under 86.2 Lege- og tannlegetjenester Pleie- og omsorgstjenester i institusjon grupperes under 87.10 Pleie- og omsorgstjenester i institusjon*

**86.901 Hjemmesykepleie** Omfatter helse- og pleietjenester gitt over lengre tid (utover 2-3 måneder) til hjemmeboende, i eget hjem, omsorgsbolig eller bofellesskap/bokollektiv. Det forutsettes at hjemmesykepleien her er utskilt som egen virksomhet *Dersom hjemmesykepleien utelukkende foregår i samme bofellesskap/bokollektiv, grupperes denne sammen med de øvrige tjenestene i hhv.*

*87.302 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell hele døgnet og 87.303 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell deler av døgnet 142 Tjenester til hjemmeboende av mer omsorgskarakter grupperes under 88 Sosiale omsorgstjenester uten botilbud*

### **86.902 Fysioterapitjeneste**

**86.903 Skole- og helsestasjonstjeneste** Omfatter også jordmødre som jobber med svangerskapskontroll

**86.904 Annen forebyggende helsetjeneste** Omfatter miljørettet helsevern, opplysnings-tjeneste, bedriftshelsetjeneste og HMS-tjenesten og psykisk helsearbeid dersom dette er organisert som egen virksomhet

### **86.905 Klinisk psykologtjeneste**

**86.906 Medisinske laboratorietjenester** Omfatter også røntgeninstitutter og blodbanker

### **86.907 Ambulansetjenester**

**86.909 Andre helsetjenester** Omfatter selvstendige sykepleiere, kiropraktorer, homøopater, jordmødre, akupunktører, foterapeuter, psykoterapeuter, ergo-terapeuter, aromaterapeuter, soneterapeuter, elektroterapeuter, magnetterapeuter, gestaltterapeuter, naturterapeuter, kinesiologer, logopeder mv.

**87 Pleie- og omsorgstjenester i institusjon** Omfatter institusjonsopphold kombinert med sykepleie, tilsyn eller annen form for pleie alt etter hva som kreves av beboerne. Fasilitetene utgjør en vesentlig del av tjenestetilbudet og pleien er en blanding av helse- og sosialtjenester hvor helsetjenestene i utstrakt grad består av sykepleie.

### **87.1 Pleie- og omsorgstjenester i institusjon**

**87.10 Pleie- og omsorgstjenester i institusjon** Omfatter sykehjem, sykehjem kombinert med aldershjem eller statlig virksomhet, boform med heldøgns omsorg og pleie, re- /habiliteringsinstitusjoner som ikke er statlige eller rettet mot spesialisthelsetjeneste, fortrinnsvis en del av det kommunale tilbudet, men ev. privat eid og/eller drevet. Disse skal være hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, hvilket stiller krav til organisert lege-, fysioterapi- og sykepleietjeneste. Oppholdet kan være tidsbegrenset eller uten spesifisert sluttdato (langtidsopphold), og omfatter bl.a. rehabilitering med sikte på tilbakeføring til heimen, skjermet enhet for demente, utredning, avlastning, spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede, dagopphold/nattopphold, terminalpleie, palliativ pleie *Aldershjem, barneboliger og avlastningsboliger/-institusjoner hjemlet etter sosialtjenesteloven grupperes under 87.30 Institusjoner og bofellesskap innen omsorgen for eldre og funksjonshemmede Avhjemlede sykehjem og aldershjem grupperes under 87.30 Institusjoner og bofellesskap innen omsorgen for eldre og funksjonshemmede Omsorgsinstitusjoner som for eksempel barnehjem for foreldreløse, vanlige barnehjem, hjem for midlertidig hjemløse grupperes under 87.90 Andre omsorgsinstitusjoner*

**87.101 Somatiske spesialsykehjem** Omfatter boform med heldøgns omsorg og pleie hjemlet etter kommunehelsetjenesteloven. Tilbud tilpasset spesielle pleiebehov eller grupper, som for eksempel yngre personer. Ofte færre antall plasser enn sykehjem, og ofte av mer regional karakter enn sykehjem

## **87.102 Somatiske sykehjem**

### **87.2 Institusjoner og bofellesskap innen omsorg for psykisk utviklingshemmede, psykisk helsearbeid og rusmiddelomsorg**

**87.20 Institusjoner og bofellesskap innen omsorg for psykisk utviklingshemmede, psykisk helsearbeid og rusmiddelomsorg** Omfatter institusjonsopphold for psykisk utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser og rusmisbrukere. Institusjonene tilbyr kost, losji, beskyttende tilsyn og rådgivning samt ev. nødvendig helsestell. Dette omfatter også institusjonsopphold og behandling av pasienter med sykdommer som er utløst av stoffmisbruk. 143 Omfatter institusjoner til behandling av alkoholisme og stoffmisbruk, bofellesskap for personer med psykiske lidelser, boliger for psykisk utviklingshemmede og boliger i forbindelse med psykisk helsevern *Institusjoner innen psykisk helsevern grupperes under 86.10 Sykehustjenester Bofellesskap/bokollektiv utenfor psykisk helsearbeid grupperes under 87.3 Institusjoner og bofellesskap innen omsorgen for eldre og funksjonshemmede Sosialinstitusjoner som for eksempel hjem for midlertidig hjemløse grupperes under 87.90 Andre omsorgsinstitusjoner*

#### **87.201 Psykiatriske sykehjem**

#### **87.202 Omsorgsinstitusjoner for rusmiddelmisbrukere**

#### **87.203 Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede**

### **87.3 Institusjoner og bofellesskap innen omsorg for eldre og funksjonshemmede**

**87.30 Institusjoner og bofellesskap innen omsorg for eldre og funksjonshemmede** Omfatter institusjonsopphold og personlig pleie for eldre og funksjonshemmede med ulik grad av pleie-, hjelpe- og omsorgsbehov. Omsorgen består normalt i kost og losji og bistand i hverdagen som for eksempel rengjøring og annet husarbeid. Som oftest tilbyr også disse institusjonene fagutdannede sykepleiere og hjelpepleiere Omfatter hjemmesykepleie og praktisk bistand i permanente bofellesskap/bokollektiv med tilknyttet personell, aldershjem, barneboliger og avlastningsboliger/-institusjoner *Aldershjem med sykepleie grupperes under 87.10 Pleie- og omsorgstjenester i institusjon Sosialtjenester uten botilbud der medisinsk behandling eller utdanning ikke er viktige elementer grupperes under 87.90 Andre omsorgstjenester*

**87.301 Aldershjem** Omfatter heldøgns omsorgsinstitusjoner for eldre og funksjonshemmede hjemlet etter lov om sosiale tjenester *Kombinerte alders- og sykehjem grupperes under 87.102 Somatiske sykehjem*

**87.302 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell hele døgnet** Omfatter boliger og bokollektiv med fast tilknyttet personell hele døgnet

**87.303 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell deler av døgnet** Omfatter boliger og bokollektiv med fast tilknyttet personell deler av døgnet

**87.304 Avlastningsboliger/-institusjoner** Omfatter botilbud for korttidsopphold for funksjonshemmede. Dette kan dreie seg om engangsopphold eller opphold med faste eller ujevne intervaller. Til vanlig bor mottaker i eget hjem



**87.305 Barneboliger** Omfatter botilbud for personer under 18 år, som er så pleietrengende at de må bo utenfor eget hjem hele eller mesteparten av tiden

