

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn på kandidater:

Bjørn B. Børresen,
Christian Hylde

Produktivitet eller kvalitet?

- hva forklarer ulik effektivitetsskår i fire norske kommuner?

Dato: 19.5 2017

Totalt antall sider: 113

SAMMENDRAG

Regjeringen Solberg oppnevnte Produktivitetskommisjonen i 2014, som skulle kartlegge årsakene til svakere produktivetsvekst og fremme konkrete forslag til økt produktivitet i norsk økonomi. Produktivitetskommisjonen sier at potensialet for effektivisering er mellom 30 og 35 prosent innen pleie og omsorg i norske kommuner (NOU 2015:1).

Men er forskjellene kommisjonen viser til et uttrykk for varierende effektivitet? Jensen (2015) hevder beregningene i hovedsak gjengir forskjeller i kommunenes utgifter per bruker i pleie og omsorg. De kommunene som bruker minst ressurser, er de mest effektive. Dersom en kommune øker bemanningen for å få bedre legetilsyn, mer fysioterapi og flere pleiere med litt mer tid til beboerne, reduseres effektiviteten i beregningene kommisjonen støtter seg på.

Hva er den egentlige årsaken til at kommunene skårer så ulikt i beregningene kommisjonen viser til? Hvem har rett? Er det et potensiale for effektivisering på opp mot 30 prosent, slik Produktivitetskommisjonen hevder, eller er det et uttrykk for forskjeller i kvalitet, slik Jensen (2015) hevder?

Basert på tall fra effektivitetsstudier ved Senter for økonomisk forskning (SØF), har vi valgt ut fire kommuner som case. To av kommunene, Røros og Dovre, har en sterk effektivitetsskår, mens Lesja og Ringebu har en svak. Forskjellen er omkring 30 prosent, det samme som Produktivitetskommisjonen hevder er effektiviseringspotensialet i norske kommuner.

Oppgaven har følgende problemstillinger:

- Hva forklarer ulik effektivitetsskår mellom Røros og Dovre på den ene siden, og Lesja og Ringebu på den andre?
- Hva er begrensningene i effektivitetsskåren?

Oppgaven påviser en sammenheng mellom effektivitet og kvalitet. Røros og Dovre, som har en sterk effektivitetsskår, har objektivt sett en svakere kvalitet enn Lesja og Ringebu. Den svake effektivitetsskåren til Lesja og Ringebu kan i stor grad ikke forklares med reelle produktivetsforskjeller.

Ringebu er blant de beste kommunene på kvalitetsindeksen for pleie og omsorg i Kommunebarometeret. Dette har ikke vært mulig uten en sterk prioritering av pleie og omsorg, og en høy bemanning og kostnadsstruktur. På den andre siden er Røros rangert blant

de svakeste i landet på kvalitet. De har samtidig den sterkeste effektivitetsskåren av de fire kommunene.

Høy bemanning og kvalitet i tjenestetilbudet gir høyere kostnader. Jensen (2015) har derfor rett når han sier at effektivitetsskåren i stor grad uttrykker forskjeller i ressursbruk, og ikke produktivitet. Det er ikke slik som Produktivitetskommisjonen gir inntrykk av, nemlig at kommuner som Lesja og Ringebru kan innhente et 30 prosent effektiviseringspotensial uten at det får konsekvenser for kvaliteten og innholdet i tjenestetilbudet.

SØF sier at effektivitetsstudiene legger til grunn en teknisk effektivitet når de beregner en effektivitetsskår, dvs. fravær av sløsing av ressurser. Oppgaven viser at det er kvalitet, innhold og bemanning, og ikke sløsing, som forklarer forskjellene. Det er ikke slik som definisjonen av produktivitet tilsier, at kostnadene kan reduseres uten at det får betydning for kvalitet og innhold i tjenestetilbudet. Det er ikke mulig å identifisere den slakken som skal være i Lesja og Ringebru, snarere tvert imot.

I alle kommunene ser pleie- og omsorgslederne et potensiale for forbedring og økt effektivitet. Men effektivitetsskåren måler i liten grad de utfordringene kommunene står i. Noe av årsaken er hvilken effektivitet skåren ikke måler, nemlig prioriteringseffektiviteten. Effektivitetsskåren måler ikke det viktigste, nemlig hvor godt man får utnyttet begrensede ressurser i forhold til innbyggernes behov. Jensen (2015) har derfor rett i at effektivitetsskåren ikke er egnet til å si noe om effektiviteten i betydningen forholdet mellom de velferdsgevinster som oppnås ved et tiltak og ressursinnsatsen til tiltaket (prioriteringseffektivitet).

Effektivitetsskåren reflekterer i stor grad kostnadsnivået i kommunene, som igjen er sterkt påvirket av kommuneøkonomien. Røros og Dovre har den svakeste kommuneøkonomien av de fire kommunene, noe som har lagt direkte føringer på bemannings- og kostnadsnivå. Dette gir en sterk effektivitetsskår. Lesja og Ringebru har historisk sett hatt en bedre økonomi, noe som har gjort at kommunen har kunnet prioritere høyere bemanning og kvalitet. Dette gir en svakere effektivitetsskår.

Behovet for langsiktig, målrettet, og strategisk arbeid, der omstilling og endring må skje over tid, er ikke noe Produktivitetskommisjonen vier stor oppmerksomhet.

Produktivitetskommisjonen sier i det hele tatt lite om hva som skal til for å hente ut effektivitetspotensialet. De sier bare at det er et potensiale. Hvilke konsekvenser det har, og hva det krever av ledelse og prioriteringer er ikke et tema.

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	1
INNHALDSFORTEGNELSE	3
1 INNLEDNING	5
1.1 Er det et potensiale for økt effektivitet innen pleie og omsorg i norske kommuner?..	5
1.2 Hvorfor undersøke effektivitetsforskjeller innen pleie og omsorg?	6
1.3 Problemstilling.....	7
2 PRODUKTIVITETSKOMMISJONEN OG KRITIKKEN AV DEN	8
2.1 Om Produktivitetskommisjonen	8
2.2 Kritikk av Produktivitetskommisjonen.....	9
2.3 Lav effektivitet en myte?	11
3 HVA ER EFFEKTIVITET?.....	12
3.1 Effektivitet og produktivitet i kommunal tjenesteyting.....	12
3.2 Potensiale for bedre effektivitet i kommunal sektor.....	14
3.3 Analysemodell	18
4 METODE	19
4.1 Valg av strategi og forskningsdesign.....	19
4.2 Metodetriangulering	20
4.3 Datainnsamling og gjennomføring	21
4.4 Gyldighet, pålitelighet og forskerrollen.....	23
4.5 Ethiske utfordringer	24
4.6 Mulighetene for generalisering.....	24
4.7 Oppsummering	25
5 EFFEKTIVITETSSKÅREN	26
5.1 Varierende effektivitetsskår.....	26
5.2 Input-variablene i skåren - kostnader til pleie og omsorg	27
5.3 Output-variablene – produksjon	28
5.4 Helse- og omsorgssjefene vurdering av effektivitetsskåren	31
5.5 Oppsummering - input- og outputvariabler i effektivitetsskåren	32
6 GEOGRAFI, BEFOLKNING OG ØKONOMI.....	34
6.1 Geografi og befolknings sammensetning	34
6.2 Befolkningens helse.....	36
6.3 Kommuneøkonomi	36
7 OM KOMMUNENES TJENESTETILBUD OG PRIORITERINGER.....	42
7.1 Tjenestetilbudet i kommunene.....	42
7.2 Prioriteringer etter bistandsbehov.....	44
7.3 Kostnader per bruker i hjemmetjenesten etter funksjonsnivå	48
7.4 Kostnader per bruker i heldøgns omsorgsboliger etter funksjonsnivå	50
7.5 Helse- og omsorgsledernes vurdering av prioriteringer i tjenestetilbudet.....	54
7.6 Organisering av tildelingen av tjenester	56

8	PRODUKTIVITET	59
8.1	Produktivitet I (KOSTRA)	59
8.2	Helse- og omsorgsledernes vurdering av produktivitet.....	60
8.3	Produktivitet II (Indirekte tid)	64
9	KVALITETSFORSKJELLER	66
9.1	Kommunebarometeret: seksten kvalitetsindikatorer for pleie og omsorg.....	66
9.2	Helse- og omsorgsledernes vurdering av kvalitet.....	70
10	KAN FORSKJELLER I EFFEKTIVITETSSKÅR FORKLARES MED PRODUKTIVITETSFORSKJELLER?	73
10.1	Innledning	73
10.2	Analyse av produktivitetsforskjeller	74
10.3	Konklusjon.....	78
11	KAN FORSKJELLER I EFFEKTIVITETSSKÅR FORKLARES MED ULIKE PRIORITERINGER OG PRIORITERINGSEFFEKTIVITET?.....	79
11.1	Innledning	79
11.2	Analyse av kommunenes prioriteringer	79
11.3	Konklusjon.....	83
12	KAN FORSKJELLER I EFFEKTIVITETSSKÅR FORKLARES MED KVALITETSFORSKJELLER?	85
12.1	Innledning	85
12.2	Analyse av kvalitetsforskjeller.....	85
12.3	Konklusjon.....	92
13	HVILKEN BETYDNING HAR KOMMUNEØKONOMI OG LOKALE FORHOLD FOR EFFEKTIVITETSSKÅREN?.....	93
13.1	Innledning	93
13.2	Analyse av kommuneøkonomi, folkehelse, befolkning, geografi og strukturelle forhold.....	93
13.3	Konklusjon.....	99
14	KONKLUSJONER	100
14.1	Ulik effektivitetsskår kan i liten grad forklares med produktivitetsforskjeller....	100
14.2	Effektivitetsskåren måler ikke prioriteringseffektivitet	102
14.3	Kvalitet er subjektivt – og et lokalpolitisk spørsmål	103
14.4	Ikke alt kan telles, noe må også fortelles	104
	LITTERATURLISTE	105
	NETTSTEDER.....	106
	VEDLEGG	107
	Vedlegg 1. Folkehelsebarometeret for Dovre 2015	107
	Vedlegg 2. Folkehelsebarometeret for Lesja 2015.....	108
	Vedlegg 3. Folkehelsebarometeret for Ringebu 2015.....	109
	Vedlegg 4. Folkehelsebarometeret for Røros 2015.....	110
	Vedlegg 5. Intervjuguide	111

1 INNLEDNING

1.1 Er det et potensiale for økt effektivitet innen pleie og omsorg i norske kommuner?

Regjeringen Solberg oppnevnte Produktivitetskommisjonen i 2014, som skulle kartlegge årsakene til svakere produktivitetsvekst og fremme konkrete forslag som kan styrke produktivitet og vekstevne i norsk økonomi. Kommisjonen sier at kommunene har potensial for effektivisering opp mot 20 til 30 prosent. Innenfor pleie og omsorg sier Produktivitetskommisjonen at potensialet for effektivisering er mellom 30 og 35 prosent (NOU 2015:1). Det framkommer ved at kommunenes bemanning og andre driftsutgifter i pleie og omsorg sammenliknes med liggedøgn i institusjoner, enerom, timer til hjemmesykepleie og praktisk bistand. Det tas hensyn til om de ansatte har fagutdanning. Grunnlaget er Borge m.fl. (2015) sine effektivitetsanalyser ved Senter for økonomiforskning i Trondheim (SØF), som har utarbeidet en effektivitetsskår for alle norske kommuner.

Men er forskjellene kommisjonen viser til et uttrykk for varierende effektivitet? Jensen (2015) hevder beregningene i hovedsak gjengir forskjeller i kommunenes utgifter per bruker i pleie og omsorg. Det er ikke analysert hvorvidt disse forskjellene følger av variasjon i effektivitet, kvalitet eller ulike behov hos brukerne. Hvordan kan kommisjonen konkludere med et potensiale for effektivisering på 30 prosent, uten en slik analyse? De kommunene som bruker minst ressurser, er de mest effektive. Dersom en kommune vil øke livskvaliteten til beboerne i sykehjemmene ved å gi et bedre tjenestetilbud, f.eks. med bedre måltider, så synker effektiviteten. Eller om kommunene øker bemanningen for å få bedre legetilsyn, få mer fysioterapi og flere pleiere med litt mer tid til beboerne, synker også effektiviteten i beregningene kommisjonen støtter seg på.

Hva er den egentlige årsaken til at kommunene skårer så ulikt i beregningene kommisjonen viser til? Hvem har rett? Er det et potensiale for effektivisering på mellom 20 og 30 prosent, slik Produktivitetskommisjonen hevder, eller er det et uttrykk for forskjeller i kvalitet, slik Jensen (2015) hevder?

1.2 Hvorfor undersøke effektivitetsforskjeller innen pleie og omsorg?

Den norske velferdsstaten er omfattende og har universelle velferdsrettigheter for sin befolkning, det vil si at alle har lik rett til velferdstjenester. Pleie og omsorgstjenester er i dag grunnleggende velferdstjenester for befolkningen, der kvalitet og tilpasning av tjenestetilbudet er av stor betydning.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (også kalt helse- og omsorgstjenesteloven) trådte i kraft 1.1. 2012. I paragraf 3-1. beskrives kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene slik:

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.»

(Helse- og omsorgstjenesteloven)

Pleie og omsorg i norske kommuner utgjør om lag 1/3 av sektorens samlede ressursbruk. Dersom det viser seg at pleie og omsorg har et effektiviseringspotensial på 30-35 %, som Produktivitetskommisjonen hevder, utgjør dette 33-39 mrd. kroner hvert år (tall for 2015).

Å ha en god effektivitet i offentlig tjenesteproduksjon, som i stor grad er finansiert av allmenn beskatning, er sterkt ønskelig, da det å forvalte fellesskapets ressurser på en best mulig måte bør være et overordnet mål i tillegg til å tilby og utføre pålagte tjenester. Å legge beslag på samfunnets ressurser ved ineffektive tjenester vil igjen føre til at en ikke kan realisere andre mål eller behov som finnes for landet og befolkningen. Pleie- og omsorgstjenestene utgjør en

så stor del av sektorens samlede ressursbruk at vi mener at det er av stor samfunnsmessig interesse å forsøke å få klarhet i om Produktivitetskommisjonens antakelser/funn medfører riktighet.

1.3 Problemstilling

Vi vil med denne oppgaven undersøke effektiviseringspotensialet til norske kommuner gjennom en case-studie av fire kommuner. Røros kommune og Dovre kommune er to kommuner som skårer godt i SØFs beregninger, til tross for beskjeden kommunestørrelse. Lesja og Ringebu er middels til små kommuner, som i beregningene kommer ut med en svak effektivitet. Vi ønsker å benytte disse kommunene til å finne svar på hvorvidt det er reelle effektivitetsforskjeller, eller om variasjonen kan forklares med varierende kvalitet, ulike prioriteringer i kommunene eller andre strukturelle forklaringsvariabler. Dette kan belyse hva effektiviseringsskåren egentlig uttrykker, dvs. i hvilken grad den uttrykker reelle produktivitetsforskjeller og hva den eventuelt overser av variasjoner mellom kommunene.

Oppgaven har følgende problemstillinger:

- *Hva forklarer ulik effektivitetsskår mellom Røros og Dovre på den ene siden, og Lesja og Ringebu på den andre?*
- *Hva er begrensningene i effektivitetsskåren?*

2. PRODUKTIVITETSKOMMISJONEN OG KRITIKKEN AV DEN

2.1 Om Produktivitetskommisjonen

Regjeringen oppnevnte 7. februar 2014 en kommisjon som skal kartlegge årsakene til svakere produktivitetsvekst og fremme konkrete forslag som kan styrke produktivitet og vekstevne i norsk økonomi (produktivitetskommisjonen.no).

Kommisjonens hovedoppgave er å fremme konkrete forslag som kan styrke produktivitet og vekstevne i norsk økonomi, både i konkurranseutsatt, skjermet og offentlig sektor. Så langt har Produktivitetskommisjonen levert to rapporter, hvor den første omtaler produktiviteten i kommunal sektor og dens potensiale for effektivisering.

Kommisjonens utgangspunkt er at effektiv ressursbruk både i privat og offentlig sektor krever at de riktige tjenestene tilbys, og at tjenestene tilbys på en effektiv måte. Kommisjonen mener begrenset konkurranse, mange og komplekse mål og det at de offentlige tjenestene ikke omsettes i et fritt marked innebærer at viktige drivere for økt produktivitet er fraværende (NOU 2016: 3: 32).

I første rapport legger kommisjonen fram materiale som belyser ressursbruken i offentlig sektor. Kommisjonen mener de dokumenterer et betydelig potensial for bedre ressursbruk ved å henvise til internasjonale sammenligninger og effektivitetsstudier av offentlige virksomheter. De hevder nasjonale studier av kommunesektoren viser store forskjeller og store muligheter om man klarer å realisere *beste praksis*. De mener det er store muligheter for økt effektivitet dersom de mindre gode lærer av de beste enhetene. Fordi store deler av sektoren er beskyttet mot virksom konkurranse, er insentivene til effektiv ressursbruk mye svakere enn i privat sektor, hevder Kommisjonen (NOU 2016: 3: 32).

Kommisjonen viser til Hermansen-utvalget «En bedre organisert stat» (NOU 1989: 5), og de påfølgende endringene i offentlig sektor med mål- og resultatstyring og fristilling. De sier det ikke foreligger endelige og entydige evalueringer av de nye organisasjons- og styringsformene (NOU 2016: 3: 32). De foreløpige tiltakene og anbefalingene til Produktivitetskommisjonen er i tråd med Hermansen-utvalgets innstilling. I stedet for nye tiltak, foreslår kommisjonen en styrking av kjente virkemidler som mål- og resultatstyring, fristilling, konkurranseutsetting og økt delegering og ansvar nedover i styringskjeden. Dette er velkjente virkemidler fra reformene i den vestlige verden på 1980- og 1990-tallet, omtalt som

New Public Management (NPM). Hermansen-utvalget anses som begynnelsen på disse reformene i Norge.

New Public Management (NPM) er en samlebetegnelse på det omstillings- og fornyelsesarbeidet som har pågått i offentlig sektor siden 1980-tallet. Målet har vært å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av styringsprinsipper fra privat sektor. NPM regnes ofte som motsats til byråkratisk eller fagstyrt ledelse. Et grunnprinsipp i NPM er at mer markedsorientering innenfor offentlig sektor vil lede til et mer kostnadseffektivt tilbud av offentlige goder. Generelt innebærer det en overgang fra tradisjonelle byråkratiske regler og rutiner til mål, resultater og konkurranse (Baldersheim m.fl..2000: 32-33, www.wikipedia.org).

2.2 Kritikk av Produktivitetskommissjonen

Produktivitetskommissjonens to første rapporter har mottatt kritikk. Jensen (2015) mener at de store effektivitetsutfordringene kommissjonen viser til er påstander. Reformoppskriften er større enheter, mer konkurranseutsetting, mer marked og styring etter samme prinsipper som private bedrifter. At dette vil gi oss bedre offentlige tjenester er først og fremst et ideologisk standpunkt og ikke basert på fakta og forskning, hevder han.

Norge ligger på topp på resultatindikatorerne for livsstandard og levekår. Ressursbruken i offentlig sektor er nærmere et slags gjennomsnittsnivå. Dette er en indikasjon på høy effektivitet i offentlig sektor, mener Jensen (2015: 57).

Ifølge mandatet skal kommissjonen trekke på erfaringer fra produktivitetskommissjoner i andre land, særlig Danmark, men også Australia og New Zealand.

- *Vi har latt oss inspirere av den danske produktivitetskommissjonen*, uttalte finansminister Siv Jensen da den norske kommissjonen ble lansert (pressemelding fra Finansdepartementet, 7.2.2014).

Leder av den danske produktivitetskommissjonen, Peter Birch Sørensen, er også representant i den norske.

Den kritiske danske økonomen Henrik Herløv Lund (heretter kalt HHL) har i en omfattende rapport, "Produktivitetskommission under liberalistisk flag?", samt gjennom flere

aviskronikker, levert en grunnleggende kritikk av den danske kommisjonens arbeid. Han oppsummerer Produktivitetskommisjonens konklusjoner slik (Wahl 2014):

«I den private sektor handler Produktivitetskommisjonens anbefalinger derfor om å sette markedskreftene fri gjennom liberalisering. Og for den offentlige sektor anbefaler kommisjonen samme markedsøkonomiske og (ny)liberalistiske logikk: Mer privatisering og konkurranseutsetting, økt marked og konkurranse, mer mål- og resultatstyring samt styrket ledelse og reduksjon av fagforeningenes innflytelse – med andre ord: New Public Management».

Flere av den danske kommisjonens rapporter (det foreligger totalt seks, samt en rekke faktaark og notater) anbefaler at det offentlige overfører langt flere oppgaver til private aktører – enten gjennom konkurranseutsetting eller ved offentlig-privat samarbeid (OPS), fordi, som den hevder, økt konkurranse skaper økt produktivitet. Til dette påpeker Herløv Lund at Produktivitetskommisjonens anbefalinger ikke har noe vitenskapelig belegg, ”men i stedet tydelige ideologisk-politiske røtter” (Wahl 2014).

Til det har han støtte fra de mest omfattende evalueringer som er gjort av konkurranseutsetting av offentlige tjenester både i Sverige og Danmark de siste årene, som begge konkluderer med at det ikke er noen gevinst å hente ved å overføre oppgaver til private. Andre av Danmarks ledende velferdsforskere (blant dem professorene Bent Greve og Jacob Torfing ved Roskilde Universitet) advarer også mot troen på at konkurranseutsetting av offentlige tjenester vil bidra til forbedringer. De viser både til høye transaksjonskostnader og redusert kvalitet som resultat av anbudssystemet (Wahl 2014).

Kommisjonen benytter seg av det som hevdes å være udokumenterte antagelser om besparelser gjennom privatisering og konkurranseutsetting – ofte vist til gjennom en bruk av såkalt *beste praksis*, eller ved allmenne påstander som f.eks: ”Undersøkelser tyder på at anbud av tjenester rommer et uutnyttet potensial for produktivetsforbedringer i det offentlige til gagn for borgerne og for offentlige budsjetter.” (Sitert fra Herløv Lund i Arbejderen, 3.1.2014, i Wahl 2014).

Kritikken av produktivitetskommisjonen både i Norge og Danmark sår tvil om grunnlaget for kommisjonens påstander, og mener tiltakene er gjentakelse av reformene kjent som New Public Management og ny-liberal politikk.

2.3 Lav effektivitet en myte?

Jensen (2003) hevder det er skapt myter om kommunesektoren og dens manglende effektivitet. Konklusjonene til bl.a Produktivitetskommisjonen hevder han er misvisende og er tuftet på manglende innsikt i kommunal tjenesteproduksjon og feil forståelse av fakta. Kommunal sektor er bedre enn sitt rykte, og er ikke så ineffektiv som Produktivitetskommisjonen hevder.

Produktivitetskommisjonen legger fram beregninger som konkluderer med 30 prosent potensial for produktivetsforbedringer i kommunesektoren. Problemet er at disse beregningene er basert på tall som ikke kan brukes til å beregne effektivitet. Begrepet effektivitet kan defineres som forholdet mellom de velferdsgevinster som oppnås ved et tiltak og ressursinnsatsen til tiltaket (prioriteringseffektivitet). Begrepet produktivitet defineres som forholdet mellom den produksjon som oppnås ved et tiltak og ressursinnsatsen til tiltaket. Forskjellen er at for å vurdere effektivitet, i betydningen prioriteringseffektivitet, er det ikke tilstrekkelig å måle produksjonsvolumet – vi må også vurdere den velferdseffekten eller nytten produktene har (Jensen 2015).

Men for å måle velferdseffekt må vi også måle resultatet av produktet. I pleie og omsorg påstår kommisjonen at potensialet for effektivisering er mellom 30 og 35 prosent. Dette framkommer ved at kommunenes bemanning og driftsutgifter i pleie og omsorg sammenlignes med liggedøgn i institusjoner, timer til hjemmesykepleie og praktisk bistand og enerom i institusjonene. Det tas hensyn til om de ansatte har fagutdanning. De kommunene som bruker minst ressurser er de mest effektive. Dersom en kommune vil øke livskvaliteten til beboerne i sykehjemmene ved å gi bedre måltider, for eksempel servere vin og øl til måltidene i helgene, så synker effektiviteten. Eller om de øker bemanningen for å bedre legetilsyn, få mer fysioterapi og flere pleiere med litt mer tid til beboerne, så synker effektiviteten. Det disse beregningene i hovedsak gjengir er forskjellen i kommunenes utgifter per bruker i pleie og omsorg. Hovedårsaken til disse forskjellene er sannsynligvis forskjeller i kvalitet og standard på tjenestene, brukernes behov og ulikhet i kostnadsforhold. Det kommisjonen hevder er effektivitetsforskjeller, kan derfor like gjerne være kvalitetsforskjeller eller forskjeller i kostnads- eller behovsforhold (Jensen 2015).

3. HVA ER EFFEKTIVITET?

3.1 Effektivitet og produktivitet i kommunal tjenesteyting

I økonomisk teori skiller en mellom *kostnadseffektivitet/produktivitet*, *resultateffektivitet* og *prioriteringseffektivitet*. En forutsetning for kostnadseffektivitet er teknisk effektivitet, det vil si fravær av sløsing med produksjonsfaktorer og bruk av teknisk rasjonell teknologi.

Kostnadseffektiv produksjon betyr at det ikke er mulig å redusere kostnadene uten samtidig å redusere produksjonen, eller motsatt, det er ikke mulig å øke produksjonen uten å øke kostnadene (Borge m.fl. 1999: 25).

Dette er hva Produktivitetskommisjonen legger i begrepet produktivitet. Produktivitet er definert som forholdet mellom produksjon og bruken av innsatsfaktorer (samlet faktorinnsats). Produktivitetsvekst er forskjellen mellom veksten i produksjonen og veksten i samlet faktorinnsats. Produktivitetskommisjonen sier at samfunnsøkonomisk effektivitet bør være den prinsipielle rettesnoren for økonomisk politikk. Samfunnsøkonomisk effektivitet skiller seg fra produktivitet, ved at ressursene ikke kan gi større nytte for samfunnet ved å bli anvendt på alternative måter. Ikke alt som øker produktiviteten vil øke den samfunnsøkonomiske effektiviteten (NOU 2015:1: 71).

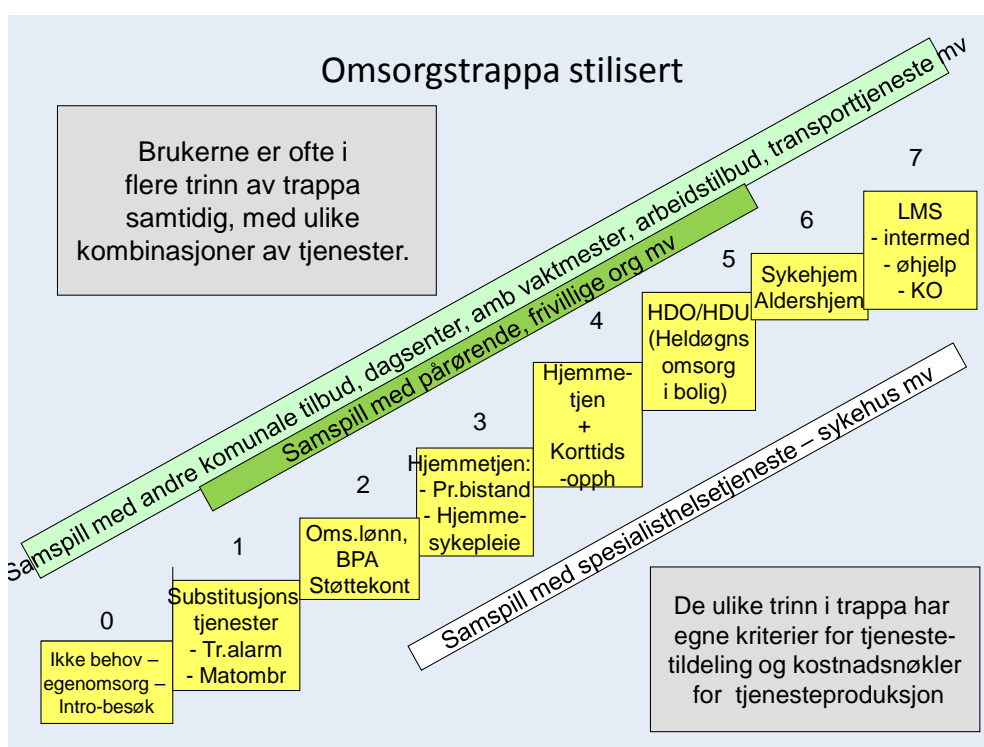
I prinsippet er det liten uenighet om ønskeligheten av høy kostnadseffektivitet i offentlig tjenesteproduksjon (Borge m.fl. 1999: 25).

Målet for offentlig virksomhet er imidlertid ikke høyest mulig produksjon til lavest mulig kostnad. Resultateffektivitet er forholdet mellom ressursinnsats og resultatoppnåelse i vid forstand. En skiller da mellom direkte output (D-output), som kan være et mål på kommunens produksjon innen et tjenesteområde, og indirekte output (C-output/ «consumption output»), som måler resultatet eller produksjonen hos brukeren. Dette skillet ble innført fordi det er en rekke forhold ved brukeren eller omgivelsene som påvirker hvilke resultater en oppnår for brukeren. F.eks. dokumenterer helseøkonomisk forskning at produksjonen i helsevesenet har begrenset betydning for folkehelsen. Befolkningens livsstil har langt større betydning for forekomst av sykdommer og forventet levealder enn ressursinnsatsen i helsevesenet. Med andre ord avhenger resultater for bruker og samfunnet mer av egenskaper ved brukeren og samfunnet generelt enn av offentlig tjenesteproduksjon (Borge m.fl. 1999: 25-26).

I økonomisk velferdsteori er målet at produksjon og forbruk bør være best mulig tilpasset innbyggernes preferanser, med andre ord en maksimering av innbyggernes velferd. Dersom

offentlige tjenestetilbud har en utforming og et omfang som er godt tilpasset befolkningens preferanser, har vi høy prioriteringseffektivitet (allokerings-effektivitet).

I Devolds driftsanalyser (2016, 2015, 2012) defineres effektivitet som grad av hensiktsmessighet i forhold til krav om at omsorgstrappa skal være utbygd og brukt på en slik måte at det best mulig tjener befolkningens behov for omsorgstjenester. Begrepet omsorgstrappa viser til det settet av ulike tjenester og tilbud som pleie og omsorg yter til brukerne, og hvordan de ulike tjenestene er satt sammen på en best mulig måte for å imøtekomme brukernes behov. Dette er en definisjon som uttrykker en form for prioriterings- eller formåls-effektivitet.



Figur 3.1. Illustrasjon av omsorgstrappa. Devold (2016, 2015, 2012).

Den velferdsteoretiske begrunnelsen for lokalt ansvar for offentlig tjenesteproduksjon stammer fra desentraliseringsteoremet. Kommunene kan på basis av egne innbyggers ønsker (preferanser) om offentlige goder, utforme et tilbud som gjenspeiler disse ønskene. Staten forutsettes å utforme en ensartet løsning for hele landet («one size fits all»). Kommunenes tilbud blir et kompromiss skapt på grunnlag av lokalbefolkningens ulike preferanser, mens statens tilbud blir et kompromiss av preferansene til hele befolkningen i landet. I kommuner der innbyggernes preferanser avviker fra landsgjennomsnittet, vil et desentralisert ansvar føre til høyere velferd (høyere prioriteringseffektivitet) for innbyggerne enn ved statlig

oppgaveløsning (Hagen m.fl. 2014: 16-17). Variasjon i kommunenes tjenestetilbud kan derfor være et uttrykk for høy prioriteringseffektivitet.

3.2 Potensiale for bedre effektivitet i kommunal sektor

Borge m.fl. (1999) hevder effektiviteten i offentlig sektor er fallende.

Produktivitetskommisjonen mener at offentlig sektor generelt, og kommunal sektor har et effektiviseringspotensial. De viser til at sammenligninger mellom kommunene avdekker store forskjeller i tjenestetilbud. Potensialet for effektivisering kan anslås til opp mot 30 – 35 pst. for kommuner med lav effektivitet dersom de utnytter ressursene like godt som de mest effektive kommunene, ifølge Produktivitetskommisjonen (NOU 2015:1: 311).

Kommunenes tjenestetilbud er i hovedsak godt over hele landet, men sammenligninger mellom kommunene avdekker store forskjeller i tjenestetilbud og effektivitet. Det er store kostnadsforskjeller også om man ser bort fra kommunestørrelse. Det er vanskelig å måle kvaliteten på tjenestene, men innenfor flere tjenesteområder er det klare tegn til problemer.

Befolkningsvekst og en økende andel eldre stiller krav til omstilling og fornying i kommunene. Behovet for arbeidskraft i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er anslått å øke betydelig fram mot 2030, samtidig som innbyggerne stiller stadig større krav til kvaliteten på de kommunale tjenestene.

Det er gjennomgående vanskelig å finne gode tall for produksjonen av offentlige tjenester. Kommunale tjenester er likevel enklere å sammenligne enn statlige tjenester. Det er mange kommuner, de har ansvar for de samme tjenestene, og statistikken er relativt god. KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet, herunder statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i norske kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Basert på KOSTRA beregnes en produksjonsindeks for kommunene. Indeksen er et samlemål for kommunenes tjenestetilbud basert på produksjonsindikatorer for utvalgte sektorer (NOU 2015:1).

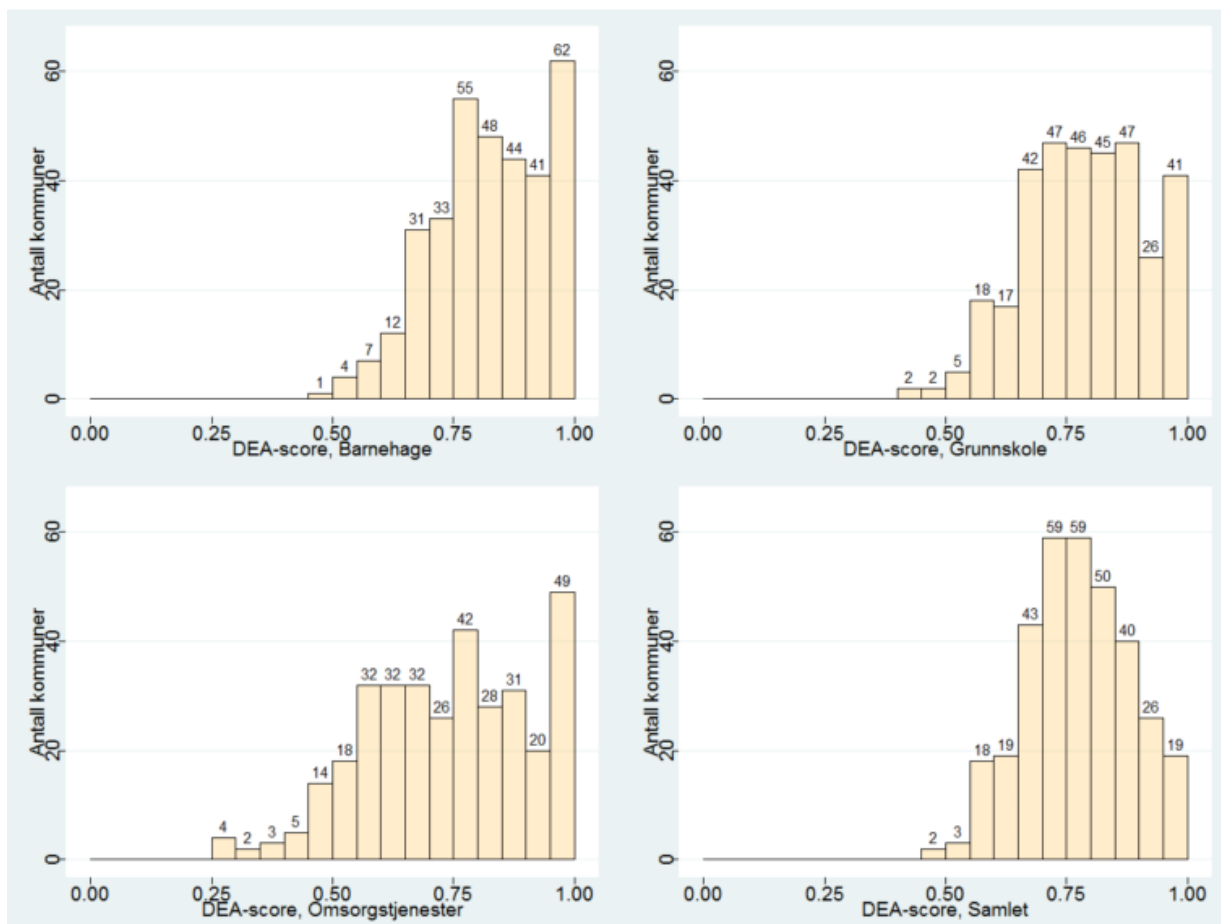
Kommisjonen viser til at kommuner med høye inntekter gjennomgående har et bedre tjenestetilbud enn kommuner med lavere inntekter, men også at det er stor spredning mellom kommuner på samme inntektsnivå. Det er en indikasjon på forskjeller i effektivitet. Borge m.fl. (2008) bruker forholdet mellom en produksjonsindeks for kommunale tjenester og frie

inntekter inkl. eiendomsskatt og konsesjonskraftinntekter, og korrigert for variasjoner i kommunenes utgiftsbehov, som indikator på effektivitet (NOU 2015:1).

Med utgangspunkt i denne indikatoren anslår Kommisjonen at potensialet for effektivisering til opp mot 30 – 35 pst. for kommuner med lav effektivitet dersom de utnytter ressursene like godt som de mest effektive kommunene (NOU 2015:1).

En mer avansert metode for å vurdere muligheter for effektivisering er dataomhyllingsanalyser (DEA). DEA-analyse er blant de mest utbredte analysemetodene i studier av offentlig sektors effektivitet. Metoden beregner relativ effektivitet i tilfeller hvor produksjonsprosessen inkluderer flere innsatsfaktorer og flere produkter. Enhetene vurderes mot hverandre vet at de mest effektive enhetene utgjør en referansefront som de andre enhetene måles mot. Det antas variabelt skalautbytte, slik at små kommuner sammenlignes med andre små kommuner, og at store kommuner sammenlignes med andre store kommuner. En rekke DEA-studier antyder en gjennomsnittlig effektivitet innenfor ulike kommunale tjenester på i størrelsesorden 70 – 80 pst. sammenlignet med effektivitetsfronten (NOU 2015:1). Det kan tolkes som at gjennomsnittskommunen kan redusere ressursbruken med 20 – 30 pst. uten at tjenesteproduksjonen reduseres. Beregnet effektivitet er vanligvis høyere i store kommuner enn i små i denne typen analyser. Siden kommunene med størst potensial omfatter relativt få personer, antas potensialet for effektivisering å være lavere på nasjonalt nivå, anslagsvis 10 – 15 pst. At potensialet for effektivisering er lavere i DEA-analysene enn basert på produksjonsindeksen skyldes i hovedsak at DEA-analysene tar høyde for smådriftsulemper i kommunal tjenesteproduksjon (NOU 2015:1).

I figur 3.2 under er fordelingene av beregnet effektivitet illustrert for de tre sektorene og for samlet effektivitet. Gjennomsnittene for samlet effektivitet er et veid gjennomsnitt av gjennomsnittene for barnehage, grunnskole og omsorgstjenestene. Borge m.fl. (2016: 13) anslår det samlede effektiviseringspotensialet for barnehage, grunnskole og pleie og omsorg til om lag 12 pst. Ressursbruken kan med andre ord reduseres med 12 prosent uten at produksjonen reduseres, dersom alle kommuner blir like effektive som de mest effektive kommunene i samtlige tre sektorer. I omsorgstjenestene har gjennomsnittskommunen et effektiviseringspotensial på opp mot 30 prosent (Borge m.fl. 2016: 13, 16-17).



Figur 3.2. Frekvensfordeling i enkeltsektorene og samlet effektivitet (DEA-analyse), 2015 (Borge m.fl. 2016: 17).

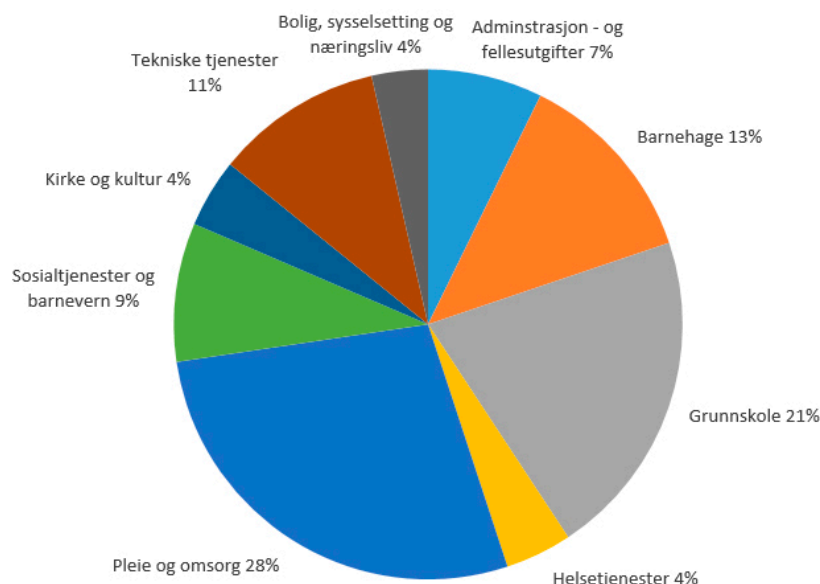
I DEA-analysen beregnes en effektivitetsskår for den enkelte observasjon. Denne informasjonen benyttes til å illustrere variasjon i effektivitet og det samlede effektiviseringspotensialet (Borge 2016: 4).

Effektiviteten til en gitt kommune avhenger av avstanden til referansefronten. Effektivitetsfronten er bestemt av kommunen/de kommunene med det høyeste forholdet mellom produksjon og innsatsfaktorbruk. Effektiviteten uttrykkes som forholdet mellom effektiv bruk av innsatsfaktorer og faktisk bruk av innsatsfaktorer. For alle kommuner som ligger under referansefronten i figuren vil dette forholdet representere et tall (kalt effektivitetsscore eller DEA-score) mellom 0 og 1, mens det for en kommune som representerer referansefronten vil være lik 1.

Jo større avstanden til fronten er, dess lavere vil den beregnede effektiviteten være, dvs. nærmere 0. At en kommune er ineffektiv innebærer at samme produksjonsmengde kunne vært produsert ved lavere innsatsfaktorbruk, dersom produksjonen ble innrettet etter beste praksis, definert ved referansefronten (Borge m.fl. 2016: 4-5).

Flere av DEA-studiene har også analysert faktorer som kan forklare forskjeller i effektivitet mellom kommuner. Borge (2014) oppsummerer disse med at høyt kommunalt inntektsnivå og stor partifragmentering ser ut til å være assosiert med lav effektivitet. Høye inntekter kan redusere nødvendigheten av å effektivisere, og stor partifragmentering kan svekke den politiske handlekraften. Borge viser også til at strukturelle forhold som lavt innbyggertall og spredt bosettingsmønster har negativ effekt på effektiviteten. Kommuner som systematisk sammenligner seg med andre (Revelli og Tovmo 2007) er også pekt på som bidragsytere til høy effektivitet.

I DEA-studier er effektivitetsfronten definert ved de mest effektive kommunene. Høy produktivitetsvekst krever imidlertid også at effektivitetsfronten skyves framover. Det kan skje ved at de som jobber i sektoren har incentiver til effektiv ressursbruk, men også ved praktiske tiltak som å sikre at den mest mulig effektive teknologien blir brukt for å frigjøre arbeidskraft til kjerneoppgavene. For eksempel pekes det i NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg*, på at bruk av velferdsteknologi og sterkere IKT-satsing på forvaltning og ressursstyring vil kunne gi de største mulighetene til å forbedre ressursutnyttelsen i omsorgssektoren. Siden omsorgstjenestene utgjør om lag 1/3 av den kommunale virksomheten, er det som skjer i omsorgssektoren avgjørende for hele kommunen (jfr. figur under).

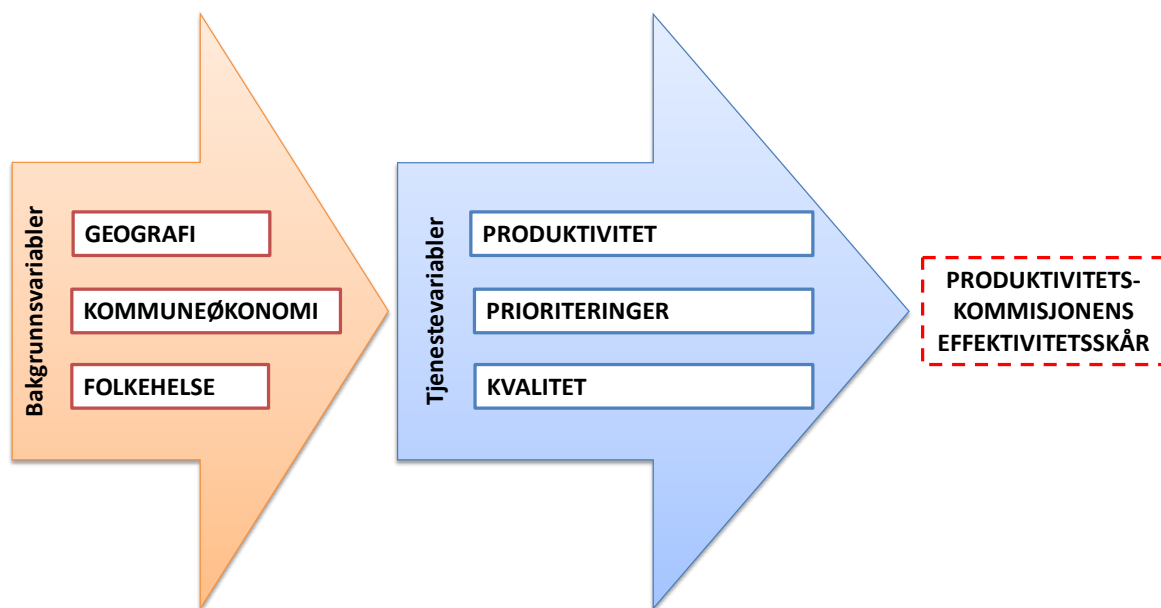


Figur 3.3. Kommunenes utgifter fordelt etter sektor. www.regjeringen.no. 2015.

Kommunenes samlede utgifter var i 2015 på 398 milliarder kroner (SSB, Kommuneregnskap, 2015). Pleie og omsorg utgjorde 28 prosent, det vil si 111,4 milliarder kroner.

Ved bruk av sammenlignbare data (benchmarking) og offentlighet om resultatene mener Produktivitetskommisjonen at det kan skapes en bevissthet om hvem som oppnår best resultater og hvor mye ressurser som anvendes. Om lag 60 prosent av kommunene bruker sammenlignbare data i forsøk på å lære av og forbedre tjenestene i kommunal sektor (NOU 2015:1).

3.3 Analysemodell



Figur 3.4. Analysemodell.

Analysemodellen vil bli brukt for å analysere forskjellene i effektivitetsskår mellom de utvalgte kommunene, som er avhengig variabel. For det første kan bakgrunnsvariabler ha betydning for effektiviteten i kommunene. Kommuneøkonomi, politisk styring, geografiske og demografiske forskjeller eller ulik folkehelse, antas å påvirke effektiviteten, da det utgjør rammebetingelser eller handlingsrommet for tjenestene. Dette er bakgrunnsvariabler som er eksogene, dvs. de er gitt på forhånd for tjenestelederne i pleie- og omsorgssektoren. Det er forhold som de i liten grad kan påvirke.

For det andre antas ulik effektivitetsskår å være et resultat av forskjeller i produktivitet, prioriteringer og kvalitet i tjenesteytingen. Dette er forklaringer som er endogene, dvs. er variabler som i stor grad kan påvirkes av de lokale tjenestelederne i kommunen.

Modellen mener vi dekker de antatte forklaringene på hvorfor kommunene kommer så ulikt ut på effektivitetsskåren i SØFs beregninger, slik det framkommer av kapittel 3 over.

4 METODE

4.1 Valg av strategi og forskningsdesign

I oppgaven har vi valgt ut fire kommuner (caser), som kommer henholdsvis sterkt og svakt ut i Borge m.fl. (2014, 2016) sine beregninger av pleie og omsorg. Vi har identifisert to kommuner med lav effektivitetsskår, og to kommuner med høy effektivitetsskår. Data som Produktivitetskommissjonen har tilgjengeliggjort, viser at forskjellen i effektivitet er mer enn 50 % mellom de mest effektive og minst effektive. Dette gir et unikt grunnlag for å studere forskjeller, og hva som kan forklare disse. Ved å ta kontakt med Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi og Senter for økonomisk forskning, har vi fått tilgjengeliggjort data. Disse dataene ift. effektivitetsskår, ledet oss så videre til å identifisere et utvalg kommuner egnet for vår videre studie. Vi så etter fire kommuner som kunne sammenlignes ut i fra geografisk størrelse, demografi og at de henholdsvis hadde skåret svakt eller sterkt ift. effektivitetsskår.

Hensikten med å velge ut kommuner i en case-studie som representerer både kommuner som kommer sterkt og svakt ut, er at de kan være med på å forklare utslagene og konklusjonen til Produktivitetskommissjonen om opp mot 35 prosent effektivitetspotensiale.

Case-studier er intensive studier av én eller noen få enheter. En case kan være organisasjoner (eller deler av den), beslutninger, forhandlinger, en diskurs, et hendelsesforløp, en handling, en prosedyre, et utsagn etc. (Andersen 2013: 23). I vår oppgave er casene pleie- og omsorgstjenesten i fire kommuner. Våre caser oppfyller vilkårene Yin (1989) setter opp for å være ett case:

- 1) «investigating a contemporary phenomenon»
- 2) «within its real-life context»
- 3) “when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident, and”
- 4) “in which multiple sources of evidence are used”

For det første ønsket vi å benytte så ferske data som mulig, slik at vi kan gi et mest mulig oppdatert bilde av effektiviteten i den enkelte kommune. Dette oppfyller kravet til samtidighet over (1). Det er et empirisk bilde som mest mulig presist beskriver effektiviteten og årsakene til forskjeller i effektivitet mellom kommunene. Ved å benytte en case-tilnærming er det mulig å få med konteksten i hver kommune som pleie- og omsorgstjenestene leveres innenfor (2) over), og se effektiviteten (fenomenet) i lys av dette (3) over).

Styrken til case-studier ligger i forståelse og forklaring av fenomener, handlinger og prosesser (Andersen 2013: 24). Vår oppgave tar utgangspunkt i identifiserte forskjeller i produktivitet på et generisk nivå, og vil undersøke hva disse forskjellene *egentlig* er, og hva som kan forklare utslagene i tallene Produktivitetskommisjonen presenterer i sin rapport. Vi har et fenomen (forskjeller mellom kommuner), som åpenbart kan forstås forskjellig. Vår oppgave skal gi en dypere forståelse i hva som forklarer forskjellene i produktivitetsskår, og gi dypere innsikt i hva som egentlig fører til disse utslagene. I så måte er case-studie et godt strategisk valg for å belyse temaet problemstillingen tar opp.

Vår studie har et komparativt design. En hovedstrategi ved bruk av komparativ design er å fokusere på case'er som er mest mulig like med hensyn til alt annet enn de forskjeller som skal forklares. Det gir økt fokus på noen hoved-sammenhenger (Andersen 2013: 103). Ved utvelgelse av case'er har vi ikke bare fokusert på forskjeller i effektivitetsscore, men også vurdert hvor godt kommunene kan sammenlignes med hverandre.

Det finnes flere argumenter for sammenlignende case-studier. Ett er at sammenligninger gjør det mulig å etablere en referanseramme for å karakterisere og måle fenomener som ikke har noen gitt målestokk, og med det etablere en bedre analytisk kontroll. Sammenligning av ett case med ett eller flere andre case'er kan nettopp hjelpe oss i å klargjøre forutsetninger og gyldighetsbetingelser for sammenhenger. De er en del av et analytisk rammeverk der gyldige slutninger ikke er knyttet til antall observasjoner, men til forutsetningene for en observasjon (Andersen 2013: 92). I vårt tilfelle vil sammenligningen belyse ulike årsaker til variasjon i effektivitet, og økt innsikt i hva som kan forklare dette.

Da vi har sammenlignet kommuner hva gjelder størrelse, kommuneøkonomi og politisk styresett, forventer vi at forklaringene som i størst grad forklarer forskjellene i effektivitetsscore, enten ligger i høy/ lav effektivitet eller høy/lav kvalitet. Det er mulig at noen kommuner både har høy kvalitet og effektivitet, eller lav kvalitet og effektivitet, men dette burde i utgangspunktet gi mindre forskjeller i effektivitetsscore.

4.2 Metodetriangulering

En kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder betegnes gjerne som metodetriangulering. Metodetriangulering har den fordelen at man kan teste om ulike

tilnærminger fører til noenlunde samme konklusjoner; i så fall styrkes tilliten til resultatene (Johannesen m.fl. 2011: 421).

Vi benytter flere og ulike datakilder (4) over). Det er ikke bare en datatriangulering, men også en metodetriangulering. Validitet i tolkninger og forklaringer er en av case-studiens sterke sider, og gir mulighet for presis besvarelse av oppgavens problemstillinger innenfor de utvalgte kommunene (case).

I oppgaven tar vi utgangspunkt i kvantitativt materiale om effektivitetsforskjeller, som kan generere en rekke spørsmål som best kan undersøkes videre kvalitativt. Men kvalitative intervjuer kan også lede til videre kvantitativ datainnsamling, for å få best mulige talldata for vår undersøkelse. På den måten ser vi for oss å benytte kvantitative og kvalitative metoder parallelt, der ulike data samlet sett belyser problemstillingen best mulig.

Det vil altså være en kombinasjon, der vi starter med nasjonale data (kvantitative) om effektivitetsforskjeller mellom kommuner, slik som Produktivitetskommisjonen er opptatt av. Dette har ledet til et utvalg kommuner, som vi kan intervjuer for å bestemme et endelig utvalg. Disse intervjuene kan lede til ny datainnsamling av tallmateriale fra de utvalgte kommunene, og som igjen genererer spørsmål som bør besvares gjennom nye intervjuer i kommunene. En slik tilnærming vil også ha elementer fra Grounded theory, som framhever nytten av å veksle mellom datainnsamling og dataanalyse, der analyse av data (kvantitative eller kvalitative) leder til ny datainnsamling (Johannesen m.fl. 2011: 421, 201).

4.3 Datainnsamling og gjennomføring

Vi har tatt for oss en datainnsamling og parallell dataanalyse i tre trinn:

- 1) Innhenting og initial analyse av kvantitative data fra Senter for økonomisk forskning: analyse av effektivitetsskår og utvalg av fire case-kommuner
- 2) Innhenting og analyse av driftsanalyser, KOSTRA-tall og folkehelseundersøkelser for de aktuelle kommunene: analyse av årsaker til ulik effektivitetsskår
- 3) Intervjuer med helse- og omsorgssjefer/ kommunalsjefer for pleie og omsorg i de utvalgte kommunene: analyse og vurdering av årsaker til ulik effektivitetsskår

Punkt 1) handlet om å identifisere kommuner som skiller seg fra hverandre når det gjelder effektivitetsskår, slik at kommuner som Produktivitetskommisjonen mener er effektive og lite effektive ble identifisert. Hensikten var å identifisere et sett kommuner som var aktuelle for vår undersøkelse.

Punkt 2) var selve undersøkelsene i de utvalgte kommunene, der kvantitative data var med på avdekke årsakene til at kommunene skiller seg fra hverandre.

Punkt 3) gir oss et innblikk i hvordan en ser på funnene i det kvantitative datamaterialet ute i kommunene, og hvilke lokale og organisatoriske forhold som kan ha betydning for analyse og vurdering av funnene i den kvantitative analysen.

Intervjuer med kommunens helse- og sosialsjef/ kommunalsjef identifiserer mulige forklaringer på hvorfor kommunen skårer høyt eller lavt. Dette vil være subjektive meninger om hva som forklarer forskjeller og utslag i effektivitetsscore. En utfordring er at disse lederne bare har innsikt i egen kommune, og vet ikke nødvendigvis hva som er spesielt for dem, sammenlignet med de andre kommunene og ikke. Ansatte i offentlige virksomheter har gjerne en tendens til å framheve hva som gjør deres virksomhet unik, og ser ikke nødvendigvis hva som i det store og hele er likt mellom kommuner. Generelt er det slik at «...narrow comparisons brings out differences, and broad comparisons brings out similarities» (Cuncliffe 1974 sitert av Andersen 2013: 104). Vi skal være oppmerksomme på at helse- og omsorgsledere ikke nødvendigvis har et større sammenligningsgrunnlag, og at det kan gi svar som indikerer at de er mer forskjellige enn de egentlig er. Dette må derfor kontrolleres med andre datakilder.

Mulige forklaringer må understøttes av aktivitetstall fra kommunen, f.eks. antall ansatte per eldre innbygger, antall sykehjem, antall lokalisasjoner og geografiske avstander for hjemmetjenesten osv.

Målet er å framskaffe dokumentasjon som underbygger de forklaringer på varierende produktivitet som er i de utvalgte kommunene. Med ulike informasjonskilder som viser ulikheter mellom kommunene, ønsker vi å beskrive årsakene til varierende produktivitet, enten det er forårsaket av varierende produktivitet, kvalitet eller strukturelle forhold i kommunene.

4.4 Gyldighet, pålitelighet og forskerrollen

I vår innhenting av allerede eksisterende kvantitative data (KOSTRA – tall osv.), Devold AS sine drifts- og ressursanalyser for de utvalgte kommunene (konsulentoppdrag i 2017, 2016, 2015, 2012), og i intervjuene med ledelsen, må vi ta høyde for at det kan være feilmarginer i materialet. Et grunnleggende spørsmål i all forskning er påliteligheten, eller reliabilitet, i data som foreligger, og hvor godt og relevant data representerer fenomenet vi skal undersøke (Johannesen m.fl. 2011: 73). For eksempel kan kvaliteten på rapporteringen fra kommunene inn til staten variere. Hva produktivitetskommisjonen har lagt til grunn og hvordan en leder i en kommune ønsker å framstå, og eventuelt hva han eller hun vil framheve i en intervjusituasjon i forhold til hvilken klassifisering kommunen representerer (høy eller lav effektivitet i kommisjonens rapport), blir viktig å være oppmerksom på. Vi kan si at data ikke er selve virkeligheten, men en representasjon av den. Hvilke rapporteringer og tall man tar utgangspunkt i og har bedt om, og hvilke spørsmål vi har stillet i intervjusettingen, kan være avgjørende for hvilke funn vi har fått. Hvor gode og relevante data som er samlet inn i Produktivitetskommisjonens arbeid, og hvilken gyldighet de representerer vil bli et sentralt spørsmål når vi dykker dypere inn i dokumentanalysen. Hvilken del av virkeligheten er representert i produktivitetskommisjonens rapport og hvilken virkelighet eksisterer ute i kommunene?

I arbeidet med dokumentanalysen, intervjuene og den kvantitative datainnhenting har vi vært bevisst på datas gyldighet og pålitelighet, og i minst mulig grad lagt opp til føringer som vil lede oss til svar vi eventuelt ønsker å finne. Et tenkt eksempel kunne være at vi, som Jensen i sin kritikk av kommisjonens arbeid, finner eller tar utgangspunkt i at produktivitetskommisjonens arbeid er et politisk bestillingsverk, som skal peke på løsninger i retning av privatisering og konkurranseutsetting av offentlige tjenester. Om vi lot oss påvirke, i den ene eller andre retning, av hvilket politisk ståsted vi selv måtte ha, ville kunne lede oss til å søke svar vi ønsker å finne. Vi har i arbeidet med oppgaven vært åpen for hvem som har rett, Produktivitetskommisjonen eller dens kritikere. Metode og datainnhenting er gjort med tanke på å belyse begge syn på effektivitetspotensiale i kommunene.

4.5 Ethiske utfordringer

Å velge ut en helse- og sosialsjef/kommunalsjef for intervju i en navngitt kommune, kan i praksis utlevere identiteten til informanten og de etiske utfordringer det kan føre med seg. Vi har registrert vår forskning og levert meldeskjema til Personvernombudet i forbindelse med de intervjuene vi har gjennomført. Intervjuene er utført per telefon og vi har skrevet et referat fra samtalen, som i ettertid er godkjent av informantene. Referatene blir ikke gjengitt i sin helhet i oppgaven, men blir tatt inn under relevante deler av oppgaven der det utfyller eller kommenterer funnene vi har gjort i det kvantitative datamaterialet. Vi har ikke gjengitt sensitive opplysninger om som kan identifisere tredjepart ute i tjenestene.

4.6 Mulighetene for generalisering

Komparative studier, til forskjell fra studiet av ett case, åpner for større presisjon, i betydningen av avdekking av mangfold og nyanser. Det åpner også for høyere ambisjoner når det gjelder generalitet. Generalitet dreier seg om å identifisere et felles multiplum, en kjerne på tvers av maksimal variasjon i case. Det innebærer en relativ dekontekstualisering av de caser som studeres (Andersen 2013: 98).

Mulighetene for generalisering handler om hvorvidt funn i studien av de utvalgte kommunene kan generaliseres til å gjelde alle kommunene i Norge, og gi økt innsikt i Produktivitetskommisjonens konklusjoner om kommunal sektors effektivitetspotensiale generelt. I utgangspunktet vil vi kun ha informasjon og data fra de utvalgte kommunene, og således strengt tatt ikke ha et datagrunnlag som er egnet for generalisering.

Vårt utvalg er begrenset, og vi vil være forsiktig med generalisering av funn fra vår studie til å være forklaringsvariabler for alle norske kommuner. Det er likevel mulig å gjøre en teoretisk generalisering, der man kritisk vurderer generaliteten i de funn som er gjort, og gjøre vurderinger av sannsynligheten for at disse også kan oppstå i andre kommuner. Det vil innebære å gjøre vurderinger av om årsakene til høy/lav effektivitetsskår er unik og spesielle for den enkelte kommune, eller om det er årsaker som det er naturlig å tro kan gjenfinnes i flere kommuner. I et slikt perspektiv vil en komparativ studie være en styrke, samtidig som det krever nøye utvelgelse av de kommunene som skal inngå i studien.

4.7 Oppsummering

Vi anser oppgaven for å være tidsaktuell, siden den tar utgangspunkt i et regjeringsoppnevnt arbeid knyttet til effektivitet i offentlig sektor. Vi har også påvist en faglig og teoretisk uenighet, som vi benytter for å utlede en problemstilling om hvorfor effektivitetsskåren er forskjellig. Dette gjør oppgaven både faglig interessant, samfunnsmessig relevant og tidsaktuell.

Problemstillingen mener vi også er av stor samfunnsmessig betydning, i og med pleie og omsorg i kommunene er både av økonomisk stor verdi, og representerer viktige velferdstjenester for innbyggerne.

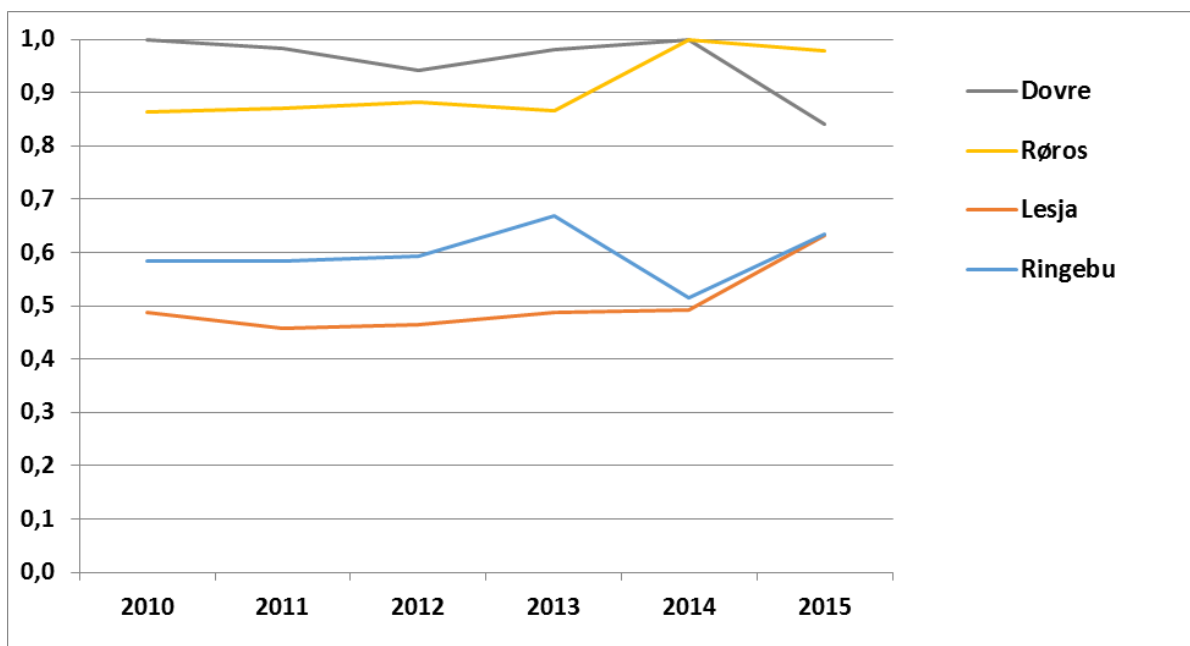
5. EFFEKTIVITETSSKÅREN

5.1 Varierende effektivitetsskår

Produktivitetskommisjonen viser til Borge m.fl. (2014, 2016) sine effektivitetsanalyser ved Senter for økonomiforskning (SØF).

Utgangspunktet for oppgaven er at vi har valgt fire sammenlignbare kommuner i befolkningsstørrelse og geografi. Vi ønsker å finne ut av hvorfor Røros og Dovre gjennomgående kommer høyere ut enn Lesja og Ringebu i SØFs effektivitetsberegninger av pleie- og omsorgssektoren.

Grafene i figur 5.1 viser resultatene for de fire kommunene i perioden 2010-2015, basert på Borge m.fl. 2016 (analyser for perioden 2014-2015) og Borge m.fl. 2014 (analyser for perioden 2010-2013).



Figur 5.1 Effektivitetsskår for de fire kommunene. 2010-2015.

Resultatene i disse analysene fungerer som avhengig variabel, da vi ønsker å forklare hvorfor Dovre og Røros gjennomgående kommer bedre ut enn Lesja og Ringebu.

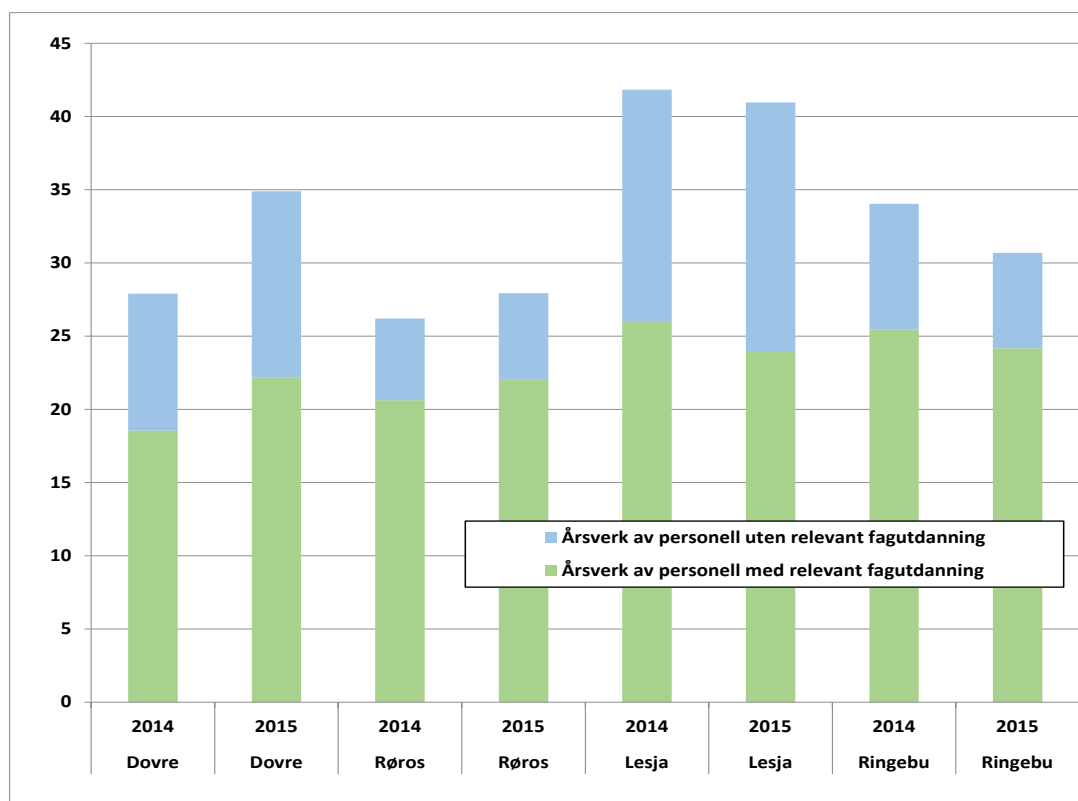
5.2 Input-variablene i skåren - kostnader til pleie og omsorg

Følgende variabler er input-/kostnadsvariabler i SØFs analyser:

- Årsverk av personell med relevant fagutdanning
- Årsverk av personell uten relevant fagutdanning
- Andre driftsutgifter enn lønnskostnader

Data for variablene brukt i effektivitetsanalysene for 2014-2015 er gjort tilgjengelig.¹ Under viser vi dataene per 1 000 innbygger, slik at vi kan sammenligne tallene brukt i DEA-analysen til SØF.

Årsverk med og uten relevant fagutdanning



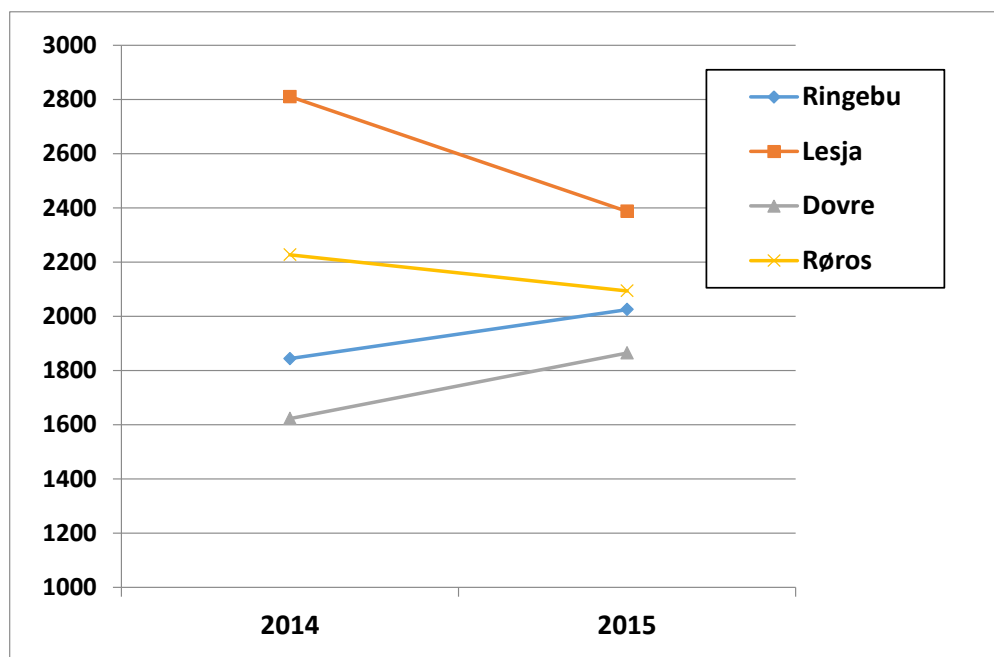
Figur 5.2. Årsverk av personell uten/med relevant fagutdanning. Per 1 000 innbygger. 2014-2015.

Figur 5.2 viser at Lesja har flest årsverk per innbygger, og har en relativt stor andel uten fagutdanning. Lesja og Ringebu har flest årsverk med fagutdanning per 1 000 innbygger.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/effektivitetsanalyse/innsatsfaktorerer-og-produkter/id2520382/>

Røros og Dovre i 2014 har færrest årsverk, men Dovre har en klar økning i 2015, og bruker dette året flere årsverk enn Ringebu.

Andre driftsutgifter enn lønnskostnader



Figur 5.3. Andre driftsutgifter enn lønnskostnader (1 000 kr). Per 1 000 innbygger. 2014-2015.

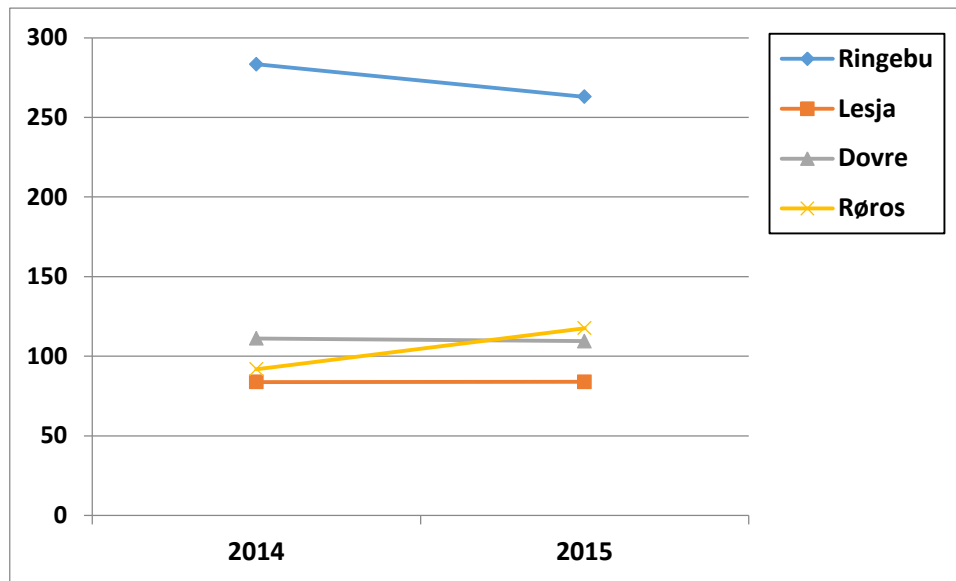
Den tredje input-variabelen viser at Lesja har klart høyest driftsutgifter uten lønn per 1 000 innbygger. Dovre har lavest. Kommunene er mer like i 2015 enn i 2014, og Røros og Ringebu er tilnærmet like i andre driftsutgifter per 1 000 innbygger i 2015.