### **87.9 Andre omsorgsinstitusjoner**

**87.90 Andre omsorgsinstitusjoner** Omfatter institusjonsopphold og personlig pleie for personer, unntatt eldre og utviklingshemmede, som ikke fullt ut klarer å ta vare på seg selv eller ikke ønsker å bo alene Omfatter også "halvveis gruppehjem" for personer med sosiale eller personlige problemer, lovovertredere og hjem for ungdom som trenger å bli "korrigert" Omfatter aktiviteter som utøves hele døgnet med henblikk på å yte sosial bistand til barn og spesielle kategorier av personer med begrenset evne til å klare seg selv, men uten at legebe-handling og opptrening er vesentlige elementer: barnehjem for foreldreløse, vanlige barnehjem, hjem for midlertidig hjemløse og mødre hjem. Driften av disse hjemmene kan være av offentlig eller privat art *Trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning grupperes under 84.30 Trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning 144 Pleie- og omsorgstjenester i institusjon grupperes under 87.10 Pleie og omsorgstjenester i institusjon Institusjoner og bofellesskap for eldre og funksjonshemmede grupperes under 87.30 Institusjoner og bofellesskap innen omsorg for eldre og funksjonshemmede Adopsjon grupperes under 88.99 Andre sosialtjenester uten botilbud ikke nevnt annet sted Midlertidig innkvartering avkatastrofeofre grupperes under 88.99 Andre sosialtjenester uten botilbud ikke nevnt annet sted*

**87.901 Institusjoner innen barne- og ungdomsvern** Omfatter alle døgninstitusjoner innen barne- og ungdomsvern Omfatter også Senter for eldre og barn (tidligere mødre hjem)

**87.909 Omsorgsinstitusjoner ellers** Omfatter hjem for hjemløse, krisesentra mv.

## **88 Sosiale omsorgstjenester uten botilbud**

### **88.1 Sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede**

**88.10 Sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede** Omfatter sosialtjenester uten botilbud, rådgivning, velferdstjenester, henvisning til institusjoner og lignende tjenester som ytes til eldre og funksjonshemmede – i hjemmet deres eller annet sted – av offentlige institusjoner eller private organisasjoner, nasjonale eller lokale hjelpeorganisasjoner og spesialister som tilbyr rådgivning. Videre bistand inkludert tjenester som hjemmehjelp, husmorvikar og annen hjelpevirksomhet i hjemmet deres medregnet miljøarbeid, opplæring i dagliglivets gjøremål, boveiledning, brukerstyrt personlig assistanse (BPA): praktisk bistand som hjemmehjelp, dag- og aktivitetssentra for eldre og funksjonshemmede, eldre-sentre, omskolering av funksjonshemmede med begrenset utdanning *Trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning grupperes under 84.30 Trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning Aktiviteter som tilsvare de som er beskrevet i underteksten, men som har botilbud grupperes under 87.30 Institusjoner og bofellesskap innen omsorgen for eldre og funksjonshemmede Dagaktiviteter for funksjonshemmede barn grupperes under 88.91 Sosialtjenester uten botilbud for barn og ungdom.*

**88.101 Hjemmehjelp** Omfatter hjelp til personlig stell og egenomsorg, bl.a. hjelp til å stå opp og legge seg, personlig hygiene, toalettbesøk, til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov, videre bl.a. rengjøring, matlaging, vask og innkjøp (del av praktisk bistand)

**88.102 Dagsentra/aktivitetssentra for eldre og funksjonshemmede** Omfatter ofte spesialtilpasset tilbud til grupper som for eksempel har psykiske lidelser, er

bevegelseshemmede, psykisk utviklingshemmede eller demente. Som regel kreves individuelt vedtak for å få plass

**88.103 Eldresentre** Omfatter enklere og mer åpent tilgjengelig tilbud enn dagsentra/aktivitetssentra. Først og fremst et sosialt tilbud tilpasset eldre, ev. med innslag av tjenester som fotpleie, kafe, frisør mv.

### **88.9 Andre sosialtjenester uten botilbud**

**88.91 Sosialtjenester uten botilbud for barn og ungdom** Omfatter også fritidshjem

#### **88.911 Barnehager**

#### **88.912 Barneparker og dagmammaer**

#### **88.913 Skolefritidsordninger**

#### **88.914 Fritidsklubber for barn og ungdom**

**88.99 Andre sosialtjenester uten botilbud ikke nevnt annet sted** Omfatter sosialtjenester uten botilbud, rådgivning, velferdstjenester, tjenester overfor flyktninger, henvisning til institusjoner og lignende tjenester som ytes til enkeltpersoner og familier i hjemmet deres eller annet sted av offentlige institusjoner eller private 145 organisasjoner, nasjonale eller lokale hjelpeorganisasjoner og spesialister som tilbyr rådgivning: sosial hjelp og veiledning til barn og ungdom, adopsjon, forebygging av barnemishandling og annen mishandling, økonomisk rådgivning, ekteskaps- og familierådgivning, rådgivning vedrørende lån og gjeld, lokalsamfunns- og beboeraktiviteter, aktiviteter for katastrofeofre, flyktninger, innvandrere mv. herunder midlertidig eller langvarig innkvartering av slike, rehabilitering og omskolering av arbeidsløse med begrenset utdanning, vurdering av behovskriterier i forbindelse med sosialhjelp, bostøtte eller utlevering av matbilletter, daghjem for hjemløse og andre sosialt svake grupper og velferdsaktiviteter som pengeinnsamling og andre aktiviteter med sosiale formål *Trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning grupperes under 84.30 Trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning Aktiviteter som tilsvarende som er beskrevet i underteksten, men som har botilbud grupperes under 87.90 Andre omsorgsinstitusjoner*

**88.991 Barnevernstjenester** Omfatter offentlige barnevernstjenester og private som tilbyr samme type barneverntjenester Omfatter også fosterhjem og forsterkede fosterhjem *Utekontakt for barn og ungdom grupperes under 88.997 Sosialtjenester for rusmisbrukere uten botilbud*

**88.992 Familieverntjenester** Omfatter familieverntjenester

**88.993 Arbeidstrening for ordinært arbeidsmarked** Omfatter virksomheter som driver med arbeidstrening med sikte på overgang til ordinært inntektsgivende arbeid slik som arbeidsmarkedsbedrifter

**88.994 Varig vernet arbeid** Omfatter arbeidssamvirke

**88.995 Sosiale velferdsorganisasjoner** Omfatter hjelpe- og velferdsorganisasjoner for syke og funksjonshemmede og organisasjoner med sosiale formål som for eksempel Den norske kreftforening, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Kirkens Nødhjelp, Norsk Folkehjelp mv.

**88.996 Asylmottak** Omfatter også flyktningmottak

**88.997 Sosialtjenester for rusmiddel-misbrukere uten botilbud** Omfatter også utekontakt for barn og ungdom

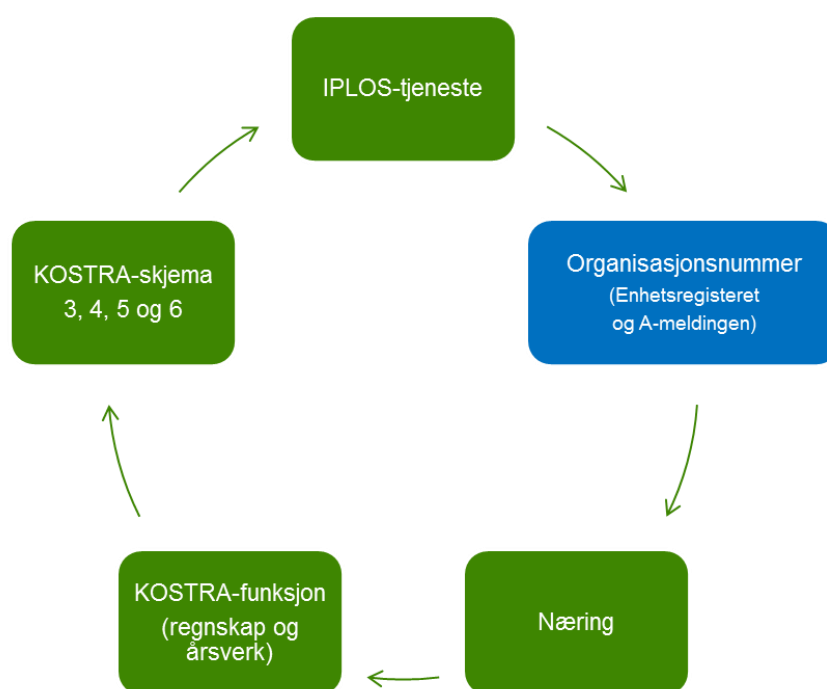
**88.998 Kommunale sosialkontortjenester** Omfatter også kontor for flyktninger og asylsøkere