5.3 Output-variablene – produksjon

Følgende variabler er output-/ produksjonsvariabler:

- Timer til hjemmesykepleie
- Timer til praktisk bistand
- Liggedøgn i institusjoner, korttid
- Liggedøgn i institusjoner, langtid
- Enerom i institusjon

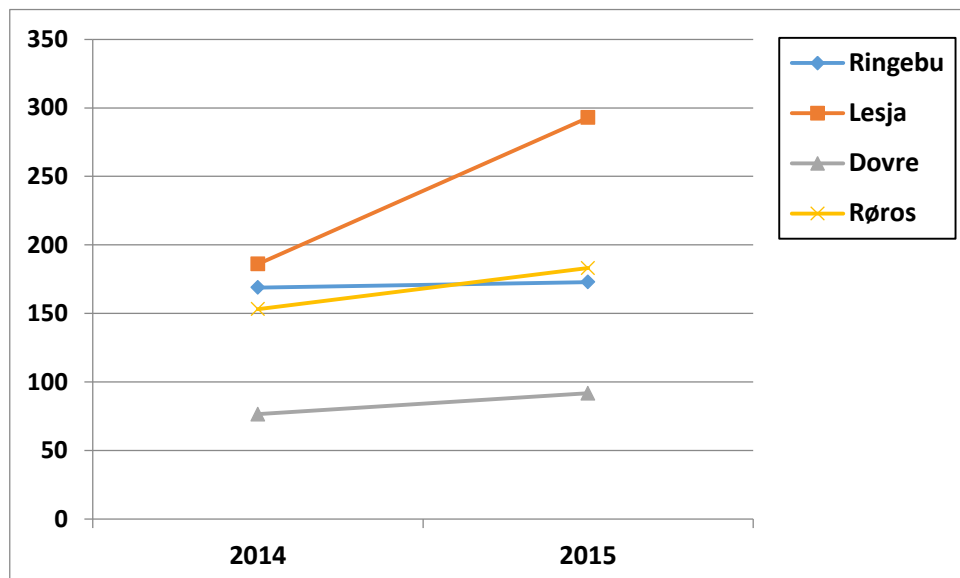
Timer til hjemmesykepleie



Figur 5.4. Antall timer til hjemmesykepleie per 1 000 innbygger. 2014-2015.

Ringebu produserer klart flest timer til hjemmesykepleie, ca. tre ganger så mye som de andre kommunene.

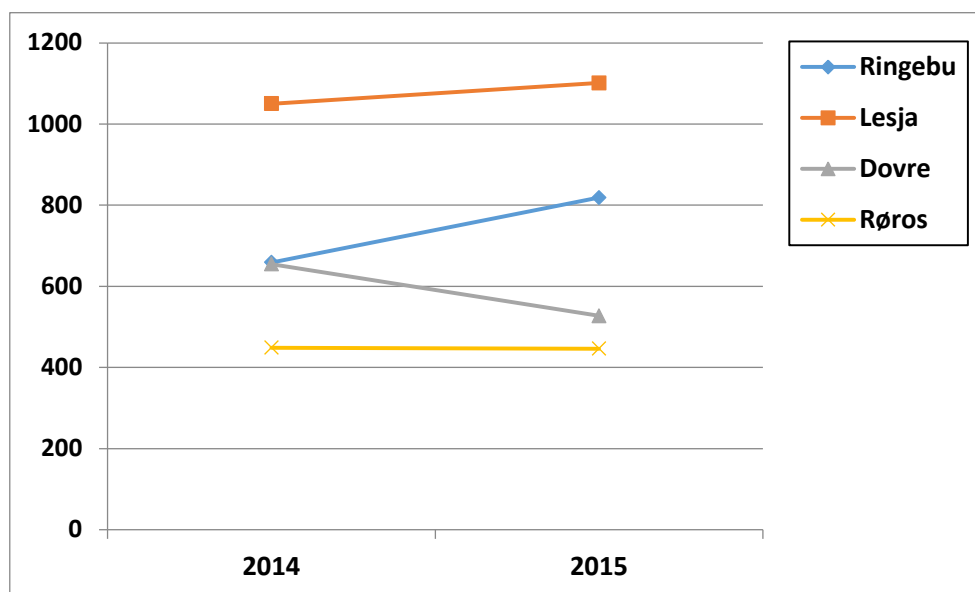
Timer til praktisk bistand



Figur 5.5. Antall timer til praktisk bistand per 1 000 innbygger. 2014-2015.

Lesja produserer flest timer praktisk bistand, særlig i 2015. Dovre produserer færrest timer langs denne variabelen.

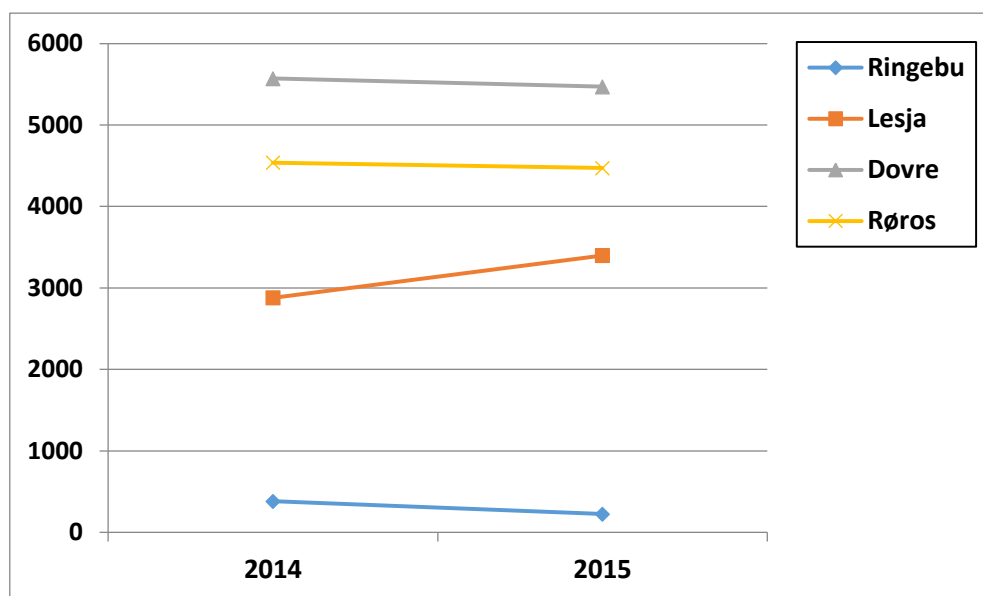
Liggedøgn i institusjoner, korttid



Figur 5.6. Antall liggedøgn² i institusjoner, korttid per 1 000 innbygger. 2014-2015.

Lesja har flest liggedøgn, korttid, omkring dobbelt så mange som Dovre og Røros. Ringebu øker liggedøgn, korttid i 2015, og plasserer seg midt mellom de andre.

Liggedøgn i institusjoner, langtid

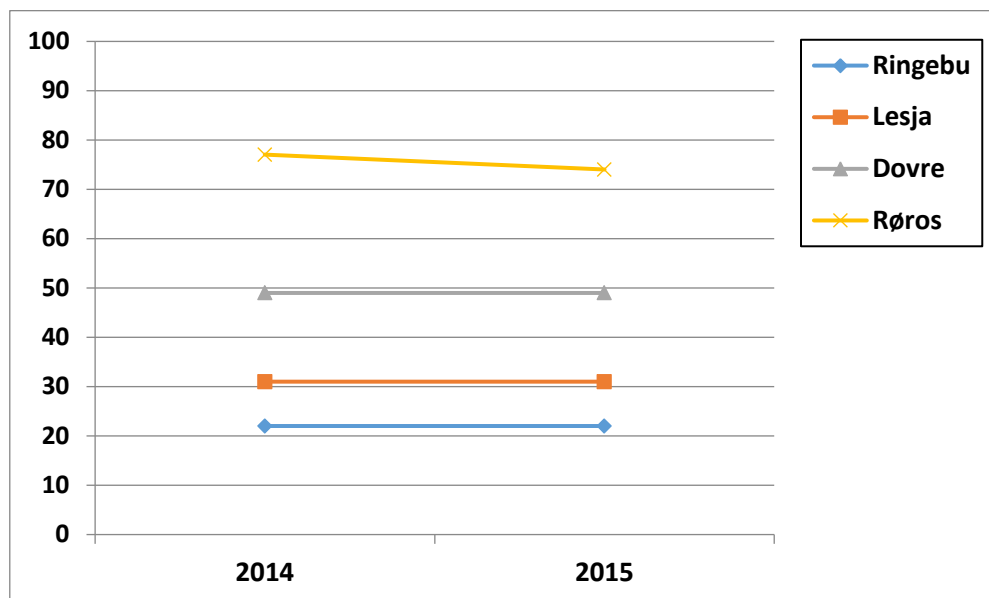


Figur 5.7. Antall liggedøgn i institusjoner, langtid per 1 000 innbygger. 2014-2015.

² Antall hele døgn en innlagt pasient med heldøgnsopphold disponerer en seng/døgnplass ved somatisk sykehus eller institusjon. Er synonymt med begrepet "oppholdsdøgn". Liggedager er utskrivningsdato minus innskrivningsdato. Når en pasient er innlagt og utskrevet samme dag, regnes null liggedager. Kilde: SSB.

Det er svært store forskjeller i antall liggedøgn i institusjoner, langtid. Dovre og Røros produserer betydelig flere liggedøgn på institusjon, hele 15-20 ganger flere enn Ringebu per 1 000 innbygger, og 30-40 prosent flere enn Lesja.

Andel med enerom



Figur 5.8. Andel med enerom i institusjon. 2014-2015.

Ringebu og Lesja har lavest andel enerom med wc/ dusj i figur 5.8, med drøyt 20 til 30 prosent, mot Røros sin andel på omkring 75 prosent.

5.4 Helse- og omsorgssjefene vurdering av effektivitetsskåren

Røros

Kommunalsjefen i Røros kommune forteller at kommunen går igjennom endring og omstilling fordi de ikke driver effektivt nok sett fra deres perspektiv, og er noe overrasket over effektivitetsskåren. Røros har høye brukerbetalingen i forhold til andre kommuner på institusjonsplasser, og dette er nok med på å trekke opp resultatene for Røros kommune på målinger.

Røros har litt lavere bemanning enn sammenlignende kommuner, men produserer mange liggedøgn, noe som kan forklare at Røros kommer godt ut på effektivitetsskåren. Røros har per nå ikke heldøgns omsorgsplasser (HDO) (Intervju, Kommunalsjef, Røros kommune, 08.03.17).

Dovre

Pleie- og omsorgslederen i Dovre kommune forteller at de har skåret godt på slike målinger over flere år, da de har en lav bemanning både i hjemmetjenestene og på sykehjem. Dovre blir ofte framstilt som en kommune som driver pleie- og omsorg på en rimelig og kostnadseffektiv måte. Bakgrunnen for lav bemanning ligger i en organisasjonsstruktur som en hadde fra 2002-2010 som hadde en fullstendig integrering på institusjon- og hjemmetjenester. Dette har vist seg å slå godt ut på effektiviteten. Fra 2010 ble tjenestene igjen splittet opp i mindre avdelinger, men med utgangspunkt i nærmest samme bemanning. En har klart å drive effektivt med denne organiseringen også.

Den nedadgående kurven på effektivitetsskåren i 2014 skyldes nok en økning av bemanning på dette tidspunktet. Dette er på grunn av bl.a én enkelt bruker, der en har hatt særskilt store behov for bemanning i enkelttjenester. (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Lesja

Lesja kommune har slitt med høye enhetskostnader i hjemmebaserte tjenester, noe Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen har tatt tak i. Hun mener lokale forskjeller i organisering, tjenesteprofil og struktur kan føre til at forskjeller mellom kommunene ikke kommer fram i en felles nasjonal rapportering. Sammenlikning mellom kommuner forutsetter lokalkunnskap om de kommunene man faktisk sammenlikner seg med (Intervju, Helse-, omsorgs- og folkehelsesjef, Lesja kommune, 20.02.2017).

Ringebu

Kommunalsjefen i Ringebu kommenterer at de har mye kjøring i forbindelse med hjemmebaserte tjenester, og at en del mottakere av tjenester bor i perifere områder. Kommunen bruker en del ressurser på transport for å få utført tjenestene, og bruker mer tid på kjøring enn tjenester (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

5.5 Oppsummering - input- og outputvariabler i effektivitetsskåren

Gjennomgangen av input- og outputvariablene i effektivitetsskåren viser at Ringebu og Lesja bruker mer ressurser og har høyere kostnader enn Røros og Dovre. De produserer riktignok flere timer i hhv. hjemmetjeneste og praktisk bistand, men dette veier ikke opp for den høye produksjonen av liggedøgn på institusjon i Røros og Dovre. Sammen med at disse også har flere enerom på institusjonene, gjør at forskjellen mellom kommunene blir betydelige. Det er

verdt å merke seg at Dovre viser en nedgang i effektivitetsskår i 2015 som har sammenheng med en markant økning i antall årsverk dette året.

Pleie- og omsorgslederne peker på lokale forhold av betydning når effektivitetsskåren skal forstås. Kommunene har ulike utfordringer og behov for omstilling. I neste kapittel ser vi videre på kommuneøkonomi, og ulike geografiske og demografiske forhold. Dette er bakgrunnsvariabler i analysemodellen, figur 3.4 over, og antas å ha betydning for forståelse og tolkning av effektivitetsskåren.

6 GEOGRAFI, BEFOLKNING OG ØKONOMI

6.1 Geografi og befolknings sammensetning

Dovre

Dovre kommune ligger i Gudbrandsdalen i Oppland fylke og er 1.364 km² i utstrekning. Befolkningstallet var i 2015, 2 701 personer. Kommunen består av tettstedene Dovre (administrasjonssenter), Dombås, Dovreskogen og Hjerkins. Fredheim omsorgssenter er sykehjemmet i Dovre kommune der også pleie- og omsorgstjenesten er lokalisert, i tillegg tilbys omsorgsboliger/HDO-tilbud i nærheten av sykehjemmet og hjemmetjenester.

Pleie -og omsorgsleder i Dovre kommune opplyser at hovedtyngden av befolkningen bor innenfor kortere avstander enn f.eks. i Lesja kommune, selv om også en del av befolkningen bor på Hjerkins, Dovrefjell (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Lesja

Lesja kommune ligger i Oppland fylke og har en utstrekning på 2257 km² og hadde 2 055 innbyggere i 2015. De fleste innbyggerne bor i bygdene Lesja (administrasjonssenter), Lora, Lesjaverk, Lesjaskog og på Bjorli. Kommunen drifter Lesja sykehjem og trygde- og omsorgsbostedene Eldres Senter på Lesjaskogen (11 leiligheter) og Lesjatun på Lesja (19 leiligheter). I tillegg har kommunen det døgnbemannede bofelleskapet Skoglund/Bekkefaret på Lesjaskog, og tilbyr hjemmetjenester.

Geografien spiller inn på hvordan tjenestene er organisert i Lesja. Lesja har en bosetning som er spredt utover, bygda er 6 mil lang der en gir hjemmetjenester. Samtidig som en samler de som har størst tjenestebehov på Eldres Senter eller Lesjatun. I Lesja har det vært politisk viktig at det samme tjenestetilbudet tilbys både nord og sør i den langstrakte bygda. Rettferdig fordeling av tjenestene har vært viktig for politikerne i kommunen (Intervju, Helse-, omsorgs- og folkehelsesjef, Lesja kommune, 20.02.17).

Ringebu

Ringebu kommune ligger i Gudbrandsdalen i Oppland fylke er 1.228 km² i utstrekning og hadde en befolkning i 2015 på 4 462 personer. Tettsteder er Ringebu (administrasjonssenter) og Fåvang. Kommunen drifter heldøgnsomsorg på Linåkertunet Bo og rehabilitering på Fåvang og på Ringebu eldresenter. De hjemmebaserte tjenestene er delt inn i tre; Nord (Ringebu), Sør (Fåvang) og en enhet på Ringebu delt i to avdelinger, en som betjener resten

av kommunen lokalisert på Trollmoen dag- og aktivitetssenter, og en siste avdeling med hovedbase på Hagenskogen bofelleskap for utviklingshemmede.

Ringebu har noen perifere områder der det bor en del mottakere av tjenester; «baksiden» av Gudbrandsdalen, og Venabygd og Brekkom. Brukere som har utfordringer med ensomhet og behov for trygghet rundt omkring i kommunen gir mye kjøring for å gi et godt tilbud med tilstrekkelig tilstedeværelse (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

Røros

Røros kommune ligger i Sør-Trøndelag fylke og er 1956,3 km² i utstrekning. Kommunen består av tettstedene Røros (administrasjonssenter), Brekken og Glåmos. Befolkningstallet var 5 635 personer i 2015. Kommunen drifter to sykehjem på Røros, Gjøsvika sykehjem og Røros sykehjem. I tilknytning til Røros sykehjem tilbyr kommunen 32 omsorgsboliger/HDO-plasser. Kommunen har delt inn hjemmetjeneste i tre forskjellige geografiske områder, og har i tillegg trygdeboligtilbud på tettstedene.

Hjemmetjenestene i Røros bruker mye tid på kjøring, og i tillegg til at en jobber med å få lagt boliger og institusjoner sentralt plassert, slik at de som trenger flest tjenester mottar dem på institusjon i HDO-boliger. De jobber med logistikken i hjemmetjenestene, men må fortsatt påregne å ha lange kjøreavstander og bruke tid og ressurser på å komme seg rundt til de som skal gis tjenester i hjemmet (Intervju, Kommunalsjef, Røros kommune, 08.03.2017).

Tabell 6.1. Folkemengde i alt. 2013-2015. SSB, 2016.

	2013	2014	2015	Gj.snitt 2013-2015
Dovre	2704	2745	2701	2717
Lesja	2076	2059	2055	2063
Ringebu	4495	4459	4462	4472
Røros	5583	5593	5635	5604

Kommunene har svært lik alderssammensetning i befolkningen, og den er stabil gjennom hele perioden 2013-2015. Andelen eldre over 67 år er høyere enn landsgjennomsnittet eller tilhørende kommunegruppe for de fire kommunene.

Tabell 6.2. Befolknings sammensetning, andel fordelt etter aldersgrupper. Gjennomsnitt 2013-2014.

	Dovre	Lesja	Ringebu	Røros
Antall innbyggere 0-66 år	79 %	81 %	80 %	81 %
Antall 67-79 år	14 %	13 %	13 %	13 %
Antall 80 år og over	7 %	7 %	7 %	6 %
Folkemengde i alt	100 %	100 %	100 %	100 %

6.2 Befolkningens helse

På folkehelseinstituttets nettsider (www.fhi.no), kan en ta ut en folkehelseprofil/folkehelsebarometer for befolkningen i de forskjellige kommunene. Vi har tatt ut folkehelseprofiler for de fire kommunene som vi sammenligner, for år 2013 og 2015 (se vedlegg 1-4). Dette for å sjekke om det ligger spesielle utfordringer ift. helse og omsorg i befolkningen i den respektive kommune i forhold til landsgjennomsnittet. Spesielt har vi sett på indikatorer i tema helse og sykdom (indikator 24-33), men også på befolkning (indikator 3: Befolkning over 80 år) og levevilkår (indikator 5,6, 8 og 9).

I forhold til andel av befolkning over åtti år ligger alle de fire kommunene over landsgjennomsnittet på 4,3 % i 2015. Dovre på 7,1 %, Ringebu og Lesja på 6,6 % og Røros på 6,1 %. Alle kommunene ligger også over gjennomsnittet i eget fylke. For Oppland 5,5 % og Sør-Trøndelag 4,1 % i år 2015.

I forhold til levevilkår i 2015 ser man i indikator 9 – uføretrygdede i aldersgruppen 18-44 år at Røros kommune skiller seg negativt ut i forhold til de andre kommunene.

I tema helse og sykdom for år 2015 og indikatorer 24-33 ser vi at flere av kommunene har bedre resultater enn fylkes- og landsgjennomsnitt på 3 til 8 av indikatorene i utvalget. Ringebu skårer dårligere enn gjennomsnittet på en av indikatorene, Dovre på to av indikatorene og Røros på tre. Den kommunen som klart skiller seg ut med beste resultater (flesteplaser bedre enn landsgjennomsnittet) er Lesja med åtte av ti indikatorer og ingen resultater under landsgjennomsnittet.

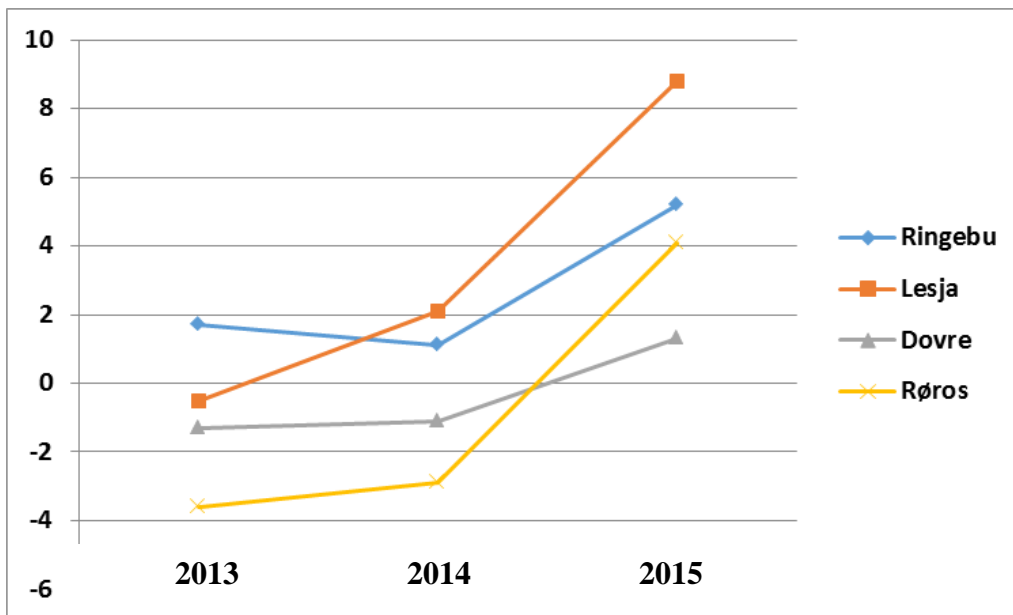
Det virker altså ut ifra disse folkehelsebarometrene både fra 2013 og 2015, at det ikke ligger veldig store utfordringer i befolkningene, utenom at man har en større andel av befolkning over 80 år enn landet for øvrig og respektive fylke, og at man kan si at Lesja kommune skiller seg ut i positiv retning.

6.3 Kommuneøkonomi

Vi oppgir kommunenes økonomiske nøkkeltall for en beskrivelse av deres økonomiske situasjon.

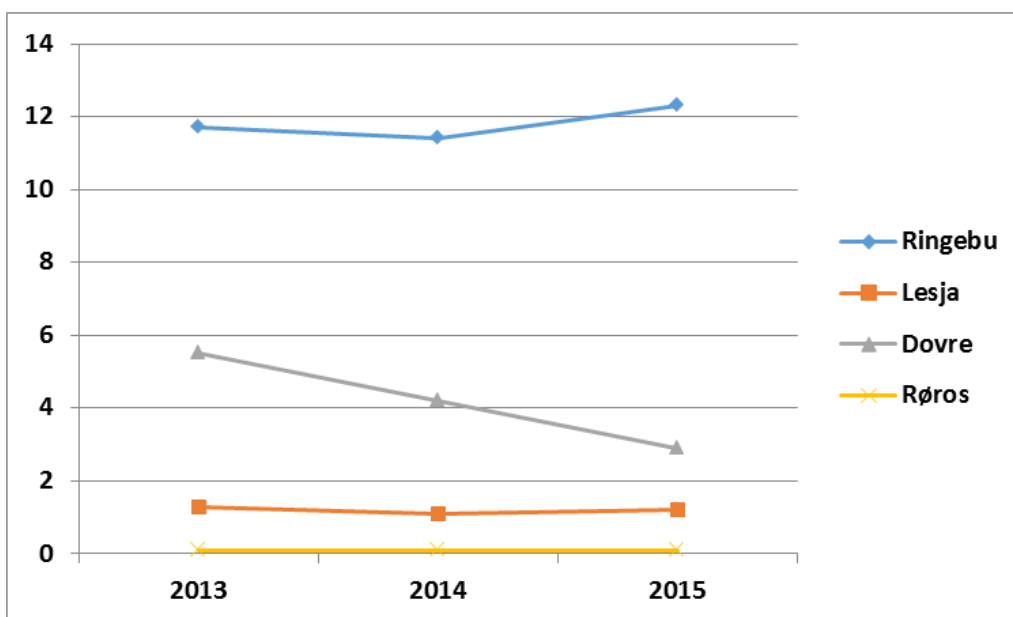
Netto driftsresultat er det viktigste resultatbegrepet for kommunene, og viser hva som er igjen av de løpende driftsinntektene til avsetninger og investeringer når de løpende driftsutgiftene

og renter/avdrag på lån er dekket. Det bør utgjøre minst 1,75 % av driftsinntektene (fylkesmannen.no/oppland).



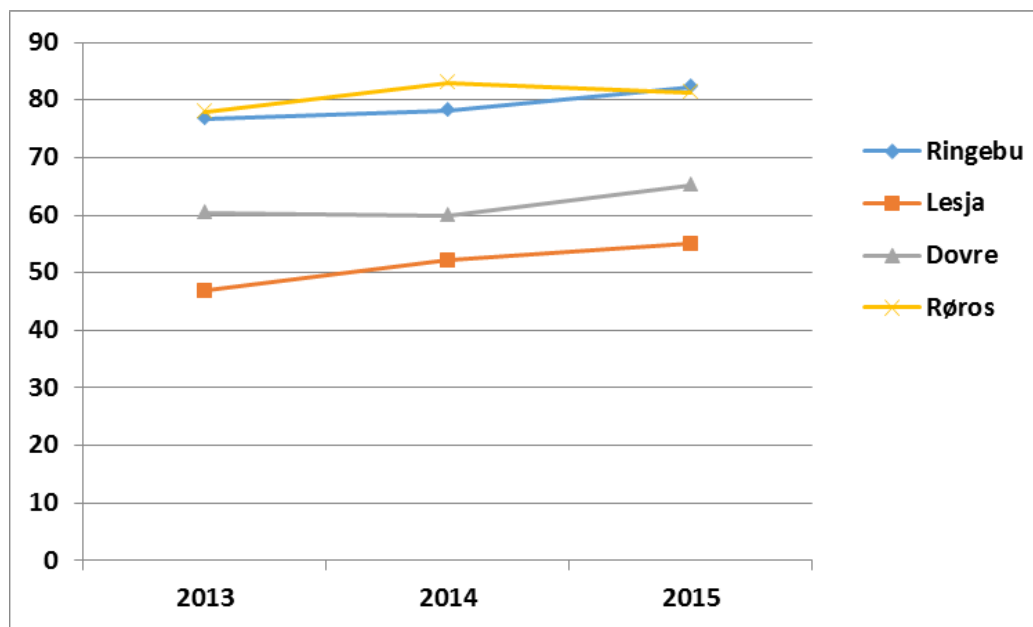
Figur 6.1. Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter, konsern. 2013-2015.

Disposisjonsfond viser hvilke frie reserver kommunen har til å dekke uforutsette utgifter eller bruke til egenfinansiering av investeringer. Det bør utgjøre minst 5 % av driftsinntektene (fylkesmannen.no/oppland).



Figur 6.2. Disposisjonsfond i prosent av brutto driftsinntekter, konsern. 2013-2015.

Størrelsen på lånegjeld viser hvor stor del av driftsinntektene som er bundet opp framover. Her har vi valgt å bruke netto lånegjeld som viser langsiktig gjeld fratrukket pensjonsforpliktelser, lån til videre utlån og ubrukte lånemidler. Det bør ikke overstige 70-75 % av driftsinntektene (fylkesmannen.no/oppland).



Figur 6.3. Netto lånegjeld i prosent av brutto driftsinntekter. 2013-2015.

Ringebu

Kommunen har hatt bra nivå på netto driftsresultat de siste årene, men har blitt gradvis redusert. I 2014 lå netto driftsresultat på 1,1 % av driftsinntektene. Dette er godt under anbefalt nivå. I 2015 var netto driftsresultat på 5,2 % av driftsinntektene. Kommunen har hatt store investeringer de siste årene og netto lånegjeld har økt år for år. Nivået er nå over landsgjennomsnittet. Kommunen har bra størrelse på disposisjonsfondet og har reserver til å takle uforutsette endringer i utgifter eller inntekter (fylkesmannen.no/oppland).

Foreløpige beregninger viser at kommunen vil få en mye lavere inntektsvekst fra 2016 til 2017 enn gjennomsnittet. Det vil gjøre det krevende å få balanse i driften framover (fylkesmannen.no/oppland).

Fylkesmannens totalvurdering av kommuneøkonomien i Ringebu er at kommunen har økonomisk handlefrihet, men renter og avdrag tar en ganske stor del av de løpende inntektene. Det er behov for effektivisering av driften for å opprettholde økonomisk handlingsrom framover (fylkesmannen.no/oppland).

I korte trekk er driftsresultatene fra 2011 mer enn gjennomsnittlig gode, mens gjeld, arbeidskapital og frie inntekter er på det jevne (Devold, 2012).

Kommunalsjefen i Ringebu kommune omtaler kommuneøkonomien som midt på treet. Hun peker på at de har hatt krav om kutt hvert år, men opplever kommuneøkonomien som verken sterk eller svak (Intervju, kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

Lesja

Kommunen har hatt lavt nivå på netto driftsresultat i flere år, men har vært på et akseptabelt nivå de to siste årene. Kommunen hadde negativt netto driftsresultat i både 2011, 2012 og 2013. Det betyr at de løpende utgiftene har vært høyere enn de løpende inntektene i flere år. I 2014 lå netto driftsresultat på et akseptabelt nivå, i forhold til anbefalingen, men det var ikke tilstrekkelig til å dekke inn regnskapsmessig merforbruk fra 2013. Kommunens disposisjonsfond er lavt, og har blitt redusert fra år til år (fylkesmannen.no/oppland).

Kommunen ble meldt inn i ROBEK³ i 2015 etter gjennomgang av regnskapet for 2014. 2015 ble et meget bra driftsår for kommunen, og hele merforbruket ble dekket inn. Kommunen er derfor meldt ut av ROBEK etter gjennomgang av regnskapet for 2015. Kommunen har moderat lånegjeld, og ligger godt under landsgjennomsnittet (fylkesmannen.no/oppland).

Foreløpige beregninger viser at kommunen vil få en inntektsvekst fra 2016 til 2017 godt over gjennomsnittet. Inntektsutviklingen framover vil i stor grad avhenge av befolkningsutviklingen. Lesja er en av fem kommuner i Oppland som ikke har innført eiendomsskatt på boliger og fritidseiendommer (fylkesmannen.no/oppland).

Fylkesmannens totalvurdering av kommuneøkonomien i Lesja er at kommunen har en viss økonomisk handlefrihet, men at disposisjonsfondet er lite. Kommunens snuoperasjon for å få balanse i driften har gitt gode resultater, og kommuneøkonomien er i bedring (fylkesmannen.no/oppland).

Alt i alt framstår Lesja som en kommune som har hatt bra med penger, og kommunen har valgt å bruke relativt mye penger, også på omsorgstjenestene (Devold, 2015).

Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen i Lesja mener kommunen historisk sett har hatt god økonomi. Men til tross for at kommuneøkonomien har vært god i mange år, peker hun på at

³ ROBEK er et register over kommuner og fylkeskommuner som er i økonomisk ubalanse. Kommuner og fylkeskommuner i ROBEK må ha godkjenning fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet for å kunne foreta gyldige vedtak om låneopptak eller langsiktige leieavtaler, samt at lovligheten av budsjettvedtakene skal kontrolleres. Kilde: www.regjeringen.no

de nå har lavere skatteinntang og mindre utbytte fra kraftselskap enn tidligere. Kommunen var på ROBEK-lista i fjor, og har vært inne i en omfattende driftsreduksjon helt siden 2012, sier Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen i Lesja kommune. For helse- og omsorgssektoren har innsparingsmålet vært på 10 mill.kr siden 2013. Det er nedbemannet med 6 senger på sykehjemmet, og vakante stillinger blir ikke besatt f.eks. ved naturlig avgang. Når kommuneøkonomien er presset virker det litt enklere for politikerne å ta vanskelige valg, mener Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen (Intervju, Helse-, omsorg- og folkehelsesjef i Lesja kommune, 20.02.17).

Dovre

Kommunen har hatt negativt netto driftsresultat flere år. I 2015 ble det positivt. Negativt netto driftsresultat betyr at kommunen har måttet bruke av disposisjonsfondet for å få økonomien i balanse. Disposisjonsfondet har blitt redusert år for år, og var ved utgangen av 2015 mye lavere enn anbefalt nivå. Kommunen har et moderat nivå på lånegjelda, men med så lavt netto driftsresultat er det ikke rom for dekning av renter og avdrag ved økte låneopptak (fylkesmannen.no/oppland).

Foreløpige beregninger viser at kommunen vil få en noe lavere inntektsvekst fra 2016 til 2017 enn gjennomsnittet. Dette vil gjøre det krevende å beholde balanse i driften framover (fylkesmannen.no/oppland).

Fylkesmannens totalvurdering av kommuneøkonomien i Dovre er at den økonomiske handlefrihet er liten. Driftsutgiftene er for høye i forhold til de løpende inntektene. Det er ikke bærekraftig på sikt (fylkesmannen.no/oppland).

Alt i alt framstår Dovre med en nøktern økonomi som gir lite spillerom, det skal lite til for å velte lasset, ifølge Devold (2015).

Pleie -og omsorgsleder i Dovre kommune sier de er vant med å ha lite ressurser, og er nødt til å klare seg med det lille man har. Kommuneøkonomien er, og har alltid vært avgjørende for hvordan tjenestene er organisert. Pleie og omsorg har stort sett alltid hatt et krav om innsparinger over seg. Dovres økonomi er dårlig, og kommunen har ikke store inntekter utenom, slik som kraftinntekter (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Røros

Høsten 2014 endte Røros kommune på ROBEK-lista. Økonomiavdelingen i Røros kommune har analysert regnskapene helt tilbake til år 2000 for å finne årsakene til at

kommuneøkonomien kom ut av kontroll. Deres konklusjon er at Røros kommune havnet på ROBEK-lista etter å ha brukt mer penger enn kommunen hadde til rådighet i 15 år. Mange av årene ble disposisjonsfondet belastet, og kommuneøkonomien ble svekket over lang tid⁴.

I korte trekk har driftsresultatene vært svake de siste årene, men snuoperasjonen i 2015 viser en bedring. Gjeldsgraden er relativt høy, og sparepengene (disposisjonsfondet) er mer enn oppbrukt. Alt i alt framstår Røros med svært lite ressurser å spille på (Devold, 2016).

Kommunalsjefen i Røros beskriver store grep i Røros kommune som følge av svak økonomi. Statusen som ROBEK-kommune gav klare krav til kostnadsreduksjoner. Men behovet for omlegging i tjenestetilbudet knytter seg også til demografiske endringer og endrede behov hos brukerne. Hvorvidt det er lettere å gjennomføre omstilling når økonomien er svak, er svaret «både og». På den ene siden gir det et press for faktisk å gjennomføre omstillingene og kostnadsreduksjonene, på den annen side gir det en negativ inngang, som ikke nødvendigvis skaper en positiv innstilling til endring (Intervju, Kommunalsjef, Røros kommune, 08.03.17).

Oppsummering - Kommuneøkonomi

Røros kommune og Dovre kommune har hatt det trangt økonomisk over lengre tid, og førstnevnte står på ROBEK-listen til fylkesmannen. Disse to kommunene viser de svakeste driftsresultatene i perioden 2013-2015, og lederne opplyser at kommuneøkonomien har vært premissgiver for organisering og prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren.

Ringebu og Lesja har vist bedre driftsresultater. Lesja havnet på ROBEK-lista i 2015, men et sterkt driftsår i 2015 rettet opp i dette. Lesja har et relativt lavt disposisjonsfond, men har den laveste gjeldsgraden av de fire kommunene. Ringebu har høyere gjeld, men har til gjengjeld det høyeste disposisjonsfondet. Derfor har disse to kommunene et noe større økonomisk handlingsrom enn Røros og Dovre, selv om ingen av dem har noen sterk kommuneøkonomi. Pleie- og omsorgslederne i Lesja og Ringebu beskriver også et noe større handlingsrom innen pleie- og omsorgssektoren enn lederne i Røros og Dovre.

⁴ <http://www.rorosnytt.no/15-ars-vanstyre/>

7 OM KOMMUNENES TJENESTETILBUD OG PRIORITERINGER

I analysemodellen i figur 3.4 antas kommunenes prioritering og innretning av tjenestetilbudet å ha betydning for effektivitetsskåren. Under undersøker vi hvor høyt kommunene prioriterer pleie og omsorg, og hvilke prioriteringer de gjør innenfor tjenestetilbudet.

7.1 Tjenestetilbudet i kommunene

Ressursinnsats pleie og omsorg

Andelen netto driftsutgifter til pleie og omsorg av totale netto driftsutgifter kan sees på som et uttrykk for kommunens reelle prioriteringer av sektoren.

Tabell 7.1. Andel (prosent) netto driftsutgifter til pleie og omsorg av totale netto driftsutgifter (konsern). 2013-2015.

	2013	2014	2015	Gj.snitt 2013-2015
Dovre	28 %	30 %	31 %	30 %
Lesja	31 %	33 %	33 %	32 %
Ringebu	34 %	38 %	37 %	36 %
Røros	33 %	35 %	34 %	34 %

Ringebu prioriterer pleie og omsorg høyest av de fire kommunene, mens Dovre har lavest andel driftsutgifter til pleie og omsorg. Lesja og Røros plasserer seg imellom disse to kommunene.

For landet utenom Oslo var gjennomsnittet 31,5 % til pleie og omsorg av totale netto driftsutgifter (Devold 2017: 5). Det er kun Dovre som er så vidt under dette i 2014, mens Ringebu er klart over, med 38 % til pleie og omsorg dette året.

Oversikt over tjenestetilbudet

Tabell 7.2. Oversikt over tjenestetilbud. 2013-2015. KOSTRA/SSB.

Nøkkel tall, tjenestetilbud	Dovre			Lesja			Ringebu			Røros		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Mottakere av pleie- og omsorgstjenester	176	181	177	112	121	126	321	363	351	288	277	378
Mottakere av hjemmetjenester i alt	125	131	128	80	89	95	264	339	328	205	200	304
Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål i alt	47	44	40	..	..	..	89	121	108	53	61	65
Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning	..	..	..	19	18	18	49	82	73	18	..	..
Beboere i institusjon i alt	50	48	45	27	22	26	43	8	18	95	86	85
Plasser i skjermet enhet for personer med demens	17	17	17	8	8	8	32	0	0	32	32	32
Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon	6	6	6	2	4	4	10	10	10	0	1	..
Plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i institusjon	15	15	14	3	6	6	14	14	14	1	2	0
Plasser i institusjon inkl. barne-/avlastning, korr. utleie	50	50	49	32	32	31	57	24	23	83	77	74
Mottakere av avlastning	..	..	..	..	..	..	9	10	5	7	..	..
Mottakere av støttekontakt	34	23	27	6	5	..	41	43	39	51	44	40
Mottakere av matombringning	19	18	16	52	53	53	15	14	19	24	42	41
Mottakere av trygghetsalarm	36	34	34	40	39	35	80	75	66	79	92	114

Ringebu har flest mottakere av pleie- og omsorgstjenester, og mange mottakere av hjemmetjenester. Plasser og beboere i institusjon er vesentlig redusert siden 2013. Samtidig har antallet beboere i bolig med og uten heldøgns bemanning økt. Kommunen gir i stor grad supplerende tjenester som støttekontakt og trygghetsalarm.

Dovre og Røros har færre mottakere totalt, og er mer institusjonstunge. De har ikke boliger med heldøgns bemanning (HDO) i 2015.

Lesja er mindre institusjonstung, og har boliger med heldøgns bemanning (HDO). Når det gjelder supplerende tjenester benytter Lesja matombringing i størst grad av de fire kommunene.

Dekningsgrad viser hvor godt eller bredt tjenestene er utbygd i forhold til folkemengde. Det er målt som antall tjenestemottakere per 1000 innbyggere i hver kommune i tabellen under.

Tabell 7.3. Dekningsgrader (antall mottakere per 1 000 innbyggere). Gjennomsnitt 2013-2015. SSB/KOSTRA.

DEKNINGSGRADER (antall mottakere per 1000 innbyggere)	Dovre	Lesja	Ringebu	Røros
Mottakere av hjemmetjenester 0-66 år	17	11	30	16
Mottakere av hjemmetjenester 67-79 år	10	11	12	8
Mottakere av hjemmetjenester 80 år og over	20	21	28	17
Mottakere av hjemmetjenester i alt	47	43	69	42
Beboere i institusjon i alt	18	12	5	16

Ringebu har en høy dekningsgrad for hjemmetjenester, der antallet mottakere er høyt i aldersgruppen 0-66 år og over 80 år.

Ringebu har en høyere andel av befolkningene, enn gjennomsnittet, med funksjonshemming og derfor planlegges det å bygge et større bofelleskap for disse brukerne enn det de har nå. I tilknytning til dette bygges det avlastningsbolig, med tanke på foreldre som trenger avlastning i perioder (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

Dekningsgraden for beboere i institusjon er til gjengjeld lavere i Ringebu enn i de andre kommunene. Dovre og Røros har den høyeste dekningsgraden i institusjon.

Oppsummering

Ringebu prioriterer pleie og omsorg høyest, målt i andel av totale utgifter i kommunen. Dovre har minst andel.

Ringebu har flest mottakere, som følge av mange hjemmehjelpsmottakere. Dovre og Røros har få mottakere totalt sett, og er institusjonstunge. De har høyest dekningsgrad på institusjon.

Ringebu har høyest dekningsgrad i hjemmetjenesten, særlig for de over 80 år. De har derimot den laveste dekningsgraden på institusjon.

7.2 Prioriteringer etter bistandsbehov

Andel tjenestemottakere etter bistandsbehov

Bistandsbehovet gir informasjon om hvor pleietrengende eller syke tjenestemottakerne er. I kommuner med lik befolkningssammensetning uttrykker det resultatet av tildelingspraksis og prioriteringer i kommunen. Lave bistandsbehov tilsier at kommunen har en lav terskel for å gi tjenester, eller at de smører tynt utover.

Basert på sine registreringer i IPLOS⁵ rapporterer kommunene inn til KOSTRA hvorvidt tjenestemottakere mottar minst 2 hjemmetjenester. I IPLOS-registeret er tjenestemottakeres behov for bistand beskrevet gjennom 17 forskjellig mål for behov for personbistand knyttet til ulike aktiviteter i dagliglivet. I flere av tabellene til SSB/ KOSTRA er tjenestemottakerne fordelt etter de tre bistandsnivåene ”lite bistandsbehov”, ”middel til stort bistandsbehov” og ”omfattende bistandsbehov”. Disse nivåene er basert på beregninger ut fra disse 17 målene i IPLOS.

Tabell 7.4. Bistandsbehov⁶ (andel (%) av totalt antall tjenestemottakere). Gjennomsnitt 2013-2015. KOSTRA.

BISTANDSBEHOV	Dovre	Lesja	Ringebu	Røros
Tjenestemottakere som mottar minst 2 hjemmetjenester	22 %	33 %	31 %	23 %
Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, i alt	6 %	8 %	14 %	14 %
Alle tjenestemottakere med noe/avgrenset bistandsbehov	42 %	50 %	44 %	34 %
Alle tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov	24 %	23 %	19 %	32 %
Antall institusjonsbeboere som har omfattende bistandsbehov	18 %	16 %	5 %	20 %

⁵ IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som på en standardisert måte skal beskrive bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir. IPLOS er en individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. IPLOS eies av Helsedirektoratet.

⁶ I IPLOS-registeret er tjenestemottakeres behov for bistand beskrevet gjennom 17 forskjellig mål for behov for personbistand knyttet til ulike aktiviteter i dagliglivet. I flere av tabellene til SSB er tjenestemottakerne fordelt etter de tre bistandsnivåene ”lite bistandsbehov”, ”middel til stort bistandsbehov” og ”omfattende bistandsbehov”. Beregninger er basert på tjenestemottakernes enkeltvariabler for bistandsbehov registrert i IPLOS. Beregningsprosedyren har 4 trinn. Kilde: SSB.

Lesja og Ringebu har størst andel av tjenestemottakere med to eller flere hjemmetjenester. De har også større andel tjenestemottakere med noe eller avgrenset bistandsbehov.

Dovre og Røros har de sykeste beboerne på institusjon, og har størst andel tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov. Forskjellen mellom Dovre og Lesja er likevel liten. Røros er kommunen med de mest pleietrengende tjenestemottakerne.

Andel av ressursene etter bistandsbehov

Tabell 7.5. Andel av ressursene som brukes til grupper av brukere. Hjemmetjeneste og heldøgns omsorgstilbud. 2015/2016 (Devold 2016: 24).

Hjemmetjenester og heldøgns omsorgstilbud: Andel av ressursene som brukes til grupper av brukerne			
Kommune	Lette br.	Middels br.	Tunge br.
Røros (2016)	44 %	40 %	16 %
Lesja (2015)	75 %	15 %	10 %
Dovre (2015)	47 %	46 %	7 %
Ringebu (2015)	42 %	33 %	25 %
"Alle" kommuner (n=28 679)	45 %	35 %	19 %
Normert	20 %	40 %	41 %

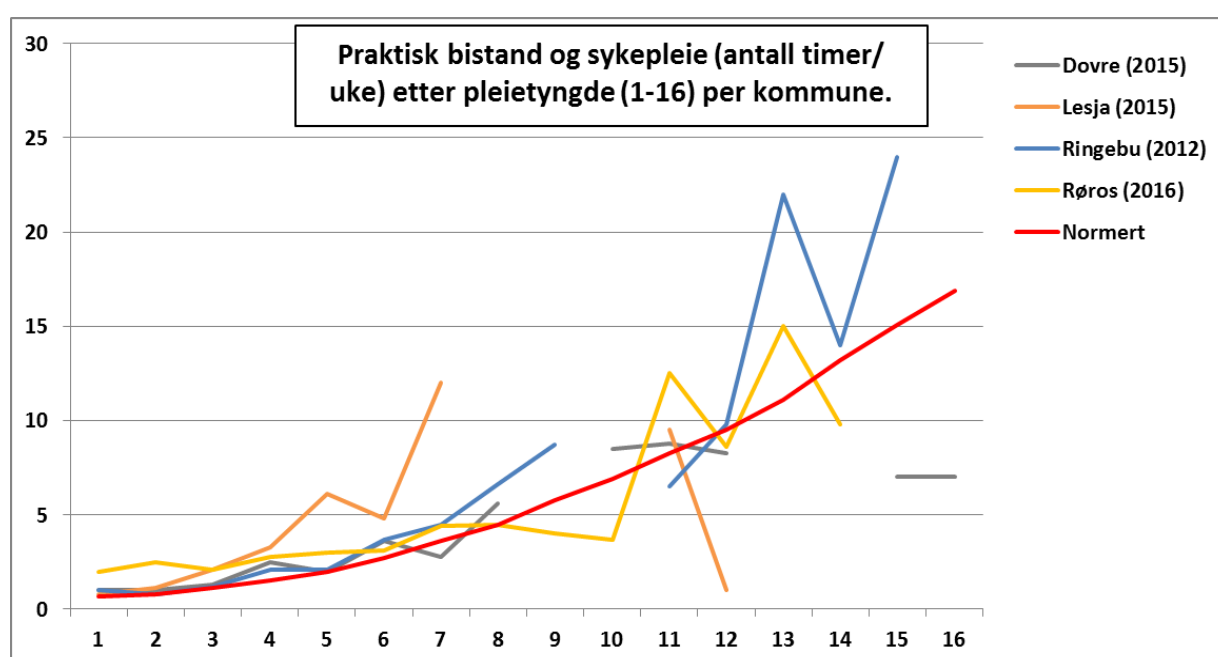
Lesja bruker en svært stor andel av ressursene til brukere med lette behov. Men både Røros, Lesja og Dovre bruker mindre andel av ressursene på de med tunge behov enn forventet. Devold (2016: 24) forventer at lav ressursinnsats mot de med tunge behov (som for Røros, Dovre og Lesja), og en uforholdsmessig høy ressursinnsats mot de med lette behov (som for Lesja), gir økt press på sykehjemsplassene.

Ringebu derimot, bruker 25 % av ressursene på brukere med tunge behov i hjemmetjenesten og HDO, og har den høyeste andelen av de fire kommunene.

Fordeling av hjemmetjenester etter bistandsbehov (funksjonsnivå 1-16)

For å belyse praksis for tildeling av tjenester har Devold (2016, 2015, 2012) splittet brukerne i ordinære hjemmetjenester i 16 funksjonsnivå-grupper⁷ (fra IPLOS-registeret), og lagt inn antall timer praktisk bistand og hjemmesykepleie disse mottar.

Det normerte er hentet fra faktisk praksis i en kommune med en hjemmetjeneste der målet er å tilby hjemmetjenester som reelt alternativ til institusjon eller heldøgns omsorgsbolig. Den mest effektive praksis innebærer at mest mulig av ressursene innrettes mot brukere som har middels og tunge behov (Devold 2012: 26).



Figur 7.1. Praktisk bistand og sykepleie (antall timer/ uke) etter funksjonsnivå (1-16) per kommune (1= lette funksjonstap, 16= svært store funksjonstap).

Tallene gjelder kjernetjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie. En skal forvente at mengde tjenester øker etter hvert som en blir mer skrøpelig – altså at kurvene peker gradvis oppover mot høyre. Brukere med gryende demens kan vi finne i gruppe 6 til 8, og representerer en utfordring for hjemmetjenesten. Den normerte kurven representerer et ganske

⁷ Funksjonsnivå beskriver brukernes mestringssevne i forhold til aktiviteter i daglig liv. Når funksjonssvikt inntreffer, f. eks. i forhold til å utføre alminnelig husarbeid, benytter tjenesteapparatet IPLOS-kriterier for å journalføre dette. Det benyttes en skala 1-5, der 1 er god mestring (ikke behov for hjelp) og 5 er svært hjelpetrengende. I alt 17 variable blir vurdert. Resultatene deles inn i 16 intervaller, slik at brukeren til slutt får tilhørighet i én av 16 funksjonsnivågrupper, der gruppe 1 har lette funksjonstap, gruppe 16 har svært store funksjonstap og hjelpebehov. Ved behov for grovere inndeling benyttes en inndeling av brukerne i 3 grupper: lette, middels og tunge funksjonstap (Devold 2016: 43).

trangt nåløye når det gjelder brukere med små behov, mens brukere med de største behovene i snitt kan få opp mot 17 timer i uka (Devold 2016: 23).

Lesja er «litt raus med tjenestene når behovene er små» (Devold, 2015: 21), dvs. for de med lavere til middels pleietyngde. Røros er likt eller under de vi sammenlikner med, og ligger nært normen, med unntak av de med lavere til middels pleietyngde. Dovre ligger tilnærmet normen, men litt over for enkelte med lavere pleietyngde.

Ringebu er mindre raus enn de andre kommunene når behovene er små, men utmerker seg med stor timeinnsats for brukere med større pleiebehov. Det kan være positivt at det er et visst innslag av tunge brukere med store behov som får tjenesten av hjemmesykepleien, ifølge Devold (2012: 14). Det utgjør et høyt og kostnadskrevende bistandsnivå, men kan avlaste og gi lavere trykk på institusjonsplassene.

Med økende pleietyngde er det flere som ikke mottar praktisk bistand eller sykepleie, da dette er brukere som ofte har en institusjonsplass. Dette forklarer «hullene» i grafen for kommunene.

Oppsummering

Lesja og Ringebu tilbyr flest tjenester, og har flere mottakere med noe eller et avgrenset bistandsbehov.

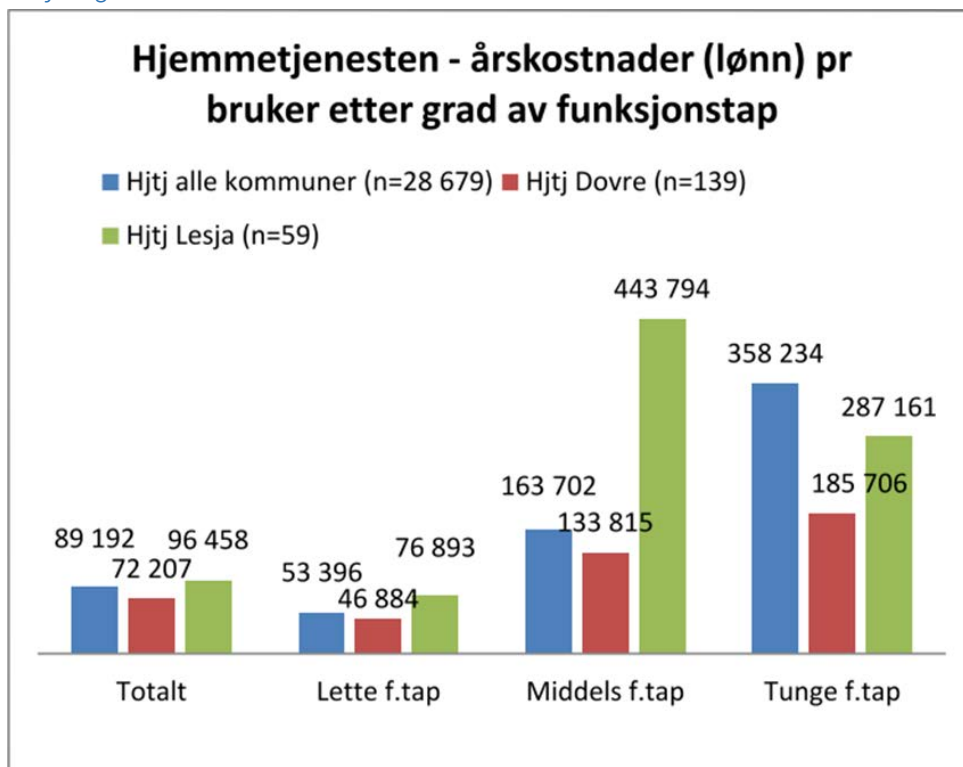
Dovre og Røros har de sykeste beboerne på institusjon, og har generelt sett størst andel tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov.

Lesja bruker mye ressurser på de med lette behov. Røros, Dovre og Lesja bruker også lite ressurser på de med store behov, noe som må forventes å gi økt trykk på institusjonsplasser.

Ringebu utmerker seg med å bruke mye ressurser på de med store behov.

7.3 Kostnader per bruker i hjemmetjenesten etter funksjonsnivå

Lesja og Dovre

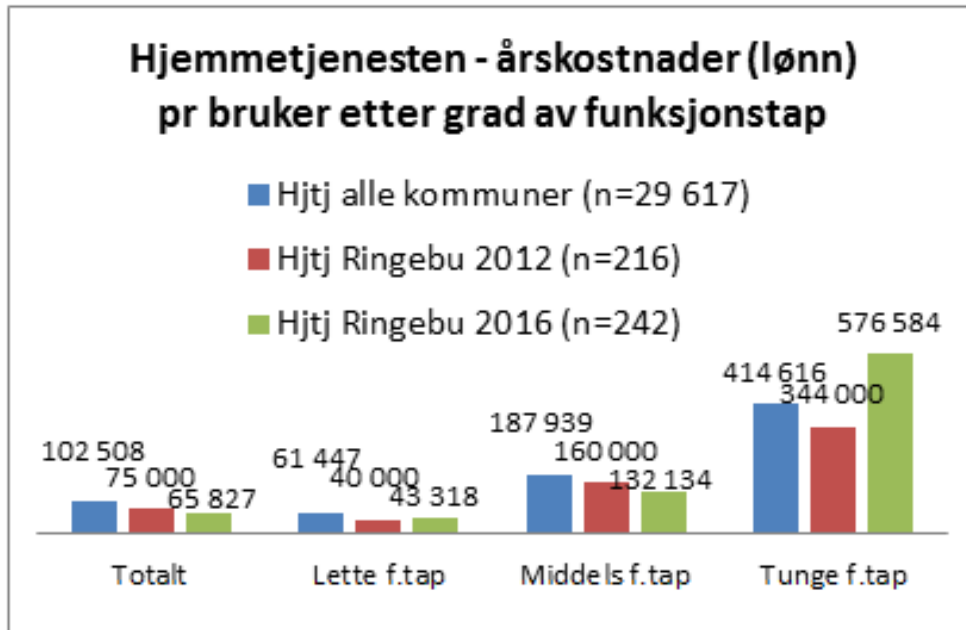


Figur 7.2. Kostnad per bruker fordelt etter lette, middels og tunge funksjonstap⁸ i hjemmetjenesten. Dovre og Lesja. Devold (2015: 28).

Totalkostnaden per bruker i Lesja ligger på om lag 96.000 kroner, 8 % over snittet for alle. Dovre ligger 19 % under snittet for alle. Brukere i Lesja med lette funksjonstap har kostnad på om lag 77.000 kroner, 45 % over snittet for alle. I Dovre er prisen 13 % lavere enn for alle. Brukere med middels funksjonstap har kostnad på om lag 444.000 kroner i Lesja, og det er 2,7 ganger høyere enn snittet for alle. I Dovre er prisen 18 % lavere enn snittet for alle (Devold 2015: 28).

⁸ Lette = funksjonsnivå 1-5, Middels = funksjonsnivå 6-9, Tunge = funksjonsnivå 10-16. Se fotnote 6 for forklaring av funksjonsnivå.

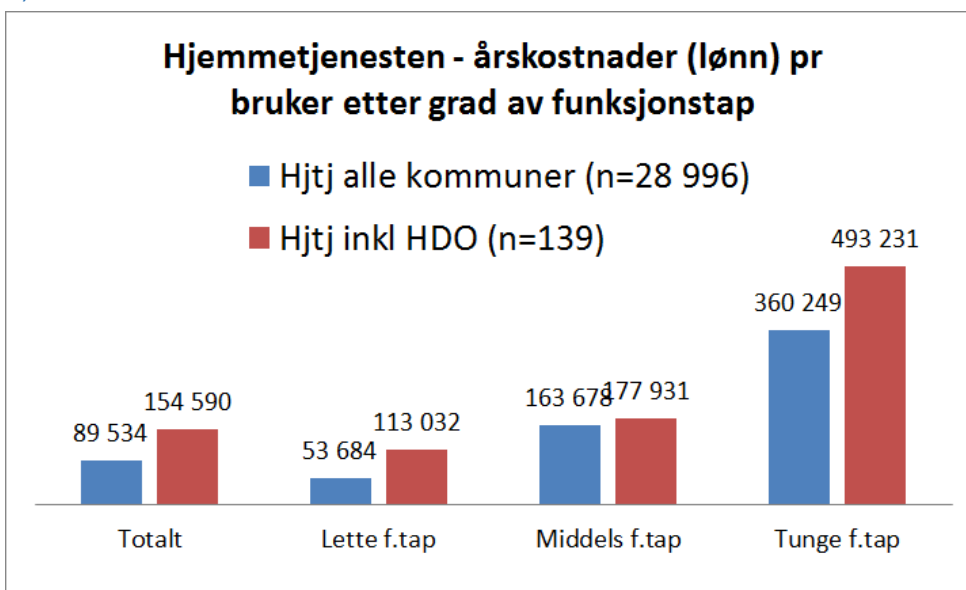
Ringebu



Figur 7.3. Kostnad per bruker fordelt etter lette, middels og tunge funksjonstap i hjemmetjenesten. Ringebu. Devold (2017: 23).

Ringebu har lavere kostnader enn snittet for andre kommuner totalt, og har lave kostnader per bruker med lette og middels tap. Analysen viser at Ringebu prioriterer brukere med tunge funksjonstap sterkt, og har prioritert dem enda sterkere i perioden 2012-2016. Forskjellig årstall forklarer at total kostnad er kr. 102 508 i figur 7.3 for Ringebu, som er lavere enn i tilsvarende figur for Dovre/Lesja (2015).

Røros



Figur 7.4. Kostnad per bruker fordelt etter lette, middels og tunge funksjonstap i hjemmetjenesten. Røros. Devold (2016: 25).

I Røros er driften lagt opp slik at hjemmetjenesten definerer sitt virkefelt som felles, uavhengig av skillet mellom hjemmetjeneste og heldøgns omsorgstilbud. Disse behandles derfor samlet for Røros, og avviker derfor noe fra tabellene for de andre kommunene over (Devold 2017: 22).

Totalkostnaden per bruker i Røros ligger på om lag 155.000 kroner, om lag 73 % over snittet for alle. Hovedforklaringen på dette er det høye volumet i den lette gruppen. I middels gruppe er volumet moderat og kostnadene ligger tett på snittet for alle. I den tunge gruppen er forklaring også et høyt volum. Det siste er positivt iflg. Devold (2016: 25), nemlig at det finnes enkeltteksempler på at det avsettes mye ressurser til tunge brukere.

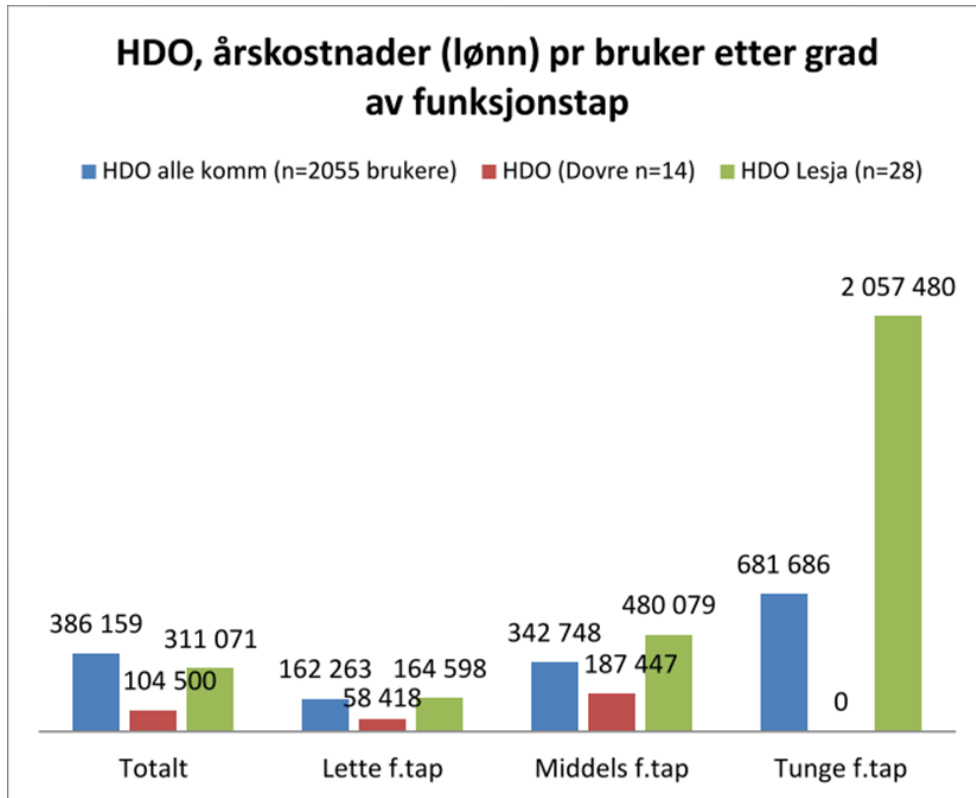
Oppsummering

Lesja bruker mye ressurser i hjemmetjenesten på de med lette og middels behov; 45 % mer enn landsgjennomsnittet for de med lette behov, og hele 2,7 ganger mer for de med middels behov. Dovre bruker klart under landsgjennomsnittet for alle brukergrupper. (Devold 2015: 28). Ringebu har også lave kostnader per bruker i hjemmetjenesten, men utmerker seg med å prioritere de med tunge funksjonsbehov framfor de med lette til middels behov.

Røros bruker mye ressurser totalt, og bruker mye både for de med lette og store behov. Det siste kan gi mindre press på institusjonstjenester.

7.4 Kostnader per bruker i heldøgns omsorgsboliger etter funksjonsnivå

Hvordan bruker kommunene ressurser til et tilbud som egentlig er rettet mot brukere med middels og store hjelpebehov, slik som heldøgns omsorgsboliger (HDO)?



Figur 7.5. Kostnad per bruker fordelt etter lette, middels og tunge funksjonstap i heldøgns omsorgsbolig. Dovre og Lesja. Devold (2015: 35).

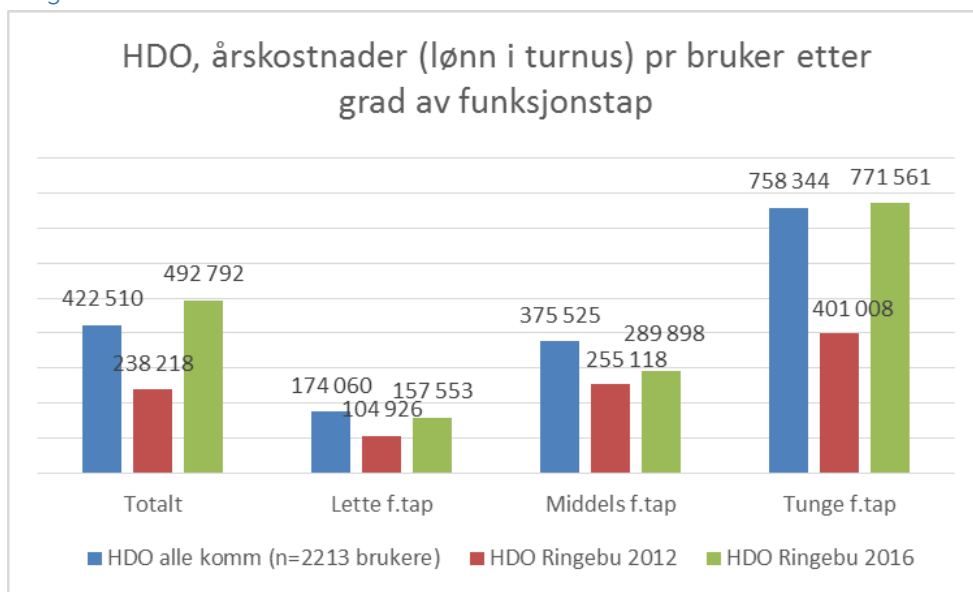
Totalt er snittkostnadene for alle kommunene rundt kr 386.000, mot om lag kr 311.000 i Lesja og 105.000 kr i Dovre. Kostnadsbildet ellers er at Lesja driver disse tjenestene dyrere enn de andre når en splitter på undergrupper, mens det er motsatt i Dovre som har lavere kostnader både totalt i undergrupper. Brukere med lette funksjonstap har kostnader på om lag 165.000 kroner, ganske likt de vi sammenlikner med, men nesten 3 ganger så mye som i Dovre (Devold 2015: 36).

Middels brukere har kostnader på om lag 480.000 i Lesja, 39 % mer enn de vi sammenlikner med, og 2,5 ganger mer enn i Dovre. Tunge brukere i Lesja har et helt spesielt kostnadsbilde knyttet til et omsorgsopplegg som drives som egen turnus i Lesjatun. Det er tildelt mye tjenester til brukerne ved begge tiltakene, det er altså høyt volum (Devold 2015: 36).

Lesjatun i Lesja omfatter et spesielt prosjekt som har fått egen betjening. Alternativet for dette prosjektet ville vært plass i sykehjemmet. Dette alternativet er blitt valgt bort av kommunen. Devold (2015: 37) anslår kostnadene kommunen dermed velger å ta, ligger minimum 0,75 mill.kr, maksimum 1,1 mill.kr høyere enn det ville kostet i sykehjemmet.

Devold (2015: 37) hevder effektivitetstapet i drifta av Eldres senter og Lesjatun for øvrig representerer samlet et økonomisk tap på om lag 4,8 mill kr. Devold (2015: 37) har da regnet ut differansen mellom dagens kostnader og kostnader en ville hatt dersom tiltakene hadde tjenester fra hjemmesykepleien og hjemmehjelpsgruppa uten stasjonær betjening, drifta ved kjøkkenet overtatt av felles storkjøkken, dagsenter, matombringning og trygghetsalarmer på vanlig måte, på linje med andre i bygda med liknende behov (Devold 2015: 37).

Ringebu



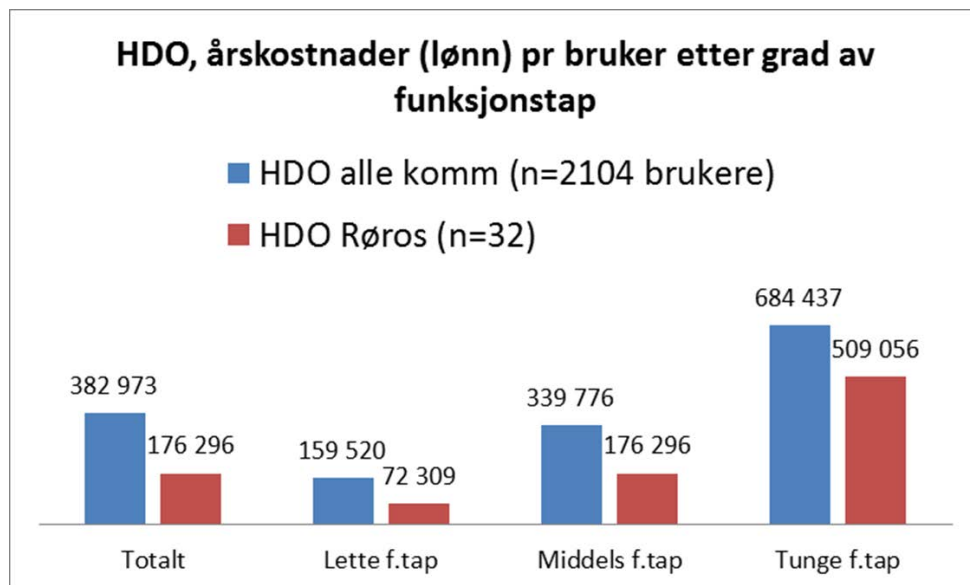
Figur 7.6. Kostnad per bruker fordelt etter lette, middels og tunge funksjonstap i heldøgns omsorgsbolig. Ringebu. Devold (2017:28).

Figur 7.6 viser at det har skjedd en kraftig vekst i kostnadene i HDO-tilbudet siden 2012, som da var svært økonomisk driftet. Det er for gruppen med tyngre pleiebehov enhetskostnaden har gått betydelig opp. Dette skyldes at Linåkertunet HDO har tatt over ansvaret for de tyngste brukerne etter nedleggelsen av sykehjemmet, og er et resultat av en omlegging av institusjonstilbudet.

Den samme gode prioriteringen dokumenterer Devold (2012: 20) også innenfor det heldøgns omsorgstilbudet for funksjons-/utviklingshemmede (HDU) i Ringebu. Ringebu har ikke brukere med lette funksjonstap som mottar et HDU-tilbud. I gruppen med middels behov ligger kostnadene betydelig under snittet for alle, mens kostnadene for de med tunge behov ligger svært høyt. Tallene forteller om god differensiering i tilbudet i forhold til brukernes

tilstand og situasjon. De høye kostnadene i den siste gruppen har god begrunnelse ifølge Devold (2012: 20), dvs. uttrykker en høy prioriterings- og formåls effektivitet.

Røros



Figur 7.7. Kostnad per bruker fordelt etter lette, middels og tunge funksjonstap i heldøgns omsorgsbolig. Røros. Devold (2016: 31).

Totalt er snittkostnadene for alle kommunene rundt kr 383.000, mot om lag kr 176.000 i Røros. Volumet (timer/uke) er lavt, fordi brukerne greier seg veldig godt selv, mange av dem er helt funksjonsfriske (Devold 2016: 31).

Lette brukere har en kostnad i Røros som er på under halvparten av snittet for alle. Lite tjenester er hovedårsaken til forskjellen. Middels tunge brukere har også lavere kostnader enn snittet for alle, 59 % av snittet for alle. De tunge brukerne har også mye mindre tjenester enn snittet for alle, og som følge av det også lavere kostnader (Devold 2016: 31).

Alt i alt er det mye som peker mot at tilbudet i Øverhagan og Småhagene er gitt mer som boligpolitisk tiltak mer enn som omsorgspolitisk tiltak (Devold 2016: 31).

Kommunene har generelt ofte kostnadskrevende, separate og stasjonære nattevaktordninger som driver prisen opp. I Røros er det nattevaktordning i hjemmetjenesten som ivaretar natt-tjenesten ute og det er mye mer kostnadseffektivt (Devold 2016: 31).

Oppsummering

Ringebu har en økonomisk drift av HDO. Dette gjelder også for HDU. Ringebu utmerker seg med god prioritering innenfor sitt HDO-tilbud, i og med de ikke har brukere med lette behov, og har kostnader under landsgjennomsnittet for de med middels behov. De bruker derimot mye ressurser på de med store behov, noe som kan avlaste behovet for sykehjem eller dyre institusjonsplasser.

Lesja derimot, har høye kostnader i sin drift av HDO, og det gjelder uansett behov. Å ha høye kostnader for brukere med lette behov kan sees på som svake prioriteringer.

Dovre har generelt få HDO-plasser, og har lave kostnader. Brukerne som i andre kommuner får et HDO-tilbud, gis andre tjenester, hovedsakelig på institusjon for de med mer omfattende behov.

I Røros er kostnadene lave, men HDO-tilbud er gitt til brukere med så lette behov at Devold (2016) omtaler det som et boligpolitisk tiltak. Når også tunge brukere får lite tjenester, framstår det ikke som gode prioriteringer, tross lave enhetskostnader.

7.5 Helse- og omsorgsledernes vurdering av prioriteringer i tjenestetilbudet

Røros

Røros kommune er i en omstilling, og ifølge kommunalsjefen driver de ikke effektivt nok. Det er en endring i hvordan tjenestene tilbys nå i forhold til hvordan man historisk sett har gitt helse- og omsorgstjenester. Blant annet er Røros i ferd med å endre at kommunen har vært institusjonstung, og de jobber aktivt med å bygge ut omsorgstrappa, slik at de får flere trinn og flere tjenester på rett nivå gitt til rett pasient. Det har tidligere også vært lav terskel for å få tjenester, noe som også tas tak i nå.

Røros bygger ut hjemmetjenestene og har fokus på både å kunne forebygge og gi bedre tjenester i hjemmet i forhold til hva som venter i framtiden, med færre yrkesaktive og flere som trenger tjenester. Institusjonsplasser er kostnadskrevende og kunne tilby gode tjenester i hjemmet på rett nivå, blir avgjørende for også å få økonomien til å gå opp. Samtidig skal befolkningen få riktig tjenester på rett trinn i omsorgstrappa.

Røros har redusert antallet årsverk de siste årene, og har redusert med 20 institusjonsplasser. Dette skyldtes blant annet at kommunen kom på ROBEK-lista i 2014, men også at

demografien er i endring, og at dreiningen i helse og omsorgstjenestene går fra tjenester på institusjon til at flere tjenester blir tilbydd i hjemmet og som HDO-plasser.

Ringebu

Ringebu har nesten ingen sykehjemsplasser, men tilbyr HDO-plasser. I 2011 startet byggingen av nytt aldershjem, Linåkertunet HDO, som var tilrettelagt for brukere med demens. Linåkertunet ble operativt i 2013 og 32 HDO-plasser erstattet de gamle sykehjemsplassene, i tillegg fikk de en kortidsrehabiliteringsavdeling på samme lokasjon og de plassene regnes som sykehjemsplasser. Etter rehabilitering sendes beboere hjem med tildelte ressurser fra hjemmesykepleien for videre trening.

Ringebu har en innretning av tjenestetilbudet med relativt få sykehjemsplasser i kortidsrehabiliteringen. Dette er intensive plasser med høy bemanning, men som igjen gjør at brukere kan bo lengre i eget hjem. Dette er ofte det ønskelige for de eldre, og gir mindre press på institusjonsplasser.

Kommunalsjefen peker på at Devold (2012) omtaler HDO-plassene som økonomisk driftet. Den fysiske utformingen og organiseringen av tjenester på Linåkertunet er effektiv. Det er 32 plasser for brukere med demens, der hver av de 8 boenhetene har et fellesområde med stue og kjøkken en kommer ut til fra hver boenhet, og hvor det er fagpersonell tilgjengelig. Et slikt oppsett gjør at beboerne kommer rett ut i fellesmiljøet, der en hurtigere kommer i kontakt med personell enn ved et tradisjonelt sykehjem med lange korridorer. På denne måten klarer man seg med mindre personell på arbeid enn i en mer tradisjonell bygningsmasse.