**88.999 Andre sosialtjenester uten botilbud**

## Vedlegg F: Sammenhengen mellom KOSTRA-funksjon, næring og IPLOS-tjeneste

Det er en nær sammenheng mellom funksjon i KOSTRA, næringskode i Enhetsregisteret og tjeneste i IPLOS. Sporbarhet mellom disse registrene/databasene kan skje ved hjelp av organisasjonsnummeret. I flere år har det vært krav til at organisasjonsnummer påføres vedtak om tjenester i institusjon og boligbaser i hjemmetjenesten, og en begynner nå å se bra samsvar mellom IPLOS-tjeneste, KOSTRA-funksjon og næring: 90 prosent av registreringene for institusjoner og boligbaser hadde gyldig verdi og konsistent næring for organisasjonsnummer (Beyrer 2015:14). Etter at krav til organisasjonsnummer ble utvidet til å gjelde også de fleste øvrige hjemmetjenester samt dagaktivitetstilbud fom. 2016, forventes det at konsistens mellom dataene blir ytterligere forbedret.

Figur F1 Sammenhengen mellom Enhetsregisteret, KOSTRA-funksjon og IPLOS-tjeneste



**Tabell F1 KOSTRA-funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse**

IPLOS-tjeneste	Næring
4 Dagaktivitetstilbud	88.102 Dagaktivitetstilbud
5 Matombringing	1
6 Trygghetsalarm	1
26 Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)	1
9 Støttekontakt	1

<sup>1</sup> Vanligvis ikke skilt ut som egen virksomhet, ikke egen næring.

**Tabell F2 KOSTRA-funksjon 253 Helse- og omsorgsinstitusjoner**

IPLOS-tjeneste	Næring
18 Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner
19 Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	87.101 Somatiske spesialsykehjem
20 Tidsbegrenset opphold - annet	87.102 Somatiske sykehjem
8 Avlastning i institusjon	87.201 Psykiatriske sykehjem
17 Dagopphold i institusjon	87.202 Omsorgsinstitusjoner for personer med rusproblemer
22 Nattopphold i institusjon	87.301 Aldershjem
21 Langtidsopphold i institusjon	87.304 Avlastningsboliger/ -institusjoner
	87.305 Barneboliger

**Tabell F3 KOSTRA-funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende**

IPLOS-tjeneste	Næring
1 Praktisk bistand - daglige gjøremål	88.101 Praktisk bistand
2 Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	87.203 Bolig med fast tilknyttet personell for personer med utviklingshemming
3 Praktisk bistand - brukerstyrt personlig assistanse BPA	87.302 Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet
	87.303 Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet
15 Helsetjenester i hjemmet	86.901 Helsetjenester i hjemmet
	87.203 Bolig med fast tilknyttet personell for personer med utviklingshemming
	87.302 Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet
	87.303 Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet
7 Avlastning - utenfor institusjon	<sup>1</sup>
11 Omsorgslønn	Tjenesteytere normalt ikke registrert som ansatte
16 Re-/habilitering utenfor institusjon	86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner
	86.901 Hjemmesykepleie
	Også andre næringer kan være aktuelt

<sup>1</sup> Vanligvis ikke skilt ut som egen virksomhet, ikke egen næring.

**Tabell F4 KOSTRA-funksjon 256 Kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold**

IPLOS-tjeneste	Næring
25 Kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold	86.101 Almennlige somatiske sykehus
	86.102 Somatiske spesialsykehus
	86.103 Andre somatiske spesialinstitusjoner
	86.211 Allmenn legetjeneste (legevakt)
	86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner
	87.101 Somatiske spesialsykehjem
	87.102 Somatiske sykehjem

## Vedlegg G: Spørreskjema

### Enhet i hjemmetjenesten - målgrupper og organisering

Opplysninger om enheten	
<b>1. Kommunenummer</b> <input type="text"/>	<b>2. Kommunens navn</b> <input type="text"/>
<b>3. Bydelsnummer</b> <input type="text"/>	<b>4. Bydelens navn</b> <input type="text"/>
Nedenfor vises forhåndsutfylt informasjon for enhet registrert med hjemmetjeneste i Enhetsregisteret. Dersom navn eller adresse er feil, kan dette endres i skjema.	
<b>5. Enhetens organisasjonsnummer</b> <input type="text"/>	
<b>6. Enhetens navn</b> <input type="text"/>	
<b>7. Enhetens beliggenhetsadresse</b> <input type="text"/>	
<b>8. Postnr</b> <input type="text"/>	<b>9. Poststed</b> <input type="text"/>
<b>10. Er enheten i drift, dvs. har tilknyttet fast personell?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
Hvis Nei: Årsak til opphør? <input type="text"/>	
Hvis Nei: Om mulig, angi når enheten opphørte <input type="text"/>	
Hva slags tjenester har enheten?	
<b>11. Hva slags type virksomhet er enheten?</b> Flere kryss er mulig.	
<input type="checkbox"/> Hjemmetjeneste(enhet), der tilknyttet personell yter tjenester til beboere i omsorgsboliger/bofellesskap og andre brukere i nærområdet (gangavstand)	
<input type="checkbox"/> Hjemmetjeneste(enhet), der tilknyttet personell yter tjenester til brukere i et større distrikt (ambulerende, utenfor gangavstand)	
<input type="checkbox"/> Institusjon - sykehjem/aldershjem	
<input type="checkbox"/> Institusjon - barnebolig/avlastningsbolig	
<input type="checkbox"/> Institusjon - for personer med rusmiddelproblemer	
<input type="checkbox"/> Dagsenter	
<input type="checkbox"/> Annen type virksomhet. Nærmere opplysninger gis i spesifikasjonsfeltet under <input type="text"/>	
Dersom flere kryss i punkt 11:	
<b>12. Jobber samme ansatt på flere av de avkryssede virksomhetene over?</b>	
<input type="radio"/> Nei	
<input type="radio"/> Ja, dette gjelder 1-5 personer	
<input type="radio"/> Ja, dette gjelder 6-10 personer	
<input type="radio"/> Ja, dette gjelder mer enn 10 personer	

Vet ikke

#### Merknader til "Opplysninger om enheten"

Dersom hjemmetjeneste for nærområdets brukere:

#### 13. Er enheten bemannet hele døgnet, alle dager i uken?

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

Hvis Nei: Er enheten alltid bemannet når det er brukere tilstede?

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

#### Merknader til "Bemanningsid"

### Målgrupper

#### 14. Hva er enhetens primære målgruppe? Sett inntil 2 kryss.

Med "primær målgruppe" menes den gruppe personer personalet fortrinnsvis gir tilbud til i denne enheten. Dette vil ofte bety at enheten har særskilte personaressurser og øvrig tilrettelegging tilpasset gruppen.