Erfaringen til Ringebu er at en organisering og tilpasning av tjenestene til behovene til befolkningen kan bremse en eskalering av utgifter, om ikke øke effektiviteten. Om Ringebu ikke hadde gjort omstillinger de siste årene, ville de hatt behov for 25 mill.kr mer til helse og omsorg hvis de hadde driftet slik de gjorde tidligere. Så Ringebu har faktisk effektivisert en god del, hevder kommunalsjefen (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

Lesja

Lesja har en ressurskrevende tjenesteprofil, og har en større andel av tjenester i hjemmet enn andre kommuner de sammenligner seg med. Det er høy terskel for å bli lagt inn på sykehjem i Lesja. Fortsatt har Lesja en høy bemanning, og det gis gode tjenester både nord og sør i bygda. Dette basert på innbyggerens ønsker og politiske beslutninger.

Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen peker også på at i små kommuner kan enkeltbrukere med stor pleietyngde, og som krever én-til-én bemanning gi til dels store utslag sammenlignet med kommuner som ikke har det.

Kommunen var på ROBEK-lista i fjor og har vært inne i en omfattende driftsreduksjon siden 2012. For helse- og omsorgssektoren har innsparingsmålet vært på 10 mill.kr siden 2013. Det er nedbemannet med 6 senger på sykehjemmet, og vakante stillinger blir ikke besatt f.eks ved naturlig avgang. Når kommuneøkonomien er presset virker det litt enklere for politikerne å ta vanskelige valg. Det gjør at Lesja også har effektivisert en god del de siste årene, også etter at Devold (2015) framla sin rapport.

Dovre

Dovre har stor kapasitet og har mange korttidsavlastninger i løpet av året. Det ble bygget en ny institusjon i 2002, og kommunen har god kapasitet til å tilby korttidsopphold.

En god kapasitet er ikke bare for å unngå å betale for overliggende pasienter på sykehus. I tillegg mener pleie- og omsorgslederen at jevnlig korttidsopphold for hjemmeboende med omsorgsbehov og nære pårørende som yter omsorg, har en positiv effekt. Slike avlastningsopphold gjør ofte at de kan klare seg lengre hjemme før de trenger langtidsopphold. Rullerende avlastningsopphold, f.eks. to uker hjemme og en uke på avlastning, har lederen tro på utgjør en forskjell på hvor lenge de klarer seg hjemme. Dette hjelper også omsorgsyter i hjemmet, slik at de kan bidra over lengre tid.

7.6 Organisering av tildelingen av tjenester

Lesja

Lesja har organisert saksbehandlingen i en tildelingsnemnd. Innbyggere som har behov for tjenester melder dette inn med skriftlig søknad, eller behovene fanges opp der ute av de som yter tjenestene. Vedtak fattes av en nemd sammensatt av leder for hjemmebaserte tjenester, leder på sykehjemmet og tilsynslege ved sykehjemmet som gjør vedtak på tildeling av tjenester. Her har kommunen forbedret praksisen knyttet til å skrive vedtak, og at det som vedtas følges opp med antall timer som vedtaket lyder på. Tradisjonen har vært at når ansatte i omsorgsboligene var tilgjengelig, gav de løpende de tjenester som de vurderte som nødvendige – uavhengig av vedtatte timer. Dette var med på å gi et feilaktig resultat for Lesja i de nasjonale målingene, da de ikke fikk rapportert inn på tjenester som faktisk ble utført. Etter en intern revisjon i 2016 ble det vedtatt en ny kvalitetsstandard for de ulike pleie- og

omsorgstjenestene for å få mer likeartet praksis (Intervju, Helse-, omsorg- og folkehelsesjef i Lesja kommune, 20.02.17).

Dovre

Pleie- og omsorgsleder er utøvende tildelingsperson i Dovre, men de har et tildelingsteam som består av kommuneoverlege og noen andre ledere. Disse har møte hver uke. Her ser kommunen på en ny praksis pga. mangel på tid for lederen til å utføre dette. En søker å få dette til igjennom eksisterende personell, der arbeidsoppgaver kan tilpasses. Det er utarbeidet egne kriterier/vilkår for de ulike tjenester og behovene til brukere vurderes ut ifra disse - om man har krav på tjenestene. Her forsøker man å ha en stram, men rettferdig praksis (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Ringebu

Tildeling av tjenester i Ringebu kommune skjer via et tildelingskontor som vedtar tjenester etter tildelingskriterier som er fastsatt for alle tjenester. Det er tre personer som utgjør tildelingskontoret, i forskjellig stillingsstørrelser, og er tverrfaglig sammensatt av sykepleiere og vernepleier. Dersom en søker fyller kriteriene for nødvendig helsehjelp får man nødvendig tjenester tildelt (Intervju, kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

I Ringebu er ledelse innen helse og omsorg prioritert. De har gjort avdelingslederstillingene 100 % administrative, slik at en ikke lengre jobber ute i tjenesteproduksjonen aktivt i disse stillingene. Denne prioriteringen av ledelsen og kompetansehevingstiltak trekkes fram som en styrke i Ringebu. De tre tjenestelederne er fysisk lokalisert i samme bygg, og det er et uttalt mål at Ringebu skal ha en enhetlig og helhetlig ledelse innen helse og omsorg. En skal tenke på tvers når det kommer til hvordan tjenestene innrettes og hvordan en jobber i forhold til kvalitet og ressursbruk. Gode tjenester krever god ledelse, hevder kommunalsjefen i Ringebu kommune. Ledelse i helse og omsorg er underprioritert generelt, sier hun. Ledelsestettheten i helse og omsorg langt under den som er i f.eks. skolesektoren.

Røros

Røros kommune har et forvaltningskontor, som er porten inn til tilgang på tjenestene. Det ble opprettet for ett år siden, men er enda ikke i full drift. Det er tenkt at forvaltningskontoret er trakten der en skal få inn behovene og få oversikt over alle som søker eller henvender seg til omsorgstjenestene, behovene kartlegges og det fattes vedtak om tjenester. Dette er en endring av tidligere praksis, der legetjenesten spesielt og de hjemmebaserte tjenestene også hadde fri tilgang til institusjonsplass. Det har vært lett å henvende seg direkte til institusjonen tidligere. Dette er nå i endring, og det er forvaltningskontoret man skal forholde seg til. Det stilles litt større krav til tildelingen av tjenester nå enn tidligere for de ulike tjenestene. Terskelen for å

få tjenester er blitt gradvis høyere, etter revideringer av kriterier for tjenestene. Den nye praksisen har møtt noe motstand fra noen ansatte i tjenesten, som mener at det er blitt en byråkratisering, og som de synes det er vanskelig å forholde seg til (Intervju, Kommunalsjef, Røros kommune, 08.03.17).

8 PRODUKTIVITET

8.1 Produktivitet I (KOSTRA)

KOSTRA-tall kan benyttes for å undersøke hvor mye ressurser som brukes for å produsere en tjeneste (produktivitet). Det gjøres ved å oppgi kostnad per produsert enhet av en gitt tjeneste, og kan forstås som enhetskostnader. I denne sammenhengen er enhetene i indikatorene oppholdsdøgn, tjenestemottakere eller beboer.

Tabell 8.1. Nøkkeltall og produktivitet: Pleie- og omsorgstjenester. 2013-2015. KOSTRA.

Nøkkeltall og produktivitet, Pleie og omsorg	Dovre			Lesja			Ringebru			Røros		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Mottakere av pleie- og omsorgstjenester	176	181	177	112	121	126	321	363	351	288	277	378
Lønnsutgifter, pleie og omsorg (1 000)	46787	51132	57519	44552	46016	44655	87517	93978	87822	99228	105566	98621
Netto driftsutgifter pleie og omsorg (1 000)	46410	50263	53352	43726	45112	41140	91228	103943	96576	100913	106008	97786
Årsverk i alt , pleie og omsorg	79	75	96	87	87	84	156	153	137	145	146	156
Kommunale årsverk i pleie og omsorg, konsern	79	75	96	86	87	83	156	152	136	140	142	151
Årsverk av personell med relevant fagutdanning	46	50	61	53	54	49	116	114	108	111	115	123
Lønnsutgifter per mottaker	266	282	325	398	380	354	273	259	250	345	381	261
Netto driftsutgifter per mottaker	264	278	301	390	373	327	284	286	275	350	383	259
Årsverk per mottaker	0,45	0,42	0,54	0,77	0,72	0,67	0,49	0,42	0,39	0,50	0,53	0,41
Årsverk med fagutdanning per mottaker	0,26	0,28	0,34	0,48	0,45	0,39	0,36	0,32	0,31	0,39	0,42	0,33

Dovre har lave lønns- og driftskostnadene (netto) per tjenestemottaker sammenlignet med de andre kommunene, men har en økning i spesielt lønnsutgiftene i 2015. Det er en kraftig økning i antall årsverk dette året, og når antallet mottakere går noe ned, gir det en betydelig økning i antall årsverk per mottaker.

Ringebru har også lave lønns- og driftskostnader (netto) per tjenestemottaker for pleie- og omsorgstjenesten totalt sett. Det viser seg også i et relativt lavt antall årsverk per mottaker.

Lesja har det høyeste lønns- og driftskostnadene (netto) per tjenestemottaker, men går en del ned i perioden 2013-2015. Lesja bruker klart flest årsverk per mottaker i hele perioden. Det gjelder også årsverk med fagutdanning.

Røros har relativt høye lønns- og driftsutgifter (netto) per mottaker fram til 2014, men de går vesentlig ned i 2015. Dette har sammenheng med en kraftig økning i antall mottakere dette året. Det gir utslag i færre årsverk per mottaker, som i 2015 er relativt lavt.

Tabell 8.2. Nøkkeltall og produktivitet: Institusjoner. 2013-2015. KOSTRA.

Nøkkeltall og produktivitet, Institusjoner	Dovre			Lesja			Ringebru			Røros		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Beboere i institusjon i alt	50	48	45	27	22	26	43	8	18	95	86	85
Oppholdsdøgn totalt i institusjon	16332	16836	16461	10976	8155	9264	16923	4684	4659	33894	27838	27514
Lønnsutgifter i institusjoner (1 000)	33490	36074	36324	19139	19545	18744	37037	23195	18268	56034	57068	53878
Lønnsutgifter, drift av institusjon (1 000)	1763	1738	1786	1041	1136	1166	2091	1997	2003	1224	569	321
Netto driftsutgifter til institusjoner (1 000)	32698	36063	35691	20605	21338	19785	40319	29854	26611	54459	54513	52061
Lønnsutgifter i institusjoner per beboer (1 000)	705	788	847	747	940	766	910	3149	1126	603	670	638
Netto driftsutgifter til institusjoner per beboer (1 000)	654	751	793	763	970	761	938	3732	1478	573	634	612
Netto driftsutgifter per oppholdsdøgn	2,0	2,1	2,2	1,9	2,6	2,1	2,4	6,4	5,7	1,6	2,0	1,9

Dovre har nokså lave lønns- og driftsutgifter (netto) per beboer, men lønnsutgiftene øker i 2015.

Lesja har noe høyere lønns- og driftsutgifter (netto) per beboer og driftsutgifter (netto) per oppholdsdøgn i 2014, noe som har sammenheng med en viss nedgang i antall beboere og antall oppholdsdøgn dette året. Lesja har relativt lave utgifter per beboer og oppholdsdøgn i 2015.

Ringebu hadde nokså høye lønns- og driftsutgifter (netto) per beboer i 2013 i utgangspunktet, men de går vesentlig opp når antall beboere reduseres fra 43 til 8 i 2014. Når lønns- og driftsutgifter ikke reduseres tilsvarende, går produktiviteten vesentlig ned. Dette sees også i den kraftige økningen i antall årsverk per beboer.

Røros har gjennomgående de laveste lønns- og driftsutgiftene (netto) per beboer i perioden, noe som også gjelder antall årsverk. Røros har også lave driftsutgifter (netto) per oppholdsdøgn.

Tabell 8.3. Nøkkeltall og produktivitet: Hjemmetjenestene. 2013-2015. KOSTRA.

Nøkkeltall og produktivitet, Hjemmetjenester	Dovre			Lesja			Ringebu			Røros		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Mottakere av hjemmetjenester i alt	125	131	128	80	89	95	264	339	328	205	200	304
Lønnsutgifter i hjemmetjenesten (1 000)	13285	15055	19980	23484	24280	23855	45505	65678	64827	42726	47949	44190
Netto driftsutgifter, tjenester til hjemmeboende brukere (1 000)	13655	14144	16624	20453	21129	19746	43565	65199	64333	46144	51109	45308
Lønnsutg. i hjemmetjenesten per hj.tjenestemottaker (1 000)	106	115	156	294	273	251	172	194	198	208	240	145
Netto driftsutg., tjen.til hjemmeboende brukere per hj.tj.mottaker	109	108	130	256	237	208	165	192	196	225	256	149

Dovre har gjennomgående lave lønns- og driftsutgifter (netto) per hjemmetjenestemottaker, og spesielt driftsutgiftene er lave.

Lesja har gjennomgående de høyeste lønns- og driftsutgiftene (netto) per hjemmetjenestemottaker, og har omkring dobbelt så høye enhetskostnader som Dovre.

Ringebu har også høyere lønns- og driftsutgifter (netto) per hjemmetjenestemottaker enn Dovre i perioden 2013-2015, og har den nest svakeste produktiviteten.

Røros har en klar forbedring i produktiviteten i 2015, og har samme lave lønns- og driftsutgifter (netto) per hjemmetjenestemottaker som Dovre dette året.

8.2 Helse- og omsorgsledernes vurdering av produktivitet

Dovre

Pleie- og omsorgsleder forteller at i Dovre har man jobbet ut i fra at en skal ha effektive og gode måter å jobbe på. Filosofien er å ha gode prosedyrer som en følger, prosedyrene skal

være effektive og en skal gjøre det riktig første gangen slik at en slipper å bruke tid på å rette opp feil. Dette har vært en måte å tenke og jobbe på. Men det blir en grense for hvor mye en kan presse en gitt bemanning, så den har økt på litt etter hvert (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Bakgrunnen for lav bemanning ligger i en organisasjonsstruktur som en hadde fra 2002-2010 som hadde en fullstendig integrering på institusjon- og hjemmetjenester. Dette har vist seg å slå godt ut på effektiviteten. Fra 2010 ble tjenestene igjen splittet opp i mindre avdelinger, men med utgangspunkt i nærmest samme bemanning (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Vi har klart å drive effektivt med denne organiseringen også. Vi er vant med å ha lite ressurser og er nødt til å klare oss med det lille vi har, sier Pleie- og omsorgslederen i Dovre kommune (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Endringene i lønnsutgifter fra 2014 til 2015 knytter seg blant annet til den ene brukeren, som har hatt særskilt store behov for bemanning (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Dovre er institusjonstung, og har stor kapasitet, og har mange korttidsavlastninger i løpet av året. Det ble bygget en ny institusjon i 2002, som er planlagt for å kunne møte økningen av antall eldre i etterkrigsgenerasjonen, og som topper seg i 2025. Dermed har kommunen kapasitet til å tilby korttidsopphold. En ser nå på å stenge deler av institusjonen, da en ikke kan forsvare å ha såpass mange ledige plasser stående tomme (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

En av grunnene til mange korttidsopphold, er en strategi om at en ikke skal betale for overliggende pasienter på sykehus, noe kommunen til dags dato ikke har brukt én krone på, ifølge helse- og omsorgslederen (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

For å drifte effektivt må en ha kontroll og struktur. Det kan ikke sløses med tiden, prosedyrer og retningslinjer må være på plass og de må følges. Det må være en enhetlig praksis, ifølge helse- og omsorgslederen i Dovre kommune.

Når vedtak gjøres samsvarer det med hva som vedtas og journalføres, og det som rapporteres inn. I andre kommuner kan det være at den enkelte sykepleier gir tjenester og tilbud ut fra egen overbevisning eller vurdering, og at dette ikke stemmer med hva som er vedtatt (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Dovres pleie- og omsorgsleder mener andre sammenlignede kommuner er i ferd med å nærme seg Dovre i produktivitet, da flere og flere blir bevisst på å drifte effektivt. Dette har sammenheng med at mange kommuner har fått svakere kommuneøkonomi. Det er mulig 30-35 % forbedringer er i overkant, men at det er noe å gå på for mange, medfører nok riktighet, sier helse og omsorgslederen i Dovre kommune (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

Røros

De tre siste årene har Røros kommune redusert med 20 institusjonsplasser, noe som også er med på at Røros kommer godt ut. Kommunalsjefen forteller at kommunen går igjennom endring og omstilling fordi de ikke driver effektivt nok sett fra deres perspektiv. Selv om Røros skårer godt på effektivitetsmålingene, er det fortsatt potensiale for forbedring, ifølge kommunalsjefen (Intervju, Kommunalsjef, Røros kommune, 08.03.17).

Røros har per nå ikke HDO-plasser. Andre kommuner har dreid seg bort fra institusjonsplasser, og trenden er nå at man har HDO-plasser som man bemanner opp. I et slikt scenario vil ikke dette kunne rapporteres inn som liggedøgn, og fanges således ikke opp i tabellen over, eller i output-/ produksjonsvariabelen til SØF (Intervju, Kommunalsjef, Røros kommune, 08.03.17).

Lesja

Lesja har slitt med høye enhetskostnader i hjemmebaserte tjenester, og at dette var noe det første som ble tatt tak i da Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen begynte i jobben for 3,5 år siden. Det ble blant annet bestilt en driftsanalyse fra Devold AS. Det viste det seg at ca. tre årsverk var registrert/rapportert på feil funksjon i KOSTRA, noe som viste noe for høye enhetskostnader innenfor hjemmetjenestene. Feil i årsverks-rapporteringen ble rettet opp i 2015, noe som viser seg i forbedringen i KOSTRA-tallene i 2015. Det har vært gjort en ryddejobb i forhold til praksis i rapportering i IPLOS, slik at det som rapporteres inn til myndighetene er mest mulig korrekt.

Men når dette er korrigert, har Lesja fortsatt høye enhetskostnader for hjemmebaserte tjenester. Dette henger sammen med tjenesteprofilen til kommunen. Lesja har en større andel av tjenester i hjemmet enn andre kommuner de sammenligner seg med, og har mindre andel sykehjemsplasser. Det er høy terskel for å bli lagt inn på sykehjem i Lesja. Dovre har f.eks. dobbelt så mange sykehjemsplasser.

I Devold-rapporten ble kommunen sett i kortene og det var nyttig for å avdekke forbedringspotensialet, men det kan oppleves litt ubehagelig f.eks. at tildelingspraksis i Lesja

beskrives som raus. Da det kom fram at KOSTRA-tallene viste høye enhetskostnader i hjemmetjenesten sammenlignet med andre kommune, tok politikerne det til inntekt for at det kunne kuttes i kostnader. Når feilene i rapporteringen ble gjort, viste det seg at det ikke var så mye å kutte i realiteten. Fortsatt har Lesja en høy bemanning, noe som er knyttet til ønsket om at det skal gis gode tjenester både nord og sør i bygda. Dette er basert på innbyggerens ønsker, og er forankret i politiske beslutninger (Intervju, Helse-, omsorg- og folkehelsesjef i Lesja kommune, 20.02.17).

Helse-, omsorg-, og folkehelsesjefen mener lokale forskjeller i organisering, tjenesteprofil og struktur kan føre til at forskjeller mellom kommunene ikke kommer fram i en felles nasjonal rapportering og målinger av produktivitet. Sammenlikning mellom kommuner forutsetter lokalkunnskap om de kommunene man faktisk sammenlikner seg med, og viser til disse geografiske og politiske premissene for tjenestetilbudet i Lesja (Intervju, Helse-, omsorg- og folkehelsesjef i Lesja kommune, 20.02.17).

Rent teknisk er det et potensial for effektivisering i Lesja på 30-35 prosent, slik som Produktivitetskommisjonen hevder, men det vil få konsekvenser for innhold og kvalitet i tjenestetilbudet for brukerne, mener Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen.

Det er noe som heter: «Ikke alt kan telles, noe må også fortelles». Det er viktig når man skal tolke målinger av produktivitet og nasjonale resultater, sier Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen i Lesja.

Ringebu

KOSTRA-tallene viser at Ringebu har høye lønns- og driftsutgifter i institusjoner per beboer og oppholdsdøgn i 2014-2015. Kommunalsjefens kommentar er at Ringebu har nesten ingen sykehjemsplasser, men tilbyr HDO-plasser. I 2011 startet byggingen av nytt aldershjem, Linåkertunet HDO. Linåkertunet ble operativt i 2013 og 32 HDO-plasser erstattet de gamle sykehjemsplassene, i tillegg fikk de en kortidsrehabiliteringsavdeling på samme lokasjon. De siste plassene regnes som sykehjemsplasser, og registreres som liggedøgn i KOSTRA.

HDO-plassene omtales som økonomisk driftet i Devolds rapport, og da trekkes den fysiske utforming og organisering av tjenester på Linåkertunet som grunn til det. Det er 32 plasser for brukere med demens, der hver av de 8 boenhetene har et fellesområde med stue og kjøkken en kommer ut til fra hver boenhet, der det er personell tilgjengelig. Et slikt oppsett gjør at beboerne kommer rett ut i fellesmiljøet der en hurtigere kommer i kontakt med personell enn ved et tradisjonelt sykehjem der en må vandre igjennom korridorer før en kommer til en

stue/fellesområde. På denne måten klarer man seg med mindre personell på arbeid enn ved en tradisjonell utforming.

8.3 Produktivitet II (Indirekte tid)

Indirekte tid

En alternativ måte å undersøke produktivitet på i hjemmetjenestene, er å se på forholdet mellom tid ansikt-til-ansikt (ATA) og indirekte tid. Indirekte tid er tid som ikke brukes til å yte faktiske tjenester ovenfor brukerne.

Devold (2012, 2015, 2016) har undersøkt produktiviteten for hele hjemmetjenesten, inkl. hjemmesykepleie og hjemmehjelp, alle tjenester som ytes til hjemmeboende og brukere i HDO-boliger. Det sees bort fra støttekontakter, omsorgslønn, og brukerstyrt personlig assistent, samt vaktmester og renhold.

For å beregne indirekte tid trekker Devold (2012, 2015, 2016) først ut en estimert reisetid, og tid som medgår til utrykning på trygghetsalarmer. Dette er nødvendig tidsbruk for ytelse av tjenestene, og inngår ikke i estimatet for indirekte tid.

Når korreksjoner er gjort mht. reisetid og utrykning til trygghetsalarmer, står Devold (2016: 27) igjen med et estimat på indirekte tid knyttet til dokumentasjon, møter, opplæring/kurs, kontakt med samarbeidspartnere, pårørende osv. Kravet til andel indirekte tid er større for hjemmesykepleie enn for hjemmehjelp.

Røros

Andel direkte tid (ansikt-til-ansikt) i hjemmesykepleien og hjemmehjelp totalt sett er mellom 68-70 %, dvs. 30-32 % er indirekte tid i Røros. Dette er ifølge Devold (2016: 27) tilfredsstillende, men påpeker mulige forbedringer i opplegg av reiserute og den merbelastningen hjemmetjenesten har med utkjøring av mat.

Kommunalsjefen i Røros kommune sier også at hjemmetjenesten bruker mye tid på kjøring. De jobber med å få lagt boliger og institusjoner sentralt plassert, slik at de som trenger flest tjenester mottar dem innen kortere reiseavstand. De jobber også med logistikken i hjemmetjenestene, men må fortsatt påregne lange kjøreavstander, og bruke tid og ressurser på å komme seg rundt til de som skal gis tjenester i hjemmet (Intervju, Kommunalsjef, Røros kommune, 08.03.17).

Ringebu

Alt i alt ligger Ringebus indirekte tid innen rammen av 20 % etter at det er korrigert for utrykninger, reisetid, HMS-tid og tid sykepleie til BPA-brukere. Ledelse og merkantile funksjoner er da holdt utenfor, slik som for Røros over. Devold (2012: 19) konkluderer med alt i alt tilfredsstillende produktivitet i hjemmetjenesten i Ringebu.

Lesja

Lesja har en andel direkte tid i hjemmesykepleien, hjemmehjelp og psykisk helse samlet på 82 %, dvs. 18 % er indirekte tid. Dette er veldig tilfredsstillende, ifølge Devold (2015: 30). Ytterligere kvalitetssikring av dette kan gjøres ved å kontrollere for kryssleveranser av tjenester mellom hjemmetjenesten og fast bemanning ved Lesjatun og Eldres senter.

Dovre

Andel direkte tid er 79 %, og 21 % er indirekte tid ved hjemmetjenesten i Dovre. Dette er veldig tilfredsstillende, ifølge Devold (2015: 31).

Oppsummering

Denne alternative måten å undersøke produktivitet på viser at Røros, som framstår som relativt produktive i ytelsen av hjemmetjenester over (i 2015), er minst produktiv.

Kommunalsjefen er enig i at de kan bli bedre på logistikken i hjemmetjenestene.

Lesja, som framstår som mindre produktive over, kommer best ut i en slik undersøkelse av indirekte tid.

9 KVALITETSFORSKJELLER

9.1 Kommunebarometeret: seksten kvalitetsindikatorer for pleie og omsorg

Kommunebarometeret⁹ er en sammenlikning av landets kommuner, basert på til sammen 124 nøkkeltall innen 12 ulike sektorer. Hensikten er å gi beslutningstakere – særlig lokalpolitikere – en lettfattelig og tilgjengelig oversikt over hvordan kommunen driver.

Tallene er i hovedsak hentet fra Statistisk sentralbyrås KOSTRA-database, foreløpige tall for 2015. I tillegg har vi hentet offentlig statistikk fra en del andre kilder.

De 5 prosent beste innen hvert nøkkeltall får beste karakter; 6,0. De 5 prosent dårligste får laveste karakter; 1,0. Resten av kommunene får karakter ut fra om deres nøkkeltall ligger nærmest de beste (bedre enn 3,5 i karakter) eller nærmest de dårligste (under 3,5 i karakter). Kommuner med 3,5 i karakter omtales gjerne som normalkommunen, den som ligger midt mellom de beste og dårligste.

Rangeringen har endret seg noe over tid. Figur 9.1 - 9.4 under, viser endring i perioden 2012-2016 for hver kommune.

Dovre



Figur 9.1. Rangering av Dovre kommune i Kommunebarometerets indeks for pleie- og omsorgssektoren. 2012-2016.

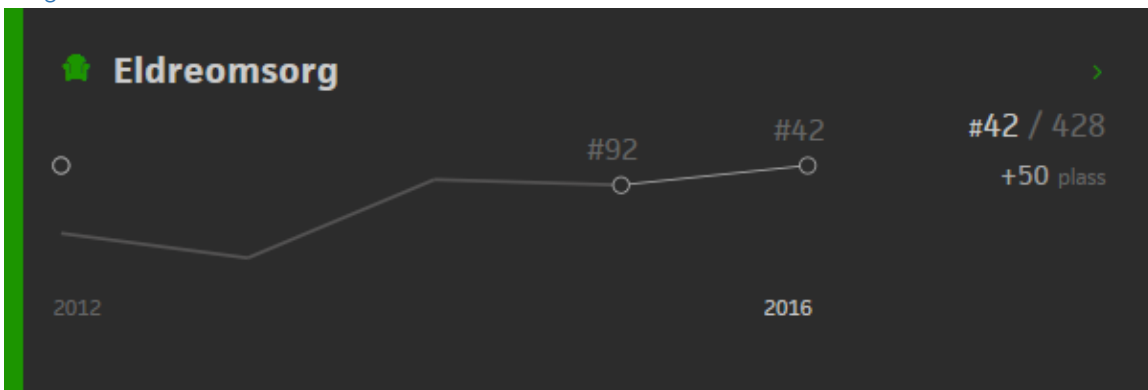
⁹ <https://kommunebarometeret.no/>

Lesja



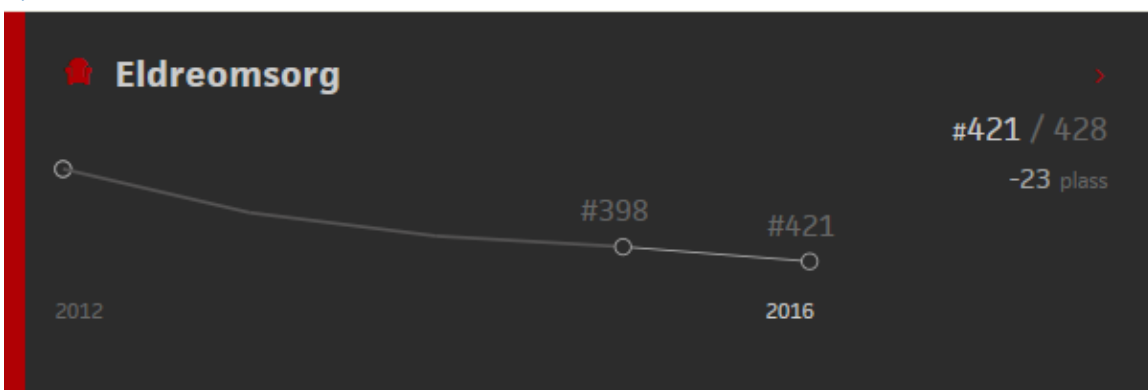
Figur 9.2. Rangering av Lesja kommune i Kommunebarameterets indeks for pleie- og omsorgssektoren, 2012-2016.

Ringebu



Figur 9.3. Rangering av Ringebu kommune i Kommunebarameterets indeks for pleie- og omsorgssektoren, 2012-2016.

Røros



Figur 9.4. Rangering av Røros kommune i Kommunebarameterets indeks for pleie- og omsorgssektoren, 2012-2016.

Ringebu er kommunen som kommer suverent best ut i Kommunebarometerets rangering for kvaliteten i pleie- og omsorgssektoren, og er blant de 50 beste kommunene i landet. De har hatt en klart positiv utvikling i perioden.

De tre andre kommunene kommer ut som svake kommuner i 2016. Men Lesja kommune hadde et langt bedre resultat i 2015, da det var en såkalt normalkommune.

Røros og Dovre har gjort det stadig svakere i perioden, og Røros er i 2016 blant de svakeste kommunene i landet (blant de 10 svakeste).

Tabell 9.1 under viser kommunenes resultater for hver variabel som inngår i Kommunebarometeret for eldreomsorg i 2016. Vekt eller variabelens betydning for totalresultatet er oppgitt i parentes bak variabelnavnet. Farge indikerer svakere (rød) eller sterkere (grønn) resultat enn median for alle kommunene i undersøkelsen.

Tabell 9.1. Kommunebarometeret 2016, variabler for eldreomsorg utvalgte kommuner.

Eldreomsorg		Dovre	Lesja	Ringebu	Røros	(medi an)
TOTAL RANGERING: Eldreomsorg	12	355	343	42	421	218
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 % vekt innen sektoren)		68	62	85	80	74
BEMANNING: Tid med lege og fysioterapeut på sykehjem (10 %)	41	0,61	0,54	3,90	0,26	0,77
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut og geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (10 %)		5	13	10	3	9
PROFIL: Hvor stor andel av de over 80 år med tjenester, får den hjemme? (10 %)	43	58	71	92	61	73
TILSYN: Andel på sykehjem med tilsyn av lege (5 %)		40			22	61
TILSYN: Andel på sykehjem med tilsyn av tannpleier/tannlege (5 %)	45	83			15	48
DEMENTE: Andel plasser til demente, møt antall over 80 år på sykehjem (5 %)		41	53	0	52	38
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	47	100	100	100	43	100
KORTTIDSPASSER: Gjennomsnittlig oppholdstid per plass, målt i dager (10 %)		15	19	39	51	26
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	49	0	0	0	55	0
BEHOV: Andel av 67+ med bistand, som har stort omsorgsbehov (2,5 %)				22	12	21
HELSETILSTAND: Dødelighet i prosent av landsgjennomsnittet (100 = snittet) (7,5 %)	51	116	105	108	112	103
TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer praktisk bistand i hjemmet (2,5 %)		4,2	10,4	5,8	10,9	6,5
TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer hjemesykepleie (2,5 %)	53	3,1	2,7	4,1	2,9	3,85
TRYGGHET: Trygghet salar m per 1.000 hjemmeboende eldre over 80 år (5 %)		24	29	23	40	39
BRUKERE: System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten/institusjon siste tre år (6 = topp) (5 %)	55	6	0	6	0	4

Ringebu gjør det gjennomgående godt langs variablene som omhandler bemanning og tjenester. De har en høy andel ansatte med fagutdanning, mye tid med lege/fysioterapeut, og har ergoterapeut/geriatrik sykepleier. I tillegg er det en høy andel av de eldre over 80 år som får hjemmebaserte tjenester, og gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie er høyere enn de andre. Når rommene på sykehjemmet også er enerom, gjør det at Ringebu kommer meget godt ut i Kommunebarometeret for pleie og omsorg.

Røros gjør det svakt på variabler som omhandler både bemanning og tjenester. Det er lite tid med lege/fysioterapeut, en lav andel med legetilsyn og få årsverk med ergoterapeut/geriatrik sykepleier. Andelen av de over 80 år som får tjenester i hjemmet er lav, og i 2016 er andelen med enerom lav. Gjennomsnittlig oppholdstid per korttids plass er høy, og antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter er høy. Gjennomsnittlig timer til hjemmesykepleie er lav. I sum blir dette mange variabler hvor Røros skårer dårlig, og viser hvorfor kommunen får ett av de svakeste resultatene i Kommunebarometeret for pleie og omsorg i landet.

Dovre gjør det spesielt svakt på variablene knyttet til bemanning, og gir relativt få timer i gjennomsnitt til praktisk bistand og hjemmesykepleie. Bemanningen har en lav andel med fagutdanning, få er ergoterapeut/geriatrik sykepleier, og det gis nokså lite tid med lege/fysioterapeut. Andelen over 80 år som mottar tjenester i hjemmet er den laveste blant de fire kommunene. Det gir en nokså svak rangering totalt sett for Dovre.

Lesja har årsverk med ergoterapeut/geriatrik sykepleier, men er relativt svak på tid med lege/fysioterapeut. De har mange timer praktisk bistand, men ikke hjemmesykepleie.

Det er imidlertid misvisende at Lesja er svak på bemanning med fagutdanning.

Kommunebarometeret bruker *andel* som sin indikator. Lesja har en høy bemanning totalt sett, også antallet med fagutdanning. Men fordi de også har mange uten fagutdanning, blir andelen lav. Det er verdt å merke seg at Lesja har flest årsverk med fagutdanning per 1 000 innbygger, og er på samme nivå som Ringebu, og har flere enn Røros, til tross for at det er klart større kommuner.

Resultatet er uansett en relativt svak rangering i Kommunebarometeret totalt sett for Lesja, kun noen plasser bedre enn Dovre.

Merk også at ikke alle kommuner har rapportert på alle variablene, og at det gir en viss usikkerhet knyttet til den totale rangeringen. I tillegg har tallene kun vært tilgjengelig fra 2016, og avviker derfor i tid fra tallene i den øvrige analysen. Bildet stemmer likevel godt med beskrivelsen helse- og omsorgslederne gir av sin kommune.

9.2 Helse- og omsorgsledernes vurdering av kvalitet

Røros

Røros sin lavere bemanning i en del av tjenestene gjør at de skårer lavt på tid med lege og fysioterapi, legetilsyn og årsverk med ergoterapeut. Røros ønsker en bedre plassering på kommunebarometeret, og kommunalsjefen tror at de prosessene og omstillingene som de er inne i nå skal være med på å bedre resultatet framover.

Omstillingene kommunen har gjennomført i de siste årene, har møtt en del motstand, noe som kan skyldes en endring i opplevd kvalitet i tjenestene. Målet er at man skal klare seg lengre i hjemmet enn tidligere. Fordi kommunen nå har strammet inn, og brukere bare får tjenestene når man trenger det, kan de eldre se på det som en endring av kvalitet. De er vant med og forventer å få plass når de vil ha det. Samtidig må kommunen stimulere til at framtidige mottakere av tjenestene blir mer ansvarlig selv for egen helse, slik den nasjonale trenden er. Det har vært krevende å stramme inn når brukerne historisk sett har hatt lett tilgang på tjenester over lang tid (Intervju, Kommunalsjef, Røros kommune, 08.03.17).

Ringebu

Kommunalsjefen i Ringebu mener en enhetlig og helhetlig ledelse i helse og omsorg gjør at de tenker på tvers når det kommer til hvordan tjenestene innrettes, og hvordan de jobber med kvalitet og ressursbruk. Ved endringer eller i planlegging jobber de tre tjenestelederne sammen om et helhetlig tilbud, noe som gjør at brukerne får tilpassede tjenester med kvalitet (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

En ytterligere kostnadsreduksjon i sektoren ville gjort at tjenester som ikke er lovpålagt måtte kuttes først. Det ville innebære redusert kvalitet, og en mindre formålstjenlig innretning av tjenestene. Det vil da bli vanskelige vurderinger mellom forebygging, opp mot konsekvensene og presset på tjenester som kan komme ved å ikke jobbe forebyggende. Forebyggende tiltak gjør at brukere kan klare seg selv lengre i hjemmet (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

Andre konsekvenser er at aktivitetstilbud ville bli avvirket, for eksempel jobbtilbudet JOBA. JOBA er et kommunalt tilbud til personer mellom 18 og 67 år, som er i en situasjon der vedkommende har behov for jobbtrening, opplæring, bistand rundt egen arbeidssituasjon, eller aktivisering på dagtid. Målsetningen er å gi flest mulig et kvalitetsmessig godt tilbud.

Det er individuelt tilrettelagt, basert på personens egne ressurser og ferdigheter, og ut fra de ressurser og den kompetanse JOBA besitter.¹⁰

Resultatet av å avvikle et slikt tilbud, kunne være at flere som tidligere klarte seg selv, etter hvert endte på institusjon. Og det er de dyreste tjenestene å drifte, noe som kunne vise seg å bli lite effektivt (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

Lesja

Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen argumenterer for at de har tjenester av høy kvalitet i Lesja. En høy, og stasjonær bemanning gir en større fleksibilitet og tilgjengelighet for brukerne, noe som kan gi en følelse av trygghet for den enkelte. De kan få den hjelpen de trenger når de har behov for den, noe som ikke vil være det samme i en tjeneste med et stoppeklokkeregime.

Gode tjenester både nord og sør i bygda har vært viktig både for innbyggere og politikere. En innsparing på 30 %, slik Produktivitetskommissjonen hevder, ville bety reduksjon i tjenestetilbud og kvalitet. Rent teknisk er det et slikt effektiviseringspotensial i Lesja, men det ville fått konsekvenser for innhold og kvalitet i tjenestetilbudet for brukerne. Samtidig møter nå kommunen større krav og forventninger til tjenestene fra brukere og innbyggere. Om kommunen blir tvunget til å gi tjenester der man gir pleie på minuttet utregnet, for å bli mest mulig effektiv, og i tillegg redusere omfanget på tjenestene, risikerer man å få flere på institusjon. Da vil resultatet være at færre kan bo hjemme, der brukerne faktisk får de tjenestene som kan tilbys mest effektivt. Dette vil da være å gå mot trenden om at man skal kunne bo hjemme lengst mulig (Intervju, Helse-, omsorg- og folkehelsesjef i Lesja kommune, 20.02.17).

Dovre

Pleie- og omsorgslederen i Dovre mener at de ikke står tilbake på kvalitet i forhold til andre nærliggende og sammenlignbare kommuner, til tross for at de har en kostnadseffektiv og nøysom tjeneste. Kommunen skårer godt på brukerundersøkelser, og får gode tilbakemeldinger fra brukere, familier, spesialisthelsetjeneste og på tilsynsbesøk. Om en har avvik er det veldig sjeldent.

Pleie- og omsorgslederen mener at dersom man er vant til å klare seg med det lille man har, er det enklere å oppnå god kvalitet, enn om man har vært vant til å ha god råd, for så å måtte

¹⁰ <https://www.ringebu.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/hjemmebaserte-tjenester/j-o-b-a-arbeid/>

kutte i tilbudene. I sistnevnte tilfelle vil det nok oppleves som å miste kvalitet i tjenestene ved en reduksjon i de økonomiske rammene.

Høy bemanning er ikke nødvendigvis en kvalitetsfaktor, kanskje noen ganger tvert imot, hevder Pleie- og omsorgslederen. Når en har lite ressurser må en tenke smart, da må du tenke kvalitet, og du må virkelig jobbe for å få best mulig resultat med det lille du har.

En rikelig bemanning kan noen ganger virke som en hvilepute.

Pleie- og omsorgslederen har registrert at Dovre skårer lavt på Kommunebarometeret, noe som blant annet knyttet seg til faglært personell. En unøyaktig registrering i kommunens personalsystem, av ansatte som hadde utdanning, ble rapportert inn som ufaglært. Faste ansatte har alltid fagutdanning og det er kun på tilkallingsvikarer at en tilsetter uten fagutdanning i Dovre kommune.

Kommunen skårer også lavt på antall legetimer. Lege er tilgjengelig to dager i uka, og ledelsen og legen mener at dette er tilstrekkelig. Men sammenlignet med andre kommuner i kommunebarometeret, blir dette ansett som lite. Når det gjelder ergoterapeut/geriatrik sykepleier har Dovre utfordringer etter at to ansatte med denne fagbakgrunnen gikk av med pensjon.

På andel av befolkning over 80 år som får tjenester hjemme skårer Dovre dårlig, noe som tilskrives institusjonstynghen, og at en har kapasitet og kan tilby institusjonsplass til de som ønsker det.

Det er viktig å se bak tallene i kommunebarometeret, da alle tall har sin forklaring. Dovre kommer ofte dårlig ut fordi en har lite personell, noe som kan tolkes som at kommunen ikke satser på pleie- og omsorg. Men Dovre har bevisst få ansatte, som er dyktige og jobber godt. Litt ironisk legger pleie- og omsorgslederen til at en enkel måte for Dovre å skåre høyere på kommunebarometeret på, ville være at rådmannen opprettet 6-7 nye stillinger i helse- og omsorg (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17).

10 KAN FORSKJELLER I EFFEKTIVITETSSKÅR FORKLARES MED PRODUKTIVITETSFORSKJELLER?

10.1 Innledning

Oppgaven tar utgangspunkt i at Produktivitetskommisjonen mener det er et potensiale for effektivisering på mellom 30 og 35 prosent innen pleie og omsorg (NOU 2015:1). Det er effektivitet i betydningen kostnadseffektivitet eller produktivitet som Produktivitetskommisjonen legger til grunn.

Kostnadseffektiv produksjon betyr at det ikke er mulig å redusere kostnadene uten samtidig å redusere produksjonen, eller motsatt, det er ikke mulig å øke produksjonen uten at det øker kostnadene. En forutsetning for kostnadseffektivitet er teknisk effektivitet, det vil si fravær av sløsing med produksjonsfaktorer (Borge m.fl. 1999: 25).

Produktivitet er definert som forholdet mellom produksjon og bruken av innsatsfaktorer (samlet faktorinnsats). Når Produktivitetskommisjonen sier det er et potensiale for effektivisering, betyr det at kommunene kan forbedre forholdet mellom produksjon og samlet faktorinnsats. I dette tilfellet er det mellom 30 og 35 prosent (NOU 2015:1: 71).

I vår oppgave er det Lesja og Ringebu som skal ha et slikt potensiale, hvis Produktivitetskommisjonens syn stemmer. Vi har undersøkt hvorvidt det er reelle produktivitetsforskjeller mellom de fire kommunene. Kan disse kommunene senke sine kostnader uten at det går utover tjenesteproduksjon, eller alternativt, kan de øke sin tjenesteproduksjon uten at kostnadene øker?

En indikasjon på manglende produktivitet er sløsing med produksjonsfaktorer. Analysen Devold (2017, 2016, 2015, 2012) har gjort knyttet til indirekte tid i hjemmetjenesten, er et eksempel på en undersøkelse av om det finnes sløsing med produksjonsfaktorene. Dersom det medgår mye tid til annet enn ansikt-til-ansikt-tjenesteyting i hjemmetjenesten, kan det indikere manglende oppfyllelse av forutsetningen om teknisk effektivitet.

I denne delen av analysen ser vi på hvorvidt forskjellene i effektivitetsskår mellom Røros og Dovre på den ene siden, og Lesja og Ringebu på den andre, kan forklares med reelle produktivitetsforskjeller. Er det slik at Lesja og Ringebu kan øke sin tjenesteproduksjon, eller redusere sine kostnader til pleie og omsorg, uten at det går utover noe annet? Kan det påvises

en sløsing som betyr at kostnadene kan reduseres, eller produksjonen økes, uten at det får konsekvenser for innhold og kvalitet i tjenestene?

10.2 Analyse av produktivetsforskjeller

Lesja

Lesja bruker mye ressurser sammenlignet med de andre kommunene, og har en relativt stor andel med årsverk med fagutdanning. Den høye ressursbruken gir ikke større produksjon i output-variablene som inngår i effektivitetsskåren. Riktignok produserer Lesja flest timer praktisk bistand, særlig i 2015, men de har det laveste antallet timer til hjemmesykepleie.

Lesja har relativt mange korttids liggedøgn, men for alle kommunene er det langtidsplassene som utgjør volumet, og her har Lesja en relativt beskjeden produksjon. Når Lesja i tillegg har en lav andel enerom, gir det en svak effektivitetsskår i SØFs analyser.

Lesja har gjennomgående de høyeste lønns- og driftsutgiftene (netto) per hjemmetjenestemottaker, og har omkring dobbelt så høye enhetskostnader som Dovre. Produktiviteten er bedre innen institusjon, og kommunen har relativt lave utgifter per beboer og oppholdsdøgn, særlig i 2015. Det siste betyr at forbedringene Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen viser til har virket. Men det betyr også at kostnadsnivået i hjemmetjenesten går utover den samlede produktiviteten i Lesja.

Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen i Lesja innrømmer høye enhetskostnader innen de hjemmebaserte tjenestene, selv etter rettingene i rapporteringen fra 2015, som også bidrar til en viss forbedring i skåren.

Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen sier at direkte lest ut fra tallene er det et potensiale for effektivisering i Lesja på 30-35 prosent, slik som Produktivitetskommisjonen hevder. Teknisk sett er det et effektiviseringspotensial, men det vil få konsekvenser for innhold og kvalitet i tjenestetilbudet for brukerne. Når politikerne skulle hente inn effektiviseringsgevinstene kom det fram at det ikke var så enkelt likevel.

Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen mener tallene gir et riktig bilde, men at det er mye effektiviseringsskåren ikke forteller også. Enhetskostnadene er høye, men det er ikke er mulig å forbedre forholdet mellom produksjon og samlet faktorinnsats uten at det går utover noe annet. Det siste betyr at forutsetningen i definisjonen av produktivitet ikke er oppfylt, nemlig at produktiviteten skal være mulig å øke uten at det går utover kvaliteten. Det er det samme

som Produktivitetskommissjonen forutsetter er mulig, da den ikke tar til ordet for å redusere tjenestetilbudet og kvaliteten for å oppnå økt effektivitet. Den svake effektivitetsskåren er derfor ikke et uttrykk for rene produktivitetsforskjeller, men knytter seg til ulike prioriteringer, tjenestetilbud og kvalitet mellom kommunene.

Den alternative produktivetsanalysen til Devold (2015) viser at Lesja har en akseptabel, indirekte tidsbruk i hjemmetjenestene. Det er grunn til å påpeke at det er nettopp i hjemmetjenesten Lesja utmerker seg med et høyt kostnadsnivå, og hvor det burde være lettest å identifisere slakk i tjenesteytingen. Dette understøtter helse- og omsorgssjefens syn. Det betyr at det ikke er en stor slakk som kan hentes inn uten at det får betydning for tjenestetilbudet, slik en manglende produktivitet eller teknisk effektivitet skulle tilsi.

Ringebu

Ringebu har flest mottakere av pleie- og omsorgstjenester, og har et rikt tjenestetilbud. De har satset på de hjemmebaserte tjenestene, og ønsker at de pleietrengende skal bo hjemme så lenge som mulig. Det gir et høyt antall hjemmetjenestemottakere sammenlignet med de andre kommunene.

Ringebu har lave lønns- og driftskostnader (netto) per tjenestemottaker for pleie- og omsorgstjenesten totalt sett. De har også et relativt lavt antall årsverk per mottaker. De har altså en høy produktivitet når produksjonsenheten er *antall mottakere*.

Dette er en annen måling av produktivitet enn effektivitetsskåren til SØF. SØF bruker direkte produksjonsvariabler som timer og liggedøgn, ikke antall mottakere. Da kommer Ringebu langt svakere ut, spesielt på institusjonssiden.

Ringebu har svært høye lønns- og driftsutgifter i institusjoner per beboer og oppholdsdøgn i 2014-2015. Dette har sammenheng med reduksjonen i antallet beboere fra 43 i 2013 til 8 i 2014. Når lønns- og driftsutgiftene forblir på tilsvarende nivå, gir det tilsynelatende en dramatisk produktivetsnedgang på institusjonssiden. Dette sees også i den kraftige økningen i antall årsverk per beboer fra 2013 til 2014. Effekten av dette kan leses direkte ut av grafen i figur 5.1, der effektivitetsskåren til Ringebu får en klar nedgang fra 2013 til 2014.

Det som ikke fanges opp av effektivitetsskåren, er at beboere i bolig med og uten heldøgns bemanning (HDO) har økt tilsvarende. Kommunalsjefen opplyser at Ringebu nå nesten ikke har sykehjemsplasser, men tilbyr HDO-plasser istedenfor. Dette er villet politikk og i tråd med både nasjonale og lokale prioriteringer. De nye HDO-plassene, som ikke oppfyller SSBs

vilkår for å kunne registreres som sykehjems- eller institusjonsplasser, har overtatt mange av brukerne fra institusjon i Ringebu.

Produksjonen av oppholdsdøgn innen HDO er ingen produksjonsvariabel i effektivitetsskåren til SØF. HDO-plassene gir ikke en produksjon som kan regnes som liggedøgn i KOSTRA, som er variabelen SØF bruker som produksjonsvariabel. Unntaket er kortidsrehabiliteringsavdelingen, som kan registreres som liggedøgn i KOSTRA.

Årsverkene derimot inngår som kostnadsvariabel i effektivitetsskåren. Disse betjener nå i stor grad HDO-tilbudet, og ikke institusjonsplasser. Det gjør at for Ringebus del, blir kostnadssiden tatt med, men ikke all produksjon. Det betyr at Ringebus produktivitet er langt bedre enn hva effektivitetsskåren gir inntrykk av, spesielt i 2014 og 2015. Dersom produksjonen innen HDO var tatt med, ville Ringebu kommet en god del bedre ut.

Ringebu kommer altså svakt ut fordi de har omstrukturert pleie og omsorgstjenesten slik de har gjort, med en omlegging fra institusjon til HDO-plasser og hjemmebaserte tjenester.

Analysen av indirekte tid innen hjemmetjenesten, viser at Ringebu ikke har en større slakk i tidsbruken i hjemmetjenestene enn de andre kommunene. Devold (2012) kan altså ikke påvise en manglende teknisk effektivitet i denne delen av tjenestetilbudet, som altså kunne vært en indikasjon på sviktende produktivitet.

Oppsummert har altså Ringebu satset på et heldøgns omsorgstilbud (HDO) og utstrakt bruk av hjemmetjenester. Selv om Ringebu kan ha et effektiviseringspotensial, er det langt ifra så stort som SØFs analyser skulle tilsi. Det blir faktisk misvisende å si at potensialet er rundt 30 prosent, målt opp mot Røros og Dovre, når en vesentlig produksjon (HDO-plasser) og bruk av årsverk knyttet til HDO-tilbudet ikke tas hensyn til.

Dovre

Dovre framstår som effektive, og har vist det over flere år. Dovre er institusjonstung, og har en stor produksjon av antall liggedøgn i institusjoner (langtid). Dette gjør at Dovre får en sterk effektivitetsskår i SØFs analyser, selv om denne går noe ned i 2015.

Dovre har vært sparsommelig med bemanningen, men som pleie- og omsorgssjefen sier, øker denne i 2015. Det er en kraftig økning i antall årsverk dette året, og når antallet mottakere går noe ned, gir det en betydelig økning i antall årsverk per mottaker. Dette gir en lavere produktivitet totalt sett.

Endringene i bemanning fra 2014 til 2015 knytter seg i stor grad til én bruker med særskilt store behov (Intervju, Pleie- og omsorgsleder, Dovre kommune, 24.02.17). Dette viser hvor lite som skal til for at produktiviteten endrer seg fra år til år. Endringen i produktivitet virker i liten grad å knytte seg til endringer i selve driften og kostnadseffektiviteten i denne. Med andre ord viser dette at én bruker med store pleiebehov kan gi markante utslag til forholdet mellom produksjon og innsatsfaktorer. Noe som i utgangspunktet framstår som en reduksjon i produktivitet, er i realiteten endrede forutsetninger for produksjonen. Dette har lite med endring i produktivitet å gjøre.

Dovre har gjennomgående lave lønns- og driftsutgifter (netto) per hjemmetjenestemottaker, og spesielt driftsutgiftene er lave. Andelen indirekte tid i hjemmetjenesten er også tilfredsstillende. Det gir høy produktivitet innen de hjemmebaserte tjenestene.

Dovre er institusjonstung, noe de tjener på i effektivitetsskåren, som har liggedøgn som sentrale output-variabler. De mange korttidsavlastningene som gjennomføres i løpet av året, kommer med i statistikken for korttids liggedøgn. Det betyr at Dovre kommunes strategi om at en ikke skal betale for overliggende pasienter på sykehus, ikke bare hindrer direkte utgifter for kommunen, men innebærer også en innretning av tjenestetilbudet som gir god uttelling i effektivitetsskåren til SØF.

Røros

Røros bruker få årsverk per 1 000 innbygger, og framstår som produktive i effektivitetsskåren. Røros har driftet institusjonsplassene på en økonomisk måte. De har de laveste lønns- og driftsutgiftene (netto) per beboer i perioden, noe som også gjelder antall årsverk. Røros har også lave driftsutgifter (netto) per oppholdsdøgn. Når kommunen samtidig har produsert mange liggedøgn, bidrar det til en høy effektivitetsskår.

Samtidig viser produktivitetsanalysen at Røros har relativt høye lønns- og driftsutgifter (netto) per mottaker fram til 2014, men at de går vesentlig ned i 2015. Dette har sammenheng med omstillingen dette året, med en betydelig reduksjon i institusjonsplasser og en kraftig økning i antall mottakere av hjemmetjenester. Det gir utslag i færre årsverk per mottaker, som i 2015 er relativt lavt.

Røros kommune har en forbedring i produktiviteten i hjemmetjenesten i 2015, med like lave lønns- og driftsutgifter (netto) per hjemmetjenestemottaker som Dovre. Dette kan forklares med at kommunen yter hjemmetjenester til langt flere hjemmetjenestemottakere, med omkring de samme ressursene. Dette gir en markert produktivitetsforbedring, noe som er et resultat av omstillingsprosessen Røros har hatt fra institusjon til hjemmebaserte tjenester.

Røros kommune har klart å opprettholde produktiviteten i institusjon, samtidig som produktiviteten øker innen hjemmetjenestene. Sammenlignet med f.eks. Lesja framstår Røros som produktiv.

Røros kommer godt ut av omstillingen, da endringer fra institusjon til hjemmetjenester gjør at produksjonen fanges opp av målene som er tilgjengelig. Røros har ikke en omprioritering til HDO-plasser, i hvert fall ikke enda, og får derfor ikke tilsvarende fall i produktiviteten som Ringebu.

10.3 Konklusjon

Forskjellen mellom Dovre og Røros på den ene siden, og Ringebu på den andre, kan ikke bare forklares i produktivetsforskjeller. Overgangen fra institusjon til HDO gir store utslag når pasienter flyttes over til et tjenestetilbud som ikke fanges opp av produksjonsvariablene til SØF. En svakhet i produktivetsmålingene, der årsverk ikke samsvarer med produksjonen de brukes til, gir i dette tilfellet tilsynelatende uforklarlige utslag. Hvis HDO-plassene, som mange av brukerne av institusjonsplasser er flyttet til, hadde inngått som output i effektivitetsskåren, ville trolig Ringebu kommet langt bedre ut. Videre klarer heller ikke effektivitetsskåren å fange opp det øvrige tjenestetilbudet som Ringebu gir med sine årsverk innen pleie og omsorg.

Det er en forskjell i produktivitet mellom Lesja på den ene siden, og Røros og Dovre på den andre. Effektivitetsskåren uttrykker en reell forskjell i bruken av innsatsfaktorer i forhold til produksjon. Men årsakene til at denne forskjellen kommer til uttrykk, stiller Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen i Lesja spørsmålsteget ved. Den svake effektivitetsskåren er ikke et uttrykk for rene produktivetsforskjeller, men knytter seg til ulike prioriteringer og kvalitet mellom kommunene. Dette analyserer vi nærmere i neste kapittel.

11 KAN FORSKJELLER I EFFEKTIVITETSKÅR FORKLARES MED ULIKE PRIORITERINGER OG PRIORITERINGSEFFEKTIVITET?

11.1 Innledning

Devold (2016, 2015, 2012) definerer effektivitet som krav om at omsorgstrappa skal være utbygd og brukt på en slik måte at det best mulig tjener befolkningens behov for omsorgstjenester. Dette er et uttrykk for prioriteringseffektivitet.

Effektiviteten måles blant annet ved å se på hvor stor andel av ressursene som brukes over for lette, middels og tunge brukere. Målet må være at det er mulig for hjemmetjenesten å ta seg av brukerne selv om behovene blir store. For å sikre dette må en begrense tjenester til de letteste brukerne til et minimum – de har evne til egenomsorg (Devold 2016: 23-24).

Kommunene har ulik innretning og profil på tjenestetilbudet. Dovre og Røros er mer institusjonstunge enn Lesja og Ringebu. Men i hvilken grad påvirker kommunens prioriteringer hvordan de kommer ut på effektivitetsskåren til SØF? Og er det prioriteringer, dvs. høy eller lav prioriteringseffektivitet, som ikke fanges opp av denne skåren?

11.2 Analyse av kommunenes prioriteringer

Ringebu

Ringebu prioriterer pleie og omsorg høyt, og har mange tjenestemottakere. Ringebu har høyest dekningsgrad i hjemmetjenesten, særlig for de over 80 år og 0-66 år. Ringebu tilbyr flest tjenester, og har flere mottakere med noe eller et avgrenset bistandsbehov.

Ringebu har et tjenestetilbud som koster, men som langt på vei har en god prioritering. Men Ringebu utmerker seg også med å bruke mye ressurser på de med store behov, noe som er en god prioritering, jfr. figur 7.3 og 7.6 over.

Forklaringen er at det gjør at Ringebu har en innretning på hjemmetjenestene som demmer opp for presset på institusjonsplasser. De kan derfor ha den laveste dekningsgraden på institusjon, der antallet institusjonsboere per 1 000 innbygger er så lavt som 5 %.

Ringebu har mange hjemmetjenestemottakere, noe som bidrar til den lave enhetskostnaden per bruker. Så selv om enhetskostnadene er lave, peker Devold (2012) på at det gis mye tjenester til de med lette behov. Det mener han er et effektivitetstap som følge av litt for mye

tjenester til de med få behov. Men å gi mye tjenester til de med store behov, er høy prioriteringseffektivitet.

Ringebu har også en økonomisk drift av HDO og HDU. Ringebu utmerker seg med god prioritering innenfor sitt HDO-tilbud, i og med de ikke har brukere med lette behov, og har kostnader under landsgjennomsnittet for de med middels behov. Også her bruker de mye ressurser på de med store behov, noe som kan avlaste behovet for sykehjem eller dyre institusjonsplasser.

Sammenlignet med de andre kommunene har Ringebu en god prioriteringseffektivitet, og har kommet langt i omstillingen fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. Men Ringebu har også en pleie og omsorg som er rik på tjenester, og prioriterer sektoren høyt. Det gir høye kostnader totalt sett, noe som gir et høyt utgiftsnivå når SØF skal beregne en effektivitetsskår.

De gode prioriteringene blir ikke fanget opp i SØFs effektivitetsskår. Den skiller i liten grad på institusjonstung eller ikke, og ser ikke på hva som er gode prioriteringer i forhold til brukernes behov. Ringebu har en innretning av tjenestetilbudet som gjør at mange kan bo lenge i hjemmet. Det er et paradoks at den økonomiske driften av HDO, og ikke minst prioriteringen ved ikke å ha HDO-brukere med lette behov, ikke teller i utregningen av effektivitetsskåren til SØF. Ringebu går ikke bare glipp av produksjonssiden i utregningen av en produktivitet, de får heller ikke fram den gode innretningen på tjenestetilbudet.

Erfaringen til Ringebu er at en organisering og tilpasning av tjenestene til behovene til befolkningen kan bremse en eskalering av utgifter, f.eks. gjennom økt trykk på dyre institusjonsplasser. Så når Kommunalsjefen i Ringebu sikter til at de har effektivisert en god del, innebærer det en økt prioriteringseffektivitet som ikke nødvendigvis fanges opp av effektivitetsskåren til SØF. Den måler kun forholdet mellom innsatsfaktorer og et sett produksjonsvariabler, ikke hva som er en god prioritering i forhold til befolkningens behov.

Røros

Røros kommune er institusjonstung, og kommunalsjefen har helt rett når hun peker på et omstillingsbehov. Når hun sier at Røros er i ferd med å endre at kommunen har vært institusjonstung, og de jobber aktivt med å bygge ut omsorgstrappa, betyr det at de søker å øke prioriteringseffektiviteten. De vil gi brukerne tilpassede og riktige tjenester, dvs. tjenester på lavest mulig nivå i forhold til behov, ved å få flere trinn inn i omsorgstrappa, og flere tjenester på rett nivå til den enkelte pasient.

Det er flere eksempler på at Røros har en vei å gå. Røros bruker for lite ressurser på de med store behov, og for mye på de med lette eller middels behov. HDO-plasser opptas av brukere som er så funksjonsfriske at Devold (2016) karakteriserer det som et boligpolitisk tiltak, ikke et omsorgstilbud.

Da Røros reduserte med 20 institusjonsplasser, erfarte de at plasser måtte gjenopprettes etter relativt kort tid. Det var et resultat av at tjenestene i hjemmet ikke var godt nok utbygd og tilpasset en ny situasjon med flere brukere med tyngre behov. Røros hadde ikke kommet langt nok i sin omstilling av de øvrige tjenestene til at de var klar for en slik reduksjon av institusjonsplasser. Røros må bruke mer ressurser på de med omfattende behov for å demme opp for presset på institusjonsplasser. Og for å kunne gjøre det, må ressurser omprioriteres fra de med lette, til de med tyngre behov.

Røros kommer godt ut i SØFs effektivitetsstudie. Det er resultatet når skåren kun er forholdet mellom innsatsfaktorer og et fåtall produksjonsvariabler. Kommunalsjefen var overrasket over resultatet. Det er fordi hun tenker prioriteringseffektivitet, dvs. en best mulig tilpasset tjeneste i forhold til brukernes behov. Effektivitetsskåren er ikke et mål på det, og da blir resultatet overraskende når det viser seg å være motsatt av hva en forventer. Igjen viser det at prioriteringseffektivitet, i dette tilfellet en svak sådan, ikke fanges opp av effektivitetsskåren til SØF. Hvis prioriteringseffektivitet var målet, ville trolig Røros kommet ut med en svakere skår.

Lesja

Lesja tilbyr mange tjenester, og bruker mye ressurser på de med lette behov. Lesja bruker også lite ressurser på de med store behov, noe som må forventes å gi økt trykk på institusjonsplasser. Kommunen har også høye kostnader i sin drift av HDO, uansett behov. Å ha høye kostnader for brukere med lette behov kan sees på som svake prioriteringer.

Ifølge Devold (2015: 28) er alle disse forskjellene et uttrykk for svak prioriterings- eller formåls effektivitet, her i betydningen at det er volum på tjenester som ligger høyt for de med lave og middels behov. Han kaller det et effektivitetstap som skyldes en praksis for tildeling av tjenester med prioritet til brukere med små behov. Tapet består i at ressursene ikke lenger er disponibel til å betjene brukere med store behov. De må tilbys plass på høyere trinn i omsorgstrappa i stedet (Devold 2015: 27).

Devold (2015: 37) mener det påvist at summen av mannskap i Eldres og Lesjatun har kapasitet langt ut over det som er vedtatt av tjenester til brukerne. Tjenester som er vedtatt, og

som ligger over det en normalt forventer, hevdes å være et effektivitetstap. Dette anses for å være svak prioriteringseffektivitet.

I tillegg kommer kostnader en pådrar seg ved at et døgnbemannet tiltak (HDO) er opptatt av en del spreke brukere når det oppstår store behov hos hjemmeboende eller ved utskrivning fra sykehus (Devold 2015: 37).

Lesja har prioriteringer som gir en kostnadskreven pleie- og omsorgstjeneste. Lesja har en høy bemanning, og det skal gis gode tjenester både nord og sør i bygda. Det betyr også tjenester til de med lette eller middels behov. Dette er basert på innbyggerens ønsker og politiske beslutninger, og er et uttrykk for at et slikt tjenestetilbud tillegges en verdi lokalt i kommunen.

Det er mye som tyder på at Lesja har en lav prioriteringseffektivitet, i betydningen av at prioriteringer i mindre grad er et resultat av nøkterne vurderinger av behovet for tjenester i forhold til pleiebehov. Kommunen bruker mye ressurser, og når de brukes uten sterke prioriteringer, gir det negativt utslag i form av høye kostnader. Det betyr at Lesja kommer ut med både lav prioriteringseffektivitet og produktivitet.

Kommunen har i det siste vært inne i en omfattende driftsreduksjon, og er avhengig av bedre prioriteringer for å svare på de nye økonomiske tidene i kommunen. Det kan virke som om kommunen er godt i gang med denne helt nødvendige omstillingen, og at dette er med på å forklare forbedringen i effektivitetsskår i 2015. De ønskene som Lesja hadde økonomi til å innfri tidligere, er nå vanskeligere å gå gjennomslag for når prioriteringene må bli sterkere av budsjettmessige grunner. Det gir også utslag i bedre produktivitet.

Dovre

Dovre er nøysomme, og har den laveste andelen av totale utgifter i kommunen til pleie og omsorg. De har få tjenestemottakere totalt sett, og er institusjonstunge.

Dovre har også de sykeste beboerne på institusjon, og har generelt sett størst andel tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov. Dette indikerer et trangere nåløye for å motta institusjonsplass, og en prioritering av de med tyngre behov.

Dovre har generelt få HDO-plasser, og har lave kostnader. Brukerne som i andre kommuner får et HDO-tilbud, gis andre tjenester, hovedsakelig på institusjon for de med mer omfattende behov.

Dovre bruker klart under landsgjennomsnittet på hjemmetjenester for alle brukergrupper, og kan sies å ha et trangt nåløye for tjenester (Devold 2015: 28). Men hjemmetjenesten bruker også lite ressurser på de med store behov, noe som må forventes å gi økt trykk på institusjonsplasser. Det kan sees på som høy prioriteringseffektivitet å ikke tilby tjenester det strengt tatt ikke er behov for, men det er ikke høy prioriteringseffektivitet å tilby tjenester på et høyere trinn i omsorgstrappa enn nødvendig.

Det er likevel grunn til å merke seg Dovres bruk av opphold i institusjon, som kompensasjon for lite utbygde hjemmetjenester. Pleie- og omsorgslederen hevder at jevnlig korttidsopphold for hjemmeboende med omsorgsbehov og nære pårørende som yter omsorg, har en positiv effekt. Slike avlastningsopphold gjør ofte at de kan klare seg lengre hjemme før de trenger langtidsopphold. Rullerende avlastningsopphold, har lederen tro på utgjør en forskjell på hvor lenge de klarer seg hjemme. Dette viser et eksempel på alternativ bruk av institusjon, som har samme virkning som godt utbygde hjemmetjenester, og at det ikke finnes ett svar på hva som gir den beste tilpasningen av tjenester til brukernes behov (høy prioriteringseffektivitet).

Det forutsetter imidlertid en økonomisk drift av institusjonsplassene, noe Dovre har. Da slår heller ikke denne innretningen av tjenestetilbudet negativt ut i effektivitetsskåren til SØF. Andre kommuner klarer ikke nødvendigvis å tilby tjenester lengre nede i omsorgstrappa for å dekke de samme behovene til en lavere kostnad enn Dovre.

Dovre kommer godt ut i effektivitetsskåren først og fremst som følge av en nøysom tjeneste, der tilbudet av tjenester tilbys gjennom et trangere nåløye enn i kommuner som Ringebu og Lesja. De kommer ikke godt ut som følge av en godt utbygd omsorgstrapp, der tjenester leveres på laveste nivå, og som regnes som høy grad av prioriteringseffektivitet.

Men Devold (2015) viser at også Dovre kan øke sin prioriteringseffektivitet, i og med volumet på tjenester er høyt for de med lave og middels behov. Også Dovre har et forbedringspotensial når det gjelder å bruke mye ressurser på de med større behov, og mindre på de som strengt tatt kan ta ansvar for egen helse. Men dette fanges ikke opp av SØF sin effektivitetsskår.

11.3 Konklusjon

Det oppstår et effektivitetstap når tjenester tildeles brukere med små behov. Tapet består da i at ressursene ikke lengre er disponibel til å betjene brukere med store behov fordi mannskapet

er opptatt med å yte tjenester til brukere med mindre behov (Devold 2017: 24). Dette er et effektivitetstap som følger av svake prioriteringer.

Devold (2016, 2015, 2012) viser at alle kommunene kan øke prioriteringseffektiviteten, i og med volumet på tjenester er høyt for de med lave og middels behov. Effektivitetstapet varierer med størrelse og kostnadsstruktur, men analysene viser at alle kommunene har et forbedringspotensial når det gjelder å bruke mye ressurser på de med større behov, og mindre på de som strengt tatt kan ta ansvar for egen helse.

Men dette forbedringspotensialet fanges ikke nødvendigvis opp av effektivitetsskåren. Det virker i hvert fall noe tilfeldig om det gir utslag eller ikke, helt avhengig av hvordan den enkelte kommune har innrettet tjenestetilbudet, og hva den svake eller sterke prioriteringseffektiviteten består i.

Ringebu gjør mye riktig, men får lite igjen for dette i effektivitetsskåren. Dovre har ikke nødvendigvis så høy prioriteringseffektivitet, men som følge av en nøysom tildeling av tjenester, sikres en høy effektivitetsskår likevel. Røros har et klart forbedringspotensial i sine prioriteringer og innretning av tjenestetilbudet, men har en høy effektivitetsskår. Lesja har gjort sine prioriteringer av historiske og geografiske årsaker, noe som i stor grad har vært politisk bestemt. Dette har gitt noe som kan oppfattes som både lav prioriteringseffektivitet, og lav effektivitet i skåren til SØF.

Jensen (2016) har derfor rett i at effektivitetsskåren til SØF ikke fanger opp gode prioriteringer, som blant annet gir seg utslag i at de eldre kan bo lengre i hjemmet som følge av godt tilpassede tjenester. En kommune med en høy effektivitetsskår kan like gjerne ha en lav som høy prioriteringseffektivitet. Det er ikke nødvendigvis noen sammenheng. Det er viktig å være klar over når man som enkeltkommune skal tolke effektivitetsskåren til SØF.

12 KAN FORSKJELLER I EFFEKTIVITETSKÅR FORKLARES MED KVALITETSFORSKJELLER?

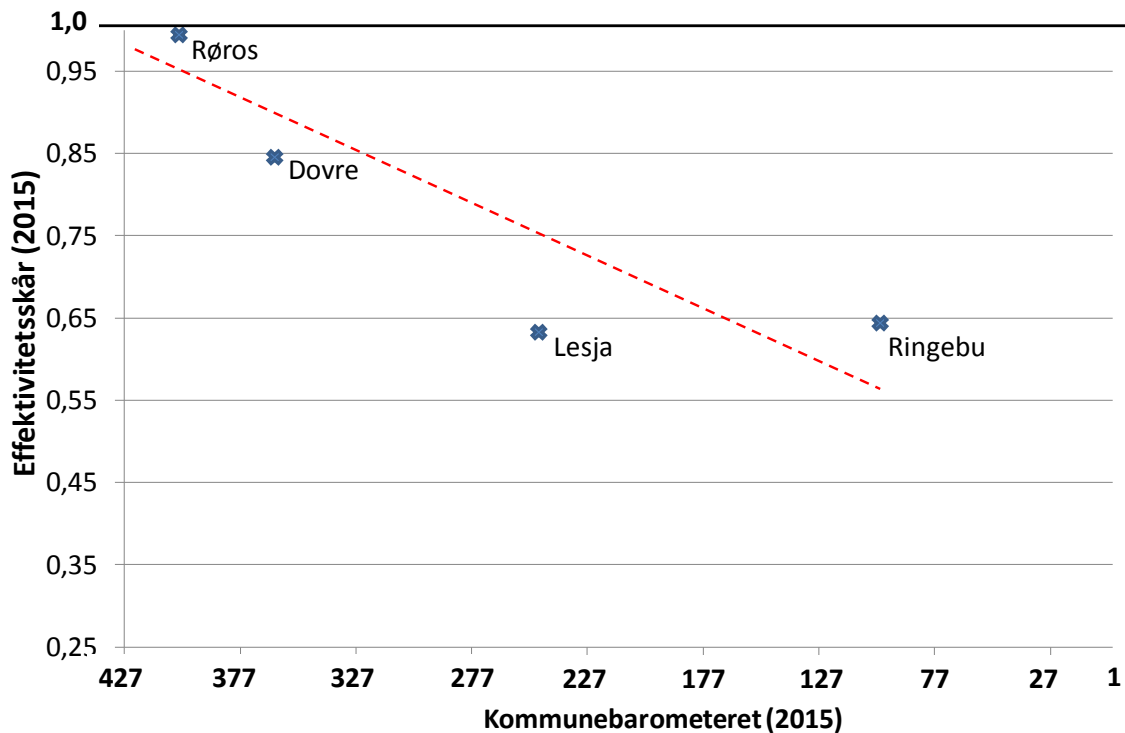
12.1 Innledning

Jensen (2015) peker på at om en kommune vil øke livskvaliteten til beboerne i sykehjemmene ved å gi bedre måltider, så synker effektiviteten. Hvis kommunen velger å øke bemanningen for å bedre legetilsyn, få mer fysioterapi og flere pleiere med litt mer tid til beboerne, så synker også effektiviteten. En av hovedårsakene til forskjellig effektivitetsskår er ifølge Jensen (2015) trolig forskjeller i kvalitet og standard på tjenestene mellom kommunene. Da blir spørsmålet i hvilken grad forskjeller i kvalitet eller tjenestetilbud kan forklare forskjellig effektivitetsskår mellom Røros og Dovre på den ene siden, og Lesja og Ringebu på den andre? Og hva består disse kvalitetsforskjellene av?

12.2 Analyse av kvalitetsforskjeller

Sammenhengen mellom effektivitet og kvalitet

Kan kvalitetsforskjeller mellom kommunene forklare at hhv. at Røros og Dovre har en sterk effektivitetsskår, og Lesja og Ringebu en svak skår? Sammenhengen mellom sterk effektivitetsskår i SØFs analyser, og lav rangering på Kommunebarometerets kvalitetsindeks for pleie og omsorg kan belyse dette.



Figur 12.1.¹¹ Sammenhengen mellom Effektivitetsskår (2015) og rangering i Kommunebarometerets kvalitetsindeks for pleie- og omsorgssektoren (2015).