- Personer med **demens**
- Personer 0-66 år med **fysiske begrensninger** grunnet funksjonsnedsettelse, skade, somatisk sykdom o.l.
- Personer 67 år eller over med **fysiske begrensninger** grunnet alder, funksjonsnedsettelse, skade, somatisk sykdom o.l.
- Personer med **utviklingshemming**
- Personer med **psykiske lidelser/vansker**
- Personer med **rusmiddelproblemer**
- Personer med **dobbelt-/multidiagnose** (spesifiser i merknadsfeltet)
- Ingen avsatt målgruppe
- Annen målgruppe, vennligst spesifiser:

#### Merknader til "Målgrupper"

### Regnskapsføring

**15. Hvilken KOSTRA-funksjon regnskapsføres enheten på? Flere kryss mulig.**

- Funksjon 233 Annet forebyggende helsearbeid
- Funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- Funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer
- Funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- Funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- Annen KOSTRA-funksjon, vennligst spesifiser:

**16. Blir det brukt en mer detaljert regnskapsfunksjon internt i kommunen?**

- Ja  Nei  Vet ikke

Hvis Ja: Oppgi kode/navn på intern regnskapsfunksjon

Er det ønskelig med en mer detaljert regnskapsfunksjon for f254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende som standard i KOSTRA?

- Ja  Nei  Vet ikke

Er det teknisk og praktisk mulig for kommunen med en mer detaljert KOSTRA regnskapsfunksjon for f254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende?

- Ja  Nei  Vet ikke

Merknader til "Regnskapsføring"

**Tilleggsinformasjon**

**17. Her kan du eventuelt gi tilleggsinformasjon til spørsmålene.** Husk å oppgi hvilket spørsmål merknaden gjelder.

**Kontaktinformasjon**

Vennligst oppgi kontaktinformasjon for person som SSB kan kontakte ved spørsmål angående rapporteringen

**18. Navn på kontaktperson**

**19. Telefonnummer kontaktperson**

**20. E-postadresse kontaktperson**



## Vedlegg H: Virksomhetstyper fordelt på kommune

**Tabell H1** Oversikt over antall virksomhetstyper per kommune. Kommunetabell

Kommune	Kun boligbase	Bolig-base	Kun ambulerende	Ambulerende
0101 Halden	22	22	4	4
0104 Moss	10	10	1	1
0105 Sarpsborg	20	23	5	7
0106 Fredrikstad	21	21	9	9
0111 Hvaler		2		2
0118 Aremark		1		1
0119 Marker	1	2		1
0121 Rømskog		1		1
0122 Trøgstad	3	4		2
0123 Spydeberg		1		1
0124 Askim	6	6	2	2
0125 Eidsberg	7	8	1	1
0127 Skiptvet	1	2		1
0128 Rakkestad	1	1		
0136 Rygge		1		1
0137 Våler (Østf.)	2	4		2
0138 Hobøl		1		
0211 Vestby	1	4		2
0213 Ski	3	6	1	3
0214 Ås	2	7		4
0215 Frogn	4	7	1	2
0216 Nesodden	5	6	2	2
0217 Oppegård	8	8	2	2
0219 Bærum	54	56	19	21
0220 Asker	19	20	7	8
0221 Aurskog-Høland	2	6	2	4
0226 Sørumsund	4	7		1
0227 Fet	2	4		1
0228 Rælingen	1	2		1
0229 Enebakk		3		1
0230 Lørenskog	7	7	1	1
0231 Skedsmo	10	12	2	3
0233 Nittedal	6	9		4
0234 Gjerdrum	1	2		1
0235 Ullensaker		8		3
0236 Nes (Ak.)	1	1		
0237 Eidsvoll	8	8	1	1
0238 Nannestad	1	2		1
0239 Hurdal		1		1
0301 Oslo kommune	98	112	28	39
0402 Kongsvinger	4	8		4
0403 Hamar	17	20	2	3
0412 Ringsaker	16	20		4
0415 Løten	1	4		1
0417 Stange	4	8	1	5
0418 Nord-Odal	5	6		1
0420 Eidskog	1	3	1	2
0423 Grue	3	5	1	3
0425 Åsnes	6	7	1	2
0426 Våler (Hedm.)		3		4
0427 Elverum	7	10		3
0428 Trysil	3	4	2	3
0429 Åmot		3		2
0430 Stor-Elvdal	2	2	1	1
0432 Rendalen		1	1	2
0434 Engerdal		1		1
0436 Tolga		1		1
0437 Tynset		3		3

Kommune	Kun boligbase	Bolig-base	Kun ambulerende	Ambulerende
0438 Alvdal	1	2		1
0439 Follidal		1		1
0441 Os (Hedm.)		2		1
0501 Lillehammer	11	18		6
0502 Gjøvik	14	16	15	15
0511 Dovre			1	1
0512 Lesja		1		1
0513 Skjåk	1	2		1
0514 Lom		1		1
0515 Vågå		1	1	1
0516 Nord-Fron		2		1
0519 Sør-Fron		2		2
0520 Ringeby		5		4
0521 Øyer	1	2		1
0522 Gausdal	2	7		4
0528 Østre Toten	3	6	3	3
0529 Vestre Toten	9	9	2	2
0532 Jevnaker	2	3		1
0533 Lunner	5	5	1	1
0534 Gran	6	10	2	6
0536 Søndre Land	5	5	2	2
0538 Nordre Land	3	3	2	2
0540 Sør-Aurdal	2	4		2
0541 Etnedal	1	2		1
0542 Nord-Aurdal		9	2	11
0543 Vestre Slidre	8	10	3	3
0544 Øystre Slidre		2		1
0545 Vang		1	1	1
0602 Drammen	17	17	3	3
0604 Kongsberg	15	17		2
0605 Ringerike	10	14	5	9
0612 Hole	4	5	1	1
0615 Flå		1		
0616 Nes (Busk.)	3	5	1	1
0617 Gol	2	4		2
0619 Ål		4		4
0620 Hol	5	7		1
0622 Krødsherad	2	2	1	1
0623 Mødum	6	8	3	3
0624 Øvre Eiker	4	6		2
0625 Nedre Eiker	9	11	2	3
0626 Lier	5	6	1	2
0627 Røyken	6	6	4	4
0628 Hurum	3	7	1	2
0631 Flesberg	1	3		2
0632 Rollag		1	1	1
0701 Horten	6	10		4
0702 Holmestrand	3	4		1
0704 Tønsberg		5		5
0706 Sandefjord	10	13	1	4
0709 Larvik	5	9		3
0711 Svelvik		3		3
0713 Sande (Vestf.)	1	3		2
0714 Hof		2		1
0716 Re	6	6	1	1
0719 Andebu	1	1		1
0720 Stokke	9	10	1	2
0722 Nøtterøy	6	8		2
0723 Tjøme	2	3		2
0728 Lardal	1	2		1
0805 Porsgrunn	11	12	6	6
0806 Skien	24	24	8	8

Kommune	Kun boligbase	Bolig-base	Kun ambulere	Ambulerende
0807 Notodden	10	11	3	3
0811 Siljan				1
0814 Bamble	6	12		6
0815 Kragerø	11	14	2	4
0817 Drangedal	2	2	2	3
0819 Nome	3	9		5
0821 Bø (Telem.)	3	6		2
0822 Sauherad	3	3	2	2
0826 Tinn	1	1		1
0827 Hjartdal	1	2		1
0828 Seljord	2	3	1	1
0829 Kviteseid	1	2		1
0830 Nissedal		2		1
0831 Fyresdal		1		1
0833 Tokke	2	3		1
0901 Risør		3		2
0904 Grimstad		1		1
0906 Arendal	5	16	2	12
0911 Gjerstad	1	1	1	1
0912 Vegårshei		2		1
0914 Tvedestrand	1	3		2
0919 Froland		4	1	5
0926 Lillesand	4	7		2
0928 Birkenes		4		4
0929 Åmli		1		1
0935 Iveland		2		2
0937 Evje og Hornnes		2		2
0938 Bygland	1	3		1
0940 Valle		2		1
0941 Bykle		1		1
1001 Kristiansand	43	61	1	15
1002 Mandal		9		9
1003 Farsund		4		4
1004 Flekkefjord	3	4		2
1014 Vennesla		1		1
1017 Songdalen	3	3		
1018 Søgne		3		2
1021 Marnardal	1	3		1
1026 Åseral		2		2
1027 Audnedal		2		2
1029 Lindesnes	1	4		3
1032 Lyngdal		5		3
1034 Hægebostad		2		2
1037 Kvinesdal	6	11	1	6
1046 Sirdal		3		2
1101 Eigersund	4	8	4	7
1102 Sandnes	20	21	6	7
1103 Stavanger	34	34	8	8
1106 Haugesund	9	10	5	5
1111 Sokndal	1	2		1
1112 Lund	1	2		1
1114 Bjerkreim		1		1
1120 Klepp	6	7		1
1121 Time	4	4		
1122 Gjesdal	1	4		3
1124 Sola	8	8	5	5
1127 Randaberg	6	8	3	4
1129 Forsand	1	2		1
1130 Strand	6	8	1	3
1133 Hjelmeland		1		2
1134 Suldal	1	1	4	4
1135 Sauda		6		3

Kommune	Kun boligbase	Bolig-base	Kun ambulerende	Ambulerende
1141 Finnøy	1	2	1	2
1142 Rennesøy	1	2		1
1145 Bokn		1		1
1146 Tysvær	4	11	2	10
1149 Karmøy	14	28		14
1151 Utsira				1
1160 Vindafjord	3	7	2	6
1201 Bergen	108	108	35	35
1211 Etne		2		2
1216 Sveio	2	4		1
1219 Bømlo		3		3
1221 Stord	4	6	1	3
1223 Tysnes	2	2	1	1
1224 Kvinnherad		4		3
1227 Jondal	1	2		1
1228 Odda	1	4		1
1231 Ullensvang	2	4		2
1232 Eidfjord		1		1
1233 Ulvik		1		1
1234 Granvin		1		1
1235 Voss	4	6	3	5
1238 Kvam	5	10		5
1241 Fusa		3	1	4
1242 Samnanger	1	1		1
1243 Os (Hord.)	7	7	1	1
1244 Austevoll	1	1		
1245 Sund	1	1		
1246 Fjell	5	9		2
1247 Askøy	10	13	2	5
1251 Vaksdal	1	2		1
1252 Modalen		1		1
1253 Osterøy	5	6		1
1256 Meland		2		2
1259 Øygarden		2		1
1260 Radøy		2		2
1263 Lindås	8	8	5	5
1264 Austrheim	2	2	1	1
1265 Fedje		1		1
1266 Masfjorden			1	1
1401 Flora	8	8	1	2
1411 Gulen			7	7
1412 Solund		1	1	2
1413 Hyllestad		2		2
1416 Høyanger		2		2
1417 Vik	4	5		1
1418 Balestrand		1		1
1419 Leikanger		1		1
1420 Sogndal	1	4		3
1421 Aurland		3		1
1422 Lærdal	1	2	1	2
1424 Årdal	4	5	1	2
1426 Luster		2		1
1428 Askvoll		1		
1429 Fjaler	2	3		2
1430 Gaular	2	3		1
1431 Jølster	1	4		2
1432 Førde	1	3		2
1433 Naustdal	1	2		1
1438 Bremanger	8	8		
1439 Vågsøy	1	3	5	7
1441 Selje	4	6		1
1443 Eid	4	4	2	2

Kommune	Kun boligbase	Bolig-base	Kun ambulerende	Ambulerende
1444 Hornindal		1		2
1445 Gloppen	1	4	1	3
1449 Stryn	4	4	4	4
1504 Ålesund	23	23	9	10
1505 Kristiansund	21	21	4	4
1511 Vanylven	1	1	1	1
1514 Sande (M. og R.)		1		1
1515 Herøy (M. og R.)	4	8		5
1516 Ulstein	1	1		
1517 Hareid		3		2
1520 Ørsta	1	4		2
1523 Ørskog	1	3		2
1524 Norddal	1	3	1	3
1525 Stranda	1	7		4
1526 Stordal	1	2		1
1528 Sykkylven	4	4		2
1529 Skodje	1	2		1
1531 Sula	4	4		1
1532 Giske	4	6	2	2
1535 Vestnes		1		1
1539 Rauma		1	1	4
1543 Nesset	2	2	1	1
1545 Midsund		2		1
1546 Sandøy		2	1	3
1547 Aukra	1	1	1	2
1548 Fræna	6	6	1	1
1551 Eide	2	5		1
1554 Averøy		1		1
1557 Gjemnes	1	1	1	1
1560 Tingvoll		3		3
1563 Sunndal		4		1
1566 Surnadal		4		2
1567 Rindal	2	2	1	1
1571 Halså	1	2		1
1573 Smøla		1	3	4
1576 Aure		3		2
1601 Trondheim	16	26	12	19
1612 Hemne	3	3	1	1
1613 Snillfjord	1	2		1
1617 Hitra	2	3	2	3
1620 Frøya		2		2
1621 Ørland		2		2
1622 Agdenes		2		1
1624 Rissa		4		4
1627 Bjugn	3	4		1
1630 Åfjord	1	3		2
1632 Roan		2		2
1633 Osen		1		1
1634 Oppdal		1		1
1635 Rennebu	1	3		1
1636 Meldal	4	6	1	1
1638 Orkdal	7	7	2	2
1640 Røros	1	2	1	2
1644 Holtålen			1	1
1648 Midtre Gauldal	2	4	1	3
1653 Melhus	5	6	3	4
1657 Skaun	2	4		1
1662 Klæbu		2		2
1663 Malvik		1		1
1664 Selbu		2		1
1665 Tydal		1		1
1702 Steinkjer	10	13	3	6

Kommune	Kun boligbase	Bolig-base	Kun ambulerende	Ambulerende
1703 Namsos	11	13	5	6
1711 Meråker	2	4	1	2
1714 Stjørdal	2	11	2	9
1717 Frosta	2	3		1
1718 Leksvik	2	4		1
1719 Levanger	3	3	2	2
1721 Verdal	4	9		4
1724 Verran	1	4		2
1725 Namdalseid	1	4		3
1736 Snåase Snåsa		1	1	1
1738 Lierne	2	2	1	1
1739 Raarvihke Røyrvik		1		1
1740 Namsskogan		1		1
1742 Grong	1	2		1
1743 Høylandet		1		1
1744 Overhalla		2		3
1748 Fosnes		1	2	2
1749 Flatanger		1		1
1750 Vikna	1	5		2
1751 Nærøy	1	6		1
1755 Leka		1		1
1756 Inderøy		1		1
1804 Bodø	14	16	9	11
1805 Narvik	14	15	4	5
1811 Bindal		2		2
1812 Sømna		1		1
1813 Brønnøy		1		1
1818 Herøy (Nordl.)		2	1	1
1820 Alstahaug	1	4		2
1822 Leirfjord		2		2
1825 Grane	1	1		1
1826 Hattfjelldal		2		1
1827 Dønna		1		1
1828 Nesna	1	2		1
1832 Hemnes	6	6	2	2
1833 Rana	12	23		11
1834 Lurøy		5		5
1835 Træna		1		
1836 Rødøy		1		1
1837 Meløy		5	1	3
1838 Gildeskål	3	4		1
1839 Beiarn			2	2
1841 Fauske	3	7		4
1845 Sørfold			2	2
1848 Steigen	3	3	2	2
1849 Hábmer Hamarøy		3		2
1850 Divtasvuodna Tysfjord	1	1		
1851 Lødingen		2		2
1852 Tjeldsund		1		1
1853 Evenes		2		2
1854 Ballangen	1	2		1
1857 Værøy				1
1859 Flakstad	1	2	1	1
1860 Vestvågøy	3	5		2
1865 Vågan	4	6	3	7
1866 Hadsel		2		2
1868 Øksnes	2	2	2	2
1870 Sortland	4	5		1
1871 Andøy	4	8	2	5
1874 Moskenes		1		1
1902 Tromsø	8	22	1	11
1903 Harstad	2	6	1	6