Figur 12.1 illustrer sammenhengen mellom effektivitetsskåren i figur 5.1 og rangeringen i Kommunebarometerets kvalitetsindeks for 2015. Resultatene for 2015 indikerer en sammenheng mellom lav rangering på kvalitetsindeksen og høy effektivitetsskår, noe som er illustrert med en stiplet, trendlinje. Røros og Dovre, som har en høy effektivitetsskår, har en lavere rangering på kvalitet enn Lesja og Ringebu.

Dette tilsier at høy effektivitet i SØFs analyser kan gi en svekket kvalitet. Men det avhenger av at Kommunebarometerets kvalitetsindeks faktisk fanger opp viktige kvalitetsdimensjoner ved pleie- og omsorgstjenesten, noe pleie- og omsorgslederne vurderer ulikt. For hva slags kvalitetsforskjeller er det egentlig snakk om mellom Lesja og Ringebu på den ene siden, og Dovre og Røros på den andre?

¹¹ Figur 12.1 er en grafisk illustrasjon lagd i powerpoint, og kan være noe unøyaktig gjengitt. Stiplet, rød linje illustrerer en trendlinje. Verdier for hhv. Effektivitetsskår (2015) og rangering i Kommunebarometeret (2015) er for Røros: 0,98/ 398, Dovre: 0,84/ 353, Lesja: 0,63/ 239, Ringebu: 0,64/ 92.

Lesja

Lesja utmerker seg med en høy bemanning over mange år, og har en relativt høy ressursbruk sammenlignet med de andre kommunene. Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen argumenterer for at en høy, og stasjonær bemanning gir en større fleksibilitet og tilgjengelighet for brukerne, noe som kan gi en følelse av trygghet for den enkelte. De kan få den hjelpen de trenger når de har behov for den, noe som ikke vil være det samme i en tjeneste med et stoppeklokkeregime.

Dette er en kvalitetsdimensjon som er vanskelig å måle, og som til dels er subjektiv. Skal denne tilgjengeligheten har noen verdi, forutsetter det at brukerne faktisk opplever det som en trygghet og verdsetter denne kvaliteten på tjenestene. Vi har ikke data fra brukerundersøkelser som kan belyse dette.

Det vi kan konkludere med er at Lesja i hvert fall har muligheten til å tilby sine brukere en tilgjengelighet som ikke alle andre kommuner kan. Og dette koster penger. Hvorvidt det er verdt det, må i siste instans politikerne avgjøre, gjerne basert på brukernes og de pårørendes vurdering og tilfredshet med tjenestene som tilbys. Hvis brukerne opplever en høy og tilgjengelig bemanning som et gode, vil en innsparing i form av lavere bemanning og dermed økt effektivitet, oppleves som en forringelse av kvalitet. At brukerne kan oppleve en redusert trygghet som følge av en mindre tilgjengelig bemanning, er ikke forhold som Produktivitetskommisjonen vier særlig oppmerksomhet. De peker kun på et effektiviseringspotensial, men sier lite om hva som skal til, og hvilke konsekvenser det har for brukerne å hente ut dette potensialet.

Hvis det er et rent produktivitetspotensiale, innebærer det at du kan redusere kostnadene, f.eks. bemanningen, uten at det går utover kvaliteten eller innholdet i tjenestene. Å hente ut det påviste potensialet for effektivisering i Lesja på omkring 30 prosent, vil ha betydning for brukerne og den tilgjengeligheten på pleiere som de i dag har. Da er det heller ikke et rent produktivitetspotensiale. Da er det et lokalpolitisk spørsmål om nivået på tjenestene og bemanningen Lesja vil ha i sin kommune. I en *politisk* diskusjon er det helt legitimt å argumentere for at det ikke er behov for en så høy bemanning, at verdien av tilgjengeligheten på pleiere ikke forsvarer kostnaden. Men dette er politikk, og er ikke innenfor Produktivitetskommisjonens mandat.

Ringebu

I Kommunebarometeret er det nettopp langs variablene som omhandler bemanning og tjenestetilbud hvor Ringebu gjør det godt. De har en høy andel ansatte med fagutdanning, mye tid med lege/fysioterapeut, og har ergoterapeut/geriatrik sykepleier. I tillegg er det en høy andel av de eldre over 80 år som får hjemmebaserte tjenester, og gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie er høyere enn de andre. Når rommene på sykehjemmet også er enerom, gjør det at Ringebu er den kommunen av de fire som kommer suverent best ut i

Kommunebarometerets rangering, og er blant de 50 beste kommunene i landet på pleie og omsorg i 2016. Denne kvaliteten hadde vært vanskelig å gi uten en relativt høy bemanning.

Kommunalsjefen påpeker at en større effektivisering i Ringebu på 30-35 prosent ville gjort at tjenester som ikke er lovpålagt måtte reduseres. Det ville innebære redusert kvalitet, og en mindre formålstjenlig innretning av tjenestene. Det vil da bli vanskelige vurderinger mellom forebygging, opp mot konsekvensene og presset på tjenester som kan komme ved å ikke jobbe forebyggende. Forebyggende tiltak gjør at brukere kan klare seg selv lengre i hjemmet (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

Konsekvenser er at aktivitetstilbud, slik som jobbtilbudet JOBA, ville bli avviklet.

Kommunalsjefen frykter at effekten av dette ville være at flere som tidligere klarte seg selv, etter hvert ville endt på institusjon. Og det er de dyreste tjenestene å drifte (Intervju, Kommunalsjef, Ringebu kommune, 22.02.17).

Et produktivitetspotensiale på omkring 30 prosent er betydelig, noe Ringebu ifølge Produktivitetskommisjonen skal ha. I Ringebu virker det ikke å være mulig i stor grad å redusere kostnadene, som i dette tilfellet må være bemanningen, da øvrige driftskostnader er på samme lave nivå som Røros, uten at det går utover kvaliteten eller innholdet i tjenestene.

Da er det ikke et rent produktivitetspotensiale.

Hvis Ringebu skulle ta utfordringen med å innhente 30 prosent effektivisering, så ville det gå utover aktivitetstilbud og tjenester fra personell med spesialisert fagutdanning. Kvaliteten måtte med andre ord bli redusert. I tillegg viser kommunalsjefen til uheldige effekter som kan oppstå av et mindre hensiktsmessig innrettet tjenestetilbud, og som innebærer lavere prioriteringseffektivitet.

Ikke bare er potensialet på 30 prosent feil, i og med HDO ikke er med som produksjonsvariabel, men Ringebu ville mest sannsynlig ikke kunnet være blant de beste kommunene i landet på pleie og omsorg med en slik effektivisering. Som Jensen (2015)

påpeker, bør også Ringebu hele tiden se etter bedre løsninger og utnyttelse av sin bemanning, men *produktivits*-potensialet er ikke hva Produktivitetskommisjonen og SØFs beregninger skulle tilsi.

Røros

Røros gjør det svakt på indikatorer i Kommunebarometeret som omhandler både bemanning og tjenester. Kommunalsjefen ønsker en bedre plassering på Kommunebarometeret, og er enig i at indikatorene som brukes representerer viktige kvalitetsdimensjoner ved tjenestetilbudet. Det gjelder f.eks. tid med lege og fysioterapi, legetilsyn og personell med utdanning som ergoterapeut. Røros har riktignok en høy andel ansatte med fagutdanning, men har en relativt lav ressursbruk sammenlignet med de andre kommunene. Det har en sammenheng med hvordan Røros skårer på kvalitetsindikatorene, som er gjennomgående lav.

Omstillingene kommunen har måttet gjennomføre i de siste årene, har møtt en del motstand, noe som kan skyldes en endring i opplevd kvalitet i tjenestene. Målet er at man skal klare seg lengre i hjemmet enn tidligere. Fordi kommunen nå har strammet inn, og brukere bare får tjenestene når man trenger det, kan de eldre se på det som en svekket kvalitet. De er vant med og forventer å få plass når de vil ha det. Kommunalsjefen i Røros sier at det har vært krevende å stramme inn når brukerne historisk sett har hatt lett tilgang på tjenester over lang tid.

Røros kommune gjør det både svakt på de objektive kvalitetsindikatorene i Kommuneundersøkelsen, og opplever at innstramminger i tjenestetilbudet har gått utover *opplevd kvalitet*. Det er med andre ord en klar sammenheng mellom høy effektivitetsskår/lav ressursbruk og lav kvalitet for Røros sitt vedkommende, uansett hvilket kvalitetsbegrep som legges til grunn.

Produktivitetskommisjonen vektlegger at kommuner lærer av beste praksis. De mener det er store muligheter for økt effektivitet dersom de mindre gode lærer av de beste. I vårt tilfelle representerer Røros beste praksis, i og med de gjennomgående har en høy effektivitetsskår i SØFs analyser. Men hva som er så mye bedre i Røros enn i de andre kommunene er imidlertid vanskelig å peke på. Røros har lavere enhetskostnader, men også lavere kvalitet og et behov for bedre prioriteringer i sitt tjenestetilbud. Da blir den såkalte beste praksisen det som Jensen (2015) hevder, nemlig de kommunene med lavest enhetskostnader, og ikke de som oppnår det beste forholdet mellom tjenestenes velferdseffekt for brukerne, og hva tjenestene koster.

Da Røros havnet på ROBEK-listen måtte kommunen gjøre kortsiktige, kostnadsreducerende tiltak. Det gav en negativ inngang til en svært krevende omstilling, hvor det er vanskelig å unngå misnøye fra brukere, pårørende eller ansatte. Forhåpentligvis får kommunalsjefen rett i

at resultatene og forbedringene nå kommer, både i form av bedre opplevd kvalitet og kvalitet sett etter de objektive indikatorene.

Dette tar tid, og Røros kan ha vært litt for raske med omstillingen fra institusjon til mer hjemmebaserte tjenester da de måtte gjenopprette flere plasser på institusjon etter en viss tid. Det viser hvor krevende det er å tilpasse tjenester, og ikke minst forventninger, til et tjenestetilbud som er bærekraftig over tid. Læringspunktet fra Røros kan nok være at omstilling må skje kontinuerlig over tid, og at det er uheldig å utsette endringer til at de blir så store at de må skje raskt som følge av at en svak kommuneøkonomi.

Dovre

Dovre gjør det svakt på Kommunebarometeret, og det knytter seg spesielt til bemanning, og at det gis relativt få timer i gjennomsnitt til praktisk bistand og hjemmesykepleie. Det siste har sammenheng med innretningen på tjenestetilbudet. Dovre har valgt å ha en institusjonstung pleie- og omsorgstjeneste. Det gjør også at andelen over 80 år som får tjenester hjemme blir lav. Pleie- og omsorgslederen mener at dette ikke er et uttrykk for lavere kvalitet eller svekket tilbud, da de har kapasitet og kan tilby institusjonsplass til de som ønsker det.

Dovre har en lav andel med fagutdanning, få er ergoterapeut/geriatrik sykepleier, og det gis nokså lite tid med lege/fysioterapeut. Pleie- og omsorgslederen i Dovre er kritisk til hvor godt disse objektive indikatorene måler den reelle kvaliteten i tjenestetilbudet. Han viser til at kommunen skårer godt på brukerundersøkelser, og får gode tilbakemeldinger fra brukere, familier, spesialisthelsetjeneste og på tilsynsbesøk. Avvik er også sjeldent. Det gjør at opplevd kvalitet kan være god, selv om kommunen gjør det svakt på mange av de objektive kvalitetsindikatorene.

Opplevd kvalitet er subjektiv. Det vil være individuelt hvordan et tilbud blir vurdert av den enkelte bruker og de pårørende. Brukere vil også ha begrenset informasjon om hvordan det er å være bruker i en annen kommune, og referansen vil ofte være hvordan de har hatt det tidligere. Hva en bruker er vant til kan ha stor betydning for opplevd kvalitet og tilfredshet, mens det reelle nivået etter noen objektive kvalitetsindikatorer kan ha mindre å si.

Det betyr at selv om en tjeneste objektivt sett kan være av lavere kvalitet, f.eks. lavere bemanning, kan opplevd kvalitet og tilfredshet med tjenestene være høy. Brukerne gjør ikke objektive målinger og sammenligninger med andre kommuner.

Pleie- og omsorgslederen i Dovre peker på at det kan *oppleves* som å miste kvalitet i tjenestene når det foretas reduksjon i bemanning og tilgjengelighet på tjenester i andre

kommuner. Dovre har hatt en nøysom tjeneste med relativt lav bemanning over mange år, noe også brukerne er vant med. Så lenge Dovre gir de tjenestene det er behov for, tilfredsstillende forventningene til brukerne og oppfyller sine lovpålagte oppgaver, så kan den opplevde kvaliteten være god. Det viser betydningen av å tilpasse tjenestetilbudet over tid, slik at brukerne gradvis blir vant med endringene. Da kan man unngå et fall i opplevd kvalitet.

Høy bemanning er ikke automatisk en kvalitetsfaktor, hevder Pleie og omsorgslederen i Dovre. Det er liten tvil om at Dovre har arbeidet godt med begrensede ressurser. Og selv om Dovre skulle ha opprettet nye stillinger, slik han ironisk sier kunne økt rangeringen på Kommunebarometeret, er det ikke sikkert at det ville gitt noen høyere opplevd kvalitet. Men om man hadde økt bemanningen over tid, og redusert den igjen på kort tid, kunne opplevd kvalitet gått ned.

Oppsummering

Analysen viser en sammenheng mellom høy effektivitetsskår og lav kvalitet. Røros er blant de svakeste i landet på kvalitet innen pleie og omsorg i Kommunebarometeret, og har den sterkeste effektivitetsskåren i SØFs effektivitetsstudier. Kommunalsjefen beskriver også at innstramminger har gitt lavere opplevd kvalitet.

Men svak rangering på Kommunebarometeret betyr ikke nødvendigvis svak kvalitet. Dovre, som også har en sterk effektivitetsskår, sliter ikke med de samme kvalitetsutfordringene som Røros. De har hatt en nøysom tjeneste over mange år, og har ikke hatt behov for å gjøre raske nedskjæringer og innstramminger på tjenestetilbudet. Det gjør at de har klart å opprettholde en god, opplevd kvalitet, til tross for begrenset ressursbruk.

Ringebu skårer godt på Kommunebarometeret, og kommer godt ut både på indikatorer om bemanning og tjenester. Kommunalsjefen mener dette uttrykker en reell kvalitet, som er vanskelig å oppnå uten en sterk og kompetent bemanning. Det koster ressurser, noe som gjør at Ringebu ikke kommer så sterkt ut i SØFs effektivitetsstudier. I tillegg må det tas hensyn til at omprioriteringen fra institusjon til HDO, som gjør at skåren er svakere enn hva den i realiteten burde ha vært.

Lesja får noe begrenset uttelling for høy bemanning i Kommunebarometeret, men argumenterer for at denne bemanningen har en kvalitetsmessig verdi for brukerne. Det gir høy tilgjengelighet for brukerne og økt trygghet, noe som ikke er så lett å måle. Opprettholdelsen av en høy bemanning er et bevisst, politisk valg, og er et resultat av en vurdering av at dette

gir høy, opplevd kvalitet hos brukerne. Hvorvidt dette stemmer er vanskelig å påvise uten å ha tilgang til brukerundersøkelser, men ifølge kommunen vil en kostnadsreduksjon få konsekvenser for innhold og kvalitet i tilbudet. Lesja er i likhet med flere andre kommuner i en omstilling, og nærmer seg de andre kommunene. En justering av nivået bør, tatt i betraktning erfaringene fra Røros, gjøres over tid, slik at endringene ikke gir negative utslag til svekket, opplevd kvalitet.

12.3 Konklusjon

Det er en sammenheng mellom effektivitet og kvalitet. Ringebu og Lesja kan vise til kvalitetsforskjeller som forklarer den svake effektivitetsskåren, eller høye ressursbruken. Røros sliter med kvaliteten, også den opplevde hos brukerne, noe som har sammenheng med innsparinger og lav ressursbruk. Men Dovre, som også har en høy effektivitetsskår, har ikke de samme kvalitetsutfordringene, tross lav rangering i Kommunebarometeret. De har vært nøysomme over mange år, og har gjennom god ledelse sikret en høy, opplevd kvalitet over tid. Da får det være at negative utslag på spesielt bemanningsvariablene ikke gir noen god rangering for Dovre på Kommunebarometeret. Bemanningen er for lav til det, og hvorvidt dette er et problem, avhenger av vurderingen av hvorvidt dette er et uttrykk for kvalitet i seg selv eller ikke. For pleie- og omsorgslederen i Dovre er det ikke det.

Dette bekrefter Jensen (2015) sin påstand om at en sterk effektivitetsskår i stor grad er et uttrykk for lavere ressursbruk enn de andre kommunene. Det er kvalitetsforskjeller mellom Røros og Dovre på den ene siden, og Lesja og Ringebu på den andre. Det er ikke slik at effektivitetsskåren uttrykker en slakk (teknisk ineffektivitet) som kan hentes inn uten at det får konsekvenser for tjenestetilbudet, bemanningen og kvaliteten i tjenestene.

13 HVILKEN BETYDNING HAR KOMMUNEØKONOMI OG LOKALE FORHOLD FOR EFFEKTIVITETSSKÅREN?

13.1 Innledning

Når vi har sammenlignet de fire kommunene har vi også sett på rammene eller bakgrunnsvariablene som de har som utgangspunkt for tjenestene. Borge (2014) sier at høyt kommunalt inntektsnivå og stor partifragmentering ser ut til å være assosiert med lav effektivitet. Høye inntekter kan redusere nødvendigheten av å effektivisere, og stor partifragmentering kan svekke den politiske handlekraften. Borge m.fl. (2014) viser også til at strukturelle forhold som lavt innbyggertall og spredt bosettingsmønster har negativ effekt på effektiviteten.

Kan kommuneøkonomien være med å forklare de forskjellige resultatene i effektivitetsskår for Lesja, Dovre, Ringebu og Røros? Likeså er det av interesse å se på om det er forhold i folkehelse og befolkning som kan begrunne ulike forutsetninger for tjenestetilbudet, og om det er spesielle utfordringer knyttet til geografiske avstander eller spredt bosetning/flere kommunesentra som kan gi utslag i skåren til de fire kommunene.

13.2 Analyse av kommuneøkonomi, folkehelse, befolkning, geografi og strukturelle forhold

Lesja

Kommuneøkonomi

Lesja har den svakeste effektivitetsskåren av de fire sammenlignede kommunene og har vært, ifølge Devold (2015), en kommune som har hatt god økonomi, og har valgt å bruke relativt mye midler på omsorgstjenestene. Helse-, omsorg- og folkehelsesjefen bekrefter at en historisk har hatt en god kommuneøkonomi. I årene 2011 – 2013 hadde derimot kommunen negative netto driftsresultat på grunn av lavere skatteinntang og mindre utbytte fra kraftselskap. Selv om de i 2014 landet på et akseptabelt driftsresultat klarte en ikke å dekke inn det tidligere merforbruket, og ble meldt inn på ROBEK-listen i 2015. Fra 2013 har innsparingsmålet for helse, omsorg og folkehelsesjefen vært betydelig (10 mill. kr).

Kommunens økonomi har vært nedadgående og politikerne har vært nødt til å vanskelige valg om å kutte i kostnadene. En har ikke hatt noe valg og har vært under press. Når man ser på målingene til SØF og utviklingen til Lesjas effektivitetsskår (figur 5.1) i årene 2014 og 2015,

har Lesja hatt en positiv utvikling. Dette er i tråd med Borge m.fl. (2014) sine funn om at høye inntekter motvirker effektivisering. Men det er også i tråd med kritikken fra Jensen (2016) om at SØFs effektivitetsskår i hovedsak gjengir forskjeller i kommunenes utgiftsnivå.

Folkehelse, befolkning, geografi og strukturelle forhold

Folkehelsebarometrene fra 2013 og 2015 påviser ikke store utfordringer i befolkningen, utenom at man har en større andel av befolkning over 80 år enn landet og fylket for øvrig. Det siste innebærer en demografisk sammensetning som må antas å gi høyere trykk på pleie- og omsorgstjenestene. Det er ikke identifisert utfordringer utover dette knyttet til folkehelsen som skulle tilsi et økt behov for tjenester og økte kostnader i Lesja.

Lesja kommune har en utstrekning på 2257 kvm² og hadde 2 055 innbyggere i 2015. De fleste innbyggerne bor i bygdene Lesja, Lora, Lesjaverk, Lesjaskog og på Bjorli. Kommunen drifter Lesja sykehjem og trygde- og omsorgsbostedene Eldres Senter på Lesjaskogen og Lesjatun på Lesja. I tillegg har kommunen det døgnbemannede bofelleskapet Skoglund/Bekkefaret på Lesjaskog, og tilbyr hjemmetjenester i hele kommune.

Geografien spiller inn på hvordan tjenestene er organisert i Lesja. De har en spredt bosetning, og bygda er hele 6 mil lang. De som har størst behov for tjenester samles på Eldres Senter eller Lesjatun, som ligger sør og nord i bygda. I Lesja har det vært politisk viktig at det samme tjenestetilbudet tilbys både nord og sør i den langstrakte bygda. Rettferdig fordeling av tjenestene har vært viktig for politikerne i kommunen. Politikernes vilje er forutsetning som legger store føringer for hvordan tjenestene er strukturert og må driftes, til forskjell om det kun var en mest mulig effektiv drift av tjenestene som alltid ble regnet som viktigst.

En slik struktur på tjenestene som beskrevet over kan være til hinder for effektiv drift, da en ikke har mulighet til å få stordriftsfordeler ved å for eksempel samle alle institusjonsbrukere på en lokasjon og legge HDO-tilbudene i tilknytning til denne. I tillegg gjør de store naturgitte avstandene og tjenestemottakere over hele bygda det til en utfordring å kunne drifte effektivt nok i forhold til SØF sine målinger. I tillegg har politisk ledelse historisk sett vedtatt og ønsket å gi like gode tilbud i hele bygda. Lesja kan i så måte sees på som en illustrasjon på Borge m.fl. (2014) sitt funn om at lavt innbyggertall og spredt bosetningsmønster har negativ effekt på effektiviteten.

Dovre

Kommuneøkonomi

Dovre har den sterkeste effektivitetskåren av de fire kommunene, fram til en nedadgående kurve i 2015 (figur 5.1). Kommunen har hatt negativt netto driftsresultat flere år og har måttet bruke av disposisjonsfondet for å få økonomien i balanse. Disposisjonsfondet har blitt redusert år for år, og var ved utgangen av 2015 mye lavere enn anbefalt nivå. Med positivt netto driftsresultat i 2015 ser trenden ut til å ha snudd. Kommunen har et moderat nivå på lånegjelda, men med så lavt netto driftsresultat er det ikke rom for dekning av renter og avdrag ved økte låneopptak. Regnskapene ble avsluttet med merforbruk både i 2013 og 2014. Etter inndeckning av akkumulert merforbruk er disposisjonsfondet nesten tømt.

Dovre kommune er vant med å ha lite ressurser, og er nødt til å klare seg med det man har. Kommuneøkonomien er, og har alltid vært avgjørende for hvordan tjenestene er innrettet og organisert. Pleie og omsorg har stort sett alltid hatt et krav om innsparinger over seg. Dovres økonomi er dårlig, og kommunen har ikke store inntekter som bidrar i positiv retning.

Pleie- og omsorgstjenestene speiler Dovres kommuneøkonomi. De er og har vært vant med å klare seg med begrenset økonomisk spillerom over tid, og det ser ikke så mye lysere ut framover heller. Konsekvensene har vært at en har vært nødt til å sørge for at en får mest mulig ut av hver krone. For Dovres vedkommende er det en klar sammenheng mellom svak kommuneøkonomi og en sterk effektivitetskår over mange år, noe som er i tråd med Borge m.fl. (2014) sine funn om betydningen av kommuneøkonomi.

Folkehelse, befolkning, geografi og strukturelle forhold

Folkehelsebarometeret fra 2013 og 2015 viser ingen store utfordringer i befolkningen for Dovres vedkommende, utenom at man har en større andel av befolkning over 80 år enn landet og fylket for øvrig. Det siste innebærer en demografisk sammensetning som må antas å gi høyere trykk på pleie- og omsorgstjenestene. Det er ikke identifisert utfordringer utover dette knyttet til folkehelsen som skulle tilsi et økt behov for tjenester og økte kostnader i Dovre.

I intervjuet med Pleie- og omsorgslederen i Dovre fikk vi opplyst at de siste årene har fått én bruker som har så store behov at de har måttet øke bemanningen betydelig. Dette har ført til en økning i årsverk som har direkte innvirkning på effektivitetskåren i fra 2015 (figur 5.1). Dette viser at effektivitetskåren er følsom for mindre endringer i brukerbehov i små kommuner. Dette kan framstå som produktivitetsnedgang, men som i realiteten er endrede forutsetninger som følge av demografiske endringer eller endringer i brukernes behov.

Dovre kommune er 1.364 km² i utstrekning og befolkningstallet var i 2015, 2 701 personer. Kommunen består av tettstedene Dovre, Dombås, Dovreskogen og Hjerkin. Fredheim omsorgssenter er sykehjemmet i Dovre kommune, der også pleie- og omsorgstjenesten er lokalisert, i tillegg tilbys omsorgsboliger/HDO-tilbud i nærheten av sykehjemmet og hjemmetjenester. Hovedtyngden av befolkningen bor innenfor kortere avstander enn f.eks. i Lesja kommune, selv om også en del av befolkningen bor på Hjerkin på Dovrefjell.

En kan anta at strukturen på tjenestene i Dovre er med på å fremme en god effektivitet, det driftes kun ett sykehjem på ett sted, der også hjemmetjenestene og HDO-tilbudet er tilknyttet. Dovre har en mindre utstrekning og areal enn Lesja, og har et mindre operativt område som gir ulike forutsetninger, spesielt for hjemmetjenestene. Dette gjør at Dovre har bedre geografiske forutsetninger, noe som må antas å ha betydning for hvor godt Dovre kommer ut i effektivitetsmålingene til SØF.

Ringebu

Kommuneøkonomi

Ringebu har hatt tilfredsstillende netto driftsresultat de siste årene, men de har blitt gradvis redusert. Kommunen har hatt store investeringer og netto lånegjeld har økt år for år. Nivået er nå over landsgjennomsnittet. Kommunen har bra størrelse på disposisjonsfondet, og har reserver til å takle uforutsette endringer i utgifter eller inntekter. Framtidsutsiktene virker derimot litt mørkere, da foreløpige beregninger viser at kommunen vil få en mye lavere inntektsvekst fra 2016 til 2017 enn gjennomsnittet. Det vil gjøre det krevende å få balanse i driften framover. Kommuneøkonomien i Ringebu vurderes slik at en har økonomisk handlefrihet, men renter og avdrag tar en ganske stor del av de løpende inntektene, og at det er behov for effektivisering av driften for å opprettholde økonomisk handlingsrom framover.

Kommunalsjefen i Ringebu omtaler kommuneøkonomien som midt på treet, og hun peker på at de har hatt krav om kostnadsreduksjoner hvert år.

Ringebus kommuneøkonomi er ikke sterkt presset enda, men det kan se ut som om de får trangere tider framover. Kommunen har endret innretningen på tjenestene for å unngå en eskalering av utgifter, noe som hadde skjedd dersom man hadde fortsatt som før. En kan se en forbedring i effektivitetskåren fra 2014 til 2015 (fig. 5.1). I følge Kommunalsjefen skyldes dette grepene som er tatt og det forventes en ytterlig forbedring i 2016 og 2017. Dette viser en nær sammenheng mellom utviklingen av kommuneøkonomien, og omstilling og endring av

tjenestetilbudet. Dette er i tråd med Borge m.fl. (2014) vedrørende betydningen av kommuneøkonomi.

Folkehelse, befolkning, geografi og strukturelle forhold

Heller ikke for Ringeby viser folkehelsebarometrene fra 2013 og 2015 urovekkende funn for kommunens i befolkningen, utenom at man har en større andel av befolkning over 80 år enn landet og fylket for øvrig. Det gir økt behov for tjenester i befolkningen.

Kommunalsjefen opplyste at Ringeby har en høyere andel av befolkningen med funksjonshemming, uten at dette ble tallfestet. I den forbindelse planlegger Ringeby å bygge et større bofelleskap for disse brukerne, med avlastningsboliger for foreldre som trenger avlastning. Det må kunne antas at dette belaster Ringebus kommuneøkonomi i forhold til en kommune som ikke har en slik demografi, og at det kan være med på å forklare Ringebus omfattende tjenestetilbud og dermed høyere kostnader, særlig når det gjelder bemanning. Dette er igjen med på å trekke effektivitetsskåren ned, noe det trolig vil fortsette å gjøre.

Ringeby kommune er 1.228 kvm² i utstrekning og hadde en befolkning i 2015 på 4 462 personer. Tettsteder er Ringeby og Fåvang. Kommunen drifter heldøgnsomsorg på Linåkertunet Bo og rehabilitering på Fåvang og på Ringeby eldresenter. De hjemmebaserte tjenestene er delt inn i tre; Nord (Ringeby), Sør (Fåvang) og en enhet på Ringeby delt i to avdelinger, en som betjener resten av kommunen lokalisert på Trollmoen dag- og aktivitetssenter, og en siste avdeling med hovedbase på Hagenskogen bofelleskap for utviklingshemmede.

Ringeby har noen perifere områder der det bor en del mottakere av tjenester; «baksiden» av Gudbrandsdalen, Venabygd og Brekkom. Brukere som har utfordringer med ensomhet og behov for trygghet rundt omkring i kommunen gir mye kjøring for å gi et godt tilbud med tilstrekkelig tilstedeværelse.

Som for Lesja finner vi Ringeby en struktur og innretning på tjenestene som kan vanskeliggjøre effektiv drift, da det driftes på mange lokasjoner. I tillegg tilbys tjenester i perifere områder som en må regne med er kostnadsdrivende.

Røros

Kommuneøkonomi

Røros kommune skårer jevnt over veldig godt på effektivitetsmålingene til SØF, og ligger høyest av de fire kommunene i 2015 (fig. 5.1). Høsten 2014 endte Røros kommune på

ROBEK-lista. Røros kommune hadde da brukt mer penger enn kommunen hadde til rådighet i 15 år. Mange av årene ble disposisjonsfondet belastet år for år, og kommuneøkonomien ble svekket hele tiden. Driftsresultatene vært svake de siste årene, men etter snuoperasjonen som ble iverksatt i 2015 vises det tegn til bedring. Gjeldsgraden er relativt høy og disposisjonsfondet oppbrukt. Alt i alt framstår Røros med svært lite ressurser å spille på, og de svake driftsresultater har vedvart en stund.

Kommunalsjefen i Røros beskriver store grep i Røros kommune som følge av svak økonomi. Statusen som ROBEK-kommune gav klare krav til kostnadsreduksjoner. Hvorvidt det er lettere å gjennomføre omstilling når økonomien er svak, er svaret «både og». På den ene siden gir det et press for faktisk å gjennomføre omstillingene og kostnadsreduksjonene, på den annen side gir det en negativ inngang, som ikke nødvendigvis skaper en positiv innstilling til endring.

Røros kommune har vært nødt til å kutte i utgifter og legge om sine tjenester for å avhjelpe den svake kommuneøkonomien. Det er altså en klar sammenheng mellom svak kommuneøkonomi i Røros og en sterk effektivitetskår, slik som Borge m.fl. (2014) predikerer i sin studie.

Folkehelse, befolkning, geografi og strukturelle forhold

I følge folkehelsebarometrene fra 2013 og 2015 finnes det heller ikke for Røros urovekkende funn for kommunens befolkning, utenom at man som de andre tre kommunene har en større andel av befolkning over 80 år enn landet og fylket for øvrig. Også her vil det gi økt behov for tjenester, sammenligner med andre kommuner med en mindre andel eldre.

Røros kommune ligger i Sør-Trøndelag fylke og er 1956,3 km² i utstrekning. Kommunen består av tettstedene Røros, Brekken og Glåmos. Befolkningstallet var 5 635 personer i 2015. Kommunen drifter to sykehjem på Røros, Gjøsvika sykehjem og Røros sykehjem. I tilknytning til Røros sykehjem tilbyr kommunen omsorgsboliger/HDO-plasser. Kommunen har delt inn hjemmetjeneste i tre forskjellige geografiske områder, og har i tillegg trygdeboligtilbud på tettstedene.

Det brukes bruker mye tid på kjøring for hjemmetjenestene i Røros, og i tillegg til at en jobber med å få lagt boliger og institusjoner sentralt plassert, slik at de som trenger flest tjenester mottar dem på institusjon i HDO-boliger. De jobber med logistikken i hjemmetjenestene, men må fortsatt påregne å ha lange kjøreavstander og bruke tid og ressurser på å komme seg rundt til de som skal gis tjenester i hjemmet.

Strukturelt har Røros trekk av de samme funn som for Dovre. De drifter i hovedsak de største institusjonene/tilbudene på ett sted, i Røros sentrum. Dette tilsier at det etter all sannsynlighet er snakk om at en får fordel i form av stordrift, noe som vil ha positiv innvirkning på effektivitetskåren.

13.3 Konklusjon

Kommuneøkonomien har betydning for hvor godt de fire kommunene kommer ut på effektivitetskåren, noe som er i tråd med Borge m.fl. (2014) sine funn om betydningen av kommuneøkonomien for effektivitet.

Dovre og Røros har den svakeste kommuneøkonomien, og har den sterkeste effektivitetskåren. De er nødt til å gjøre klare prioriteringer knyttet til innhold og omfang i tjenestetilbudet. Lesja og Ringebru har hatt en bedre kommuneøkonomi, og har kunnet ha en sterkere bemanning og et mer omfattende tjenestetilbud enn Dovre og Røros. Dette har gitt et høyere kostnadsnivå og en svakere effektivitetskår.

Men Lesja fikk en svakere kommuneøkonomi mot slutten av perioden, da kommunen havnet på ROBEK-lista. En svakere økonomi medførte endringer i tjenestetilbudet, der resultatet er at Lesja nærmer seg Dovre og Røros i både kostnadsstruktur og effektivitetskår i 2015. Denne utviklingen viser den klare sammenhengen mellom kommuneøkonomi og effektivitetskår.

Befolkning og folkehelsen kan gi direkte utslag på effektivitetskåren. Både i Ringebru og Dovre har vi identifisert spesielle utfordringer og behov. Det er ikke påvist som et direkte utslag i effektivitetskåren for Ringebru, men for Dovre ser vi at økt bemanning for én tjenestemottaker har endret kommunens skår.

Geografi og hvor spredt befolkningen bor påvirker også effektivitetskåren. En langstrakt kommune som skal gi tjenester på mange steder og som har store reiseavstander for å komme til tjenestemottaker får innvirkning på hvor effektivt det kan drives.

Til slutt kan en også påstå at det politiske system, som en strukturell faktor, også påvirker effektivitetskåren. De prioriteringer og vedtak politisk ledelse gjør, har stor innvirkning på hvilke tjenester som tilbys. I Lesja er likeverdige tjenester både nord og sør i bygda en viktig

politisk sak. Dette får konsekvenser for hvor effektivt Lesja kommune kan drifte sine tjenester, og igjen hvor godt de kommer ut i SØFs effektivitetsstudier.

14 KONKLUSJONER

14.1 Ulik effektivitetsskår kan i liten grad forklares med produktivitetsforskjeller

Den svake effektivitetsskåren til Lesja og Ringebu i forhold til Røros og Dovre, har i stor grad andre forklaringer enn reelle produktivitetsforskjeller. Det er påvist en sammenheng mellom effektivitet og kvalitet, som viser at Røros og Dovre objektivt sett har en svakere kvalitet enn Lesja og Ringebu.

Ringebu har et rikt tjenestetilbud, og er blant de beste kommunene på kvalitet i Kommunebarometeret. Det er ikke vært mulig uten en sterk prioritering av pleie og omsorg, og en høy bemanning.

For Ringebu er skåren direkte misvisende for effektiviteten i kommunen. Skåren har ikke variabler som fanger opp produksjonen innen HDO-tilbudet, til tross for at årsverkene for å gi dette tilbudet inngår på input-siden. Dette blir feil for Ringebu, når de legger ned sykehjemmet som produserer liggedøgn, som inngår som output-variabel i skåren, og i stedet bruker ressursene på HDO-tilbudet.

Lesja har også hatt høy bemanning, men dette har ikke gitt like stor uttelling i rangeringen i Kommunebarometeret. Helse-, omsorgs- og folkehelsesjefen argumenterer for at det like fullt har en verdi for opplevd kvalitet, i form av økt tilgjengelighet og trygghet for brukerne. Det er vanskelig å måle etter noen objektive kriterier som Kommunebarometeret er avhengig av.

Røros har opplevd kraftige innstramninger i tjenestetilbudet, og er blant de svakeste i landet på kvalitet innen pleie og omsorg ifølge Kommunebarometeret. Det gjelder også den opplevde kvaliteten hos brukerne. Samtidig har de den sterkeste effektivitetsskåren av de fire kommunene.

Dovre derimot, som har hatt en nøysom tjeneste over mange år, gjør det riktignok ikke så bra på Kommunebarometeret, men har likevel en god, opplevd kvalitet blant brukere og pårørende. Det viser at en relativt høy effektivitetsskår er mulig, uten at det betyr lav, opplevd

kvalitet. En høyere rangering på Kommunebarometeret ville imidlertid krevd en høyere bemanning, da bedre skår på kvalitetsindikatorerne ikke er mulig uten økt bemanning.

Høy bemanning og kvalitet i tjenestetilbudet gir høyere kostnader. Jensen (2015) har derfor rett når han sier at effektivitetsskåren i stor grad uttrykker forskjeller i ressursbruk, og ikke produktivitet. Det er ikke slik som Produktivitetskommissjonen gir inntrykk av, nemlig at kommuner som Lesja og Ringebu kan innhente et 30 prosent effektiviseringspotensial uten at det får konsekvenser for kvaliteten og innholdet i tjenestetilbudet. SØF sier de legger til grunn en teknisk effektivitet for sine DEA-analyser, som innebærer et krav om fravær av slakk. Analysen viser at det er svært vanskelig å identifisere en slik slakk i Lesja og Ringebu.