Kommune	Kun boligbase	Bolig- base	Kun ambulerende	Ambuler- ende
1911 Kvæfjord	2	4		2
1913 Skånland	2	4		2
1917 Ibestad		1		1
1919 Gratangen	1	2		1
1920 Lavangen		1		1
1922 Bardu		4		3
1923 Salangen	1	1	1	1
1924 Målselv	1	4		3
1925 Sørreisa	1	3		1
1926 Dyrøy	1	1		
1927 Tranøy		1		
1928 Torsken		2	2	4
1929 Berg	1	1		
1931 Lenvik	2	3	2	3
1933 Balsfjord		3	1	6
1936 Karlsøy		3		2
1938 Lyngen		3		3
1939 Storfjord Omasvuotna Omasvuono		1	1	3
1940 Gáivuotna Káfjord		2	1	2
1941 Skjervøy	1	6		4
1942 Nordreisa	2	4		2
1943 Kvænangen		1	1	1
2002 Vardø	1	1	1	1
2003 Vadsø	2	3		1
2011 Guovdageaidnu Kautokeino	2	2	1	1
2012 Alta	13	14	2	3
2014 Loppa		1		1
2015 Hasvik		1		2
2017 Kvalsund	1	3		1
2018 Måsøy	1	2		1
2019 Nordkapp		2		2
2020 Porsanger Porsángu Porsanki	2	2	1	1
2021 Kárásjohka Karasjok	1	3	1	3
2022 Lebesby		1		1
2024 Berlevåg		1		1
2025 Deatnu Tana	2	2	1	2
2027 Unjárga Nesseby		1		1
2028 Båtsfjord	1	3		
2030 Sør-Varanger	1	8		6
<b>Totalt</b>	<b>1 411</b>	<b>2 205</b>	<b>421</b>	<b>1 083</b>

## Vedlegg I: Målgrupper fordelt på kommune

Tabell I1 Oversikt over antall virksomheter med ulike målgrupper per kommune. Kommunetabell

Kommune	Utviklings- hemming	Utviklings- hemming og psykiske lidelser	Utviklings- hemming og dobbelt- diagnose	Psykiske lidelser	Psykiske lidelser og rusproblemer	Psykiske lidelser og dobbelt- diagnose
0101 Halden	12	4		1		
0104 Moss	7					
0105 Sarpsborg	8	2	1		1	
0106 Fredrikstad	11			6		
0111 Hvaler	1				1	
0119 Marker	1					
0122 Trøgstad	1	1			1	
0124 Askim	2			1	1	
0125 Eidsberg	6			1		
0127 Skiptvet	1					
0137 Våler (Østf)	1				1	
0211 Vestby	1			1		
0213 Ski	1	2		1		
0214 Ås	2	1				1
0215 Frogn			3	1	1	
0216 Nesodden	4	1		1		
0217 Oppegård	5	1		1		
0219 Bærum	37			8		
0220 Asker	13			4		
0221 Aurskog-Høland	1		1	1	1	
0226 Sørums	3	1				
0227 Fet	2			1		
0229 Enebakk	1					
0230 Lørenskog	5			1		
0231 Skedsmo	7			2	1	
0233 Nittedal	3			1		
0234 Gjerdrum		1				
0235 Ullensaker	5					
0237 Eidsvoll	3					
0238 Nannestad	1					
0301 Oslo kommune	76	2		11	5	1
0402 Kongsvinger	2	1			1	
0403 Hamar	15			1		
0412 Ringsaker	8		8		1	
0415 Løten				1		
0417 Stange		1		1		
0418 Nord-Odal	5					
0420 Eidskog	3					
0423 Grue	2				1	
0425 Åsnes			2		1	1
0426 Våler (Hedm)					1	
0427 Elverum	7				1	
0428 Trysil	4				1	
0429 Åmot	1					
0430 Stor-Elvdal	1					
0437 Tynset	1					
0438 Alvdal	1					
0501 Lillehammer	4		2			2
0502 Gjøvik	7	4		3		
0513 Skjåk	1					
0515 Vågå		1				
0516 Nord-Fron	1					
0521 Øyer	1					
0522 Gausdal	2					
0528 Østre Toten	2	1			1	
0529 Vestre Toten				1		
0532 Jevnaker	1	1				



Kommune	Utviklings- hemming	Utviklings- hemming og psykiske lidelser	Utviklings- hemming og dobbelt- diagnose	Psykiske lidelser	Psykiske lidelser og rusproblemer	Psykiske lidelser og dobbelt- diagnose
0533 Lunner	3	1				1
0534 Gran	6	2		1		
0536 Søndre Land	3				1	
0538 Nordre Land	3					
0540 Sør-Aurdal	2					
0541 Etnedal	1					
0542 Nord-Aurdal	5				1	
0543 Vestre Slidre	1				1	
0544 Øystre Slidre	1					
0545 Vang	1					
0602 Drammen	14	1		2		
0604 Kongsberg	3	2		2		
0612 Hole	1					
0616 Nes (Busk)	2			1		
0617 Gol			1			
0619 Ål						1
0620 Hol		2				
0622 Krødsherad	1			1		
0623 Modum	3	1		1		
0624 Øvre Eiker	4					
0625 Nedre Eiker	6			2		
0626 Lier	2					
0627 Røyken	3			3		
0628 Hurum	1	2		1		
0631 Flesberg	1					
0632 Rollag	1					
0701 Horten	4	1	2		1	
0706 Sandefjord	6			1	1	
0709 Larvik			1			
0711 Svelvik					1	
0713 Sande (Vestf)	1			1		
0714 Hof		1				
0716 Re	1				1	
0720 Stokke	5				1	
0722 Nøtterøy	4		1		1	
0723 Tjøme		1		1		
0805 Porsgrunn	5					
0806 Skien	13			2	1	
0807 Notodden	6				3	
0814 Bamble	3				1	
0815 Kragerø	3	1	1		1	1
0819 Nome	5					
0821 Bø (Telem)	4					1
0822 Sauherad	1					
0827 Hjørtedal			1			
0829 Kviteseid	1					
0830 Nissedal	1					
0833 Tokke	1					
0901 Risør	1	1				
0906 Arendal	4		1	1		
0911 Gjerstad	1					
0912 Vegårshei	1					
0914 Tvedestrand	1					
0919 Froland					1	
0926 Lillesand	4				1	
0938 Bygland	1				1	
0940 Valle	1					
1001 Kristiansand	27	1		13	2	
1002 Mandal	2	1				
1003 Farsund			1		1	

Kommune	Utviklings- hemming	Utviklings- hemming og psykiske lidelser	Utviklings- hemming og dobbelt- diagnose	Psykiske lidelser	Psykiske lidelser og rusproblemer	Psykiske lidelser og dobbelt- diagnose
1004 Flekkefjord	1					
1017 Songdalen	2					
1018 Søgne			2			
1021 Marnardal	2					
1027 Audnedal						1
1029 Lindesnes	1					
1032 Lyngdal				1		
1037 Kvinesdal	5					
1101 Eigersund	2					
1102 Sandnes	13					
1103 Stavanger	17	4		7	3	
1106 Haugesund	6	2		1		
1111 Sokndal	1					
1120 Klepp	5					1
1121 Time	1			2		
1122 Gjesdal		1				1
1124 Sola	9					2
1127 Randaberg	1			2	1	
1130 Strand	4			1	1	
1133 Hjelmeland	1					
1134 Suldal	1			1		
1135 Sauda	2					2
1141 Finnøy	1					
1142 Rennesøy		1				
1146 Tysvær				2		
1149 Karmøy	10			1		1
1160 Vindafjord	3			1	1	
1201 Bergen	74	1	13	31	1	
1216 Sveio	2				1	
1219 Bømlo	1					
1221 Stord	5			1		
1223 Tysnes	2					
1224 Kvinnherad	1					
1227 Jondal						1
1228 Odda	1					
1231 Ullensvang	1			1		
1235 Voss	4			1	1	
1238 Kvam	3			1		
1241 Fusa	1					
1242 Samnanger	1					
1243 Os (Hord)	4			1		
1244 Austevoll	1					
1245 Sund				1		
1246 Fjell	1	1		1		2
1247 Askøy	9			1		
1251 Vaksdal	1					
1253 Osterøy	4			1		
1256 Meland	1					
1259 Øygarden	1					
1260 Radøy	1					
1263 Lindås	6			2		
1264 Austrheim	1	1				
1401 Flora	6	1				
1411 Gulen	3					
1412 Solund	1	1				
1417 Vik	2					
1418 Balestrand		1				
1420 Sogndal	1			1		
1421 Aurland	1	1				
1422 Lærdal	1			1		

Kommune	Utviklings- hemming	Utviklings- hemming og psykiske lidelser	Utviklings- hemming og dobbelt- diagnose	Psykiske lidelser	Psykiske lidelser og rusproblemer	Psykiske lidelser og dobbelt- diagnose
1424 Årdal	4					
1429 Fjaler	2		1			
1430 Gaular	2					
1431 Jølster	1					
1433 Naustdal	1					
1438 Bremanger	3			1		
1439 Vågsøy			3			
1443 Eid	4			1		
1445 Gloppen	1					
1449 Stryn	3					
1504 Ålesund	15			2		
1505 Kristiansund	13	1		3		
1511 Vanylven	1					
1515 Herøy (M og R)	3			1		
1523 Ørskog				1		
1524 Norddal	1					
1525 Stranda		1				1
1528 Sykkylven		1				1
1531 Sula	1	1				1
1532 Giske	2			1		
1539 Rauma				1		
1543 Nesset	1					
1545 Midsund	1					
1547 Aukra			1			1
1548 Fræna	4					
1551 Eide		2				
1557 Gjemnes	1					
1560 Tingvoll	1					
1563 Sunndal		3				
1566 Surnadal			2			
1567 Rindal	2					
1571 Halså						1
1601 Trondheim	8			1		
1612 Hemne		1				
1613 Snillfjord	1					
1620 Frøya		1				
1621 Ørland		1				
1622 Agdenes	1					
1624 Rissa		1				
1627 Bjugn	1					
1630 Åfjord		1				
1636 Meldal	2		1			
1638 Orkdal	3					
1640 Røros		1				
1648 Midtre Gauldal	1					
1653 Melhus	4					1
1657 Skaun	3					
1664 Selbu		1				
1702 Steinkjer				1		
1703 Namsos		1				
1714 Stjørdal	3					2
1717 Frosta		1				
1718 Leksvik	1	1				
1719 Levanger	1	1				
1721 Verdal	2					1
1724 Verran						1
1736 Snåase Snåsa	1					
1738 Lierne	1	1				
1742 Grong	1					
1744 Overhalla	1					1

Kommune	Utviklings- hemming	Utviklings- hemming og psykiske lidelser	Utviklings- hemming og dobbelt- diagnose	Psykiske lidelser	Psykiske lidelser og rusproblemer	Psykiske lidelser og dobbelt- diagnose
1750 Vikna	1					
1751 Nærøy	3				1	
1804 Bodø	5	1		2	3	
1805 Narvik	10			1	2	
1811 Bindal			1			
1818 Herøy (Nordl)			1			
1820 Alstahaug						1
1825 Grane	1					
1826 Hattfjelldal		1				
1832 Hemnes	3					
1833 Rana	8			1		
1837 Meløy	1	1				1
1838 Gildeskål	1			1		
1841 Fauske	1		1			
1848 Steigen		1				
1853 Evenes	1					
1854 Ballangen	1					
1859 Flakstad	1	1				
1860 Vestvågøy	1					
1865 Vågan		2	2		1	
1866 Hadsel	1					
1868 Øksnes	2					
1870 Sortland	3					
1871 Andøy		4				
1902 Tromsø	6	1		1		
1903 Harstad	1			1		1
1911 Kvæfjord	2					
1913 Skånland	1			1		
1919 Gratangen	1					
1922 Bardu		1				
1923 Salangen		1				
1924 Målselv	1		1		1	
1925 Sørreisa	1			1		
1926 Dyrøy	1					
1928 Torsken	1	1				
1931 Lenvik	1					
1933 Balsfjord	1					1
1938 Lyngen		1				
1939 Storfjord Omasvuotna Omasvuono	1					
1940 Gáivuotna Kåfjord	1					
1941 Skjervøy	1				1	
1942 Nordreisa						1
1943 Kvænangen	1			1		
2002 Vardø	1					
2011 Guovdageaidnu Kautokeino			1			
2012 Alta	9	2		1		
2017 Kvalsund	1					
2020 Porsanger Porsángu Porsanki				1		
2021 Kárásjohka Karasjok	1					
2025 Deatnu Tana				1		
2028 Båtsfjord	1					
2030 Sør-Varanger	1					
<b>Totalt</b>	<b>875</b>	<b>97</b>	<b>56</b>	<b>172</b>	<b>75</b>	<b>21</b>

## Figurregister

Figur 1.1	Sammenhengen mellom Enhetsregisteret, SSBs sysselsettingsregister, IPLOS og KOSTRA. Data kan knyttes sammen ved hjelp av virksomhetens organisasjonsnummer .....	10
Figur 2.1	Forholdet mellom foretak og virksomhet.....	13
Figur 3.1	Virksomheter i drift fordelt etter type virksomhet. N=2 822 .....	20
Figur 3.2	Grad av integrering i ulike kombinasjoner av hjemmetjeneste og institusjon, etter hvor mange ansatte som jobber fleksibelt etter behov i flere virksomhetstyper. Prosent .....	23
Figur 4.1	Fordeling av målgrupper. Alle hjemmetjenestevirksomheter. N=2 680.....	28
Figur 4.2	Eksempel på virksomheter med integrerte målgrupper .....	29
Figur 4.2	Virksomheter med målgruppe dobbeltdiagnose, fordelt etter type målgruppe spesifisert i merknadsfelt. N=79.....	31
Figur 4.3	Fordeling av målgrupper. Hjemmetjeneste boligbase. N=1411 .....	33
Figur 4.4	Fordeling av målgrupper. Hjemmetjeneste ambulerende. N=421.....	37
Figur 4.5	Fordeling av målgrupper. Hjemmetjeneste kombinert med annen type virksomhet. N=439.....	39
Figur 4.6	Virksomheter med kun en målgruppe, fordelt etter målgruppe. Hjemmetjeneste boligbase, hjemmetjeneste ambulerende og hjemmetjeneste kombinert med annen type virksomhet. Prosent.....	40
Figur 4.7	Virksomheter med kun en målgruppe, fordelt etter type virksomhet. Hjemmetjeneste boligbase, hjemmetjeneste ambulerende og hjemmetjeneste kombinert med annen type virksomhet. Prosent.....	40
Figur 5.1	Bruken og ønskeligheten av mer detaljert regnskap enn KOSTRA-standard. Alle hjemmetjenestevirksomheter. Prosent. N=2 680 .....	42
Figur 6.1	Ulike typer virksomheter i drift, fordelt etter kommunestørrelse. Prosent.....	44
Figur 6.2	Fordeling av målgrupper etter kommunestørrelse. Virksomheter med kun en målgruppe. Hjemmetjeneste boligbase. N=1411. Prosent.....	45
Figur 6.3	Fordeling av målgrupper etter kommunestørrelse. Hjemmetjeneste boligbase. N=1411. Prosent .....	46
Figur 6.4	Dagens regnskapsføring for hjemmetjenestevirksomhetene i kommunen, etter kommunestørrelse. N=2680. Prosent.....	48
Figur 6.5	Ønsket regnskapsføring for hjemmetjenestevirksomhetene i kommunen, etter kommunestørrelse. N=2680. Prosent .....	49
Figur 7.1	Utviklingen i kommunale årsverk for funksjon 253 og 254. 2010-2014.....	54
Figur 7.2	Utviklingen i lønnsutgifter for funksjon 253 og 254. 2010-2014 .....	54
Figur A1	Forholdet mellom foretak, virksomhet og organisasjonsledd .....	66
Figur A2	Del av omsorgstjenestene i en tenkt kommune .....	68
Figur B1	Innsendingsstatistikk.....	73
Figur B2	Antall dubletter, fordelt etter antall endringer per skjema.....	74
Figur F1	Sammenhengen mellom Enhetsregisteret, KOSTRA-funksjon og IPLOS-tjeneste .....	90