Effektivitetsskåren reflekterer i stor grad kostnadsnivået i kommunene, som igjen er sterkt påvirket av svak eller sterk kommuneøkonomi. Røros og Dovre har den svakeste kommuneøkonomien av de fire kommunene, noe som har lagt direkte føringer på bemannings- og kostnadsnivå. Dette gir en sterk effektivitetsskår. Lesja og Ringebu har historisk sett hatt en bedre økonomi, noe som har gjort at kommunen har kunnet prioritere høyere bemanning og kvalitet. Dette gir en svakere effektivitetsskår.

Innhold, kvalitet og omfang på tjenestetilbudet er i stor grad et politisk spørsmål, og ulik kommuneøkonomi gir ulikt politisk handlingsrom. Vi ser også at trenden er at kommunene blir likere hverandre, både i bemanning, kvalitet, kostnadsstruktur og effektivitetsskår. Det har å gjøre med at alle kommuner opplever en strammere kommuneøkonomi, noe som gjør at tjenestenivå og innhold må revurderes, og politikerne tvinges til å prioritere sterkere og gjennomføre omstillinger.

Det er også andre lokale forskjeller som har betydning for effektivitetsskåren. For det første kan enkeltbrukere utgjøre en stor forskjell for effektivitetsskåren, noe den økte bemanningen i Dovre knyttet til store behov hos én bruker viser. For det andre kan geografiske forskjeller forklare ulik kostnadsstruktur.

Vi har derfor påvist at store forskjeller i effektivitetsskår, i stor grad ikke kan forklares med reelle produktivitetsforskjeller.

14.2 Effektivitetsskåren måler ikke prioriteringseffektivitet

Hva er så begrensningene i effektivitetsskåren? Hva er det den ikke måler?

SØF sier at effektivitetsstudiene legger til grunn en teknisk effektivitet, dvs. fravær av sløsing av ressurser. Men oppgaven viser at det er kvalitet, innhold og bemanning, og ikke sløsing, som forklarer forskjellene. Det er ikke slik som definisjonen av produktivitet tilsier, at kostnadene kan reduseres uten at det får betydning for kvalitet og innhold i tjenestetilbudet. Det er ikke mulig å identifisere den slakken som skal være i Lesja og Ringebu, snarere tvert imot. Lesja og Ringebu bruker for eksempel mindre indirekte tid i hjemmetjenestene enn Røros.

I alle kommunene ser lederne et potensiale for forbedring og økt effektivitet. Men effektivitetsskåren måler i liten grad de utfordringene kommunene står i. Det er et paradoks at Røros, som har det største forbedringspotensialet av de fire kommunene, kommer ut med den sterkeste skåren. Kommunalsjefen er rett og slett overrasket over resultatet.

Noe av årsaken er hvilken effektivitet skåren ikke måler, nemlig prioriteringseffektiviteten. Denne kan sies å ha vært svak i Røros, og begrunner de store omstillingene de står ovenfor. Det viser at effektivitetsskåren ikke måler og gir informasjon om det viktigste, nemlig hvor godt man får utnyttet begrensede ressurser i forhold til innbyggernes behov. Jensen (2015) har derfor rett i at effektivitetsskåren ikke er egnet til å si noe om effektiviteten i betydningen forholdet mellom de velferdsgevinster som oppnås ved et tiltak og ressursinnsatsen til tiltaket (prioriteringseffektivitet).

Lederne i kommunene vurderer den virkningen eller nytten tjenestene har for brukerne, og hva som er den optimale sammensetningen for å få mest mulig velferd innenfor begrensede budsjetter. Og her må det gjøres sterke prioriteringer, der brukere med de tyngste behovene bør få høy prioritet. Det er derfor et paradoks at Ringebu, som har gjennomført omstillinger og økt sin prioriteringseffektivitet, kommer svakest ut i effektivitetsskåren. De blir til og med straffet for bedre prioriteringseffektivitet, da de la om fra sykehjemsplasser til HDO.

14.3 Kvalitet er subjektivt – og et lokalpolitisk spørsmål

Det er påvist at kvalitetsforskjeller kan forklare ulik effektivitetsskår, men at også kvalitet kan fortolkes og forstås ulikt i den enkelte kommune. Kvalitet handler mye om forventninger, og særlig opplevd kvalitet er krevende å styre etter.

Effektivitetsskåren kontrollerer ikke for kvalitetsforskjeller. Enerom med wc/bad er ikke noe som kan si noe om kvaliteten i pleie- og omsorgssektoren. Men selv om man forsøkte å ta inn flere kvalitetsvariabler, ville det ikke fange opp de viktigste kvalitetsforskjellene for brukerne, nemlig den opplevde kvaliteten.

Analysen viser hvor vanskelig kvalitet er, og at det ikke er noen objektiv størrelse. En tjeneste som måles til å ha lav kvalitet etter noen objektive kriterier kan ha høy eller lav opplevd kvalitet. Kvaliteten trenger ikke være lav fordi de ikke skårer like godt på kvalitetsindikatorene. De kan ha en innretning av tjenestetilbudet som ikke skårer godt på de utvalgte indikatorene, men som over tid er blitt en tjeneste som brukerne og pårørende er godt fornøyd med. Det gjør det vanskelig å vurdere kvalitet og effektivitet i sammenheng, da like tjenester kan vurderes til å ha ulik kvalitet, helt avhengig av hvem som vurderer det, og til hvilket tidspunkt. Opplevd kvalitet kan nemlig endre seg over tid. Derfor har det vært en begrensning i oppgaven at vi ikke har fått tilgang på sammenlignbare brukerundersøkelser på tvers av case-kommunene.

Hvorvidt kvalitetsforskjellene som forklarer ulik effektivitetsskår er viktige, og om det forsvaret kostnadene, er et annet spørsmål. Det er et lokalpolitisk spørsmål om prioritering av pleie og omsorg, og hvilken kvalitet tjenestene skal ha for innbyggerne i kommunen. Dette er politikk.

Produktivitetskommisjonens påstander om effektiviseringspotensial kan derfor hevdes å være uttrykk for et politisk syn. Vi kan ikke se at konklusjonene til Produktivitetskommisjonen kan begrunnes med de effektivitetsanalysene den henviser til. Jensen (2015) har derfor et poeng når han sier at Produktivitetskommisjonen først og fremst hevder et ideologisk standpunkt, og ikke baserer seg på fakta og forskning.

14.4 Ikke alt kan telles, noe må også fortelles

Omstilling krever tid. Det gjelder særlig når omstillingen handler om innhold og kvalitet i tjenestetilbudet. I og med at vanen er så viktig for brukernes opplevelse av kvalitet, krever omstilling og endring langsiktighet. Å gå fra én innretning av tjenestetilbudet til en annen på kort tid, kan raskt oppleves som en kvalitetsreduksjon.

Behovet for langsiktig, målrettet, og strategisk arbeid, der omstilling og endring må skje over tid, er ikke noe Produktivitetskommisjonen vier stor oppmerksomhet.

Produktivitetskommisjonen sier i det hele tatt lite om hva som skal til for å hente ut effektivitetspotensialet. De sier bare at det er et potensiale. Hvilke konsekvenser det har, og hva det krever av ledelse og prioriteringer er ikke et tema.

Opgaven viser at kommunene står i ulike utfordringer. De har alle et forbedringspotensial, både når det gjelder effektivitet og kvalitet. Men det er vanskelig å se at effektivitetsskåren måler eller uttrykker dette effektivitetspotensialet. Til det er målet for enkelt. Pleie og omsorg i kommunene er noe langt mer enn liggedøgn på institusjon og timer til hjemmehjelp.

Effektivitetsskåren tar på den ene siden bare utgangspunkt i noen få tjenester eller produksjonsvariabler, og tar ikke innover seg det varierte tjenestetilbudet som faktisk finnes i kommunene. På den andre siden dekker kostnadsvariablene den totale ressursbruken til pleie og omsorg i kommunen, noe som skaper risiko for manglende samsvar mellom input og output. Eksempelet om endringen til HDO i Ringebru viser det.

Det gir ikke bare en effektivitetsskår som kan inneholde urettmessige skjevheter, men også et mål som i liten grad reflekterer det reelle potensiale og de reelle utfordringene i kommunene. Det gir liten verdi for lederne som skal styre og utvikle sektoren i sin kommune. Det er nok mer fruktbart å ta utgangspunkt i kommunens egne utfordringer, og sette seg strategiske, langsiktige mål med politisk forankring, enn å ta utgangspunkt i at kommunen kan bli 30 prosent mer effektiv. En slik bottom-up-tilnærming sikrer at mål om effektivisering er utledet fra et reelt effektiviseringspotensial, og er tilpasset lokale forhold og behov. Det må også ta innover seg behovet for langsiktighet i omstilling og endring av noen av de viktigste tjenestene i velferdsstaten vår. En top-down-tilnærming, slik som Produktivitetskommisjonen gjør, overser realitetene i kommunene, og tåkelegger mer enn klargjør hva som er effektivitetsutfordringene og potensialet i norske kommuner. Som Helse-, omsorgs- og folkehelsesjefen i Lesja sa det: Ikke alt kan telles, noe må også fortelles.

LITTERATURLISTE

Andersen, S. 2013. Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring. Oslo. Fagbokforlaget.

Baldersheim, H. og Rose, L. 2000. Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering. Oslo. Fagbokforlaget.

Borge, L., Hagen, T. P., Sørensen, Rune J. 1999. Effektivitet i offentlig tjenesteyting.. Oslo. Fagbokforlaget.

Borge, L. E., Falch, F. og Tovmo, P. 2008: Public sector efficiency: The roles of political and budgetary institutions, fiscal capacity, and democratic participation, Public Choice 136.

Borge, L. E., Nyhus, O., Pettersen, I. 2014. Effektivitet i kommunale tjenester: analyser for 2010-2013. SØF-rapport nr. 03/14.

Borge, L. E. 2014. Effektivitet i kommunesektoren. Notat for Produktivitetskommissjonen.

Borge, L. E., Kråkenes, T., og Pettersen, I. 2016. Effektivitet i kommunale tjenester: analyser for 2014-2015. SØF-rapport nr. 06/16.

Christensen, T. og Læg Reid, P. 2007. Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms. Routledge: New Edition

Devold, R. 2012. Drifts- og ressursanalyse for pleie og omsorgssektoren 2012, Ringebu kommune

Devold, R. 2015. Drifts- og ressursanalyse for pleie og omsorgssektoren 2015 - sammenlikning med Dovre kommune, Lesja kommune

Devold, R. 2016. Drifts- og ressursanalyse for pleie og omsorgssektoren 2016, Røros kommune.

Devold, R. 2017. Drifts- og ressursanalyse 2016 - sammenlikning med 2012, Ringebu kommune

Hagen, T. og Sørensen, R. 2014. Kommunal organisering: effektivitet, styring og demokrati. Oslo. Universitetsforlaget.

Jensen, B. 2003. Kommune-Norge – bedre enn sitt rykte. Kommuneforlaget.

Jensen, B. 2015. Misvisende fra Produktivitetskommisjonen. Fagbladet Samfunn og Økonomi, nr. 1.

Johannessen, Christoffersen og Tuft. 2011. Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag. Abstrakt forlag

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om helse- og omsorgstjenester.

NOU 1989: 5. En bedre organisert stat

NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg

NOU 2015:1. Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd. Produktivitetskommisjonens første rapport.

NOU 2016: 3. Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Produktivitetskommisjonens andre rapport.

Revelli, F. og Tovmo, P. 2007. Revealed yardstick competition: Local government efficiency patterns in Norway. Journal of Urban Economics 62, s. 121-134.

Wahl, Asbjørn (2014) Produktivitetskommisjonen: Hva kan vi lære av danskene? For Velferdsstaten, 27. Mars, s.3 [Internett] Tilgjengelig fra:

http://www.velferdsstaten.no/Forsiden/?article_id=110926 [Lest 15. Oktober 2016]

Yin, R.K. 1989. Case Study Research: Design and Methods. Newbury Park, California. Sage Publications.

NETTSTEDER

www.fhi.no

<https://www.fylkesmannen.no/Opland/>

<https://kommunebarometeret.no/>

<http://produktivitetskommisjonen.no/>

www.regjeringen.no

<http://www.rorosnytt.no>

<https://www.ringebu.kommune.no>

www.wikipedia.org

Vedlegg 1. Folkehelsebarometeret for Dovre 2015

DOVRE 2015

Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ◆ Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket

Halvsirkler: Kommuneverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halvsirkel i figurens ytterkant. En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommunehelse statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Dovre
Befolkning	1 Befolkningsvekst	-0.84	0,3	1,1	prosent	
	2 Befolkning under 18 år	19	20	22	prosent	
	3 Befolkning over 80 år	7,1	5,5	4,3	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	28	26	26	prosent	
Levekår	5 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	80	81	83	prosent	
	6 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	13	11	10	prosent	
	7 Inntektsulikhet, P90/P10	2,4	2,4	2,7	-	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år	3,9	2,2	2,3	prosent	
Miljø	9 Uferetrygdte, 18-44 år	-	3	2,5	prosent (a,k*)	
	10 Barn av enslige forsørgere	19	16	15	prosent	
	11 God drikkevannsforsyning	96	67	89	prosent	
Skole	12 Forsyningsgrad, drikkevann	56	71	89	prosent	
	13 Personskader, behandlet i sykehus	12	12	13	per 1000 (a,k*)	
	14 Trives på skolen, 10. klasse	76	85	85	prosent (k*)	
	15 Mobbes på skolen, 10. klasse	12	8,6	8,1	prosent (k*)	
Levevaner	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	24	27	25	prosent (k*)	
	17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	-	28	27	prosent (k*)	
	18 Fråfall i videregående skole	23	26	25	prosent (k*)	
	19 Røyking, kvinner	13	18	14	prosent (a*)	
Helse og sykdom	20 Overvekt, kvinner	-	40	35	prosent	
	21 Forventet levealder, menn	77,1	77,4	77,9	år	
	22 Forventet levealder, kvinner	83,2	82,0	82,6	år	
	23 Utdanningsforskjell i forventet levealder	-	4,5	4,8	år	
	24 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 0-74 år	101	150	139	per 1000 (a,k*)	
	25 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år	98	141	137	per 1000 (a,k*)	
	26 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	121	139	131	per 1000 (a,k*)	
	27 Muskel og skjelett, primærhelsestjenesten	282	277	258	per 1000 (a,k*)	
	28 Hjerte- og karsykdom, primærh.tj.	98	113	105	per 1000 (a,k*)	
	29 Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	15	17	18	per 1000 (a,k*)	
	30 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	39	31	34	per 1000 (a,k*)	
	31 Lungekreft, nye tilfeller	48	48	55	per 100 000 (a,k*)	
	32 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	40	70	78	per 100 000 (a,k*)	
	33 Antibiotika, legemiddelbrukere	203	229	238	per 1000 (a,k*)	
34 Vaksinasjonsdekning, MMR, 9-åringer	-	94,7	94,5	prosent		

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert
 1. 2013, 2. 2014, 3. 2014, 4. 2014, i prosent av befolkningen. 5. 2013, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 6. 2012, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 7. 2012, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 8. 2013, i prosent av befolkningen. 9. 2011-2013, mottakere av varig uførepensjon. 10. 2011-2013, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. Året 2012 er ekskl. 11. 2013, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsteveranse. Omfatter rapportpliktige vannverk. 12. 2013, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 13. 2011-2013, 14/15. Skoleåret 2008/09-2013/14, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt for innsamling. 16/17. Skoleåret 2011/12-2013/14. 18. 2011-2013. 19. 2004-2013, ekskl. årene 2006-2007 pga. teknisk fall ved innrapportering. Fødselse som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 20. 2011-2013, KMI over 25 kg/m² (basert på selvrapportert høyde og vekt for svangerskapet). Tall fra sykehus med lav rapportering er ekskludert. 21/22. 1999-2013, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 23. 1998-2012, vurdert etter forskjellen i forventet levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 24. 2011-2013, brukere av fastlege og legevak. 25. 2011-2013, brukere av fastlege og legevak. 26. 2011-2013, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 27. 2011-2013, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevak. 28. 2011-2013, 0-74 år, sykdom knyttet til hjerte- og karsystemet, brukere av fastlege og legevak. 29. 2011-2013, 30. 2011-2013, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 31. 2003-2012. 32. 2003-2012. 33. 2011-2013, 0-74 år. 34. 2009-2013, vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister (MFR), Primærhelsestjenestene fastlege og legevak (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vannverksregisteret og Resepregisteret. For mer informasjon, se khs.fhi.no

Vedlegg 2. Folkehelsebarometeret for Lesja 2015

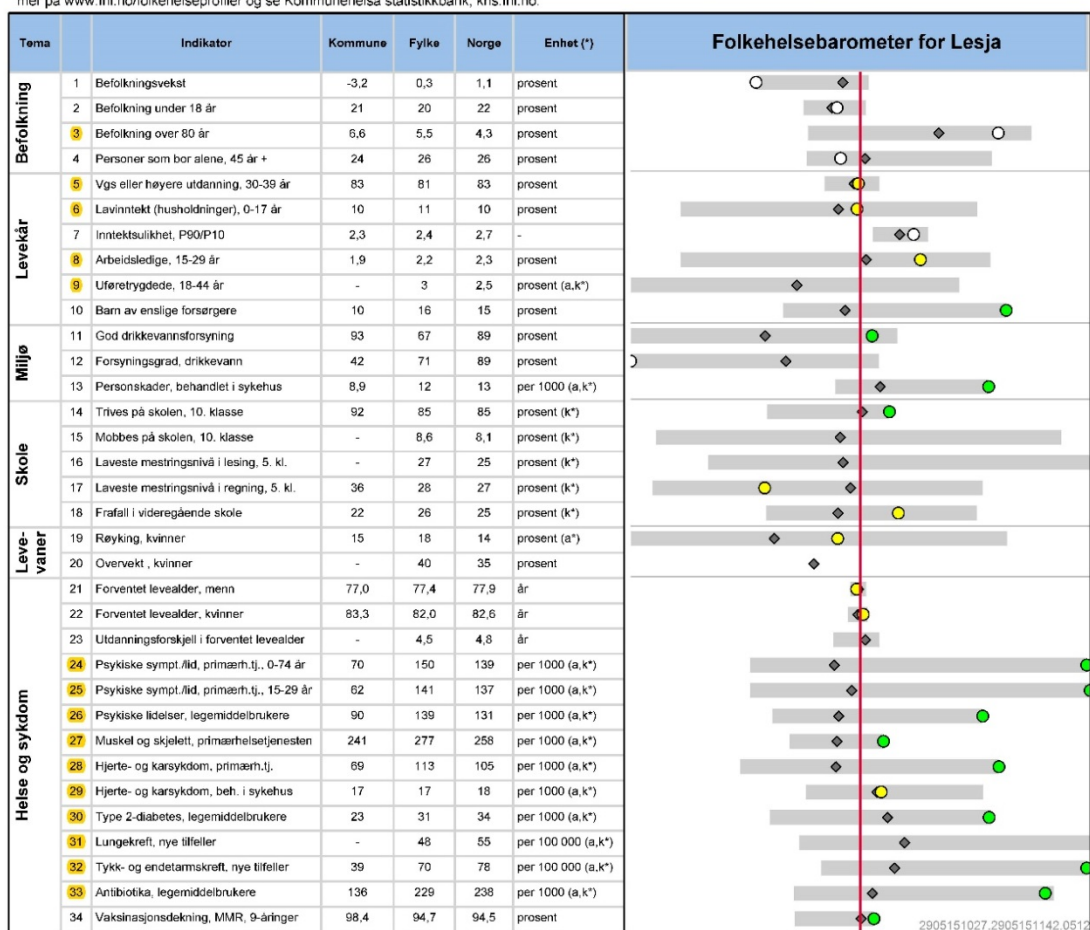
LESJA 2015

Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ▬ Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket

Halvsirkler: Kommuneverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halvsirkel i figurens ytterkant. En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommunehelse statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no



Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert
 1. 2013, 2. 2014, 3. 2014, 4. 2014, i prosent av befolkningen, 5. 2013, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning), 6. 2012, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median, 7. 2012, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen, 8. 2013, i prosent av befolkningen, 9. 2011-2013, mottakere av varig uførepensjon, 10. 2011-2013, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. Året 2012 er ekskl. 11. 2013, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsforsyning. Omfatter rapportpliktige vannverk, 12. 2013, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen, 13. 2011-2013, 14/15. Skoleåret 2008/09-2013/14, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt for innsamling, 16/17. Skoleåret 2011/12-2013/14, 18. 2011-2013, 19. 2004-2013, ekskl. årene 2006-2007 pga. teknisk feil ved innrapporteringer, Fødsende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødsende med røykeopplysninger, 20. 2011-2013, KMI over 25 kg/m² (basert på selvrapportert høyde og vekt før svangerskapet), Tall fra sykehus med lav rapportering er ekskludert, 21/22. 1999-2013, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet, 23. 1998-2012, vurdert etter forskjellen i forventet levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning, 24. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt, 25. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt, 26. 2011-2013, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler, 27. 2011-2013, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt, 28. 2011-2013, 0-74 år, sykdom knyttet til hjerte- og karsystemet, brukere av fastlege og legevakt, 29. 2011-2013, 30. 2011-2013, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin, 31. 2003-2012, 32. 2003-2012, 33. 2011-2013, 0-74 år, 34. 2009-2013, vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder, Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister (MFR), Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vannverksregisteret og Reseptregisteret. For mer informasjon, se khs.fhi.no

Vedlegg 3. Folkehelsebarometeret for Ringebu 2015

RINGEBU 2015

Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ▮ Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket

Halvsirkler: Kommuneverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halvsirkel i figurens ytterkant. En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel, kan det innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommunehelse statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Ringebu
Befolkning	1 Befolningsvekst	-0,022	0,3	1,1	prosent	
	2 Befolkning under 18 år	19	20	22	prosent	
	3 Befolkning over 80 år	6,6	5,5	4,3	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	26	26	26	prosent	
Levekår	5 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	79	81	83	prosent	
	6 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	12	11	10	prosent	
	7 Inntektsulikhet, P90/P10	2,4	2,4	2,7	-	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år	2,2	2,2	2,3	prosent	
Miljø	9 Uføretrygdde, 18-44 år	2,4	3	2,5	prosent (a.k*)	
	10 Barn av enslige forsørgere	14	16	15	prosent	
	11 God drikkevannsforsyning	100	67	89	prosent	
	12 Forsyningsgrad, drikkevann	56	71	89	prosent	
Skole	13 Personskader, behandlet i sykehus	13	12	13	per 1000 (a.k*)	
	14 Trives på skolen, 10. klasse	89	85	85	prosent (k*)	
	15 Mobbes på skolen, 10. klasse	8,4	8,6	8,1	prosent (k*)	
	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	29	27	25	prosent (k*)	
Levevaner	17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	23	28	27	prosent (k*)	
	18 Fravfall i videregående skole	27	26	25	prosent (k*)	
	19 Røyking, kvinner	19	18	14	prosent (a*)	
	20 Overvekt, kvinner	-	40	35	prosent	
Helse og sykdom	21 Forventet levealder, menn	77,1	77,4	77,9	år	
	22 Forventet levealder, kvinner	81,8	82,0	82,6	år	
	23 Utdanningsforskjell i forventet levealder	-	4,5	4,8	år	
	24 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 0-74 år	136	150	139	per 1000 (a.k*)	
	25 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år	120	141	137	per 1000 (a.k*)	
	26 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	133	139	131	per 1000 (a.k*)	
	27 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	275	277	258	per 1000 (a.k*)	
	28 Hjerte- og karsykdom, primærh.tj.	90	113	105	per 1000 (a.k*)	
	29 Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	18	17	18	per 1000 (a.k*)	
	30 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	36	31	34	per 1000 (a.k*)	
	31 Lungekreft, nye tilfeller	46	48	55	per 100 000 (a.k*)	
	32 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	67	70	78	per 100 000 (a.k*)	
	33 Antibiotika, legemiddelbrukere	224	229	238	per 1000 (a.k*)	
	34 Vaksinasjonsdeknning, MMR, 9-åringer	96,3	94,7	94,5	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2013, 2. 2014, 3. 2014, 4. 2014, i prosent av befolkningen. 5. 2013, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 6. 2012, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 7. 2012, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 8. 2013, i prosent av befolkningen. 9. 2011-2013, mottakere av varig uførepensjon. 10. 2011-2013, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. Året 2012 er ekskl. 11. 2013, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsløseleveranse. Omfatter rapportpliktige vannverk. 12. 2013, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 13. 2011-2013, 14/15. Skoleåret 2008/09-2013/14, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt for innsamling. 16/17. Skoleåret 2011/12-2013/14. 18. 2011-2013, 19. 2004-2013, ekskl. årene 2006-2007 pga. teknisk feil ved innrapportering. Fødselse som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødseler med røykeopplysninger. 20. 2011-2013, KMI over 25 kg/m2 (basert på selvrappertert høyde og vekt før svangerskapet). Tall fra sykehus med lav rapportering er ekskludert. 21/22. 1999-2013, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 23. 1998-2012, vurdert etter forskjellen i forventet levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 24. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 25. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 26. 2011-2013, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 27. 2011-2013, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 28. 2011-2013, 0-74 år, sykdom knyttet til hjerte- og karsystemet, brukere av fastlege og legevakt. 29. 2011-2013, 30. 2011-2013, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 31. 2003-2012. 32. 2003-2012. 33. 2011-2013, 0-74 år. 34. 2009-2013, vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister (MFR), Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUH-databasen som eies av Helsedirektoratet), Krefregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vannverksregisteret og Reseptregisteret. For mer informasjon, se khs.fhi.no

Vedlegg 4. Folkehelsebarometeret for Røros 2015

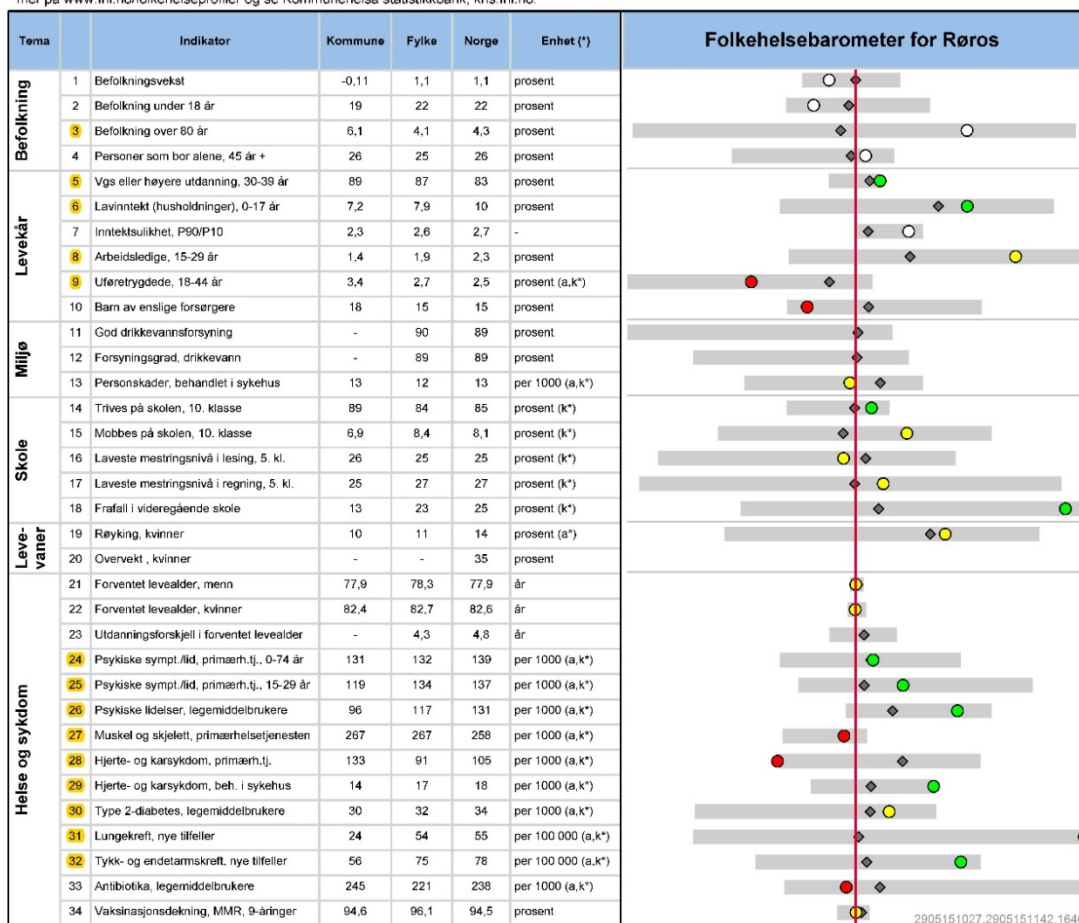
RØROS 2015

Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ▬ Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket

Halvsirkler: Kommuneverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halvsirkel i figurens ytterkant. En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommunehelse statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no



Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2013, 2. 2014, 3. 2014, 4. 2014, i prosent av befolkningen. 5. 2013, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 6. 2012, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 7. 2012, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 8. 2013, i prosent av befolkningen. 9. 2011-2013, mottakere av varig uførepensjon. 10. 2011-2013, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. Året 2012 er ekskl. 11. 2013, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsløyperanse. Omfatter rapportpliktige vannverk. 12. 2013, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 13. 2011-2013. 14/15. Skoleåret 2008/09-2013/14, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt for innsamling. 16/17. Skoleåret 2011/12-2013/14. 18. 2011-2013. 19. 2004-2013, ekskl. årene 2006-2007 pga. teknisk feil ved innrapportering. Fødsende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødsende med røykeopplysninger. 20. 2011-2013, KMI over 25 kg/m² (basert på selvrapportert høyde og vekt før svangerskapet). Tall fra sykehus med lav rapportering er ekskludert. 21/22. 1999-2013, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 23. 1998-2012, vurdert etter forskjellen i forventet levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 24. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 25. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 26. 2011-2013, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemedler. 27. 2011-2013, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 28. 2011-2013, 0-74 år, sykdom knyttet til hjerte- og karsystemet, brukere av fastlege og legevakt. 29. 2011-2013. 30. 2011-2013, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 31. 2003-2012. 32. 2003-2012. 33. 2011-2013, 0-74 år. 34. 2009-2013, vaksine mot meslinger, kuma og røde hunder. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister (MFR), Primærhelsestjenestene fastlege og legevakt (KUH-databasen som eies av Helsedirektoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vannverksregisteret og Resepregisteret. For mer informasjon, se khs.fhi.no

Folkehelseprofil for 1640 Røros, 2015. Befolkningsstørrelse per 1. januar 2014: 5583

4

Vedlegg 5. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Spørsmål i forhold til effektivitetsskåren som Produktivitetskommisjonen viser til:

- Hva tror du er årsaken til at din kommune kommer ut slik den gjør?
- I hvilken grad tror du kvalitet eller innretning på tjenestene er en forklaring på «svak» eller «sterk» effektivitetsskår?
- I hvilken grad er det strukturelle, geografiske eller organisatoriske forhold som kan påvirke kostnader og tjenesteomfang?
- Effektivitetsskåren har liggedøgn og timer til praktisk bistand og hjemmesykepleie som viktigste «produksjon»/ output. I hvilken grad kan tjenester som ikke fanges opp av disse variablene, forklare høy eller lav effektivitet?
- I hvilken grad vil en slik «effektivitetsskår» dekke høy grad av prioriterings- eller formåls effektivitet?
- I hvilken grad påvirker kommuneøkonomi og politisk styring prioriteringer som kan ha betydning for «effektivitetsskåren»?

Organisering og økonomi:

- Hvilken betydning har organiseringen for hvordan tjenester tildeles, f.eks. ift hvor åpent nåløyet er for å få tjenester?
- Hvilke kriterier legges til grunn, og har disse vært gjenstand for politisk interesse? Har disse blitt endret de siste 3-5 årene?
- Hvordan kan organisering ha betydning for produktivitet eller effektivitet i tjenestene?
- Hvordan vil du karakterisere kommuneøkonomien og rammebetingelsene for pleie og omsorg de siste 3-5 årene?
- Hvilken betydning har kommuneøkonomien hatt for disse prioriteringene?

Kvalitet iflg. kommunens rangering i Kommunebarometeret og de 16 kvalitetsindikatorene:

I hvilken grad tror du kvalitetsforskjeller gjør at din kommune kommer ut med sterk/ svak effektivitet? Hva slags kvalitetsforskjeller?

Er det noen strukturelle forskjeller du mener kan ha betydning?

Spørsmål til Ringebu:

I hvilken grad har dere en bemanning eller bruk av fagpersonell som gir høye kostnader, og som kan forklare den relativt sett svake «effektivitetsskåren»?

Anser du tjenester i hjemmet som en viktig kvalitetsfaktor? I hvilken grad er det kostnadsdrivende?

Spørsmål til Røros:

I hvilken grad kan sparsommelig bruk av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og geriatrisk sykepleier gjøre at dere kommer ut som «effektive»?

Spørsmål til Dovre:

I hvilken grad kan sparsommelig bruk av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og geriatrisk sykepleier gjøre at dere kommer ut som «effektive»?

Spørsmål til Lesja:

Vi kan ikke se at Lesja har høy kvalitet i form av høy andel med fagutdanning eller mye tid med lege/ fysioterapeut. Et unntak er årsverk med ergoterapeut/ geriatrisk sykepleier. I hvilken grad kan bemanning eller andre kvalitetsforskjeller forklare den lave effektivitetsskåren?

HDO, Hjemmetjenestene og tildeling av tjenester:

Spørsmål til alle kommunene:

Devold (2016: 24, 2015, 2012) mener alle kommunene har et effektivitetstap som skyldes praksis for tildeling av tjenester med prioritet til brukere med små behov.

Hva er deres kommentar til det?

Er et uforholdsmessig høyt tjenestenivå noen ganger politisk ønsket?

Spørsmål til Røros: Totalkostnaden per bruker (hjemmetjenesten og HDO) i Røros ligger på om lag 155.000 kroner, om lag 73 % over snittet for alle. Hovedforklaringen på dette er det høye volumet i den lette gruppen, iflg Devold.

Er det slik at dere har hatt et høyt volum, men som er «produsert effektivt»? Mao lav prioriteringseffektivitet, men høy produktivitet?

Spørsmål til Lesja:

Devold (2015: 19) sier at «etter kommunestørrelsen har Lesja ofte flere brukere enn Dovre, og mengden tjenester som ytes er større (mange timer). (Et unntak er sykepleie (hjemmesykepleie) der Dovre har høyere snitt enn Lesja»).

Lesja har en lav driftskostnad per time, og hjemmetjenesten framstår derfor som produktiv. Men de mange timene levert til få brukere, gjør at Lesja er dyr per hjemmetjenestemottaker i tabell x over, men altså produktiv i ytelsen av alle disse timene (figur x. over).

Stemmer det at Lesja har hatt et åpent nåløy og gitt mange timer til brukere med lave behov?

Kan det stemme at dere har brukt mye ressurser på relativt få brukere, men vært produktiv? (Er det da den også høye ressursbruken på HDO og institusjon som gir lav effektivitetsskår, i og med produksjon av antall timer skulle gi positivt utslag i eff.skåren?)

Stemmer disse påstandene?

Vedr. Lesja:

Lesja er «litt raus med tjenestene når behovene er små» (Devold, 2015: 21), dvs. for de med lavere til middels pleietyngde.

Vedr. Ringebu:

Ringebu er mindre raus enn de andre kommunene når behovene er små, men utmerker seg med stor timeinnsats for brukere med større pleiebehov. Det kan være positivt at det er et visst innslag av tunge brukere med store behov som får tjenesten av hjemmesykepleien, ifølge Devold 2012: 14. Det utgjør et høyt og kostnadskrevende bistandsnivå, men kan avlaste og gi lavere trykk på institusjonsplassene.

Lesja (ref. Devold 2015):

Tunge brukere i Lesja har et helt spesielt kostnadsbilde knyttet til et omsorgsopplegg som drives som egen turnus i Lesjatun. Det er tildelt mye tjenester til brukerne ved begge tiltakene, det er altså høyt volum (Devold 2015: 36).

Lesjatun i Lesja omfatter et spesielt prosjekt som har fått egen betjening.

Devold (2015: 37) mener det påvist at summen av mannskap i Eldres og Lesjatun har kapasitet langt ut over det som er vedtatt av tjenester til brukerne, og at dette er produktivitetstap. Tjenester som er vedtatt og som ligger over det en normalt skulle forvente, hevdes å være et effektivitetstap.

Kan dere kommentere disse påstandene fra Devold? Er dere enig?

Vil dere si at denne ressursbruken representerer en høyere kvalitet i tjenestene for brukerne?

Dovre: vi ser i Devold-rapporten fra 2015 at Dovre bruker langt færre ressurser per bruker til HDO enn Lesja. Tror du dette er med på å forklare hvorfor Dovre kommer ut som mer «effektiv» enn Lesja?

Røros: av Devold-rapporten framgår det at Røros bruker lite ressurser på de enkelte brukerne med HDO. Kan lav ressursbruk på brukerne av HSO være med på å forklare at dere kommer ut som «effektive»?

Devold påstår: Alt i alt er det mye som peker mot at tilbudet i Øverhagan og Småhagene er gitt mer som boligpolitisk tiltak mer enn som omsorgspolitisk tiltak (Devold 2016: 31). **Kan dere kommentere dette? Stemmer det?**

Ringebu: i Devold-rapporten fra 2012 kommenterer han at dere har en veldig økonomisk drift av HDO. Har brukerne ved HDO generelt lavt behov for bistand/ tjenester? Hvilke omprioriteringer har dere nå gjort? Når dere har sett hva som inngår i «eff.skåren», er dette noe som ikke fanges opp i denne?

Lesja og Ringebu bruker mest på pleie og omsorg – er dette en bevisst politisk prioritering?

Dovre og Røros bruker minst på pleie og omsorg målt i utgifter per innbygger (men Røros bruker nest størst andel av kommunebudsjettet) – er dette en bevisst politisk prioritering?