## Tabellregister

Tabell 2.1	Næringskoder i hjemmetjenesten .....	14
Tabell 2.2	Populasjonen av virksomheter, fordelt etter de ulike næringskodene i hjemmetjenesten .....	15
Tabell 2.3	Innsendingsstatistikk, N=3 303 .....	18
Tabell 3.1	Hjemmetjenestevirksomheter i drift, fordelt etter type virksomhet, N=2 822 .....	19
Tabell 3.2	Hjemmetjenestevirksomheter i drift, fordelt etter type virksomhet, N=2822 .....	19
Tabell 3.3	Virksomheter i drift, fordelt etter type virksomhet, N=2822 .....	19
Tabell 3.4	Virksomheter i drift, fordelt etter type virksomhet, N=2822 .....	20
Tabell 3.5	Hjemmetjenestevirksomheter i kombinasjon med annen tjeneste, fordelt etter type virksomhet, N=2 822 .....	20
Tabell 3.6	Oversikt over virksomheter med flere typer næring. I hvor stor grad er virksomhetene integrert med hverandre, definert ved hvor mange ansatte som jobber fleksibelt etter behov på flere av virksomhetene. Prosent .....	22
Tabell 3.7	Virksomheter etter bemanningsgrad i boligbaser, N= 2 205 .....	23
Tabell 3.8	Virksomheter etter bemanningsgrad i boligbaser uten heldøgns bemanning, N=399 .....	24
Tabell 3.9	Andel virksomheter regnskapsført innen hver KOSTRA-funksjon, etter type virksomhet, N=2 680 .....	25
Tabell 4.1	Hjemmetjenestevirksomheter, fordelt etter målgrupper. Diagonal nedover fra venstre til høyre gir antall virksomheter med kun én målgruppe. N=2 680 .....	27
Tabell 4.2	Hjemmetjenestevirksomheter, fordelt etter målgruppe. N=2 680 .....	27
Tabell 4.3	De vanligste kombinasjoner av målgrupper for. N=2 680 .....	29
Tabell 4.4	Spesifikasjon av "annen målgruppe" i hjemmetjenestevirksomhetene .....	30
Tabell 4.5	Virksomheter som er kun boligbase, fordelt etter målgrupper. Diagonal nedover fra venstre til høyre gir antall virksomheter med kun én målgruppe. N=1 411 .....	32
Tabell 4.6	Virksomheter som er kun boligbaser, fordelt etter målgrupper og antall virksomheter med én eller flere målgrupper. N=1 411 .....	33
Tabell 4.7	De vanligste kombinasjoner av målgrupper for virksomheter som er kun boligbase. N=1411 .....	34
Tabell 4.8	Bemanningsgrad i boligbaser, etter målgruppe .....	34
Tabell 4.9	Kun boligbase og kun én målgruppe, 2011 vs 2014 .....	35
Tabell 4.10.	Virksomheter som er kun ambulerende hjemmetjeneste, fordelt etter målgrupper. Diagonal nedover fra venstre til høyre gir antall virksomheter med kun én målgruppe. N=421 .....	36
Tabell 4.11	Virksomheter som er kun ambulerende hjemmetjeneste, fordelt etter målgrupper og antall virksomheter med én eller flere målgrupper. N=421 .....	36
Tabell 4.12.	De vanligste kombinasjoner av målgrupper for virksomheter som er kun ambulerende hjemmetjeneste. N=421 .....	37
Tabell 4.13.	Virksomheter som er hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper, fordelt etter målgrupper. Diagonal nedover fra venstre til høyre gir antall virksomheter med kun én målgruppe. N=439 .....	38
Tabell 4.14	Virksomheter som er hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper, fordelt etter målgrupper og antall virksomheter med én eller flere målgrupper. N=439 .....	38
Tabell 4.15.	De vanligste kombinasjoner av målgrupper for virksomheter som er hjemmetjeneste kombinert med andre tjenestetyper. N=439 .....	39
Tabell 5.1	Sammenheng mellom allerede etablert detaljert kontoplan internt i kommunen, og ønske om standardisert detaljert kontoplan. Prosentuert horisontalt .....	42
Tabell 6.1.	Kommuneinndeling etter innbyggertall per 1.1.2015 .....	43
Tabell 6.2.	Innbyggertall i ASSS-kommunene 1.1.2015 .....	43
Tabell 6.3.	Type virksomhet etter kommunestørrelse .....	44
Tabell 6.4.	Andel boligbaser med kun én målgruppe etter kommunestørrelse .....	45
Tabell 6.5.	Boligbaser etter målgruppe og kommunestørrelse. N = 1 411 .....	46
Tabell 6.6.	Ambulerende virksomheter med kun én målgruppe, etter kommunestørrelse ..	47
Tabell 6.7.	I hvilken grad har kommunene en mer detaljert regnskapsføring enn KOSTRA-standard, etter kommunestørrelse. Prosent .....	47
Tabell 6.8.	I hvilken grad ønsker kommunene en mer detaljert regnskapsføring enn KOSTRA-standard, etter kommunestørrelse. Prosent .....	48
Tabell 7.1	Antall virksomheter og kommuner innen ulike typer virksomhet. N=2 680 .....	51

Tabell 7.2	Antall virksomheter og kommuner med målgruppe utviklingshemming og psykiske lidelser, gjensidig utelukkende kategorier .....	52
Tabell 7.3	Antall virksomheter og kommuner innen summerte målgrupper utviklingshemming og psykiske lidelser, ikke gjensidig utelukkende .....	53
Tabell 7.4	Fordeling av lønnsutgifter og kommunale årsverk i omsorgstjenester, 2014 ....	55
Tabell A1	Næringskoder i hjemmetjenesten .....	66
Tabell A2	Andel private virksomheter med hjemmetjenestenæring i Enhetsregisteret, N=3 642 .....	69
Tabell A3	Populasjonen av virksomheter, fordelt etter de ulike næringskodene i hjemmetjenesten .....	69
Tabell B1	Innsendingsstatistikk, N=3 303 .....	76
Tabell F1	KOSTRA-funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse .....	91
Tabell F2	KOSTRA-funksjon 253 Helse- og omsorgsinstitusjoner .....	91
Tabell F3	KOSTRA-funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.....	91
Tabell F4	KOSTRA-funksjon 256 Kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold .....	91
Tabell H1	Oversikt over antall virksomhetstyper per kommune. Kommunedatabell .....	95
Tabell I1	Oversikt over antall virksomheter med ulike målgrupper per kommune. Kommunedatabell .....	102

**Statistisk sentralbyrå**

Postadresse:  
Postboks 8131 Dep  
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:  
Akersveien 26, Oslo  
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: [ssb@ssb.no](mailto:ssb@ssb.no)  
Internett: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)  
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-9324-5 (trykt)  
ISBN 978-82-537-9325-2 (elektronisk)  
ISSN 0806-2056

ISBN 978-82-537-9324-5



9 788253 793245



**Statistisk sentralbyrå**  
Statistics Norway